

Numéro thématique - Fièvres hémorragiques virales *Special issue: Viral haemorrhagic fevers*

- p.331 **Éditorial - Faut-il avoir peur des fièvres hémorragiques virales ?**
Editorial - Viral haemorrhagic fevers: an emerging threat?
- p.332 **Les FHV dans le monde : le point des dix dernières années / Viral haemorrhagic fevers in the world: review of the last ten years**
- p.336 **Réponse aux crises sanitaires internationales : épidémie de fièvre hémorragique Marburg, Province de Uíge, Angola, 2005**
Response to international health crises: Marburg haemorrhagic fever, Province of Uíge, Angola, 2005
- p.339 **Problématique des fièvres hémorragiques virales pour les armées / The challenge of viral haemorrhagic fevers in the Armed Forces**
- p.341 **Prise en charge d'un cas suspect de FHV à bord d'un navire au large de la Guyane française / Risk management and investigation of a suspected VHF death on board a cargo cruising off the coast of French Guiana**
- p.342 **Réflexions sur la prise en charge des patients suspects de fièvre hémorragique virale en France / Consideration on the management of suspected cases of viral haemorrhagic fever in France**
- p.344 **Principale leçon du 1^{er} cas de fièvre hémorragique virale (FHV) importé en France : la nécessité de disposer de recommandations réalistes / Main lesson from the first case of imported viral haemorrhagic fever (VHF) in France: the need for realistic recommendations**
- p.345 **Programme des Journées de veille sanitaire, 29-30 novembre 2006 / Program of Journées de veille sanitaire november 29-30, 2006**

Coordination scientifique du numéro / *Scientific coordination of the issue*: Arnaud Tarantola, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France et Denise Antona, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France, pour le comité de rédaction

Éditorial

Faut-il avoir peur des fièvres hémorragiques virales ? *Viral haemorrhagic fevers: an emerging threat?*

Elisabeth Bouvet, hôpital Bichat, Paris, France

Les épidémies de fièvres hémorragiques virales (FHV) sont de plus en plus souvent détectées - et probablement plus fréquentes. Certains virus des FHV sont endémiques en Afrique. L'article de P. Formenty mesure l'ampleur du problème et les avancées scientifiques concernant les virus responsables et leurs réservoirs. L'augmentation des cas recensés reflète aussi une réelle augmentation du nombre d'épidémies, liée aux contacts plus fréquents des humains avec les réservoirs animaux dans les forêts équatoriales. La gestion des épidémies de portée internationale a généré des dispositifs pluripartites de prise en charge, en particulier le GOARN (*Global Outbreak Alert and Response Network*) décrit par Ph. Barboza lors de l'épidémie de Marburg observée en Angola en 2005. Les forces armées, concernées par ce risque, ont réagi en développant une stratégie présentée par JP Boutin.

La crainte suscitée par les FHV, accrue par le risque bioterroriste et l'émergence de nouveaux pathogènes, demeure très vive chez les professionnels de santé des hôpitaux et les autorités sanitaires des pays développés. L'article de JC Lucet et D Abiteboul illustre bien les difficultés de la prise en charge des cas suspects dans un CHU parisien considéré comme référent. La plupart des cas suspects et le seul cas prouvé en France ont été observés dans des hôpitaux non référents.

Le diagnostic évoqué de FHV dans de nombreuses alertes est rarement le bon et peut conduire à des retards diagnostiques ou des difficultés dans la prise en charge. Dans les hôpitaux, l'évocation du diagnostic peut générer des réactions de panique. L'essentiel est de ne pas oublier la principale cause de fièvre avec thrombopénie - le paludisme - dont le pronostic dépend de la précocité du traitement. L'épisode survenu à bord d'un navire au large de la Guyane française rapporté par F. Mansotte en est une illustration flagrante.

Les questions ont peu évolué depuis 20 ans. Dans les années 1980, l'hôpital Claude Bernard a été équipé d'une « bulle » d'isolement pour d'éventuels patients hautement contagieux. Il n'y a eu aucun cas confirmé et la « bulle » a été supprimée car inutile et dangereuse pour le soin

des patients. Depuis lors, les connaissances concernant le mode de transmission se sont considérablement enrichies : il s'agit d'une transmission par exposition au sang, et les précautions standard appliquées systématiquement dans les hôpitaux des pays développés suffisent à éviter la transmission nosocomiale. Reste la question de savoir si le simple contact avec le sang d'un patient sur les muqueuses ou la peau non-lésée est à risque de transmission, ce qui impliquerait un isolement un peu différent des précautions standard. La protection respiratoire et oculaire pour les soignants permet de pallier ce risque. Dans le cas de Congo-Crimée importé à Rennes, aucune mesure particulière, autre que le respect des précautions standard renforcées par le port de masques chirurgicaux, n'a été prise. Aucune transmission secondaire n'a été observée.

