

## Epidémie de maladie à virus Bundibugyo, Afrique de l'Est

### Définitions de cas et de contacts et conduite à tenir

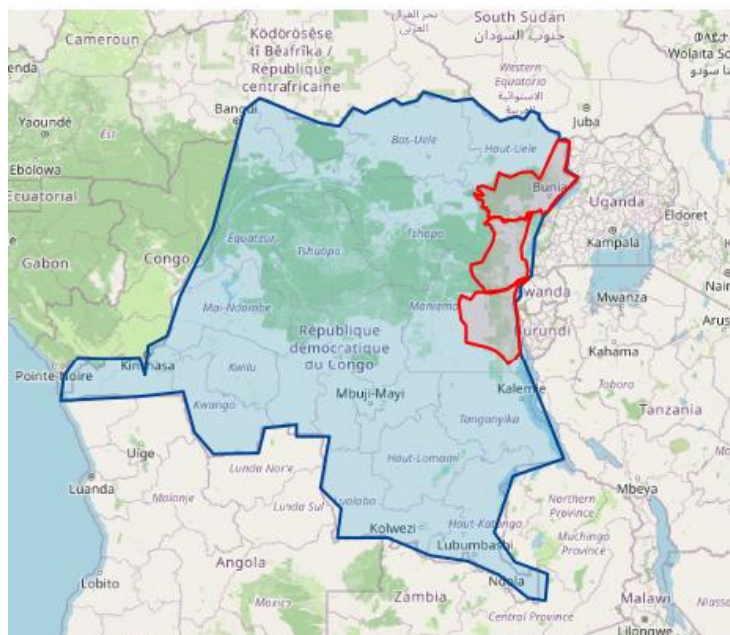
Version du 27 mai 2026

#### Document de référence :

- Avis du HCSP du 17 mars 2022 <sup>1</sup>
- DON OMS et African CDC <sup>2</sup>
- ECDC RAGIDA Project<sup>3</sup>

A date, la circulation du virus est confirmée en République démocratique du Congo (RDC), dans les provinces d'Ituri, du Nord Kivu et du Sud Kivu (figure 1). En Ouganda, malgré la survenue de 7 cas confirmés (3 cas sans lien entre eux, importés de RDC et 4 cas secondaires dont 3 soignants), il n'y a pas d'éléments en faveur d'une circulation virale communautaire.

Figure 1 : Provinces touchées par l'épidémie de maladie à virus Bundibugyo au 27 mai 2026



<sup>1</sup> [https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsp20220317\\_maladivirusebolamve.pdf](https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsp20220317_maladivirusebolamve.pdf)

<sup>2</sup> <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news>

<sup>3</sup> [https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/1012\\_GUI\\_RAGIDA\\_2.pdf](https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/1012_GUI_RAGIDA_2.pdf)

## 1 – Définitions de cas

Tout patient suspect de MVE doit immédiatement faire l'objet d'une évaluation clinico-épidémiologique associant les cliniciens responsables de la prise en charge du patient, un infectiologue référent REB et le CNR des FHV.

### Patient suspect :

Un patient suspect est défini comme toute personne présentant, **dans un délai de 21 jours après son retour d'une zone de circulation virale**, un tableau clinique évocateur de MVE :

- fièvre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  ;
- **OU** des symptômes incluant céphalées sévères, asthénie, myalgies/arthralgies, vomissements, diarrhée, douleur abdominale ou saignements inexpliqués ;
- **OU** une personne décédée de façon inexpliquée.

Les personnes revenant de la zone de circulation du virus et ne rapportant aucun symptôme ne sont pas des patients suspects à évaluer.

### Cas possible :

Un cas possible est défini comme :

- Un patient suspect avec une notion d'exposition à risque :

Tout patient présentant un tableau clinique évocateur de MVE qui rapporte, dans un délai de 21 jours avant le début des symptômes, une exposition à risque établie (cf. infra) ou, sur le territoire français uniquement, un contact direct avec un cas confirmé sans port d'EPI (gants, masque ou lunettes, combinaison, sur-bottes)<sup>4</sup> :

### **OU**

- Un patient suspect dont l'exposition est impossible à évaluer :

Tout patient suspect pour lequel une exposition est impossible à évaluer du fait d'un interrogatoire impossible, ou en cas d'exposition à un patient suspect ou un cas possible (non encore classé)<sup>5</sup>.

