

AVIS

relatif à l'anticipation de l'évolution et de l'impact de l'épidémie de maladie à virus Ebola sur le territoire national

15 décembre 2014

Les données et conclusions de cet avis sont le reflet des connaissances à la date de publication, et sont susceptibles d'évoluer dans le temps. Il convient de vérifier qu'il s'agit de la dernière version mise en ligne.

Le Haut Conseil de la santé publique a reçu le 5 novembre 2014 une saisine de la Direction générale de la santé relative à l'anticipation de l'évolution et de l'impact de l'épidémie de maladies à virus Ebola (MVE) sur le territoire national.

Il est demandé au HCSP d'apporter des éléments de réponse sur les points suivants :

- Le dimensionnement à envisager en termes de nombre de patients « cas confirmés » à prendre en charge sur le territoire national dans les 12 mois qui viennent en cas de nécessité d'une réévaluation de l'hypothèse initiale d'organisation du dispositif de réponse.
- La stratégie de réponse à privilégier dans l'hypothèse de la nécessité d'une montée en charge du dispositif capacitaire en particulier les pistes de travail suivantes :
 - augmentation de capacité des établissements de santé de référence habilités (ESRH) ;
 - augmentation du nombre d'ESRH ;
 - introduction d'un dispositif de prise en charge des « cas possibles » hors ESRH.

Le HCSP a pris en considération les éléments suivants :

- **L'épidémiologie des MVE dans le monde avec ses évolutions récentes [1] :**
 - Près de 17 900 cas notifiés à l'OMS avec une létalité observée de 36 % (sous-évaluée ; pour les cas dont le suivi a été complet, elle était de 72 % [1]) et une létalité estimée de l'ordre de 70 % [2].
 - La proportion de soignants parmi les personnes infectées est de l'ordre du 4 % (n=639), avec une létalité importante (55 % [1]).
 - La quasi-totalité des patients ont été notifiés dans 3 pays d'Afrique de l'Ouest : Guinée-Conakry, Libéria et Sierra Leone.
 - Selon les données de l'OMS, il semble que dans ces 3 pays de transmission intense, l'incidence des cas rapportés ait une tendance à la stabilité en Guinée, stable ou en diminution au Libéria et encore en augmentation en Sierra Leone [1]. Le HCSP estime qu'il faut analyser ces données avec une grande prudence. La fiabilité des données rapportées notamment en Sierra Leone et dans la région nord-est de la Guinée mériterait d'être validée.

- Le Mali, avec le district de Bamako, est entré dans la liste des pays touchés le 14 novembre 2014 ; 8 patients infectés étaient recensés, dont 7 à Bamako [3].
- Le Sénégal est sorti de cette liste le 17 octobre 2014 ainsi que le Nigéria le 20 octobre 2014 (la République démocratique du Congo où sévissait une épidémie de MVE distincte de celle d'Afrique de l'Ouest est sortie de cette liste le 24 octobre 2014).
- **L'épidémiologie des MVE en France avec :**
 - Deux cas confirmés chez des soignants contaminés en Afrique et pris en charge après un rapatriement sanitaire d'Afrique.
 - Entre le 23 mars 2014 et le 8 décembre 2014, 655 signalements dont 21 ont été classés en « cas possibles » après expertise croisée entre l'infectiologue en charge du patient, l'InVS, l'ARS et CNR ; tous ont été secondairement exclus suite à un diagnostic virologique négatif [données InVS¹].
- **L'organisation de la réponse sur le plan international à cette crise sanitaire** avec en particulier la projection en Afrique de l'Ouest d'équipes développant ou renforçant le dispositif de réponse : organisations non gouvernementales, OMS, pouvoirs publics français (EPRUS, Service de Santé des Armées) et autres.
- **L'organisation de la réponse en France à la prise en charge d'éventuels patients suspects, cas « possibles » ou cas « confirmés »** reposant sur :
 - Une sensibilisation de tous les professionnels de santé à ce risque ;
 - Une information aux voyageurs au retour des pays épidémiques sur le suivi pour identifier une éventuelle fièvre ou des signes évocateurs de MVE ;
 - Une organisation dans tous les secteurs d'accueil des urgences en vue d'identifier le plus précocement possible des patients suspects et mettre en place immédiatement des mesures d'hygiène adaptées ;
 - Une organisation en vue de classer en cas « possible » (ou exclure) le plus rapidement possible ces patients suspects et d'assurer le transfert des cas « possibles » vers les établissements de santé de référence habilités (ESRH) par le SAMU zonal ;
 - Un maillage du territoire avec 12 ESRH capables d'accueillir des patients classés cas « possibles » ou cas « confirmés » avec des moyens pour l'hospitalisation, la gestion de la biologie, nécessaires à une prise en charge en toute sécurité pour les patients et les soignants, et la mise en place des approches thérapeutiques.

