



Les prises en charge dans les pays du Nord

En France, dès le 25 mars 2014, une alerte nationale a été lancée. Il était nécessaire de freiner l'introduction du virus, de préparer la prise en charge des patients et d'informer les professionnels et le public.

Ebola : le rôle de la Task Force interministérielle en France

Pr Thierry Debord
Coordonnateur
délégué, Task Force
interministérielle
Ebola, composante
Santé

Il y a un peu plus de trois ans, le 6 décembre 2013, un enfant de 2 ans mourrait à Méliandou, village de la préfecture de Guéckédou, en Guinée forestière. Dans ce même village, 11 décès allaient être enregistrés entre décembre 2013 et la fin mars 2014. Pendant cette période, l'épidémie s'étendait à d'autres villages de la préfecture, puis à d'autres préfectures de Guinée forestière : Macenta, Kissidougou et N'Zérékoré. L'origine de l'épidémie allait être rapportée au virus Ebola, identifié à la fin mars 2014 par Sylvain Baize, de l'Institut Pasteur de Paris, sur une analyse d'échantillons adressés au laboratoire P4 Jean Mérieux-Inserm de Lyon.

La suite est connue, l'épidémie va s'étendre au Libéria fin mars 2014, à la Sierra Leone fin mai. Le 30 juillet 2014, Médecins sans frontières déclare que l'épidémie est sans précédent et hors de contrôle. Le 8 août l'OMS décrète l'urgence de santé publique de portée internationale et demande une action internationale coordonnée. L'ampleur de cette épidémie va très largement dépasser en nombre de cas et de victimes l'ensemble des épidémies liées à ce virus depuis son identification en 1976 au Zaïre.

Après plusieurs déclarations d'arrêt de transmission interhumaine dans les trois pays d'Afrique et quelques

foyers de résurgences, la fin de l'épidémie est déclarée le 15 juin 2016 en Sierra Leone, le 29 août en Guinée et le 7 septembre au Libéria.

Le bilan global est très lourd :

- 28 616 cas confirmés, probables ou suspects ;
- 11 310 décès, soit un taux global de mortalité de 40 % ;
- 10 000 patients guéris survivants ;
- 21 853 orphelins ;
- 881 professionnels de santé infectés dont 513 décédés.

En mars 2014, les établissements de santé de référence des zones de défense et de sécurité étaient peu préparés à une prise en charge de type Ebola. Sur le virus Ebola et la maladie, il y avait beaucoup d'incertitudes et les connaissances sur les risques infectieux liés à ce virus étaient très incomplètes.

Dès le 25 mars 2014, une alerte nationale a été lancée par la Direction générale de la santé avec activation du dispositif Orsan Bio (organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles avec prise en charge d'un risque biologique connu ou émergent), et le Centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales (Corruss) de la DGS a été mis en niveau d'alerte renforcée.

Organisation de la réponse opérationnelle en France

La réponse opérationnelle en France s'est organisée autour de trois ensembles de mesures visant à :

- freiner l'introduction du virus sur le territoire national,
- assurer la préparation du système de santé à la prise en charge des patients,
- assurer la communication vers les professionnels de santé, les services de l'État et le grand public.

Pour coordonner les différentes actions menées en France et à l'international, une Task Force interministérielle a été mise en place sous l'autorité du Premier ministre le 20 octobre 2014. La Task Force comprenait un coordonnateur national, le Pr Jean-François Delfraissy, et quatre coordonnateurs délégués. Mme Christine Fages, ambassadrice, avait pour mission d'assurer la coordination de l'ensemble des initiatives sur le plan européen et international ; M. Pierre Lieutaud, préfet, d'assurer la coordination du dispositif de réponse nationale, la préparation et la mobilisation de l'ensemble des acteurs sur le territoire ; le Pr Thierry Debord d'assurer la coordination des aspects sanitaires de la gestion de la crise avec notamment la veille sanitaire, le suivi épidémiologique, l'évaluation et la gestion des alertes sanitaires, la préparation du système de santé ; et enfin, le Pr Yves Lévy d'assurer la coordination de la recherche.

