Épidémie de maladie à virus Ebola en Guinée Conakry : suivi du personnel militaire de retour de mission au Centre de traitement des soignants de mars à octobre 2015

G. Manet[a, b], G. Bédubourg[b, c], F. de Laval[b], A. Mayet[b], F. Berger[b], A. Dia[b], R. Michel[b, d], X. Deparis[b, d], J-B. Meynard[b, d], G. Velut[b], S. Duron[b]

a Groupe technique en épidémiologie animale, Direction régionale du Service de santé des armées, BCRM Toulon, BP 680 – 83800 Toulon Cedex 9.
b Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées, GSBdD Marseille Aubagne, BP 40026 – 13568 Marseille Cedex 02.
c UMR 912 SESSTIM, Aix-Marseille Université.
d École du Val-de-Grâce, 1 place Alphonse Laveran – 75230 Paris Cedex 05.

Résumé

Dans le cadre de la riposte internationale contre l'épidémie de Maladie à Virus Ebola survenue en 2014 en Afrique de l'Ouest, le Service de santé des armées a été déployé de janvier à septembre 2015 afin de mettre en œuvre le centre de traitement des soignants à Conakry, en République de Guinée. À leur retour en métropole, ces militaires ont fait l'objet d'un suivi selon les recommandations nationales mises en place par les autorités sanitaires civiles, adaptées aux spécificités du déploiement militaire. Cet article présente les modalités de ce suivi ainsi que ses principaux résultats. Trois cent soixante-deux militaires du CTS ont bénéficié de ce suivi, avec des modalités renforcées (suivi actif) pour 17 d'entre eux. Aucun personnel du SSA déployé au CTS n'a été victime d'une contamination par le virus Ebola. Ce suivi, basé sur l'intégration du dispositif militaire dans le dispositif civil existant, associé à un accompagnement spécifique a permis une bonne réactivité et une bonne acceptabilité de la part des militaires concernés.

Mots-clés : Maladie à virus Ebola. Suivi au retour. Soignant.

Abstract

EBOLA VIRUS DISEASE OUTBREAK IN GUINEA CONAKRY: THE FOLLOW UP OF THE SERVICEMEN AND WOMEN RETURNING FROM THE MILITARY HOSPITAL FOR MEDICAL STAFF, FROM MARCH TO OCTOBER 2015.

As part of the international response against the epidemic of Ebola virus disease (EVD) which occurred in 2014 in West Africa, the French Armed Forces Health Service was deployed from January to July 2015 to implement an Ebola treatment unit dedicated to healthcare workers (CTS in French) in Conakry, Republic of Guinea. On their return in France, these soldiers were monitored according to national guidelines established by the civilian health authorities, adapted to the specificities of military deployment. This article outlines the procedures of the follow-up implemented and its main results. Three hundred and sixty-two military personnel from CTS underwent this follow-up, with reinforced conditions (active monitoring) for 17 of them. None of the serviceman deployed in the CTS developed EVD. This monitoring, based on the integration within the existing civilian system, associated with specific support, was well accepted by the military involved.

Keywords: Caregivers. Ebola virus disease. Retur monitoring.

Introduction

Au cours d'une épidémie de Maladie à virus Ebola (MVE), les sources de contamination humaine par le virus sont essentiellement les malades et les cadavres (1, 2). Les principales personnes exposées sont les soignants et les personnes en charge de préparer les corps des défunts avant leur inhumation. Ainsi, les professionnels de santé ont payé un lourd tribut durant l'épidémie 2014-2015 en Afrique de l'Ouest, avec 881 personnes atteintes dont 513 décédées (3, 4). Dans le cadre de la riposte internationale contre cette épidémie de MVE en Afrique de l'Ouest, le Service de santé des armées (SSA) a été déployé afin de mettre en œuvre le Centre de traitement des soignants (CTS) à Conakry, en République de Guinée. Sa mission était d'offrir une prise en charge individualisée aux soignants contaminés par le virus Ebola dans un centre dédié. Après une période de formation spécifique des personnels amenés à y être déployés, le CTS a été inauguré le 19 janvier 2015 à

G. MANET, vétérinaire en chef (R). G. BÉDUBOURG, médecin en chef. F. de LAVAL, médecin principal. A. MAYET, médecin en chef. F. BERGER, médecin en chef. A. DIA, médecin principal. R. MICHEL, médecin en chef, professeur agrégé du Val-de-Grâce. X. DEPARIS, médecin chef des services, professeur agrégé du Val-de-Grâce. J.-B. MEYNARD, médecin en chef, professeur agrégé du Val-de-Grâce. G. VELUT, médecin en chef. S. DURON, médecin en chef.
Correspondance : Madame le médecin en chef S. DURON-MARTINAUD, Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées, GSBdD Marseille Aubagne, BP 40026 – 13568 Marseille Cedex 02.
E-mail : sandrine.duron@intradef.gouv.fr

proximité de l'aéroport de Conakry et a accueilli des malades du 23 janvier au 15 juillet 2015. Les derniers militaires déployés au CTS sont rentrés en France le 1er septembre 2015 après décontamination et démontage des locaux et du matériel.

