

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Organisation

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Direction générale de l'offre de soins

*Sous-direction du pilotage de la performance
des acteurs de l'offre de soins*

Bureau qualité et sécurité des soins

Direction générale de la santé

Département des urgences sanitaires

Instruction DGOS/DIR/PF2/DGS/DUS/BOP n° 2014-306 du 7 novembre 2014 relative aux actions à conduire au sein de chaque établissement de santé (hors établissement de santé de référence habilité) dans le cadre de la préparation à l'accueil inopiné d'un patient cas suspect de maladie à virus Ebola

NOR : AFSH1426079J

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 7 novembre 2014. – Visa CNP 2014-165.

Visée par le SG-MCAS le 7 novembre 2014.

Catégorie : mesures d'organisation des services retenues par la ministre pour la mise en œuvre des dispositions dont il s'agit.

Résumé : la présente instruction a pour objet de préciser la conduite à tenir pour assurer la prise en charge d'un patient classé « cas suspect » de maladie à virus Ebola qui se présenterait fortuitement dans un établissement de santé.

Mots clés : établissement de santé – maladie à virus Ebola – préparation, plan blanc d'établissement.

Références :

Articles L. 3131-7 et suivants, articles R. 3131-4 et suivant du code de la santé publique ;

Avis du HCSP du 10 avril 2014 relatif à la conduite à tenir autour des cas suspects de maladie Ebola (disponible en ligne sur <http://www.hcsp.fr>) ;

Avis du HCSP du 10 septembre 2014 relatif à une demande de précisions sur l'avis du HCSP concernant la conduite à tenir autour des cas suspects de maladie à virus Ebola du 10 avril 2014 ;

Avis du HCSP du 24 octobre 2014 relatif à la conduite à tenir concernant l'identification et le suivi des personnes-contact d'un cas possible ou confirmé d'infection par le virus Ebola ;

Messages d'alerte rapide sanitaire (MARS) n° 5 du 2 septembre 2014 : actualisation des informations sur l'épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest au 2 septembre 2014 ;

MARS n° 6 du 3 octobre 2014 (réf. 3 octobre 2014-2) : actualisation des informations sur l'épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest au 2 octobre 2014 et vigilance concernant l'infection à Coronavirus ;

MARS n° 7 du 6 octobre 2014 (réf. 6 octobre 2014-1) : mobilisation des professionnels de santé au travers de la réserve sanitaire de l'EPRUS pour la lutte contre l'épidémie de maladie à virus Ebola en Guinée ;

MARS n° 8 du 24 octobre 2014 (réf. 24 octobre 2014-1) : épidémie de maladie à virus Ebola : information des personnels par les instances représentatives de l'établissement ;

MINSANTE/CORRUSS n° 462 du 15 octobre 2014 Ebola : renforcement et évaluation de la préparation du système de santé.

Annexes :

Annexe 1. – Procédure de prise en charge d'un cas suspect de maladie à virus Ebola.

Annexe 2. – Protection des professionnels.

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour diffusion); Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des établissements de santé (pour action).

Dans le cadre du dispositif de prise en charge des patients « cas suspects » de maladie à virus Ebola, cette instruction décrit les actions à conduire au sein de chaque établissement de santé (ES) non établissement de santé de référence habilité (ESRH) à la prise en charge des patients cas possibles ou confirmés de maladie à virus EBOLA (MVE), dans le prolongement des Messages d'alerte rapide sanitaire (MARS), en particulier n°5 du 2 septembre et n°6 du 3 octobre 2014, émis par le centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales (CORRUSS) de la DGS.

La présente instruction a pour objet :

- de rappeler le contexte épidémiologique, les principales informations concernant la maladie à virus Ebola, et l'organisation générale élaborée en France pour la prise en charge d'éventuels patients cas suspects, possibles ou confirmés ;
- de préciser la conduite à tenir pour assurer la prise en charge d'un patient « cas suspect » qui se présenterait fortuitement dans un établissement de santé ;
- d'enjoindre les établissements de santé à élaborer un dispositif de préparation à la prise en charge d'un patient classé « cas possible » dans l'attente de son transfert vers l'établissement de santé de référence ESRH ;
- de souligner l'importance de la réalisation d'exercices de mise en situation pour rendre cette préparation opérationnelle.