Le dimensionnement de la réponse nécessitait d'évaluer les risques d'importation de la maladie sur le territoire. Les voies d'introduction sur le territoire étaient théoriquement multiples mais en fait essentiellement aériennes, compte tenu de la densité du trafic aérien entre les pays touchés et la France. Les experts du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) avaient estimé ce risque à un cas tous les vingt mois. Les voies maritimes, routières ou ferroviaires constituaient un mode beaucoup moins probable. Il fallait également envisager le risque lié aux migrations clandestines avec l'éventualité d'une chaîne de transmission à bord d'un bateau de clandestins ou dans un centre de rétention, un foyer de migrants. Sans négliger le risque d'importation à partir d'un échantillon biologique adressé sans précaution à un laboratoire.

Le scénario envisagé pour la France n'a donc jamais été celui d'une situation épidémique à gérer sur le territoire, mais la prise en charge de quelques cas sporadiques importés, avec une possibilité de quelques cas secondaires, surtout parmi les contacts proches ou en milieu de soins. Etant donnée la procédure de suivi des contacts mise en place, le risque d'une chaîne de transmission soutenue était très faible.

Freiner l'introduction du virus sur le territoire national

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) est intervenu dans le cadre d'un dispositif d'information et de communication mis en place en lien avec le Service d'information du gouvernement et la DGS, s'adressant à différentes cibles :

- information des voyageurs avec affiches aux

principaux points d'entrée et distribution de dépliants d'information ;

- information des migrants diffusée sur les radios spécialisées ;
- information du grand public avec création d'infographies et leur déclinaison pour Twitter et Internet, production de chroniques vidéo, d'interviews d'experts ;
- information des professionnels de santé avec une fiche d'information spécifique.

Pour éviter l'introduction du virus sur le territoire national, un dispositif de contrôle sanitaire à l'arrivée des vols directs en provenance des territoires infectés et au niveau des ports a été mis en place.

De Roissy à l'arrivée des vols directs en provenance de Conakry le 18 octobre 2014, le dispositif a été étendu aux vols directs provenant de Bamako, arrivant à Roissy et à Orly du 15 novembre 2014 au 9 janvier 2015.

Au 12 mai 2015, le bilan s'établissait ainsi :

- 33 698 passagers contrôlés dont 9 655 en provenance de Bamako ;
- 10 cas suspects : 9 en provenance de Conakry, 1 de Bamako ;
- 3 cas possibles en provenance de Conakry hospitalisés à Bichat ;
- aucun cas confirmé.

Les dix cas suspects ont été détectés entre le 18 octobre 2014 et le 2 janvier 2015. Le dispositif a été arrêté le 30 septembre 2015.

Assurer la préparation du système de santé à la prise en charge des patients

Une doctrine de prise en charge des cas sur le territoire national a été mise en place et acceptée par tous les acteurs : en présence d'un cas suspect, le patient est isolé chez lui, au cabinet médical ou dans le service d'urgences avec appel au Centre 15, qui régule. Après évaluation entre le médecin en charge du cas, l'infectiologue référent, l'InVS et l'agence régionale de santé, si le cas est considéré comme possible, il est transféré vers un établissement de santé de référence habilité (ESRH), où sont pratiqués les prélèvements sanguins, adressés au Centre national de référence des fièvres hémorragiques virales (CNR FHV) pour le diagnostic virologique. Cette capacité de diagnostic virologique a été secondairement délocalisée vers les laboratoires de virologie des ESRH.

L'ensemble des procédures opérationnelles pour les prises en charge a été élaboré à partir des avis d'un groupe pérenne multidisciplinaire d'experts Ebola mis en place par le HCSP sur saisine de la DGS. Au total, seize saisines ont été adressées au HCSP entre les mois de mars 2014 et février 2015.

Un maillage territorial de quinze établissements de santé de référence habilités (ESRH) a été identifié, onze en métropole dont l'HIA Bégin (Hôpital d'instruction des armées) et quatre en outre-mer. Le suivi de la préparation du système de santé s'est fait de façon rapprochée avec chaque établissement, avec une étroite relation entre



Épidémies Ebola : quels enseignements ?

la Direction générale de l'offre de soins, la Direction générale de la santé et les agences régionales de santé.

La préparation des ESRH a nécessité la mise à niveau des infrastructures et des équipements (notamment pour le diagnostic virologique), l'approvisionnement en équipements de protection individuelle par l'Eprus (Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires), la formation des équipes, la réalisation d'exercices, l'information des différentes structures et instances des établissements.

Les établissements de santé non habilités ont également été mobilisés : établissements sièges de Samu, Smur (services mobiles d'urgence et de réanimation), services d'urgences.