À leur retour en métropole, ces militaires ont fait l'objet d'un suivi selon les recommandations nationales mises en place par les autorités sanitaires civiles pour tout soignant ou humanitaire amené à travailler dans un Centre de traitement Ebola (CTE) (5). Les objectifs de ce suivi étaient de dépister, de prendre en charge et d'isoler précocement les cas afin d'améliorer leur pronostic, d'éviter des contaminations secondaires et la transmission autochtone de la MVE en France.

D'autre part, un dispositif d'accompagnement au retour spécifique pour les militaires et leur entourage, a été mis en place par le SSA à la demande de l'État-major des armées (EMA) afin d'informer en temps réel l'autorité militaire sur la situation de son personnel, de prévenir certaines inquiétudes similaires à celles observées à partir de l'été 2014 dans d'autres pays suite au retour de personnel soignant expatrié (6, 7), d'assurer une traçabilité du suivi et de maintenir la cohésion de la communauté militaire dans ce contexte difficile. Cet article a pour objectifs de présenter le suivi mis en place au retour en métropole pour les militaires déployés au CTS et d'en rapporter les principaux résultats.

Principes et modalités du suivi au retour du CTS

Principes généraux du suivi

Les modalités du suivi mis en place dépendaient directement des aspects épidémiologiques de la MVE et en particulier de :

– la durée d'incubation qui peut atteindre 21 jours (durée médiane de 10 jours) (8) ;

– l'absence de contagiosité avant le début des signes cliniques et la faible contagiosité au début de la maladie ;

– la possibilité de diagnostic biologique de l'infection dès les premiers signes (9, 10).

La protection la plus stricte aurait consisté à placer en quarantaine les personnes de retour de l'un des pays concernés par l'épidémie en Afrique de l'Ouest, pendant 21 jours après la dernière exposition potentielle. Outre le fait que le principe de quarantaine ne repose pas sur des bases rationnelles en termes de physiopathologie, cette stratégie imposait des contraintes logistiques et psychologiques importantes (11). En France, les autorités sanitaires ont choisi de remplacer cette éviction par un suivi biquotidien de la température corporelle de ces personnes, associé à un dispositif d'alerte devant l'apparition de symptômes évocateurs de MVE, suivant les avis du Haut conseil de la santé publique (HCSP) (5, 12, 13). Ce dispositif utilisait une définition de cas cliniques à trois niveaux (12) :

– cas suspect de MVE : personne présentant, dans un délai de 21 jours après son retour de zone épidémique, une fièvre supérieure ou égale à 38 °C ;

– cas possible : personne classée comme cas suspect et rapportant une exposition à risque dans un délai de 21 jours avant le début des signes (liste des expositions définie par l'institut de veille sanitaire – InVS), ou pour laquelle le recueil de l'exposition est impossible (personne non interrogeable), ou présentant une forme clinique grave incluant des signes hémorragiques ;

– cas confirmé : personne avec confirmation biologique de MVE validée par le CNR des fièvres hémorragiques virales.

Organisation du suivi national

L'organisation au niveau local du suivi et du dispositif d'alerte était confiée aux Agences régionales de santé (ARS), sous la coordination de la Direction générale de la santé (DGS).

Le suivi des personnes était initié par leur auto-enregistrement, si possible avant le départ pour la zone épidémique, sur un site internet sécurisé national (Ebosignea) administré par la DGS. Un message automatique d'avertissement était généré à l'ARS de rattachement lors du retour du militaire en métropole. Les ARS prenaient alors contact avec les personnes afin de déterminer leur niveau d'exposition (très faible, faible ou élevé (5)) au moyen d'un questionnaire standardisé administré directement ou avec l'aide d'un infectiologue référent. Ce questionnaire est fondé sur la grille de l'*European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)* en fonction du type de contact et du port d'Équipement de protection individuel (EPI) (5).