Au total 20 lits sont ainsi identifiés à ce jour dans ces ESRH et le plus souvent « sanctuarisés » pour prendre en charge d'éventuels patients cas « possibles » ou cas « confirmés ».

- **Les retours d'expérience à propos de la prise en charge de patients cas « confirmés » à l'HIA Bégin ou de patients cas « possibles »** ; parmi les leçons principales de ces retours d'expérience, on note :
 - Très grande difficulté à prendre en charge plus de un patient en même temps par ESRH ;
 - Très grande mobilisation de ressources humaines : au minimum 2 à 3 soignants tournant par poste de 6 heures, supervision par un autre professionnel pour garantir la sécurité de la prise en charge avec un impact d'une telle prise en charge important tout particulièrement sur les équipes soignantes (médicales et paramédicales) sur le

¹ InVS. Point épidémiologique du 8 décembre 2014. <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Fievre-hemorragique-virale-FHV-a-virus-Ebola/Point-epidemiologique-Ebola-Afrique-de-l-Ouest/Virus-Ebola-Point-epidemiologique-en-Afrique-de-l-Ouest-au-8-decembre-2014>, consulté le 12 décembre 2014 : 7 pages.

long cours : fatigue physique et psychique des personnels, désorganisation des services,.... ;

- Mobilisation importante des biologistes ;
 - Consommation importante de matériels à usage unique générant des gros volumes de DASRIA à éliminer spécifiquement.
- **Une telle organisation pèse sur l'équilibre financier de ces secteurs**, avec une perte d'activité et de recettes importante, et ce d'autant plus que l'inadaptation des locaux et la nécessité de disposer d'un personnel médical et paramédical dédié imposent le plus souvent la fermeture des lits adjacents pour une prise en charge optimale d'un cas confirmé.

Le HCSP a identifié des situations de prise en charge avec des impacts différents sur le dispositif mis en place :

- Des patients « cas confirmés », qu'il s'agisse de rapatriements sanitaires ou de l'identification d'un patient sur le territoire national : la durée de séjour de tels patients peut être variable (16 jours et 22 jours respectivement pour les deux patients pris en charge en France) et ils peuvent relever de médecine ou de réanimation.
- Des patients « cas possibles » qui relèvent alors d'une prise en charge qui peut durer jusqu'à 3 jours avant exclusion si négativité du diagnostic virologique : la multiplication de ces prises en charge pourrait avoir des conséquences sur les secteurs concernés comparables à la prise en charge d'un patient cas « confirmé ».
- Un foyer épidémique autour d'une personne infectée dont le diagnostic aura été trop tardif : le management concomitant de plusieurs cas dans un même secteur géographique pose alors des difficultés déjà mentionnées conséquentes à l'hospitalisation de plusieurs patients avec une MVE dans le même ESRH.

Le HCSP estime que

- **Le dispositif de prise en charge prévu à l'échelle nationale n'est pas actuellement saturé** ; il a accueilli dans des conditions de sécurité 2 patients « cas confirmés » et 21 patients « cas possibles ». Cette situation ne devrait pas changer considérablement dans les semaines ou mois qui viennent.
 - En effet, selon une projection du nombre de patients susceptibles d'importer une MVE sur le territoire national, et compte tenu de la densité du trafic aérien entre les pays à « transmission intense » du virus Ebola et la France, ainsi que des données issues de modèles d'importation [4], le HCSP a estimé ce nombre à environ 0,05 cas par mois, soit **un cas tous les 20 mois**. L'hypothèse d'une importation sur la base d'un autre mode de transport que l'avion est moins probable compte tenu de la durée d'incubation ; la détection d'une éventuelle fièvre est organisée pour toutes les personnes de retour par bateau de la zone épidémique [5].

Un scénario pessimiste de l'évolution de l'épidémie au Mali (évolution à l'identique de la Guinée Conakry depuis le début de cette alerte) doublerait le risque dans un délai de 6 mois.
 - Le nombre d'intervenants français sur le terrain en Afrique dans les pays touchés par Ebola est aujourd'hui difficile à chiffrer. Selon les principaux organisateurs, il pourrait être estimé à moins de 300 personnes. En tenant compte de la durée de séjour et de l'expérience de contamination des deux soignants rapatriés en France depuis le début de l'épidémie, une estimation sommaire du nombre de ces professionnels susceptibles de contracter une MVE dans ce cadre et d'être rapatriés en France aboutit à 0,1 cas par mois, soit **un cas tous les 10 mois**. Ce nombre estimé augmenterait proportionnellement au nombre de personnes engagées par la France en appui au dispositif sanitaire en Afrique de l'Ouest. La France est également

susceptible de répondre à des sollicitations internationales pour la prise en charge de personnes avec une MVE, ce qui augmenterait ce chiffre.