À la fin 2014, tous les établissements de santé de référence habilités avaient réalisé au moins un exercice, plus de 17 000 personnels des services d'accueil d'urgence (SAU) avaient été formés à la prise en charge d'un cas suspect, près de 4 500 personnels des Smur avaient été formés à la prise en charge d'un cas suspect ou possible. Les instances de 428 établissements de santé avaient fait l'objet d'une information spécifique Ebola.

Des arrêtés ministériels ont été pris le 18 septembre et le 31 octobre 2014, sur la base juridique de l'article L. 3131-1 du Code de la santé publique permettant l'utilisation en France de traitements expérimentaux chez les patients confirmés. Le 4 décembre 2014, sur la même base, un arrêté a été pris pour utiliser à titre dérogatoire le Favipiravir en France pour des professionnels de santé exposés au virus Ebola.

Une procédure opérationnelle de suivi des personnes en contact et des personnes de retour de la zone à risque ayant pu avoir une exposition au virus a été établie.

Des documents de conduite à tenir ont été transmis sur le nettoyage et la désinfection des surfaces potentiellement contaminées, sur la gestion des déchets, excréta et autres fluides biologiques, et lors du décès de malades en établissement de santé.

Assurer la communication vers les professionnels de santé, les services de l'État et le grand public

L'information du grand public et des professionnels de santé a été réalisée, des instructions, consignes et conduites à tenir ont été diffusées à l'ensemble des ministères et des services de l'État, aux collectivités territoriales et aux différents acteurs concernés, notamment les entreprises de transport (Air France, SNCF, RATP...).

Participation des agences sanitaires

La participation des agences sanitaires a été fondamentale dans la réponse opérationnelle à la crise.

L'Institut national de veille sanitaire

L'InVS a assuré la veille épidémiologique internationale avec actualisation régulière de la définition des cas et a eu une intense activité dans le classement des cas. Au 15 novembre 2015, 1 064 suspicions d'Ebola ont été signalées à l'InVS, 1 028 ont été exclues d'emblée,

34 ont été classées en cas possibles, hospitalisées et exclues secondairement par un test biologique. Deux cas confirmés, rapatriés sanitaires de Guinée et de Sierra Leone, ont été pris en charge en France, le 19 septembre et le 1^{er} novembre 2014 à l'Hôpital d'instruction des armées Bégin et guéris.

L'InVS a participé au circuit de suivi des contacts, il a déployé des épidémiologistes sur le terrain, en Afrique, en soutien de la surveillance épidémiologique et du contrôle de l'épidémie (14 personnels). Il a contribué à la première phase du projet PREPARE en Guinée pour la formation d'équipes régionales d'alerte et de riposte aux épidémies (ERARE). Et il participe au projet RIPOST : réseau des instituts nationaux de santé publique en Afrique de l'Ouest ayant pour objectif de renforcer les compétences nationales en veille et alerte sanitaires, en collaboration avec plusieurs acteurs bilatéraux.

L'Agence nationale de sécurité du médicament

L'ANSM a mis en place une coordination Ebola pilotée par sa direction générale. Elle a mené des actions dans le domaine des tests de diagnostic virologique et a assuré le suivi du marquage CE du kit Altona. Elle a accompagné le projet du CEA pour le test diagnostique rapide.

Au niveau des traitements, elle a entrepris les actions suivantes :

- recherche et mise à disposition de traitements expérimentaux (TE) : contact avec les industriels, l'Agence de santé publique du Canada ;
- participation à la rédaction des arrêtés L. 31-31 pour l'utilisation des traitements expérimentaux en thérapeutique et en prophylaxie ;
- mise en place d'un groupe d'experts pour les modalités d'administration et l'évaluation des traitements expérimentaux ;
- évaluation des traitements expérimentaux, production de documents (protocoles d'utilisation) et appui aux autres institutions (réponse aux saisines de la DGS, participation au groupe d'experts Ebola du HCSP) ;
- évaluation des traitements expérimentaux au niveau européen, appui technique et scientifique aux équipes européennes prenant en charge les patients infectés ;
- participation aux réunions internationales.

L'ANSM a réalisé le suivi de l'évaluation des immuns sérums, du développement des vaccins, de l'évaluation de l'utilisation de plasma de convalescents. Dans le cadre de l'application opérationnelle de la sécurité et de la sûreté biologique Ebola sur le territoire, elle a assuré le suivi des prélèvements, des transferts, des autorisations et des habilitations.

L'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires

Sur le territoire national, les interventions de l'Eprus ont été nombreuses.