Dans tous les cas, le suivi consistait en une auto-mesure de la température corporelle matin et soir pendant 21 jours (suivi passif). Pour les sujets dont le niveau d'exposition était considéré comme élevé, ce suivi passif était renforcé par une supervision de l'ARS avec appel quotidien de l'intéressé (suivi actif). Devant l'apparition de signes évocateurs de MVE (température ≥ 38 °C isolée ou associée à tout autre signe évocateur tels qu'un syndrome pseudo-grippal, diarrhée, hémorragie…), les sujets, alors considérés comme cas suspects, avaient pour consigne de s'isoler immédiatement puis d'appeler le centre 15. Ce dernier, en concertation avec l'ARS, l'infectiologue de référence et l'Institut de veille sanitaire (InVS), avait pour rôle d'évaluer le risque d'avoir contracté la MVE à l'aide d'un questionnaire plus approfondi et d'un algorithme décisionnel standardisés. Ceci permettait de classer le cas suspect en cas possible ou de l'exclure. Les cas possibles étaient acheminés par le centre 15 vers un Établissement de santé de référence habilité (ESRH) disposant d'un secteur d'isolement adapté à la prise en charge d'une telle maladie[10]. En cas de doute, un maintien de l'isolement à domicile pouvait être prescrit.

Enfin, il était fortement recommandé aux personnes rentrant de la zone d'épidémie de ne pas quitter le territoire métropolitain durant les 21 jours du suivi afin de leur garantir une prise en charge rapide, optimale et adaptée en cas de symptômes évocateurs.

Particularités du suivi en milieu militaire, intégré au dispositif national

Première phase du suivi : avant et pendant la mission

Afin d'assurer une couverture optimale du dispositif de suivi, un Médecin spécialiste de santé publique (MSP)

réalisait une séance d'information avant le départ puis accompagnait les militaires durant la mission. Lors de la préparation opérationnelle avant projection, le dispositif de suivi était présenté en insistant sur la nécessité, au retour, de rester sur le territoire métropolitain durant trois semaines. Sur le théâtre, le dispositif était présenté à nouveau en groupes restreints deux semaines avant le retour afin de rassurer les militaires et d'obtenir leur compréhension et leur adhésion aux modalités du suivi. Enfin, une plaquette d'information, développée sur le théâtre avec la cellule communication du CTS et le Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées (CESPA), était remise aux militaires déployés, à l'intention de leurs familles et de leur entourage.

À la différence du dispositif civil, l'enregistrement des militaires sur la base Ebosignea était réalisé une semaine avant leur retour à l'occasion d'un entretien individuel avec le MSP. Cet entretien permettait également de répondre aux interrogations éventuelles et de commencer à renseigner une fiche de suivi standardisée sur laquelle les militaires devaient reporter quotidiennement les mesures de température.

Deuxième phase du suivi : au retour en métropole

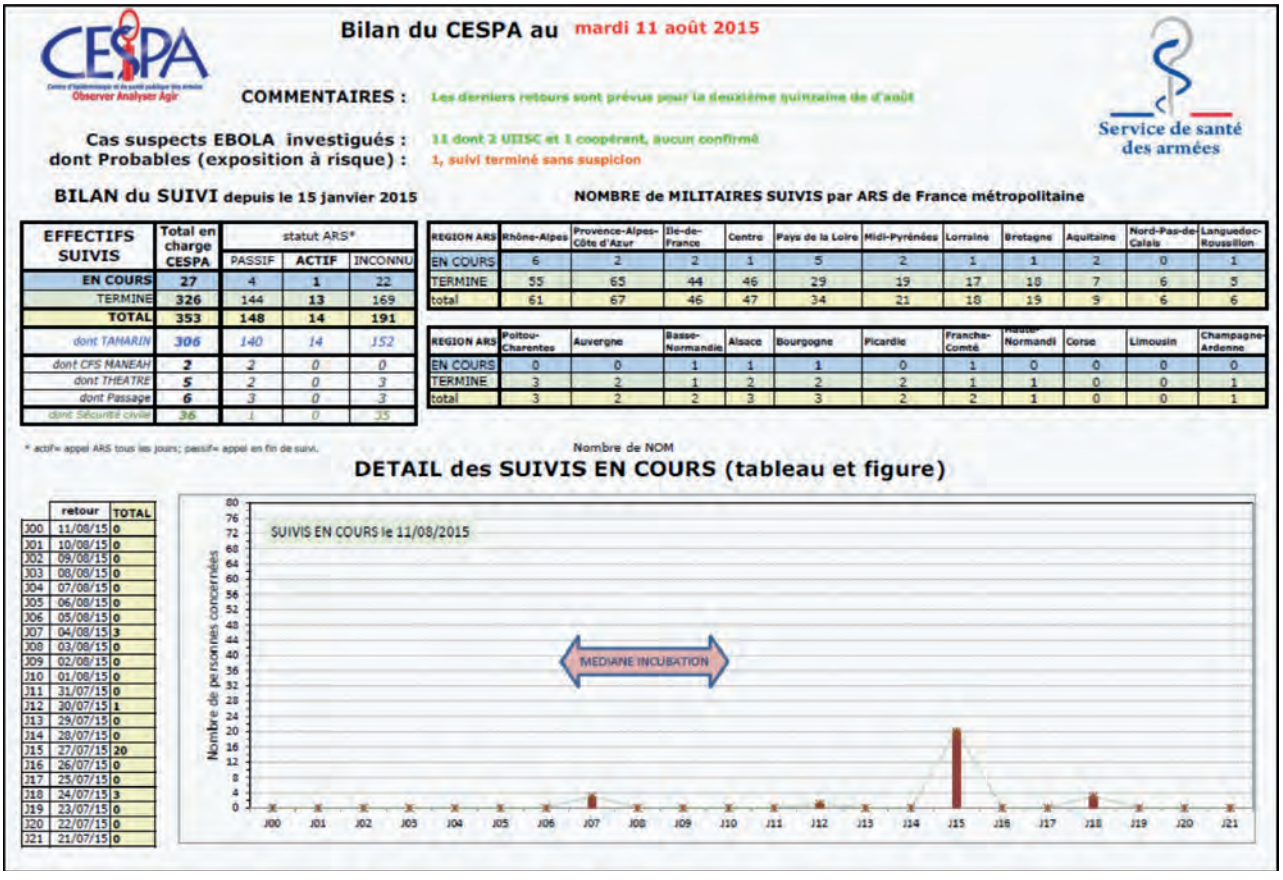
Les militaires étaient systématiquement contactés par le coordonnateur du CESPA à trois reprises (le lendemain du retour, après une semaine et à la fin du suivi), par téléphone ou par courriel. En cas de survenue de fièvre ou autre symptôme évocateur de MVE, il était demandé aux militaires de contacter le CESPA après avoir appelé le centre 15, afin de pouvoir prendre les contre-mesures nécessaires en métropole et en Guinée dans les meilleurs délais. Le coordonnateur assurait aussi le soutien du patient et de sa famille.