Les contenus de cette instruction sont adaptés à l'état des connaissances épidémiologiques, médicales et opérationnelles connues au 30 octobre 2014 et ont vocation à évoluer en fonction des retours d'expérience et avis ou recommandations du HCSP au fur et à mesure de leur mise à disposition.

I. – CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Depuis mars 2014, une épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola (FHV), souche « Zaïre », a touché le sud de la Guinée. L'épidémie s'est propagée au Liberia, au Sierra Leone voisins, ainsi qu'au Nigéria (qui ne fait plus partie des pays à risque depuis le 20 octobre 2014). C'est la première fois que des cas de FHV sont rapportés dans ces pays d'Afrique de l'Ouest. Par ailleurs, il existe un foyer de FHV à virus Ebola en République démocratique du Congo (province de l'Équateur).

Il est important de rappeler que, dans la région, d'autres pathologies endémiques telles que le paludisme ou d'autres virus responsables de FHV circulent (FHV de Lassa ou la fièvre jaune) et peuvent compliquer le diagnostic, d'autant que des co-infections (paludisme / FHV) sont possibles. L'épidémie actuelle est sans précédent du point de vue du nombre de cas rapportés, de l'étendue géographique et de la transmission avérée en zone urbaine et dans des capitales.

Les données épidémiologiques actualisées sont disponibles sur le site de l'InVS : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Fievre-hemorragique-virale-FHV-a-virus-Ebola> .

C'est en Afrique de l'Ouest que l'épidémie se développe. Le risque d'importation du virus Ebola par le biais des voyageurs en France est très faible.

II. – RAPPEL SUR LA MALADIE À VIRUS EBOLA ET SUR LES RISQUES DE CONTAMINATION

La maladie à virus Ebola débute après 2 à 21 jours d'incubation (en moyenne 8 à 11 jours) par des signes cliniques peu spécifiques (fièvre $\geq 38^\circ$, myalgies, céphalées, pharyngite). D'autres signes apparaissant ensuite rapidement : vomissements, diarrhée, éruption, conjonctivite. C'est à ce stade de la maladie que le patient est dit « excréteur ». Dans les formes sévères surviennent des signes neurologiques d'encéphalite (troubles de conscience, agitation, convulsions) et des signes hémorragiques (rarement retrouvés pour cette épidémie).

Le virus Ebola se transmet par contact direct avec les fluides corporels des personnes atteintes de maladie à virus Ebola symptomatiques. La transmission peut également se produire par contact avec du matériel souillé.

Aucune transmission aérienne n'est avérée.

Le risque de transmission est faible dans la première phase de la maladie. Il augmente lors de l'aggravation de la maladie et des symptômes, avec la multiplication virale. Il est majeur sur les personnes décédées.

Les personnels de santé prenant en charge les malades représentent donc un groupe identifié à risque de contamination.

La contagiosité coïncide avec l'apparition des symptômes de la maladie : une personne qui ne présente aucun des symptômes de la maladie n'est pas contagieuse.

III. – INFORMATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Compte tenu de l'évolutivité potentielle de la situation épidémiologique, les établissements de santé doivent assurer 7 jours sur 7 la réception et la prise en compte des messages d'alerte rapide sanitaire (MARS) et leur diffusion sans délai aux directions, pôles, services et professionnels concernés de l'établissement, et notamment services d'urgence, président de la commission ou conférence médicale de l'établissement, équipe opérationnelle d'hygiène, direction des soins...

