

Conduite à tenir concernant l'identification et le suivi des personnes-contact d'un cas possible ou confirmé d'infection par le virus Ebola

Version du 10 juillet 2026

Cette conduite à tenir s'appuie sur les avis du Haut conseil de la santé publique concernant la maladie à virus Ebola et concernant les interventions non pharmaceutiques contre les maladies transmissibles :

- **Avis du HCSP du 7 mars 2022¹**
- **Avis du HCSP du 12 avril 2019²**

La recherche des personnes contacts fait partie intégrante de la stratégie globale de prévention de la maladie à virus Ebola (MVE) visant à briser ou éviter les chaînes de transmission du virus.

La recherche des personnes contact comporte trois éléments fondamentaux :

- L'établissement de la liste des personnes contacts autour d'un cas de MVE ;
- Le recensement et l'évaluation de leur niveau de risque ;
- Le suivi quotidien pendant 21 jours après le dernier contact à risque pour les personnes-contacts les plus exposées.

Ce protocole concerne les personnes-contacts d'un cas, exposées en France dans un cadre de soins (en ville ou à l'hôpital), dans un cadre familial ou amical, ou dans les transports en commun pour lesquels une réservation est nécessaire pour voyager.

Il peut concerner aussi des non-soignants (voyageurs) qui se déclareraient comme contact d'un cas dans la zone épidémique à leur arrivée en France.

Ce protocole s'applique également aux personnes co-exposées d'un cas confirmé.

En ce qui concerne les passagers des transports en commun urbains en France (tram, bus, etc.), il n'est pas possible d'identifier les passagers ayant partagé le trajet d'un cas, aussi en dehors d'un incident grave durant le trajet (patient très excréteur et exposition directe des passagers aux fluides corporels), ceux-ci ne sont pas concernés par ce protocole.

¹ https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsp20220317_maladivirusebolamve.pdf

² <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=717>

1 – Définitions de personnes-contact et personnes co-exposée

Une personne-contact est une personne asymptomatique qui a eu une exposition à risque (Cf. *infra*) sans mesure de protection avec un cas possible ou un cas confirmé³ de MVE.

En l'absence de signes cliniques d'excrétion (diarrhées, vomissements, saignements), le partage des toilettes n'est pas considéré comme un risque spécifique. En revanche, si un patient excréteur a utilisé les toilettes lors d'un vol, 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 sans équipements de protection individuels (EPI) appropriés aux mêmes sources de contamination qu'un cas probable ou confirmé de MVE. L'estimation du risque de contamination peut être difficile lors du premier interrogatoire effectué par le soignant, 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. Les personnes co-exposées sont prises en charge de la même manière que les personnes-contacts.

2 – Expositions à risque et niveau de risque

Une exposition à risque est définie comme :

- Un contact sans EPI appropriés avec tout fluide corporel d'un patient suspect, un cas possible ou un cas confirmé, décédé ou vivant⁴ ;
- La manipulation ou consommation de viande issue de la chasse, crue ou peu cuite dans la zone de circulation virale ;
- Une rupture des mesures de précautions appliquées par les personnels d'un laboratoire détenant des souches du virus Ebola ou des échantillons contenant le virus Ebola ;
- Contact direct avec des animaux sauvages issus ou en provenance d'une zone de circulation virale ;
- Rapports sexuels avec une personne guérie d'une infection à virus Ebola. *Cette exposition à risque spécifique intervient lors du classement d'un patient suspect mais n'est pas un motif de suivi d'une personne en l'absence d'autres expositions à risque. Il est cependant recommandé aux patients guéris de MVE d'utiliser des préservatifs lors de rapports sexuels durant les 6 mois après la guérison ;*

La zone de circulation virale est définie pour les épidémies en cours et tenue à jour sur le site de SpF (<https://www.santepubliquefrance.fr/index.php/maladie-a-virus-ebola/notre-action>).

En fonction des expositions à risque rapportées par la personne-contact, un niveau de risque peut être évalué, correspondant à la mise en œuvre d'un suivi et de mesures proportionnées (tableau 1).

³ Dans le cas particulier où les personnes-contacts à risque risquent de se disperser et d'être perdus de vue, notamment à Mayotte, cette définition peut être étendue aux patients suspects en attente de classement ou de non classement.