Si le risque de transmission par inhalation d'aérosol est certain dans les laboratoires effectuant des cultures virales, le risque lié à la mise en suspension des virus lors de l'ouverture des tubes de sang ou de liquide biologique dans les laboratoires de routine est négligeable. Ce risque théorique peut là encore être pallié par des procédures et le port de masques adaptés.

Il est temps de disposer de recommandations spécifiques de prise en charge d'un cas suspect, effectivement utilisables dans tous les hôpitaux, comme le suggèrent P Tattevin et coll. Des documents existent mais ils ne sont ni opérationnels ni réalistes car incompatibles avec les conditions de travail des services hospitaliers et la fréquence élevée des cas possibles. Si les précautions standard suffisent, pourquoi développer des procédures spécifiques qui ne seront jamais appliquées correctement si l'alerte est rare ? Doit-on disposer de centres de référence clinique s'ils ne sont que rarement en première ligne ?

L'autre question, plus grave, reste celle de la prise en charge immédiate des cas et du risque de transmission secondaire sur les lieux mêmes de l'épidémie initiale. Ne faudrait-il pas imaginer une intervention auprès des populations sur les pratiques de manipulation des patients et des corps conduisant à une meilleure connaissance du risque infectieux : cela reviendrait à développer les précautions standard dans les pays où circulent ces virus, à l'heure où la préparation à une pandémie grippale amène à renforcer les systèmes de soin.

Les FHV dans le monde : le point des dix dernières années

Pierre Formenty (formentyp@who.int)

Organisation mondiale de la santé, Genève, Suisse

Résumé / Abstract

Les fièvres hémorragiques virales (FHV) forment un groupe très hétérogène de maladies. Depuis 10 ans, la surveillance des FHV s'est améliorée mais des progrès restent à faire en intensifiant la collaboration avec les programmes de surveillance de la santé animale et en perfectionnant les modèles prévisionnels basés sur l'étude des phénomènes météorologiques.

Le réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN) de l'OMS fournit un cadre pour des interventions rapides et efficaces pendant les épidémies de FHV d'importance internationale. La préparation des équipes locales reste un élément déterminant pour le succès des activités de contrôle.

Le contrôle des flambées de FHV exige non seulement l'expertise épidémiologique et médicale mais également l'adhésion par les populations concernées aux mesures de contrôle. Cette acceptation des mesures de lutte, élément essentiel des opérations de contrôle, est le fruit d'une mobilisation sociale intense basée sur une technique appelée COMBI qui se concentre sur le changement de comportement au niveau de l'individu et de la communauté. Elle passe aussi par une prise en compte des réalités socio-anthropologiques locales.

L'absence de traitements efficaces ou de vaccins pour les filovirus limite sévèrement les opérations de contrôle. L'arrivée prochaine de vaccins post-exposition et de nouvelles possibilités thérapeutiques pourrait changer la donne et améliorer la perception du corps médical dans des zones du monde où la médecine moderne est souvent absente.

Viral haemorrhagic fevers in the world: review of the last ten years

Viral haemorrhagic fevers (VHF) form a very heterogeneous group of diseases. For the last 10 years, VHF surveillance has improved but progress remain to be made through intensified collaboration with animal health surveillance programmes and improved forecasting models based on meteorological phenomena.

The WHO Global Alert and Response Network (GOARN) provides a framework for rapid and efficient interventions during VHF outbreaks of international importance. Local epidemic preparedness remains the key for the success of the control activities.

Controlling VHF outbreaks requires not only medical expertise but also adherence to control measures by the concerned populations.

The acceptance of control measures, essential element of response operations, remains the fruit of an intense social mobilization based on a technique called COMBI which focuses on influencing behavior change at both individual and community levels. Taking into account the local socio-anthropological background also seems necessary.

The absence of effective therapies or vaccines for filoviruses severely limits monitoring activities. The possible availability in the near future of post-exposure vaccines and new "treatments" could change the situation and improve the perception of the medical profession in areas of the world where modern medicine is often lacking.

Mots clés / Key words

Fièvres hémorragiques virales, organisation mondiale de la santé, Ebola, Marbourg, Lassa, fièvre hémorragique de Crimée-Congo, maladies émergentes, épidémie / *Viral haemorrhagic fevers, world health organization, Ebola, Marburg, Lassa, Crimean-Congo haemorrhagic fever, emerging diseases, epidemic*

Introduction

Les fièvres hémorragiques virales (FHV) font partie des maladies les plus connues du grand public. Des virus comme Ebola ou Marburg ont la réputation

d'être excessivement contagieux et de tuer la plupart des victimes dans des circonstances dramatiques. Pourtant seuls 2 439 cas dont 1 783 décès d'Ebola ou de Marburg ont été rapportés depuis

40 ans (1967 étant l'année de leur découverte), alors que la majorité des cas de FHV dans le monde sont dus aux Hantavirus (2 millions de cas estimés par an dans le monde dont plus de 7 000 décès), au