



LE PLAN NATIONAL DE LUTTE CONTRE L'ÉPIDÉMIE D'ÉBOLA

A. Données essentielles sur l'épidémie

I. Données épidémiologiques

- Début de l'épidémie : 22 mars 2014 en Guinée
- Au 25 octobre 2014 : 10141 cas cliniques compatibles avec une maladie à virus Ebola ont été enregistrés parmi lesquels 4922 sont décédés.
- Foyer endémique : **Guinée, Libéria et Sierra Leone.**
- Autres cas signalés : Nigeria (l'OMS a officiellement déclaré le 19 octobre 2014 la fin de l'épidémie dans ce pays), République Démocratique du Congo, Sénégal, USA, Espagne et Mali.
- La contamination chez le personnel de santé : 450 professionnels de santé ont été contaminés dont 244 décès. Malgré toutes les mesures de protection des professionnels de santé aussi bien aux Etats Unis qu'en Espagne, deux infirmières ont été contaminées au cours des soins de cas rapatriés.

Au 26 octobre 2014, aucun cas suspect n'a été enregistré en Tunisie

II. Données virologiques

Le virus Ebola appartient à la famille des Filovirus. Identifié pour la première fois en 1976 au Soudan ; Il possède 5 sous-types distincts d'Ebolavirus. Les premières analyses montrent que le génome de l'actuel virus est proche de l'Ebola Zaïre (EBOV) dont la létalité est estimée entre 50 à 90%.

La durée de survie du virus Ebola dans l'environnement est de plusieurs jours avec infectiosité demeurant stable à la température ambiante ou à + 4°C..

Le réservoir : des chauves-souris frugivores sont les hôtes naturels du virus Ebola. Celui-ci passe de la faune sauvage à la population humaine lors de contact avec des chauves-souris infectées ou par le biais d'hôtes intermédiaires, comme des singes, des grands primates ou des porcs (lors de l'abattage, par consommation de sang, du lait ou de la viande crue ou pas assez cuite).

La transmission interhumaine : Le virus se transmet d'une personne à l'autre :

- **Par contact direct avec des liquides ou des sécrétions corporelles** telles que l'urine, le sang, la sueur, la salive ou les vomissements.
- **Par exposition directe avec des objets (aiguilles) qui ont été contaminés** par les sécrétions de patients.

Les sujets atteints restent contagieux tant que le virus est présent dans le sang et leurs sécrétions, cette période pourrait durer jusqu'à 61 jours après le début de la maladie.

**Il n'y a pas de transmission respiratoire du virus Ebola décrite
chez l'homme.**

**Les personnes infectées ne peuvent pas transmettre le virus
avant le début des symptômes.**

III. Clinique

- La durée d'incubation varie de 2 à 21 jours ; elle est silencieuse.
- La FHV à virus Ébola est une maladie virale aiguë se caractérisant, initialement, par des symptômes non spécifiques de type pseudogrippaux d'apparition brutale : Fièvre supérieure à 38° C, faiblesse intense, douleurs musculaires, céphalées.
- En 3-4 jours, apparaissent d'autres signes cliniques cutanéomuqueux (conjonctivite, exanthème maculeux ou maculo-papuleux, dysphagie) et digestifs (diarrhées, vomissements).
- La phase terminale est marquée par des signes neurologiques d'encéphalite et des hémorragies (principalement saignements aux points ponction, gingivorragies, hématomèse, mélaena, selles sanglantes). Dans

les formes hémorragiques, le décès survient dans 80% des cas en moyenne 8 jours après l'apparition de la fièvre. Si non, la guérison est sans séquelles, la convalescence est longue avec une asthénie prolongée pendant plusieurs semaines.

Diagnostic différentiel :

- **Le paludisme** doit être systématiquement évoqué.
- Les autres diagnostics différentiels dépendent des signes cliniques associés à la fièvre :
 - les **arboviroses** en cas de syndrome algique ;
 - **les causes de diarrhée** fébriles en cas de signes digestifs ;
 - **les causes d'exanthème fébrile** (arboviroses, toxidermies, rickettsioses, rougeole) en cas de signes cutanéomuqueux
 - les causes d'encéphalites fébriles, méningococcémiques et les encéphalites virales notamment herpétiques en cas de signes encéphalitiques.
 - **les autres causes de fièvre hémorragiques** virales comme la fièvre jaune, hépatites fulminantes, les arboviroses hémorragiques (dengue, fièvre de la vallée du Rift) ainsi que les maladies bactériennes (leptospirose, méningococcémie, certaines rickettsioses) devant un syndrome hémorragique.

Le diagnostic virologique se base sur la détection du matériel génétique du virus Ebola par PCR.

Les prélèvements : sang total, sérum, urine (tube EDTA 7 ml ou sur tube sec) seront transportés par les services du ministère de la santé au laboratoire dans des systèmes de transport sécurisés (triple emballage répondant aux caractéristiques de transport de classe A).