Les professionnels de santé sont de plus invités à s'inscrire sur la liste de diffusion «DGS-URGENT». Cette liste de diffusion leur permet de recevoir automatiquement des messages les avertissant de problèmes sanitaires urgents (p.ex. épidémies de méningite, signalement de produits dangereux, ...). Pour bénéficier de ce service, il leur suffit de s'inscrire <https://dgs-urgent.sante.gouv.fr/dgs-urgent/inter/accueilBuilder.do?cmd=affiche>

IV. – STRATÉGIE GÉNÉRALE DE PRISE EN CHARGE DE PATIENTS CAS SUSPECTS, POSSIBLES ET CONFIRMÉS DE MALADIE À VIRUS EBOLA

Le ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes a défini un dispositif de prise en charge dans l'hypothèse où un cas serait détecté en France, à partir des définitions de cas de l'Institut de veille sanitaire (InVS) et d'avis du Haut conseil de santé publique (HCSP)¹.

Ce dispositif est présenté sur le site Internet du ministère : <http://ebola.sante.gouv.fr/>. Il repose sur :

1. Détection

Le dispositif de prise en charge des patients dans le cadre de la maladie à virus Ebola (MVE) est basé sur la détection et l'isolement précoce des cas « suspects » par les professionnels de santé sur la base de la définition de cas régulièrement actualisée par l'InVS : « toute personne présentant dans un délai de 21 jours après son retour de zone à risque une fièvre mesurée par un soignant² supérieure ou égale à 38°C ».

L'efficacité de cette détection repose sur l'information, la préparation et la vigilance de tous les professionnels de santé (médecine et soins de ville et établissement de santé, en particulier services d'urgences ou de maternité).

2. Classement

Dès l'identification d'un patient cas « suspect », le SAMU-Centre 15 doit être contacté pour organiser le classement du patient en cas « possible » ou « exclu » dans le cadre d'une expertise clinico-épidémiologique associant le clinicien auprès du patient, l'ARS-CIRE, l'InVS et l'infectiologue référent de l'établissement de référence.

Le patient cas exclu est pris en charge dans des conditions habituelles.

¹ Avis relatif à la conduite à tenir autour des cas suspects de maladie Ebola, Haut conseil de la santé publique, 10 avril 2014; précisé par l'avis HCSP du 10 septembre 2014.

² Avec un thermomètre à usage unique ou sans contact

3. Transport des patients cas possibles

Les patients cas « possibles », c'est-à-dire ayant eu une exposition à risque, sont systématiquement orientés vers des ESRH, établissements préparés et équipés en conséquence pour leur prise en charge.

Le transport de ces patients est organisé vers l'un des douze établissements de santé de référence habilités (ESRH) à prendre en charge ces cas possibles de MVE en concertation entre le SAMU-Centre 15 territorialement compétent et le SAMU de l'ESRH. En fonction des ressources opérationnelles, il est assuré par le SMUR de l'un ou de l'autre de ces SAMU. L'équipe du SMUR est habillée de tenues de protection de niveau élevé³, compte tenu de la promiscuité avec le patient dans la cellule sanitaire et des soins éventuels à lui prodiguer.

Pour le transport des patients cas possibles « excrétant » le SMUR de l'ESRH dispose de housse d'isolement pour effectuer ces transports.

A ce jour, 95% des cas suspects sont exclus à l'interrogatoire avec l'InVS, et sur les cas possibles classés aucun cas n'a été confirmé par le diagnostic virologique.

Le dispositif de prise en charge des patients cas possibles et cas confirmés est centré sur les ESRH.

L'annexe 1 présente le logigramme de prise en charge d'un cas suspect de MVE.

Les autres établissements de santé et les professionnels de santé peuvent néanmoins être confrontés à la détection de patients cas suspects : ils sont susceptibles de recevoir un patient cas suspect qui se présenterait fortuitement et de l'accueillir, jusqu'à son transfert par le SAMU-SMUR vers un ESRH.

Tous les établissements de santé doivent donc se préparer en conséquence.

Rappel du dispositif de prise en charge par les établissements de santé de référence habilités à la prise en charge des cas possibles et des cas confirmés :

Pour la prise en charge des cas possibles et cas confirmés, le dispositif français s'appuie sur les compétences disponibles dans les ESRH : prise en charge en chambres à pression négative avec sas dans les services de maladies infectieuses, réanimation pour les patients dont l'état le nécessite, professionnels formés et entraînés au port des équipements de protection individuelle adaptés au risque.

