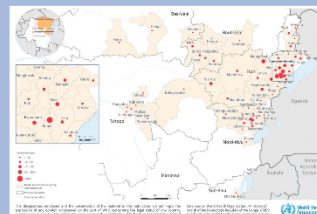


Webinaire Ebola Bundibugyo

Mardi 06 octobre de 12h30 à 13h30

- **Epidémiologie en RDC** par Alexandra Mailles (Santé publique France)
- **RETEX du patient FHV pris en charge en France** par Dr Morgane Mailhe (AP-HP Bichat)
- **Actualités thérapeutiques et vaccinales** par Dr Vincent Ronin (ANRS-MIE)



- La situation en RDC apparait préoccupante sur le moyen / long terme.
- La RDC est un pays dont la situation est propice à l'émergence et dont le contexte est tendu (déforestation, déclin de la biodiversité, changement climatique, insécurité, système de soin fragile, accès aux soins limités, désinformation, stigmatisation, etc.).
- Cette épidémie de maladie à virus Ebola est liée à la souche Bundibugyo, découverte récemment. Il y a donc d'importants besoins de recherche thérapeutique et vaccinale.
- La communauté internationale témoigne d'une bonne coopération avec les collègues de RDC, que ce soit au niveau de la surveillance épidémiologique ou de la prise en charge.

Epidémiologie en RDC - Alexandra Mailles (Santé publique France)

Bilan au 02/10/26 : RDC uniquement



CUMUL DES CAS 8 442	CUMUL DES DÉCÈS CONFIRMÉS 4 080	LETALITE 48,3 %	PATIENTS EN ISOLEMENT/CTE 846	CUMUL DES GUÉRIS 2 213	TAUX DE SUIVI DES CONTACTS (Du jour) 73,1 %
-------------------------------	---	---------------------------	---	----------------------------------	---

DONNÉES COMPLÉMENTAIRES

- ≈ 160 soignants infectés (21/08/26)
- 4 cas confirmés soignants NGO évacuées (2 USA, 1 PB, 1 FR)
- 1 soignant UK exposé évacué
- Extension récente au Sub Ubangi
- > 30.000 personnes-contacts fin sept

INTERPRÉTATION DES DONNÉES

- Très forte hétérogénéité
- Ituri : pic mi août, ~ 25% mais encore niveau haut
- N Kivu : +73% en sept, létalité 60%
- Tshopo : en augmentation
- Diminution létalité mais > 60% hors des CTE
- Délais d'intervention trop longs / objectifs
- Compliance insuffisante à l'isolement (35%)

- L'épidémie dure depuis 5 mois et durera probablement plus
- La RDC est un pays avec de très grandes frontières, irrigué par cours d'eau qui sont d'importantes voies de circulation.
- Au 02 octobre, près de 8500 cas dont plus de 4000 décès ont été confirmés en RDC (taux de létalité de 48%).
- Il existe dans le pays un défaut de compliance à l'isolement et des problèmes de sécurité (1 mort lié à un assassinat dans un centre de santé).

- Plus de 60% décès ont lieu en dehors des centres de santé, au sein des communautés, ce qui entraîne un risque de circulation du virus.
- Il est essentiel de prendre le temps d'interroger les patients suspects, les méthodes de surveillance ont prouvé qu'elles fonctionnent.
- Un premier cas a été rapporté le 06 octobre au Kenya mais a directement été isolé à l'hôpital donc pour moment Santé publique France n'a pas signalé de changement dans les [zones à risque identifiées](#).
- Cette crise va durer mais le nombre de guéris augmente (plus de 2 000 cas guéris). Un suivi psychologique a été mis en place pour les patients guéris ce qui n'était pas le cas lors des précédentes épidémies.
- Le risque reste faible à très faible en France

RETEX premier patient Ebola en France par Dr Morgane Mailhe (SMIT, AP-HP Bichat, COREB), Gwenn Frère et Isabelle Lolom (EPRI, AP-HP Bichat)