⁴ 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 souillés ayant appartenu au défunt (litière notamment)

Des personnels de santé ou de soutien (logistique, transport) sont actuellement déployés dans la zone épidémique dans le cadre de missions humanitaires ou de coopération internationale. En raison des conditions de travail particulièrement difficiles sur place, un dispositif spécifique a été mis en place. Il prévoit que l'ARS du lieu de résidence soit informée en amont du retour en France d'un personnel concerné, et que son employeur réalise une évaluation de risque d'acquisition d'une MVE sur place avant le retour. Un suivi est mis en œuvre par l'ARS du lieu de résidence selon une procédure décrite dans le MinSant 2026_11 du 29 mai 2026 ⁵.

Tableau 1 : Niveaux de risques de transmission du virus Ebola selon le type de contact avec un patient infecté par le virus (d'après ECDC, 2014, ECDC 2019 et ECDC 2026) ⁶

Niveau de risque	Type de contact	CAT
Pas de risque	Absence de contact direct avec un patient suspect, un cas possible ou confirmé, ou avec ses fluides biologiques, ou Contact avec des EPI appropriés et portés de manière correcte, sans rupture de précaution, lors de soins à un cas confirmé, sur le territoire français.	Pas de suivi Information sur la conduite à tenir en cas de symptômes
Risque faible	Contact rapproché (moins d'un mètre), en face à face, <u>sans équipement de protection individuel</u> , en milieu de soins ou en milieu communautaire, y compris dans les transports, avec un cas symptomatique mais valide (ambulatoire) et sans contact avec ses fluides biologiques (patient non excréteur)	Autosurveillance de la température corporelle et des symptômes Suivi actif : Appel par la cellule ARS/CR à J1, puis appel une fois par semaine
Risque élevé	- Contact rapproché (moins d'un mètre) en face à face <u>sans équipement de protection individuel</u> avec un patient symptomatique qui tousse, vomit, saigne du nez ou présente de la diarrhée, ou contact avec les fluides biologiques de ce patient (= patient excréteur). Ex : médecin de 1^{er} recours, IDE, secouriste, membre de la famille, tradipraticien, - Contact direct <u>sans EPI appropriés</u> avec du matériel souillé par des fluides biologiques d'un cas d'infection à Ebola Ex : technicien de laboratoire, personnel soignant, de nettoyage - Exposition transcutanée (AEV) ou exposition muqueuse au sang ou à un fluide corporel (y inclus des selles diarrhéiques ou des vomissures), à des tissus biologiques ou à des échantillons cliniques contaminés provenant d'un patient sans équipement de protections individuel adapté Ex : personnel soignant, de laboratoire, exposition à des liquides biologiques non décontaminés - Participation à des rites funéraires avec une exposition directe au corps du défunt sans équipement de protections individuel adapté (enterrement non sécurisé)	Autosurveillance de la température corporelle et des symptômes Suivi actif : Appel par la cellule ARS/CR tous les jours

⁵ Voir Fiche Ebola ONG du 22/05/2026 et Minsante 2026_11 du 29 mai 2026

⁶ <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/Ebola-virus-disease-west-africa-risk-assessment-27-08-2014.pdf>

https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Technical_Report_EVD-management-July-2019.pdf

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/risk-classification-and-contact-tracing-travellers-returning-affected-areas-ebola>

	- Contact direct avec des chauves-souris, des primates, des rongeurs, morts ou vivants, provenant de la zone affectée, ou manipulation ou consommation de viande de brousse crue ou peu cuite dans la zone de circulation virale	
--	---	--

Points d'attention :

La réalisation des soins avec des EPI appropriés et la mise en place de procédures d'hygiène des soins strictes, tel que recommandé dans l'avis du HCSP de 2022, et en l'absence d'incidents (tels qu'AEV ou contact cutané ou muqueux avec des liquides biologiques par exemple) n'est pas considérée comme une situation à risque. Ces personnels sont recensés dans un registre selon les procédures en vigueur dans l'établissement.

Il n'y a pas de transmission aérienne documentée du virus. Il est généralement admis que la transmission inter-humaine intervient principalement lors de contact avec les fluides corporels d'un cas symptomatique.

Il n'y a pas de transmission connue du virus avant l'apparition des symptômes qui apparaissent au minimum 2 jours après la contamination, plus souvent 7 jours après. Ainsi, les personnes ayant été en contact avec des personnes-contacts (par définition asymptomatiques) n'ont pas d'exposition à risque et ne doivent pas faire l'objet d'un suivi (elles ne sont pas considérées « personnes-contacts »).