Chaque ESRH dispose également des compétences en hygiène, en prévention des infections nosocomiales et en biologie, avec notamment un laboratoire de haute sécurité biologique (niveau 3) capable d'assurer après confirmation de la MVE, la biologie nécessaire à la prise en charge du patient.

C'est uniquement dans ces établissements de référence que le prélèvement pour le diagnostic biologique de la maladie à virus Ebola est effectué. Le prélèvement est ensuite, soit transmis au centre national de référence des fièvres hémorragiques virales de Lyon qui réalise le diagnostic et informe l'ESRH, soit réalisé par l'ESRH selon les organisations locales.

L'ESRH informe l'établissement d'origine des résultats positifs ou négatifs dans les plus brefs délais.

Les traitements médicamenteux spécifiques pour les patients cas confirmés, actuellement uniquement expérimentaux, sont centralisés par l'EPRUS. Leur disponibilité est coordonnée au niveau mondial. L'ANSM accompagne l'ESRH dans sa stratégie thérapeutique avec l'aide d'un groupe d'experts.

La qualité et la robustesse de ce dispositif imposent la mobilisation de tous les acteurs du système de santé. Dans ce cadre, nous vous demandons de mettre en œuvre les dispositions suivantes :

V. – PRÉPARATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Chaque établissement de santé public et privé doit se préparer à l'accueil inopiné d'un patient cas suspect qui soit, se présenterait spontanément aux urgences (adultes, pédiatriques, maternité, ...), soit, viendrait en consultation.

³ Combinaisons étanches aux projections de liquides biologiques de catégorie III type 3B à cagoule (norme NF EN 14126), double paire de gants nitrile, surbottes, masques et lunettes.

L'animation du dispositif de préparation peut reposer sur un comité de pilotage reconnu, réunissant les différents représentants médicaux et non-médicaux des activités pouvant être concernées par cette prise en charge, avec l'implication effective de la direction d'établissement, du président de la commission ou de la conférence médicale de l'établissement, de la direction des soins infirmiers, du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH), ainsi que des services logistiques.

1. Objectifs

Cette préparation est menée par un groupe de travail de personnels médicaux et paramédicaux concernés (équipe opérationnelle d'hygiène, service d'urgence, etc.) œuvrant sous mandat du directeur d'établissement et du président de la commission ou de la conférence médicale de l'établissement, afin :

- d'élaborer ou mettre à jour les procédures de prise en charge de patients cas suspects de MVE (repérage, isolement, appel du SAMU centre 15 pour classement, préparation du transfert vers l'ESRH pour les cas possibles), en assurant la protection des personnels et l'information des patients ;
- d'organiser la formation et l'entraînement des personnels susceptibles de se trouver en contact avec ce type de patient, et l'information de l'ensemble des autres personnels de l'ES ;
- de prévoir les aspects logistiques et les mesures de décontamination des locaux, surfaces et objets ayant pu être contaminés, selon les recommandations en vigueur.

2. Principes d'action

Cas suspect ou cas possible d'infection par le virus Ebola

Les premiers retours d'expérience issus des ES permettent de dégager les principes d'actions suivants pour la prise en charge d'un cas suspect ou d'un cas possible d'infection par le virus Ebola :