Lorsque la période de suivi de 21 jours était terminée, les militaires remettaient leur fiche de suivi complétée à leur Centre médical des armées (CMA) pour archivage dans leur dossier médical à des fins de traçabilité. Le CMA adressait ensuite une copie de la fiche au CESPA pour clore le suivi et constituer un registre d'archives.

Le lien avec les autorités civiles (ARS, cellules de l'InVS en région (CIRE), DGS) et avec les acteurs militaires en métropole et en Guinée était assuré par le coordonnateur. Outre l'échange d'information « en temps réel », un tableau de synthèse du suivi du personnel revenant de mission au CTS était adressé sur un rythme hebdomadaire aux décideurs (DGS, Direction centrale du SSA, ministère de la Défense) et était également largement diffusé au sein du SSA (fig. 1).

Résultats

Au total, 410 militaires ont bénéficié du dispositif de suivi, dont 362 militaires déployés au CTS. Les personnels suivis sont rentrés de Guinée Conakry en



Bilan du CESPA au mardi 11 août 2015

CESPA — Observer Analyser Agir

Service de santé des armées

COMMENTAIRES : Les derniers retours sont prévus pour la deuxième quinzaine de d'août

Cas suspects EBOLA investigués : 11 dont 2 UIISC et 1 coopérant, aucun confirmé

dont Probables (exposition à risque) : 1, suivi terminé sans suspicion

BILAN du SUIVI depuis le 15 janvier 2015

EFFECTIFS SUIVIS	Total en charge CESPA	statut ARS*		
		PASSIF	ACTIF	INCONNU
EN COURS	27	4	1	22
TERMINE	326	144	13	169
TOTAL	353	148	14	191
dont TAMARIN	306	140	14	152
dont CFS MANEAH	2	2	0	0
dont THEATRE	5	2	0	3
dont Passage	6	3	0	3
dont Sécurité civile	36	1	0	35

* actif= appel ARS tous les jours; passif= appel en fin de suivi.

NOMBRE de MILITAIRES SUIVIS par ARS de France métropolitaine

REGION ARS	Rhône-Alpes	Provence-Alpes-Côte d'Azur	Ile-de-France	Centre	Pays de la Loire	Midi-Pyrénées	Lorraine	Bretagne	Aquitaine	Nord-Pas-de-Calais	Languedoc-Roussillon
EN COURS	6	2	2	1	5	2	1	1	2	0	1
TERMINE	55	65	44	46	29	19	17	18	7	6	5
total	61	67	46	47	34	21	18	19	9	6	6

REGION ARS	Poitou-Charentes	Auvergne	Basse-Normandie	Alsace	Bourgogne	Picardie	Franche-Comté	Haute-Normandi	Corse	Limousin	Champagne-Ardenne
EN COURS	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0
TERMINE	3	2	1	2	2	2	1	1	0	0	1
total	3	2	2	3	3	2	2	1	0	0	1