### **OU**

- Un patient suspect avec la triade fièvre –manifestations hémorragiques – association de symptômes même en l'absence certaine d'exposition à risque

Même en l'absence certaine d'exposition d'après l'interrogatoire, tout patient suspect présentant, dans un délai de 21 jours après son retour d'une zone de circulation virale, les trois éléments cliniques suivants :

- fièvre ;
- ET association de symptômes (diarrhée, vomissements, asthénie, anorexie, céphalées, myalgies, arthralgies, douleur abdominales, dysphagie, toux, dyspnée, hoquet, etc.) ;

---

<sup>4</sup> [https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20220317\\_maladivirusebolamve.pdf](https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20220317_maladivirusebolamve.pdf)

<sup>5</sup> La maladie à virus Ebola est caractérisée par un début non spécifique évoquant de nombreuses maladies infectieuses présentes en zone tropicale. Dans le cas particulier des DROM, notamment à Mayotte, ces maladies sont présentes de façon habituelle, aussi cette situation de patient suspect non évaluable peut être fréquente. Il convient alors de prendre en compte des signes plus spécifiques tels qu'une odynophagie, une dysphagie, une douleur à la déglutition, un hoquet, associés à une diarrhée fébrile et des myalgies.

- ET hémorragie (digestive, gingivale, génitale, épistaxis, hémoptysie, hématomes, purpura, fausse couche spontanée, ...).

Les cas possibles doivent être signalés aux ARS et à SpF via la fiche de signalement obligatoire. A partir du classement du patient en cas possible, il est recommandé de préparer la liste des personnes-contacts, pour pouvoir mettre en œuvre le contact-tracing si le cas est confirmé/

#### Cas confirmé :

Un cas confirmé est défini comme toute personne pour laquelle on dispose d'une confirmation biologique d'infection par le virus Ebola validée par le CNR FHV ;

Les personnes contacts doivent être contactées et suivies à partir de la confirmation du cas.

## **2 – Définition de personne contact et de personne co-exposée**

Une personne contact est une personne asymptomatique qui :

- a eu une exposition à risque (Cf. infra) sans mesure de protection avec un patient suspect, un cas possible ou un cas confirmé de maladie à virus Bundibugyo, avant le début d'une prise en charge efficace ;

- a voyagé dans le même avion qu'un patient suspect, un cas possible ou un cas confirmé, assis à un siège d'écart dans toutes les directions d'un patient suspect, un cas possible ou un cas confirmé, ou a été exposée à des liquides biologiques pendant le voyage<sup>6</sup>.

En l'absence de signes cliniques d'excrétion, le partage des toilettes n'est pas considéré comme un risque spécifique. En revanche, si un patient excréteur a utilisé les toilettes, le contact tracing pour les passagers de l'avion devra inclure la vérification du partage des toilettes avec le patient suspect, cas possible ou cas confirmé dans le vol.

Une personne co-exposée est une personne asymptomatique qui a été exposée aux mêmes sources qu'un cas probable ou confirmé de maladie à virus Bundibugyo. L'estimation du risque de contamination peut être difficile lors du premier interrogatoire effectué par le premier soignant rencontré par la personne, et peut nécessiter une réévaluation clinique et épidémiologique.

Les personnes revenant de la zone de circulation du virus et ne rapportant aucune exposition à risque ne sont ni des personnes-contacts, ni des personnes co-exposées.

## **3 – Expositions à risque**

Une exposition à risque est définie comme :

- Un contact avec tout fluide corporel d'un patient infecté, ou avec une personne suspectée d'être infectée par un virus de FHV, décédée ou vivante<sup>7</sup>,
- La manipulation ou consommation de viande issue de la chasse, crue ou peu cuite dans la zone de circulation virale
- Le travail dans un laboratoire détenant des souches de virus responsables de FHV ou des échantillons contenant de tels virus

<sup>6</sup> [https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/1012\\_GUI\\_RAGIDA\\_2.pdf](https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/1012_GUI_RAGIDA_2.pdf)

<sup>7</sup> Ceci inclut la réalisation de soins sans EPI, le contact avec des postillons d'un patient malade, le contact avec le corps d'un défunt ou des objets ayant appartenu au défunt (litière notamment) et des rapports sexuels avec un patient guéri d'Ebola

- Contact direct avec des animaux sauvages issus ou en provenance d'une zone de circulation virale OU séjour en zone rurale de circulation virale
- Exposition impossible à évaluer (personne non interrogeable, non coopérante)

#### **4 – Conduite à tenir**

La conduite à tenir a été explicitée par le HCSP dans son avis de 2022, et est toujours d'actualité et adaptée à la maladie à virus Ebola (<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1228>).

## SUSPICION DE FIEVRE HEMORRAGIQUE VIRALE (FHV) : CONDUITE A TENIR

### Triage d'un(e) patient(e) suspect(e)