- repérer dès son arrivée dans l'ES (service des urgences, urgences maternité...) un patient suspect (*cf.* définition du cas suspect § IV.1° détection).
- éviter tout contact physique non indispensable avec ce patient.
- ne réaliser aucun prélèvement ni aucun geste invasif.
- limiter les personnels intervenant auprès du patient (uniquement personnels séniors) et se protéger (masque FFP2, hygiène des mains, gants d'examen, surblouse à usage unique et lunette largement couvrante).
- placer le patient en isolement dans la pièce (ou chambre seule) prévue, porte fermée. Lui demander de revêtir un masque chirurgical et de réaliser une friction des mains avec un produit hydro-alcoolique. L'informer de la nécessité des mesures de protection devant être prises.
- prévenir le médecin sénior du service ; informer également l'EOH et la direction de l'établissement.
- contacter le SAMU-Centre 15 pour classer le cas en lien avec l'ARS et l'InVS.
- s'il s'avère nécessaire qu'un professionnel de santé rentre dans le lieu d'isolement pour une action indispensable auprès du patient notamment des soins immédiats, l'annexe 2 décrit les mesures de protection des professionnels à mettre en œuvre. Dans le cas nécessitant des soins immédiats avec exposition aux fluides corporels, il sera fait appel au SAMU-Centre 15 qui mobilisera un SMUR équipé en conséquence pour assurer la prise en charge du patient.
- regrouper les déchets dans un fût à DASRI identifié.
- en fonction de la configuration locale : pas d'utilisation des toilettes par le patient (bassin recouvert d'un sac à bassin, urinal avec sac à urinal, ou dispositifs à usage unique), ou accès possible aux cabinets d'aisance, sans chasse d'eau puis condamnation de ceux-ci pendant le temps de décontamination à l'eau de javel.
- évaluer l'état clinique des accompagnants (sur les critères de cas suspect) :
- s'ils ne présentent pas de symptôme et qu'ils restent avec le patient (parents d'un enfant cas suspect par exemple), leur faire porter un masque chirurgical.
- porter une attention particulière au respect du secret professionnel pour tout patient cas suspect ou possible, pour les contacts et les professionnels exposés.

Si le cas « suspect » est classé comme « possible » :

- maintenir le patient en isolement et organiser son transport avec le SAMU-Centre 15 vers un ESRH. Informer le patient des raisons et modalités de ce transfert ;

- éliminer les déchets et les liquides biologiques après les avoir gélifiés et désinfectés (eau de javel, 0.5%), par la filière DASRI d'incinération, ou bien les isoler pour les traiter en filière DASRI habituelle lorsque le cas est exclu;
- réaliser un bionettoyage suivi d'une désinfection à l'eau de Javel des locaux et matériels (voir annexe 2 protection des professionnels);
- dresser la liste des personnels qui ont été en contact étroit et direct avec le patient (accueil, transport, soins...) ou ses liquides biologiques.

Suivi des examens virologiques du patient et implication pour les professionnels

Les résultats de ces examens pratiqués au centre national de référence de Lyon ou à l'ESRH selon les organisations locales peuvent prendre de 4h à 24 h.

L'ESRH informe l'établissement d'origine des résultats positifs ou négatifs dans les plus brefs délais.

- Résultats négatifs (cas exclu): aucune conduite à tenir particulière n'est à suivre
- Patient infecté (cas confirmé): le risque de contamination pour les personnels est très faible si les mesures de protection et d'hygiène ont été appliquées. Le recensement et le suivi des professionnels-contact du cas confirmé est mis en œuvre tel que précisé dans la procédure «conduite à tenir concernant l'identification et le suivi des personnes-contact d'un cas possible ou confirmé d'infection par le virus EBOLA» du HCSP.

Ce suivi repose sur une surveillance de la température 2 fois par jour pendant 21 jours à partir de la date d'exposition. Un correspondant de l'ARS ou de la médecine du travail de l'ES contactera le professionnel tous les jours pour faire le point sur son état de santé. En cas de fièvre supérieure ou égale à 38°C, celui-ci doit contacter sans délai le Samu-Centre 15 et informer les personnes ressources selon l'organisation de suivi des contacts et des personnels de l'établissement.

3. Organisations à prévoir

Pour répondre à ces principes d'actions, l'organisation de l'ES doit prévoir:

3.1. La situation du patient se présentant dans un service d'urgence (adultes, pédiatriques, maternité...), lorsque l'ES en dispose, qui nécessite notamment:

- une pièce ou zone d'isolement, libre de tout matériel superflu, préparée et dédiée, avec au moins un téléphone et si possible un interphone;
- thermomètre sans contact pour la vérification de la température du patient;
- des équipements de protection pré-positionnés (voir annexe 2), ainsi que des masques chirurgicaux à l'accueil;
- un bidon d'eau de Javel dilué à 0,5% de chlore;
- une procédure organisationnelle et d'habillage et de déshabillage, comprenant le cas où le patient présente des symptômes pouvant exposer le personnel à des liquides biologiques;
- une procédure de décontamination des locaux et surfaces à l'aide d'eau de Javel, précisée en lien avec l'EOH;
- une procédure de gestion des déchets dans l'attente du classement du cas;
- un affichage et une signalétique (pictogrammes) appropriés, en français et en anglais, à l'accueil des urgences.