Les précautions d'hygiène standard doivent s'appliquer à la prise en charge de tout patient, suspect ou non de MVE ; en cas de suspicion de MVE, des mesures spécifiques (protection personnelle, isolement en chambre à pression négative) viennent en addition à ces précautions standard.

3– Identification des personnes-contacts à risque

3.1 – Patient suspect

Il n'est pas préconisé de rechercher les personnes-contacts d'un patient suspect dans l'attente de son classement (Cf. conduite à tenir patient suspect).

Cependant, si un dispersement rapide des personnes (inférieur au délai de classement du cas suspect en cas possible) est craint, un recensement devra être envisagé (par exemple un groupe de voyageurs).

3.2 – Cas possible

Après l'examen collégial des informations épidémiologiques et cliniques disponibles concernant le patient, si celui-ci est classé comme cas « possible », la liste des personnes à considérer comme des personnes-contacts est établie à partir du parcours du patient, depuis l'apparition des premiers symptômes, en milieu de soin et hors du milieu de soins. Le recensement proprement dit de ces personnes (recueil des informations de contacts et questionnaire initial) pouvant être différé à la confirmation du cas.

3.3 – Cas confirmé

Dès confirmation biologique du diagnostic d'infection à virus Ebola (cas confirmé), le recensement des informations concernant les personnes-contacts est mis en œuvre : liste complète, coordonnées et informations destinées à évaluer le niveau de risque du contact (confirmation d'une exposition à risque et classification en risque très faible, faible, élevé, Cf. Tableau 1). Deux questionnaires sont mis à disposition pour l'évaluation du niveau de risque (personnel soignant hospitalier, autres personnes contact). Le suivi de ces personnes débute immédiatement.

Le résultat des tests diagnostiques est obtenu auprès du Centre national de référence des fièvres hémorragiques (CNR FHV) dans un délai habituel de 6 h à 12 h après réception du prélèvement, y compris le week-end et la nuit.

Pour les personnes qui se signaleraient spontanément au retour de la zone épidémique, en rapportant un contact à risque avec un cas (suspect ou confirmé, indépendamment des définitions utilisées localement) dans une zone de circulation du virus, le suivi est mis en œuvre dès leur identification.

4 – Information des personnes-contact et modalités du suivi

4.1 – Modalités générales

Les personnes-contacts, par définition non symptomatiques, ne sont pas tenues de s'isoler et peuvent poursuivre leurs activités habituelles, notamment professionnelles ou scolaires. Aucun port d'EPI ne leur est recommandé. Une exception peut être discutée en cas d'exposition accidentelle massive aux liquides biologiques (Cf. infra).

Si une personne-contact donne son accord formel, le SAMU et de l'ESR sont informés de son suivi dans la région, et son identité leur est transmise afin de faciliter le circuit de prise en charge en cas de symptômes.

Les personnes-contacts **à risque faible** doivent faire l'objet d'un suivi actif de 21 jours à compter du dernier contact avec le cas :

- Elles reçoivent une information sur les symptômes évocateurs de la maladie et les instructions d'auto-surveillance de leur température matin et soir (s'assurer de la possession d'un thermomètre personnel ou prévoir des thermomètres, recommandation d'utilisation et de nettoyage du thermomètre, ...). Une fiche rappelant l'objectif du suivi et ses modalités est fournie aux personnes-contacts.
- Le professionnel en charge du suivi (Cf infra) doit avoir un **échange téléphonique direct** avec la personne-contact **le premier jour du suivi**, puis un échange téléphonique (appel ou sms avec réponse de la personne-contact) **une fois par semaine** jusqu'à 21 jours après le dernier contact avec le cas confirmé. L'entretien permettra de vérifier l'absence de fièvre ou d'autres symptômes évocateurs et d'accompagner la personne en cas d'inquiétude, d'interrogations.
- Si le contexte personnel du cas rend impossible cet appel téléphonique, une solution alternative sera trouvée (visite à domicile, consultation en établissement de santé). En cas de refus du suivi, le relai peut être pris par un autre professionnel pour essayer d'obtenir l'adhésion de la personne-contact. Le cas échéant, il peut être fait appel à un psychologue si le refus est lié à des craintes. En cas de refus persistant de suivi, la Direction générale de la santé doit en être avertie⁷.