- Le nombre de sujets qui auraient voyagé dans les 3 dernières semaines dans un des pays d'endémie présentant une fièvre supérieure à 38°C et des symptômes les faisant entrer dans la définition des « cas possibles » est susceptible d'augmenter avec le développement des pathologies fébriles. Par exemple, les rares données disponibles permettent d'évaluer le nombre de personnes revenant de Guinée Conakry avec un paludisme à environ 15 patients sur un mois hivernal en France (mois de décembre). D'autres pathologies fébriles pourraient entraîner une augmentation de ce nombre, et ce, avec un risque d'autant plus grand du fait de voyages accrus sur la période des fêtes de fin d'année.
- **Toutefois, ce dispositif, à l'échelle des différents territoires, pourrait être rapidement mis en difficulté en raison :**
 - de plusieurs « cas possibles » à gérer de manière concomitante dans un même ESRH ;
 - de cas groupés à partir d'un cas index dont le diagnostic aura été trop tardif.
- **À ce jour, il n'apparaît pas nécessaire de réviser le nombre d'ESRH ni le nombre de lits identifiés pour la prise en charge de cas possibles ou confirmés. De même, il n'apparaît pas nécessaire de mettre en place un dispositif spécifique hors ESRH pour les patients « cas possibles ».**

Le HCSP recommande que :

- ✓ Un dispositif de dénombrement des intervenants français dans les pays touchés par la crise Ebola soit mis en place, centralisé et suivi mois après mois. Ces données sont indispensables pour estimer le nombre de personnes qui pourraient potentiellement être rapatriées avec un diagnostic de MVE.
- ✓ Les efforts déployés pour maîtriser l'épidémie soient maintenus, voire amplifiés ; il ne fait aucun doute, en effet, que le contrôle de l'épidémie en Afrique de l'Ouest, et *a fortiori* la non diffusion dans les pays voisins immédiats, ou même vers d'autres continents, est la meilleure des garanties contre le risque d'importation sur le territoire national.
- ✓ La communication publique soit renforcée ; elle est indispensable et doit expliquer les différents critères de la définition des « cas possibles ». Des explications simples permettront d'éviter la confusion qui ne manquerait pas de se produire entre un hypothétique scénario du pire et des pathologies plus bénignes, accessibles à la prévention, dont la grippe (vaccination). Dès lors, le nombre des « cas possibles » vite exclus, inutilement « alarmants », ne pourra qu'aller diminuant, cessant par là même de nourrir artificiellement l'inquiétude de la population.
- ✓ La prise en compte du risque auprès des acteurs de premier recours en dehors de l'hôpital soit analysée et renforcée.
- ✓ Le diagnostic virologique de MVE, reposant sur une technique de qualité adaptée à la situation épidémiologique, puisse être mis à disposition des ESRH dans les meilleurs délais afin de réduire la durée de prise en charge de patients « cas possibles ».

Le groupe de travail reste mobilisé afin de réviser éventuellement ses estimations qui restent fragiles car reposant sur des informations fragmentaires.

Avis rédigé par un groupe d'experts, membres ou non du HCSP, autour de la Commission spécialisée Maladies transmissibles et de la Commission spécialisée Sécurité des patients. Aucun conflit d'intérêt déclaré.

Avis validé par le président du Haut Conseil de la santé publique.

Références

1. World Health Organization “Ebola response roadmap situation report” 10 December 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145198/1/roadmapsitrep_10Dec2014_eng.pdf?ua=1 (consulté le 11 décembre 2014) : 14 pages.
2. Schieffelin JS et coll. “Clinical Illness and Outcomes in Patients with Ebola in Sierra Leone” *NEJM* 2014 ;371(22):2092-2100.
3. European centre for disease prevention and control. Epidemiological update: Outbreak of Ebola virus disease in West Africa. 28 November 2014. http://www.ecdc.europa.eu/en/press/news/_layouts/forms/News_DispatchForm.aspx?List=8db7286c-fe2d-476c-9133-18ff4cb1b568&ID=1127 consulté le 5 décembre 2014: 4 pages.
4. Gomes MFC et coll. “Assessing the International Spreading Risk Associated with the 2014 West African Ebola Outbreak” *PLOS Currents Outbreaks*. 2014 Sep 2. Edition 1. doi: 10.1371/currents.outbreaks.cd818f63d40e24aef769dda7df9e0da5.
5. Arrêté du 5 novembre 2014 renforçant le contrôle sanitaire aux frontières pour prévenir l'introduction de la maladie à virus Ebola sur le territoire national. www.lexisnexis.fr/JORF/jo.jsp?url=20141205_281_33.html&referer=6joursjo (consulté le 10 décembre 2014) : 2 pages.

Haut Conseil de la santé publique

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

www.hcsp.fr