La procédure organisationnelle prévoit également les modalités d'information des patients cas suspects à l'occasion de leur prise en charge, rappelant le rationnel des mesures d'isolement et le déroulé de la suite de la prise en charge par le SAMU-Centre 15 puis par l'ESRH. De plus, le recours à l'interprétariat et à une médiation éventuelle pour obtenir un interrogatoire fiable seront prévus.

3.2. La situation du patient se présentant en consultation ou identifié en service d'hospitalisation

La procédure aura prévu l'organisation, les locaux, le parcours éventuel du patient, ainsi que les référents opérationnels: médecin sénior du service des urgences ou infectiologue référent lorsque cette spécialité existe dans l'établissement; dans le cas contraire, il s'agira de professionnels de santé médicaux et paramédicaux joignables et formés à cette organisation et à cette prise en charge.

La procédure prévoit notamment une organisation qui permet soit de faire prendre en charge le patient cas suspect par le service des urgences, soit de faire intervenir un ou des référents opérationnels, qui viennent assurer la prise en charge du patient sur place, en disposant des éléments listés au §3.1, par exemple regroupés dans un chariot d'intervention dédié (de façon analogue au chariot de prise en charge des urgences vitales intrahospitalières).

L'apposition d'affiches en français et en anglais dans les salles d'accueil de consultation et la mise à disposition de masques chirurgicaux sont des mesures utiles.

3.3. *Le suivi des contacts et des personnels de l'établissement, le cas échéant*

Des précisions sont disponibles dans l'avis du HCSP du 24 octobre 2014 relatif à la conduite à tenir concernant l'identification et le suivi des personnes-contact d'un cas possible ou confirmé d'infection par le virus EBOLA (disponible en ligne sur <http://www.hcsp.fr>)

4. Information de tous les professionnels et formation des professionnels de première ligne

En termes de stratégie, les établissements veilleront à différencier les deux axes de communication : information de tous les professionnels versus formation-entraînement des professionnels de première ligne pour préparer la détection des cas suspects.

En fonction de ces scénarii, une formation adaptée au risque, avec ateliers pratiques et réalisation d'entraînements, est organisée pour les personnels susceptibles d'être en situation de premier abord avec un patient cas suspect.

Des exercices doivent en outre permettre d'identifier les difficultés rencontrées en conditions réelles et d'adapter les organisations et procédures locales.

Les ES trouveront un appui pédagogique auprès des Centres d'enseignement des soins d'urgence associés aux SAMU, de leur ARLIN ou CCLIN ou, le cas échéant, de centres de simulation en santé.

Les professionnels de santé doivent acquérir les principes de base pour s'assurer d'une utilisation efficace et sans danger des équipements de protection individuelle.

Le port de combinaison nécessite une formation pratique spécifique à l'habillage et au déshabillage des personnels. En effet, le retrait requiert le plus grand soin pour éviter tout contact entre l'extérieur de celle-ci, potentiellement souillé, et la peau ou les muqueuses du soignant.

Les formations permettront de démontrer les compétences et l'aisance obtenues par la pratique répétée de l'utilisation correcte des équipements de protection.

Pour les autres personnels de l'établissement de santé, une information est organisée, *via* les instances représentatives (commission ou conférence médicale de l'établissement, comité technique d'établissement, comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, commission des soins infirmiers de rééducation et médico-techniques), ainsi que par des réunions ouvertes ou autres canaux d'information, animés notamment par un spécialiste « expert » de l'ES, en lien avec l'EOH. Les correspondants locaux d'hygiène dans les services seront utilement associés à cette démarche.

L'ARLIN et le CCLIN proposent des supports et des réunions d'information.