- Le premier patient Ebola pris en charge en France revenait d'une zone à risque et exerçait un travail à risque. Il s'est donc présenté lui-même comme cas suspect et a pu être isolé directement.
- Une cellule de cas avec la direction et l'équipe soignante dédiée a rapidement été mise en place.
- Il s'agissait d'un patient suspect Ebola non excréteur donc des EPI FHV allégés (casaques) ont été validés de manière collégiale entre l'équipe de soins et l'EPRI. Le service de réanimation était saturé car il accueillait un patient hantavirus donc le patient suspect Ebola a été pris en charge au SMIT dans l'unité REB (pression négative et SAS).
- Le secteur REB était vide après l'accueil de patients cas contact hantavirus ce qui a permis de réduire le temps d'accueil du patient Ebola.
- L'éventuelle prise en charge en réanimation a été anticipée. La chambre REB où était isolé le patient était assez grande pour permettre la mise en place de soins critique de base avant transfert en service de réanimation.
- L'ESR propose des checklist Ebola pour chaque professionnel impliqué. Le passage de chaque personnel en chambre REB est tracé ainsi que tous les envois de prélèvements.
- Le matériel qui n'est pas nécessaire pour la prise en charge FHV est sorti de la chambre, le matériel à usage unique ou dédié REB est privilégié.
- L'ESR ne dispose pas de système de cuve donc l'utilisation de douche et de WC a été proscrite.
- Il paraît important de rationaliser le nombre de prélèvement pour éviter les AES (Accident d'Exposition au Sang).
- Cette prise en charge REB a permis la formation de nouveaux superviseurs REB pour assurer une supervision 24h/24, un rôle essentiel. Le pool de superviseurs reste à étoffer. Des formations au port d'EPI ont également été organisées parmi les soignants volontaires.

Actualités thérapeutiques et vaccinales, Dr Vincent Ronin, ANRS MIE

- L'ANRS-MIE est très investie dans les CORC (consortiums ouverts de recherche collaborative) mis en place par l'OMS au niveau international.
- L'ANRS-MIE pilote le CORC sur les filovirus pour l'OMS. Cela implique de mobiliser une communauté d'experts de la recherche dans la préparation et la réponse aux épidémies, dont ceux dans les pays concernés.
- Les priorités de recherche autour d'Ebola BDBV portent aussi sur des questions de sciences humaines et sociales notamment pour interrompre les transmissions communautaires et lutter contre les fakenews.
- 2 vaccins candidats spécifiques pour BDBV développés par *Oxford* et *Moderna* sont en phase 1 d'essais clinique. Cette phase 1 est aussi planifiée pour un troisième vaccin candidat développé par *Hilleman Laboratories*. La possibilité d'utiliser le vaccin Ervebo® (contre Ebola Zaïre) a été étudiée lors d'essais spécifiques. Les données préliminaires ne sont pas encore disponibles.
- Concernant la thérapie post-exposition, EBO-PEP est une étude sur *obeldesivir* en prophylaxie post-exposition. L'*obeldesivir* n'a pas à ce jour de formulation pédiatrique.
- L'essai *PARTNERS* compare le MBP134 (cocktail d'anticorps monoclonaux), le *remdesivir* et leur combinaison sur des cas en RDC.
- L'histoire naturelle de l'infection est aussi étudiée, notamment chez les patients guéris.
- L'étude TEMBO est une cohorte dont l'objectif est de décrire la mortalité à J28 chez les patients atteints d'une maladie à filovirus confirmée.

Questions – Réponses

Lorsque le patient dit revenir de Kinshasa et non pas de la zone à risque, mais que l'interrogatoire du patient nous semble peu fiable, faut-il le suspecter à risque s'il présente une symptomatologie typique dans un délais compatible avec la période d'incubation ?

Qu'une nouvelle zone à risque soit identifiée en France sans signal d'alerte est très peu probable.

Si le patient est interrogeable, si son état clinique le permet, il est important de prendre le temps de discuter, de rassurer sur la prise en charge quelle que soit la situation administrative du patient. Il faut lui dire qu'il y a besoin d'information précise pour l'aider et nous aider

Il faut différencier un patient qui revient d'une région nouvellement zone à risque d'un patient qui revient d'une zone de circulation du virus non connue et non contrôlée dans la communauté, (d'où l'interrogation Sud-Ubangi avec 2 cas mais un directement transféré et isolé)

En cas de doute, se rapprocher du CNR FHV et de SpF. Il est important d'être critique et précis dans l'interrogatoire.

Pour rappel, selon [la CAT de SpF](#), un patient est suspect **même en l'absence certaine d'exposition d'après l'interrogatoire, s'il présente dans un délai de 21 jours après son retour d'une zone de circulation virale, les trois éléments cliniques suivants :**

o fièvre ;

o ET association de symptômes (diarrhée, vomissements, asthénie, anorexie, céphalées, myalgies, arthralgies, douleur abdominales, dysphagie, toux, dyspnée, hoquet, o etc.) ;

o ET hémorragie (digestive, gingivale, génitale, épistaxis, hémoptysie, hématomes, purpura, fausse couche spontanée...).