DETAIL des SUIVIS EN COURS (tableau et figure)

	retour	TOTAL
J00	11/08/15	0
J01	10/08/15	0
J02	09/08/15	0
J03	08/08/15	0
J04	07/08/15	0
J05	06/08/15	0
J06	05/08/15	0
J07	04/08/15	3
J08	03/08/15	0
J09	02/08/15	0
J10	01/08/15	0
J11	31/07/15	0
J12	30/07/15	1
J13	29/07/15	0
J14	28/07/15	0
J15	27/07/15	20
J16	26/07/15	0
J17	25/07/15	0
J18	24/07/15	3
J19	23/07/15	0
J20	22/07/15	0
J21	21/07/15	0

Figure 1. Exemple de tableau de rétro-information adressé aux acteurs civils et militaires (bilan en date du 11/8/2015).

21 vagues, dont les 3 principales étaient en semaine 13, 19 et 34 de 2015, correspondant aux retours des 3 principaux mandats (fig. 2). L'affectation des 48 autres personnes suivies est détaillée dans la figure 3. Tous les militaires du CTS ont été contactés aux 3 temps (J0, J7 et J21) par le coordonnateur du suivi, aucun n'a été perdu de vue, permettant d'atteindre un taux de suivi optimal (tous moyens de communication confondus). Toutefois, au 1er/10/2015, soit un mois après le retour des derniers sujets, les fiches de suivi complétées n'ont été obtenues que pour 235 militaires parmi les 362 déployés au CTS (64,9 %).

Comme précisé dans le tableau I, 179 personnes suivies sur 362 (49,4 %) étaient des personnels de santé dont la majorité provenait des Hôpitaux d'instruction des armées (n = 113, 63,1 %). L'autre moitié des personnels suivis provenait principalement de l'armée de Terre et en particulier des deux régiments les plus impliqués dans le fonctionnement du CTS : le Régiment médical (RMED) et le 2e Régiment de Dragons (2 RD). Les trois principales ARS impliquées dans le suivi étaient les ARS de Provence Alpes Côte d'Azur (68 sujets suivis), de Rhône-Alpes (67 sujets suivis) et d'Ile-de-France (48 sujets suivis).

Parmi les 235 militaires pour lesquels l'information était disponible, 17 ont été considérés comme étant à risque élevé suivant la grille d'évaluation de l'ECDC (5) et ont bénéficié d'un suivi actif. Cent soixante personnels étaient à risque faible ou très faible. L'information n'était pas disponible pour la moitié des sujets (fiche incomplète ou non retournée au CESPA) (n = 181). Le délai entre le retour en métropole et la prise de contact par l'ARS était connu pour 185 personnels. Il était inférieur ou égal à 1 jour dans 74 cas (40 %), compris entre 2 et 4 jours dans 88 cas (47,6 %) et supérieur ou égal à 5 jours dans 23 cas (12,4 %).

Deux retours en urgence, non programmés, sont survenus durant la période d'activité du CTS, dont un suite à un accident d'exposition au virus. Ils ont également bénéficié de mesures de suivi durant les 21 jours après leur retour.

Seuls de rares personnels ont spontanément exprimé des difficultés dans les suites de la mission, qu'il s'agisse d'inquiétude liée à la survenue de symptômes au cours du suivi ou de difficultés avec leur entourage, notamment professionnel. Le plus souvent, ces difficultés ont pu être réglées par des actions locales, sans nécessiter d'intervention du coordonnateur.

Onze militaires (2,7 %) ont présenté des signes évocateurs de MVE, répondant à la définition de cas suspect, et ont contacté le centre 15. Le délai entre l'apparition des signes et le signalement était inférieur à 24 heures. Trois de ces cas suspects ont été classés comme cas possibles par le centre 15 puis hospitalisés pour une durée ne dépassant pas 2 jours afin de réaliser les analyses biologiques nécessaires (recherche du virus Ebola par PCR avec contrôle à 48 heures d'intervalle). Les huit autres militaires ont été placés en isolement à domicile pour observation en raison de l'absence d'exposition évidente au virus et d'un tableau clinique peu évocateur. Tous les isolements ont été levés en 48 heures après un suivi téléphonique quotidien par l'ARS ou l'infectiologue référent.

Aucun cas ne s'est révélé être une contamination par le virus Ebola, les suspicions étant essentiellement liées à des infections respiratoires ou digestives.

Discussion – Conclusion

L'objectif du dispositif était de détecter précocement les cas de MVE. Sur les 362 militaires du CTS suivis, il n'y a pas eu de perdu de vue. En outre, les sujets suivis qui ont appelé le centre 15 lors de la survenue de signes cliniques, l'ont fait dans des délais compatibles avec une prise en charge et un isolement précoce.