Les personnes-contacts **à risque élevé** doivent faire l'objet d'un suivi actif de 21 jours à compter du dernier contact avec le cas :

- Elles reçoivent une information sur les symptômes évocateurs de la maladie et les instructions d'auto-surveillance de leur température matin et soir (s'assurer de la possession d'un thermomètre personnel ou prévoir des thermomètres, recommandation d'utilisation et de nettoyage du thermomètre, ...). Une fiche rappelant l'objectif du suivi et ses modalités est fournie aux personnes-contacts.
- Le professionnel en charge du suivi (Cf infra) doit avoir un **échange téléphonique direct** avec la personne-contact **le premier jour du suivi**, puis un échange téléphonique (appel ou sms avec réponse de la personne-contact) tous les jours jusqu'à 21 jours après le dernier contact avec le cas confirmé. L'entretien permettra de vérifier l'absence de fièvre ou d'autres symptômes évocateurs et d'accompagner la personne en cas d'inquiétude, d'interrogations.
- Si le contexte personnel du cas rend impossible cet appel téléphonique, une solution alternative sera trouvée (visite à domicile, consultation en établissement de santé). En cas de refus du suivi, le relai peut être pris par un autre professionnel pour essayer d'obtenir l'adhésion de la personne-contact. Le cas échéant, il peut être fait appel à un psychologue si le refus est lié à des craintes. En cas de refus persistant de suivi, la Direction générale de la santé doit en être avertie⁸.

⁷ En cas de refus, le Préfet a autorité pour prendre par arrêté des mesures contraignantes pour les personnes refusant un tel suivi dès lors qu'il existe un péril pour la santé publique [Article L.3131-1 du Code de la santé publique (menace sanitaire grave)].

⁸ En cas de refus, le Préfet a autorité pour prendre par arrêté des mesures contraignantes pour les personnes refusant un tel suivi dès lors qu'il existe un péril pour la santé publique [Article L.3131-1 du Code de la santé publique (menace sanitaire grave)].

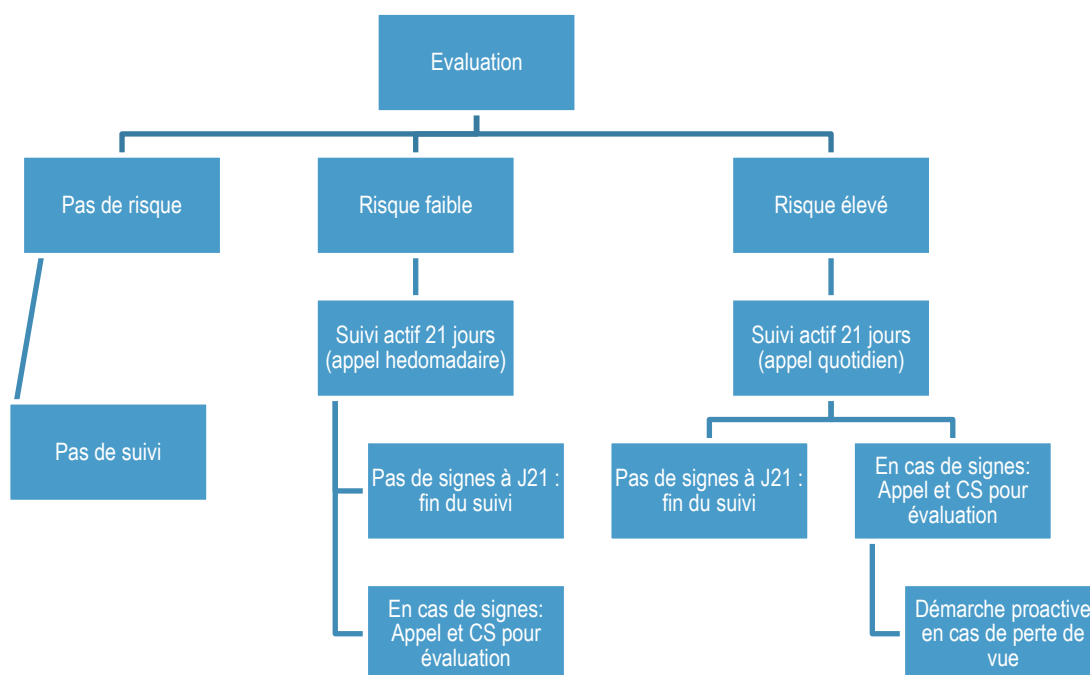
En cas de survenue de fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ou de symptômes évocateurs dans les 21 jours suivant le contact (période de suivi) :

La personne-contact doit immédiatement arrêter ses activités et s'isoler dès le 1^{er} symptôme compatible avec une MVE (fièvre supérieure ou égale à 38°C , syndrome grippal, vomissement, diarrhée, asthénie, malaise, myalgies, maux de gorge ...), et se signaler au SAMU-centre 15 qui informera l'ARS (Cf. infra organisation). Le professionnel en charge du suivi organisera la réunion de classement rassemblant ARS, ESR de la région et CNR, et le cas échéant le centre 15 si la personne-contact doit être amenée à l'ESR. L'ARS informera sans délai SpF.