75% de contact tracing, est-ce suffisant pour lutter efficacement contre l'épidémie ?

C'est insuffisant, d'autant que le recensement des contacts est sans doute incomplet puisque de nombreux cas ne sont pas détectés avant le décès.

Connaît-on le R0 de chaque province ?

Non mais au vu des incertitudes sur le recensement, cela ne serait pas indicatif.

Si ce patient doit être opéré, quels EPI pour l'équipe de bloc ?

Pas de recommandations à ce jour car la chirurgie n'est pas recommandée pour un patient Ebola, uniquement le damage control en chambre avec EPI adaptés pour patient excréteur comme lors de la pose d'ECMO pour la patiente hantavirus en réanimation à Bichat en mai 2026.

La majorité des arrivées de RDC à Mayotte sont des femmes en âge de procréer mais surtout des enfants, dont certains arrivent sans parent. Existe-t-il une réflexion sur l'isolement les enfants ? Notamment les plus jeunes. Même question pour des femmes en fin de grossesse ? Et du nouveau-né si cela arrive ?

Des procédures gynécologiques REB existent et des formations sont en cours pour permettre un accouchement en toute sécurité à l'ESR. En île de France, la prise en charge pédiatrique aurait lieu à l'ES de Necker (l'un des 3 ES experts de l'ESR de l'AP-HP). Les procédures REB pédiatriques sont aussi réfléchies en lien avec l'EN REB. Selon l'expérience de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest, les situations d'accouchements présentaient un taux de 100% de létalité donc il s'agit très sûrement de cas d'urgence dépassée.

Est-ce qu'on a pu expliquer comment le patient s'est infecté malgré un port d'EPI très rigoureux ?

Le Cpias Ile de France et SpF ont interrogé le patient qui n'a pas identifié d'échec dans les précautions mises en place. Un port prolongé d'EPI au-delà des 45 minutes recommandées pendant le soin aurait pu avoir eu lieu ou une circulation du virus lors

d'un contact en communauté au quotidien. Le recyclage des EPI qui ne sont pas utilisés à usage unique a pu aussi poser défaut.

Quelles sont les consignes données au patient à sa sortie ou bien faut-il faire des tests quant au risque de transmission sexuelle après la guérison ?

Consignes données à la sortie : rapports sexuels protégés pendant 1 an à réévaluer en fonction des PCR sperme réalisées après la sortie.

Est ce qu'on a pu documenter si la réponse immunitaire chez ce patient a pu être "de type mémoire " en lien avec sa vaccination de 2019 ?

Des prélèvements ont été réalisés après la sortie du patient. Des études sérologiques sont en cours pour caractériser la réponse immunitaire humorale du patient et étudier une éventuelle cross-réactivité entre les anticorps dirigés contre le virus Ebola Zaïre (EBOV), induits par la vaccination ERVEBO®, et le virus Bundibugyo (BDBV).

De quelle manière le matelas a-t-il été jeté ? quelle a été sa filière ? comment a été respecté le triple emballage ?

Une DSVA a été faite conformément au protocole puisqu'il s'agissait de la première prise en charge d'un cas confirmé. Une double désinfection de l'ensemble des surfaces avec la gamme de produits Oxivir® puis la DASVA ont été réalisés (le matelas était dans la chambre). Il a été considéré qu'il n'y avait pas de risque donc le matelas a été éliminé dans la filière classique.

A l'heure actuelle, les soignants partants en mission soins Ebola sur site sont-ils tous vaccinés contre Ebola ? Oui par leur ONG.

Pourriez-vous nous transmettre les checklists des différents postes superviseur, IDE, ... et quel était le nombre de superviseur au début de la prise en charge ?

Oui, vous pouvez nous demander les checklists en remplissant le formulaire contact COREB : [Contact - COREB Mission Nationale](#).

1 superviseur REB était présent 24h/24 avec un pool de 5 superviseurs initialement, puis il y a eu une montée en puissance avec une formation au fur et à mesure pour avoir un pool de 12 superviseurs en fin d'alerte.

Comment les anticorps monoclonaux ont été obtenus par le CORRUSS ?

L'ESR et l'ANSM les ont obtenus en lien avec le CORRUSS et le laboratoire américain qui fabrique ces anticorps. L'ANRS-MIE a été sollicité à titre d'experts. La DGS s'est mis très efficacement en lien avec le cabinet du ministère de santé et le laboratoire américains. Le produit a été envoyé et reçu très rapidement mais il n'a pas été utilisé car le patient a évolué favorablement.