1. Acquisitions de matériel.

- Achat et projection d'équipements de protection

individuelle (EPI) avec le déploiement de plus de 5600 dotations d'EPI à partir du 15 octobre 2014 :

- ◆ dotation de 10 tenues complètes EPI dans les établissements sièges de Samu (102 établissements de santé) plus une dotation complémentaire pour redistribution vers les Smur;
- ◆ dotation de 150 tenues complètes EPI dans les 11 ESRH;
- ◆ dotation de 150 tenues complètes EPI dans les départements ultra-marins;
- ◆ livraison de 6 700 tenues de formation;
- ◆ achat de 22 610 tenues Tychem SL (US).
- Achat et projection d'équipements de transport :
 - ◆ 35 housses de transport à pression négative acquises par l'Eprus et distribuées au sein des ESRH et des Smur des ESRH;
 - ◆ 2 caissons spécifiques de transport en milieu protégé (CTMP).

2. Acquisition, stockage de quatre médicaments expérimentaux (Favipiravir, TKM, ZMapp, ZMab), transport rapide du Favipiravir auprès des établissements de santé.

Exportation à la demande du ministère des Affaires étrangères de dix traitements dans différents pays européens.

3. Élaboration de procédures et outils pédagogiques pour l'habillage et le déshabillage.

4. Formation de professionnels de santé à Nogent-le-Rotrou avec la Direction générale de la sécurité civile, en partenariat avec MSF.

5. Appui aux contrôles sanitaires aux frontières à l'aéroport Roissy Charles-de-Gaulle : une équipe de deux réservistes par jour de mi-janvier à mai 2015.

6. Constitution et formation d'équipes de renfort hospitalier urgent en métropole et outre-mer pour assurer les évacuations sanitaires (Evasan) spécifiques :

- 25 professionnels de santé formés pour Evasan;
- 80 professionnels de santé formés pour le renfort potentiel.

Au total, tout cela n'a été possible que grâce au professionnalisme, à la mobilisation, à l'implication de tous les acteurs.

Tirer les leçons de l'expérience Ebola

En conclusion, ces différentes actions appellent quelques commentaires et réflexions. Il faut capitaliser l'expérience Ebola pour évoluer vers une doctrine générale de réponse aux risques infectieux émergents.

1. Il est nécessaire d'établir un dispositif générique d'évaluation des cas précisant les responsabilités de chaque partie prenante (ARS, Agence nationale de santé publique [ANSP], clinicien correspondant, DGS), dispositif décliné ensuite en fonction de la situation émergente et de son évolution.

2. Le groupe d'experts multidisciplinaires mis en place au HCSP doit évoluer vers un groupe d'experts pour la réponse aux agents infectieux émergents hautement contagieux.

3. Un plan de réponse global sur les risques infectieux émergents doit être élaboré, dans lequel serait traité le contrôle sanitaire aux frontières (dispositif pérenne, modalités, pertinence de certaines procédures comme le contrôle thermique à l'arrivée).

4. Il faut réfléchir sur les modalités de prise en charge des cas possibles ou confirmés d'infections hautement contagieuses. La doctrine actuelle de prise en charge des cas avec transfert vers des établissements de santé habilités ou identifiés est-elle adaptée à l'ensemble des risques infectieux émergents ? Dans ce contexte, il faut établir un cahier des charges précis (installations, équipements, personnels, formations) des établissements habilités à prendre en charge les différentes situations.

5. Il faut envisager la question de la délocalisation rapide des capacités de diagnostic et du transfert de compétence du Centre national de référence concerné vers les établissements de santé de référence.

6. Les rôles et implications des établissements de santé de proximité doivent être clairement définis.

7. Il faut identifier des leviers permettant de sécuriser les approvisionnements en produits de santé ou en équipements de protection individuelle rares en s'intégrant dans la mesure du possible dans une logique européenne, tant en matière de production que d'achat, de stockage et de distribution.

8. Une réflexion doit être menée sur une évolutivité des procédures de protection en fonction de l'évolution des connaissances : ainsi pour Ebola par exemple, adapter les prises en charge selon l'état clinique, excréteur ou non.

9. Il faut identifier des solutions permettant d'organiser à tout moment les évacuations sanitaires, en analysant notamment les conditions de recours aux opérateurs privés ou à des solutions européennes ou à la mise en place d'une solution nationale publique.

10. Il faut réfléchir à une stratégie de communication partagée basée sur des faits et en privilégiant une approche proactive plutôt que réactive. 🦋