Cependant il est possible que des sujets aient présenté un syndrome fébrile pendant leur suivi, sans appel au centre 15, et donc sans signalement et sans isolement. En cas d'infection par le virus Ebola, ces sujets auraient pu être responsables de l'émergence en France d'une transmission autochtone. Il serait nécessaire de recontacter individuellement chaque sujet afin d'évaluer ce risque de sous-déclaration.

Le dispositif de suivi de l'ARS renforcé par le suivi militaire a permis d'instaurer un climat de confiance et de rassurer les personnels engagés, leurs proches et le commandement vis-à-vis d'une mission à haute valeur émotionnelle. Le dispositif permettait de protéger l'entourage contre une éventuelle transmission au retour tout en évitant la mise en place d'une quarantaine qui aurait pu stigmatiser et freiner l'engagement des militaires sur le CTS, comme cela avait été signalé par les armées étrangères et par les organisations non gouvernementales, notamment Médecins sans Frontières dès le mois d'octobre 2014 (11). Le commandement, en institutionnalisant le suivi, répondait à l'exigence de traçabilité et de suivi médical spécifique devant une potentielle exposition professionnelle. L'acceptabilité du suivi militaire en plus de celui de l'ARS était donc satisfaisante avec des retours spontanés favorables.

Néanmoins, certains personnels ont fait face à leur retour en métropole à une forme de « rejet » de leur entourage privé et/ou professionnel, en particulier lorsqu'une reprise de l'activité de soins était envisagée avant la fin du suivi. Cette problématique soulevée au retour du premier mandat s'est atténuée avec la mise en œuvre du suivi systématique et avec les mesures prises pour informer et sensibiliser les militaires, le commandement et l'entourage des personnels déployés au CTS. Finalement, peu de militaires ont rencontré des difficultés à leur retour de mission, le Service de Santé des Armées ayant été le plus concerné par ce type de difficultés.

Le succès de ce dispositif a reposé d'une part sur la préparation et la formation des personnels avant le déploiement. La présentation du dispositif avant la projection a permis de préparer précocement le personnel aux contraintes du suivi au retour. L'importance de cette sensibilisation a d'ailleurs été soulignée par le HCSP en Mai 2015 (13).

D'autre part, les séances d'information collectives et les entretiens réalisés avant le retour ont permis à la fois de renforcer l'adhésion des militaires au suivi et d'adapter progressivement les supports de communication. Certaines modalités du suivi étaient cependant mal

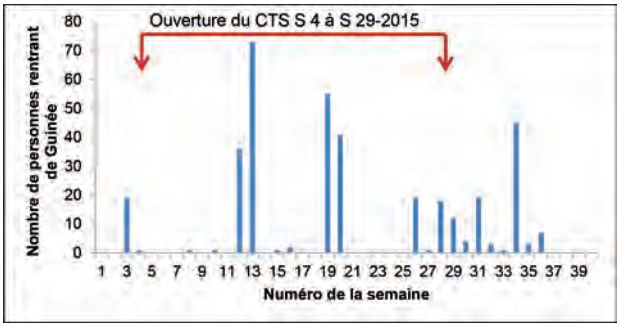
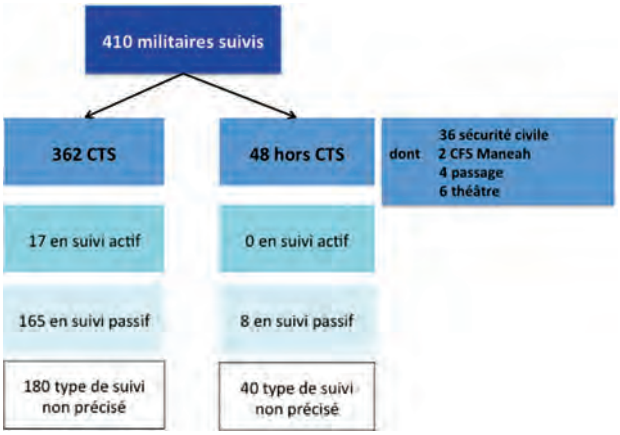


Figure 2. Vagues de retour et pics d'activité dans le cadre du suivi des militaires déployés au CTS (janvier à septembre 2015).



CFS : Centre de formation des soignants ; passage : mission de très courte durée, théâtre : militaire présent dans la zone de l'épidémie mais n'appartenant pas au CTS ou aux autres formations.

Figure 3. Bilan final du suivi, janvier à septembre 2015.

acceptées, comme la recommandation de rester sur le territoire métropolitain, qui était souvent considérée comme excessive et n'a pas été systématiquement respectée. Aux États-Unis la restriction de déplacement variait en fonction du degré d'exposition (14).