Pour chaque personne-contact à risque faible ou élevé, un formulaire de suivi simplifié est complété quotidiennement par l'ARS : contact joint ou non, température, symptômes éventuels et décision de classement si applicable.

La conduite à tenir en fonction du niveau de risque est résumée dans l'algorithme 1.

Algorithme 1 – conduite à tenir en fonction du niveau de risque des personnes-contacts.



4.3 – Cas particulier des accidents d'exposition au virus (AEV)

Pour les cas particuliers d'accident d'exposition au virus (AEV), chez des soignants exposés à l'occasion d'une brèche dans les mesures de protection, d'une exposition massive à des *excreta* sans protection, ou d'une exposition via une blessure avec une aiguille par exemple, une évaluation au cas par cas doit être réalisée par un infectiologue référent pour déterminer la conduite à tenir et organiser un suivi médical rapproché en lien avec l'ESR (Etablissement de santé référent national ou régional).

Dans ces situations, une prophylaxie post-exposition peut être discutée si des moyens sont disponibles (vaccins, antiviral), ainsi qu'une limitation des activités et des déplacements professionnels et personnels.

(isolement à domicile ou dans une structure dédiée si l'isolement à domicile n'est pas possible de manière optimale) ⁹.

5- Organisation du suivi des personnes-contacts

- En milieu communautaire (y compris pour le suivi de professionnels de santé non hospitaliers) : une cellule de coordination régionale ARS / Cellule Régionale de Santé publique France (CR) est mise en place selon l'organisation régionale pour assurer le suivi des personnes-contacts, si besoin avec l'infectiologue de l'ESR pour les questions de classement des patients suspects ou d'évaluation d'expositions complexes. La personne en charge du suivi opérationnel quotidien peut être un personnel de l'ARS ou de la CR, de préférence expérimenté dans ce type de suivi.
- En milieu hospitalier (soignants, autres patients) : organisation de type « cellule opérationnelle de suivi des personnes-contacts » sous l'autorité de la direction de l'établissement de santé et composée notamment de représentants de l'EOH, la médecine du travail (cf. § 3), l'infectiologue référent. Le suivi des autres personnes (visiteurs) relève du dispositif prévu pour le milieu communautaire.
- Au cas par cas, tout projet de voyage risquant de compromettre une bonne prise en charge en cas de survenue de symptômes devra faire l'objet d'un échange avec le médecin en charge du suivi afin de maintenir ce suivi actif possible. En cas d'exposition à risque élevé, il est recommandé de différer tout voyage à la fin de la période de suivi.

6 – Personnes-contacts d'un cas de maladie à virus Ebola symptomatique en avion ou sur un navire

Si un cas confirmé a voyagé à bord d'un avion en étant symptomatique, les passagers assis dans un siège immédiatement à côté du cas, dans toutes les directions, y compris de l'autre côté du couloir de l'avion, sont à considérer comme personnes-contacts à risque, ainsi que les personnes ayant éventuellement porté assistance au cas, ou accidentellement exposées aux excréta ailleurs dans l'avion¹⁰.

A bord d'un navire, les personnes-contacts à risque sont les personnes ayant eu contact direct avec le malade (membres d'équipage, passagers, personnel de maintenance, nettoyage), de ses fluides biologiques ou des objets souillés par ceux-ci.

⁹ ECDC technical report. Investigation and public health management of people with possible Ebola infection. Juillet 2019. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/investigation-and-public-health-management-people-possible-ebola-virus-disease>

<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=717>

¹⁰ <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/risk-assessment-guidelines-infectious-diseases-transmitted-aircraft-ragida-ebola>

En annexe :

- 1 Questionnaire de Suivi d'un PERSONNEL HOSPITALIER – PERSONNE-CONTACT**
- 2 Questionnaire de Suivi d'une PERSONNE-CONTACT COMMUNAUTAIRE**