Le traitement est assuré dans des structures appropriées et repose à ce jour sur un traitement symptomatique. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les

anticoagulants sont contre-indiqués:

Plusieurs médicaments expérimentaux sont entrain d'être testés tel le sérum expérimental "ZMapp" ou l'avigan, aussi connu sous le nom favipiravir.

IV. La prévention

En l'absence de traitement efficace, la mise en œuvre et le respect des mesures de protection à prendre à titre individuel sont le seul moyen de prévenir l'infection.

Les situations d'expositions au risque en Tunisie sont les contacts directs ou rapprochés avec des sujets présentant des symptômes d'Ebola, en particulier avec leurs liquides biologiques.

Les précautions standards d'hygiène sont recommandées, complétées par des mesures de protection type « Contact », type « Air » et des mesures barrière renforcées.

Pour le patient : isolement géographique dans un box individuel avec SAS avec port de masque chirurgical et port de pyjama à usage unique.

Pour les soignants : protection couvrante, imperméable et étanche, avec gants et une protection respiratoire (FFP2 ou masque chirurgical) et oculaire (lunettes largement couvrantes).

L'équipe en charge des cas suspects doit être dédiée, entraînée, travail en binôme sénior médecin/infirmière (pas d'étudiants en contact).

B. Le plan national de lutte

Il s'appuie sur les standards internationaux et comporte plusieurs niveaux d'intervention:

- 1- Création de la commission nationale interdépartementale**
- 2- Création du comité de veille et de riposte contre la maladie à virus Ebola** au sein du ministère de la santé.
- 3- Mise en place d'un dispositif permettant de repérer au niveau des aéroports,**

tous les passagers qui viennent de zones endémiques (Guinée, Libéria et Sierra Léone), cette liste peut changer en fonction de l'évolution de la situation épidémiologique.

- Les voyageurs fébriles originaires ou ayant transités par ces pays seront isolés à l'aéroport dans un espace spécifiquement aménagé et seront ensuite pris en charge par les services du ministère de la santé.
- Si la personne est asymptomatique, elle sera demandée de surveiller quotidiennement sa température durant son séjour dans notre pays pendant 3 semaines de contacter son médecin traitant en cas d'apparition de fièvre ou des symptômes évoquant la maladie à virus Ebola. Une fiche

Les définitions suivantes ont été adoptées :

- **Un cas suspect** est un patient revenant depuis moins de 21 jours d'un des pays où circule le virus de FHV Ebola et présentant une fièvre supérieure à 38°5 C ou autres signes évoquant la maladie à virus Ebola.
- **Un cas possible** est un patient présentant une fièvre supérieure à 38°5C avec signes évocateurs de fièvre à virus Ebola et une exposition à risque avérée établie dans les 21 jours avant le début des signes ou une forme clinique grave compatible avec la fièvre à virus Ebola.
- **Un cas exclu** est un patient présentant une fièvre sans exposition caractérisée et sans signes évocateurs de la fièvre à virus Ebola.
- **Un cas confirmé** : est un cas suspect avec confirmation biologique de fièvre hémorragique à virus Ebola par PCR.

4- Renforcement de la veille sanitaire

Des notes techniques ont été diffusées à l'ensemble du personnel de santé et mise sur le site de l'ONMNE

Les cas suspects ou possibles sont systématiquement déclarés aux

autorités sanitaires :

- S.H.O.C. Room (Strategic Health Operations Center) de l'unité de la Médecine d'Urgence/ Direction Générale de la Santé :
N° vert : 80 103 160,
Téléphone : 71 567 500 – Fax : 71 577 140
disponible 24h sur 24

5- Elaboration du protocole de prise en charge des cas suspects ou possibles

En cas de d'identification d'un cas suspect (cabinet privé, clinique, urgences, hôpital), recueillir des informations sur le tableau clinique, l'histoire du voyage, la nature des expositions qui vous font suspecter la maladie à virus Ebola et prendre les mesures suivantes:

- **porter des équipements de protection** : blouse à manches longues, surblouse à usage unique, des gants, une protection oculaire largement couvrante et un masque chirurgical ;
- **Isoler le patient dans une pièce individuelle** fermée si possible avec toilette à usage exclusif du patient, si cabinet privé l'isoler des autres malades et faite lui porter un masque chirurgical et si possible des gants.
- **Déclarer aux autorités sanitaires** :

Une concertation entre les membres du comité d'intervention, composé d'un représentant du SHOC Room, le l'ONMNE, de la DSSB et d'un infectiologue permettra de catégoriser le cas et d'évaluer le risque. **Si le cas est classé suspect ou possible**, La S.H.O.C Room coordonnera toutes les opérations de logistique, de transfert et d'hébergement hospitalier des malades.

6 Elaboration et mise en œuvre d'un programme de formation au profit du personnel de santé et des professionnels potentiellement exposés au risque.

7 Elaboration et mise en œuvre d'une stratégie de communication.

8 Adoption et diffusion des procédures d'investigation, de prise en charge, de désinfection en se référant aux standards internationaux.

DÉTECTION ET NOTIFICATION D'UN CAS SUSPECT D'ÉBOLA - ARBRE DÉCISIONNEL -