L'information des personnels de l'établissement de santé s'attachera à présenter en particulier les points suivants :

- les modes de contamination et les situations à risque de transmission ;
- le processus de classement des cas par l'Institut de veille sanitaire ;
- le rôle de l'établissement de santé (détection, isolement, appel du SAMU-Centre 15 pour le classement avec l'InVS et l'organisation du transfert par un SMUR vers l'ESRH) ;
- les mesures de protection des personnels ;
- l'organisation et les procédures en place, leur validation en condition réelle par des exercices de préparation ;
- l'attention particulière au respect du secret professionnel pour tout patient cas suspect ou possible, pour les contacts et les professionnels exposés.

Un véritable plan de communication interne à l'ES est élaboré en appui à la préparation des personnels.

5. Sécurité

Une attention particulière est portée à la sécurité des systèmes d'information et d'accès aux locaux, en termes de confidentialité des données médicales et de protection vis-à-vis des curiosités inutiles.

6. Appui – ressources

La plupart des organisations et procédures déjà prévues et arrêtées dans le plan blanc d'établissement apporteront les analyses et l'architecture support propres à une déclinaison rapide et facilitée, éventuellement sous forme d'un volet spécifique pour « l'accueil initial et transitoire d'un patient « cas suspect » de maladie à virus Ebola ».

La préparation de certains points techniques des organisations et procédures pourra être utilement conduite en lien avec l'ARS, le SAMU, l'ARLIN ou le CCLIN, ainsi qu'avec les référents de l'ESRH de la région ou de la zone.

VI. – CONCLUSION

Les semaines et mois à venir demanderont un investissement continu des équipes. A ce titre, cette préparation doit aussi être l'occasion de renforcer la politique de couverture vaccinale des personnels, notamment antigrippale.

L'information de tous les professionnels est une priorité pour permettre une prise en charge des personnes suspectes de MVE dans de bonnes conditions, en assurant la protection des personnels et sans préjudice pour la qualité et la sécurité des soins des autres patients.

Il est important de rappeler que la France n'est pas confrontée à une épidémie de MVE mais que le système de santé doit néanmoins se préparer à prendre en charge des cas sporadiques.

L'objectif est d'identifier rapidement et d'isoler le patient suspect, de le classer *via* le SAMU-Centre 15 en lien avec l'ARS-CIRE et l'INVS. En cas de classement cas possible, le patient est transporté dans l'ESRH par le SMUR.

Nous vous remercions de nous faire savoir les difficultés que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de la présente instruction.

Pour la ministre et par délégation :

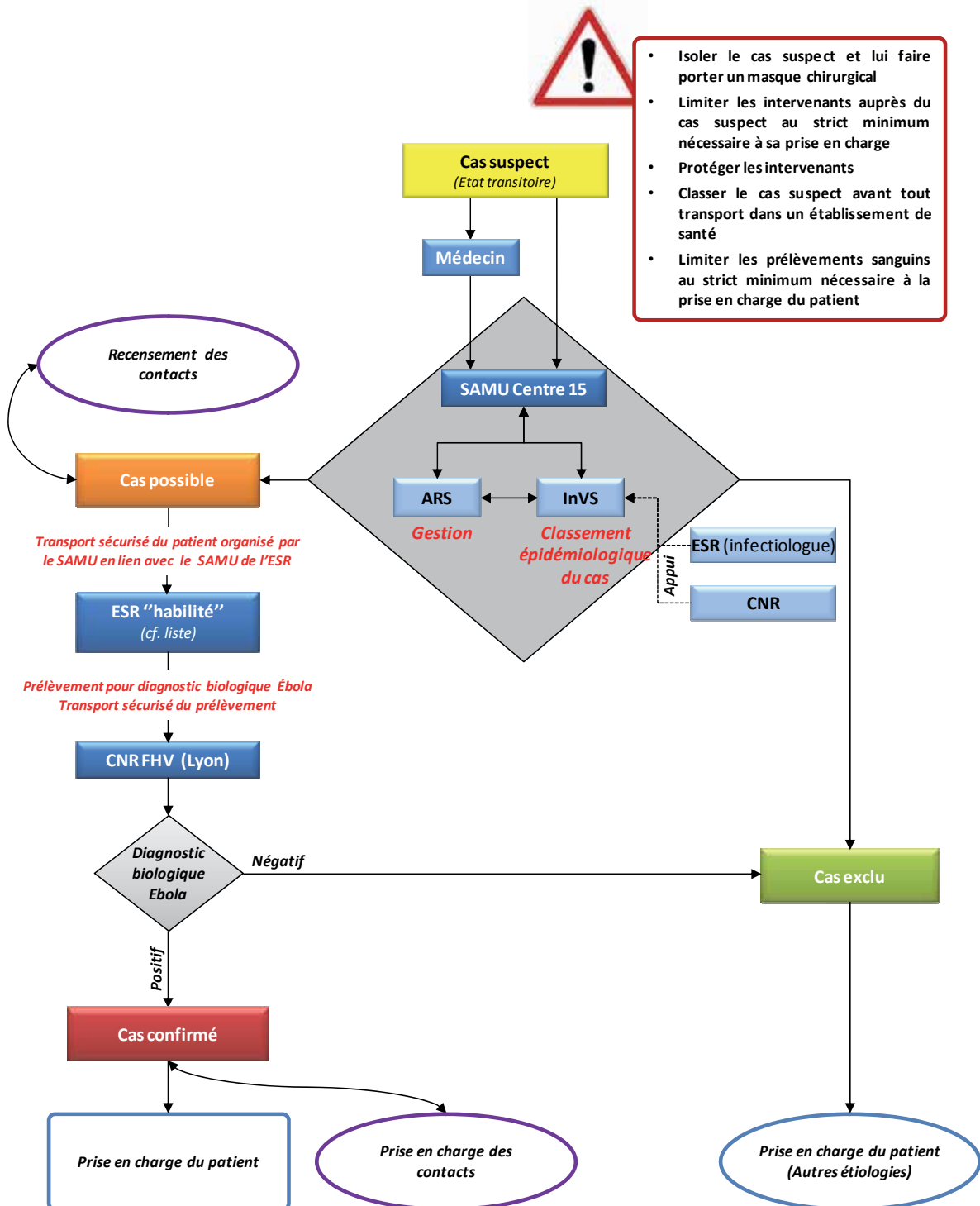
Le directeur général de l'offre de soins,
J. DEBEAUPUIS

Le directeur général de la santé,
B. VALLET

*Le secrétaire général
des ministères chargés des affaires sociales,*
P. RICORDEAU

ANNEXE 1

PROCÉDURE DE PRISE EN CHARGE D'UN CAS SUSPECT DE MALADIE À VIRUS EBOLA



ANNEXE 2

PROTECTION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

S'il est nécessaire d'entrer dans le local où est isolé le patient sans faire de soins directs, notamment pour le bionettoyage après le départ du patient, revêtir au minimum les protections suivantes (précautions « contact » renforcées) :

- tenue professionnelle ou pyjama usage unique ;
- solution hydro-alcoolique ;
- masque FFP2 ;
- lunettes de sécurité couvrant largement les yeux ;
- cagoule ;
- surbottes imperméables ;
- paire de gants en nitrile ;
- casaque longue imperméable à manches longues (type casaque de bloc) ;
- seconde paire de gants nitrile à manchettes longues.

Si une prise en charge médicale rapide est indispensable, limiter au maximum les gestes invasifs et le nombre d'intervenants, revêtir la tenue de protection suivante :

- tenue professionnelle ou pyjama usage unique ;
- solution hydro-alcoolique ;
- masque FFP2 ;
- lunettes de sécurité couvrant largement les yeux ;
- cagoule ;
- surbottes imperméables ;
- paire de gants en nitrile ;
- combinaison intégrale de type 4B ;
- seconde paire de gants nitrile à manchettes longues.

Dans le cas nécessitant des soins immédiats avec exposition aux fluides corporels, il sera fait appel au SAMU-Centre 15 qui mobilisera un SMUR équipé en conséquence pour assurer la prise en charge du patient.