Enfin, ce succès a reposé sur l'articulation entre le MSP du CTS et le coordonnateur du suivi en métropole. La supervision par le MSP de l'enregistrement sur le site Ebosignea permettait de fiabiliser les informations transmises pour le suivi.

Après évaluation par les ARS, seulement 17 personnels du CTS ont nécessité un suivi actif, alors que dans d'autres pays, comme les États-Unis par exemple, un suivi actif était systématique pour les personnels ayant été au contact de malades Ebola (y compris en portant correctement les EPI) (15). Il est possible que la graduation du suivi (conformément aux recommandations du HCSP) ait facilité l'adhésion des personnels, néanmoins, l'impact réel de cette mesure reste à évaluer.

Les échanges permanents entre les deux praticiens de santé publique ont permis d'anticiper les retours pour limiter les délais de mise en place du suivi et de faciliter la transmission aux ARS d'informations permettant de définir les cas possibles lors de survenue

Tableau I. Description des personnels militaires ayant fait l'objet du suivi au retour du déploiement au CTS (n = 362).

	Caractéristiques	n	%
Armée d'appartenance	Service de santé des armées	**179**	49,4
	HIA	113	
	CMA/AM	22	
	RMED	18	
	Autres	26	
	Armée de Terre	**171**	47,2
	RMED	54	
	2 RD	65	
	Autres	52	
	Services communs — hors SSA	**10**	2,8
	Armée de l'Air	**2**	0,6
DRSSA de rattachement	Brest	86	23,7
	Lyon	86	23,7
	Toulon	72	20,0
	Saint-Germain-en-Laye	53	14,6
	Bordeaux	34	9,4
	Metz	31	8,6
Affectation principale en Guinée	Secteur de prise en charge des patients	**245**	67,7
	Unité médicale de transit	19	5,2
	Unité de distribution en produits de santé (UDPS)	20	5,5
	Médecin de santé publique (MSP)	4	1,1
	Détachement de soutien	56	15,5
	Détachement de commandement	18	5,0
ARS en charge du suivi	Provence-Alpes-Côte d'Azur	68	18,8
	Rhône-Alpes	67	18,5
	Ile-de-France	48	13,2
	Pays de la Loire	43	11,9
	Midi-Pyrénées	27	7,4
	Lorraine	26	7,2
	Bretagne	19	5,2
	Centre	13	3,6
	Aquitaine	12	3,3
	Autres	39	10,8
Type de suivi mis en place par l'ARS	Passif	165	45,6
	Actif	**17**	4,7
	Inconnu	180	49,7

de signes cliniques. Ainsi les échanges avec les ARS ont permis d'optimiser le suivi des militaires. La réactivité et une posture résolument fondée sur un échange d'informations précoces entre pairs ont permis d'établir une relation de confiance et de coopération entre tous les partenaires.

Les militaires projetés en contexte Ebola en dehors du CTS (sécurité civile du centre de formation en Guinée, opération Barkhane à Bamako, individuels) n'ont pas bénéficié du suivi renforcé, par absence de volonté, en raison du délai de mise en place du dispositif ou par méconnaissance. L'information des personnels a donc reposé dans ce cas sur les mesures d'information « grand public » (médias, affichage d'aéroport) ou sur les initiatives prises par le commandement de ces formations, pour lesquelles il n'a pas été possible de mesurer l'adhésion.

Au Kosovo, le SSA avait déjà été confronté à deux situations justifiant de discuter la nécessité d'un suivi des personnels. La découverte d'une exposition industrielle au plomb avait entraîné la mise en œuvre d'un dispositif de suivi des militaires au retour mais il s'agissait d'un suivi biologique individuel (16). La survenue d'une épidémie de fièvre hémorragique Crimée-Congo dans la population civile en 2001 n'avait par contre pas entraîné de suivi au retour (17). C'est donc la première fois qu'un tel dispositif d'accompagnement est mis en place dans les armées pour un risque infectieux. L'opération s'est révélée rapide à mettre en œuvre (quelques semaines) et simple dans son déroulement au travers d'un accompagnement quasi-individuel par des praticiens de santé publique, du départ en mission jusqu'à la fin du suivi au retour. L'intégration du CESPA au dispositif national a permis d'économiser des moyens humains tout en prenant en compte les spécificités de la population militaire.

Afin d'améliorer la réactivité et l'efficacité du système il serait souhaitable de maintenir cette capacité en état de veille au sein du CESPA, prête à être réactivée en cas de nécessité. Ceci permettrait de conserver les procédures élaborées et le réseau de contacts, de maintenir les moyens de communication dédiés et reconnus (adresse fonctionnelle de messagerie, numéro de téléphone), d'obtenir rapidement le matériel nécessaire (poste de travail, ordinateur, téléphone). Il est probable en effet que ce type de dispositif soit à nouveau nécessaire. Les militaires sont très exposés aux risques infectieux pendant leurs missions, et un tel dispositif permet d'une part de maintenir l'adhésion et la motivation des personnels à s'engager de nouveau, et d'autre part aux autorités de contrôler le risque d'importation.

Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt concernant les données présentées dans cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. European Food Safety Authority (EFSA). An update on the risk of transmission of Ebola virus (EBOV) via the food chain EFSA Journal 2014 ; 12 (11) : 3884.
2. Centers for disease control and prevention (CDC) Analyse de la transmission interhumaine du virus Ebola. site internet en date du 11-10-2015. http://francais.cdc.gov/vhf/ebola/transmission/human-transmission.html.
3. Organisation mondiale de la santé (OMS). Site internet en date du 11-10-2015. http://www.who.int/features/ebola/health-care-worker/fr/.
4. Grinnell M, Dixon MG, Patton M, Fitter D, Bilivogui P, Johnson C, et al. La maladie à virus Ebola parmi le personnel de santé – Guinée, 2014. MMWR, October 2, 2015 / 64 (38) ; 1083-87. (version française).
5. Haut conseil de la santé publique (HCSP). Conduite à tenir concernant – l'identification et le suivi des personnes contacts d'un cas possible ou confirmé de maladie à virus Ebola – les professionnels de santé exposés à un cas confirmé de maladie à virus Ebola. Avis du 24-10-2014: 17p.
6. Public health agency UK (HPA) Recommendations for asymptomatic contacts of an Ebola case in the UK. Avis du 9-2-2015: 3 ps.
7. Van Kerkhove MD, Bento AI, Mills HL, Ferguson NM, Donnelly CA. A review of epidemiological parameters from Ebola outbreaks to inform early public health decision-making. Scientific Data. 2015 ; 2 : 150019. doi : 10.1038/sdata.2015.19.
8. European center for disease prevention and control (ECDC). Algorithm for laboratory diagnosis of Ebola virus disease. site internet en date du 11-10-2015. http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/ebola_marburg_fevers/algorithm-evd-diagnosis/Pages/default.aspxhttp://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/ebola_marburg_fevers/algorithm-evd-diagnosis/Pages/default.aspx
9. Centers for disease control and prevention (CDC) Diagnostic Ebola. Site internet en date du 11-10-2015. http://francais.cdc.gov/vhf/ebola/diagnosis/index.htmlhttp://francais.cdc.gov/vhf/ebola/diagnosis/index.html
10. Haut conseil de la santé publique (HCSP). Conduite à tenir autour des cas suspects de maladie Ebola. Avis du 10 avril 2014 : 18p.
11. Médecins Sans Frontières. La mise en quarantaine du personnel de retour d'Afrique de l'Ouest peut ruiner les efforts pour lutter contre l'épidémie. New York/Genève, 28-10-2014. http://www.msf.fr/presse/communiques/ebola-mise-en-quarantaine-personnel-retour-afrique-ouest-peut-ruiner-efforts-lutt.http://www.msf.fr/presse/communiques/ebola-mise-en-quarantaine-personnel-retour-afrique-ouest-peut-ruiner-efforts-lutt. Consulté le 18/10/2015.
12. Haut conseil de la santé publique (HCSP). Stratégie de classement des patients « cas suspects » de maladie à virus Ebola. Avis du 8-7-2015 : 5p.
13. Haut conseil de la santé publique (HCSP). Maladie à virus Ebola : Mesures de protection et de suivi des professionnels de santé en Afrique de l'Ouest. Avis du 20-5-2015: 4p.
14. Centers for disease control and prevention (CDC). Interim U.S. Guidance for Monitoring and Movement of Persons with Potential Ebola Virus Exposure. http://www.cdc.gov/vhf/ebola/exposure/monitoring-and-movement-of-persons-with-exposure.html.http://www.cdc.gov/vhf/ebola/exposure/monitoring-and-movement-of-persons-with-exposure.html. Consulté le 19/10/2015.
15. Stehling-Ariza T, Fisher E, Vagi S, Fechter-Leggett E, Prudent N, Dott M, et al. Monitoring of Persons with Risk for Exposure to Ebola Virus Disease – United States, November 3, 2014 – March 8, 2015. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2015 Jul 3 ; 64 (25) : 685-9.
16. Cuney T, Boulais C, Olichon D, Ledrans M, Rudelle D, Brunot J et al. Évaluation et surveillance de l'exposition au plomb des militaires français. Mitrovica, Kosovo. Bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'Institut national de veille sanitaire, 2002 ; 34 : 165-7.
17. Josse R, Decam C, Granier H, Ait-Ameur M, Meissner G, Bonnet P, Todesco A, et al. Emergence d'une épidémie de fièvre hémorragique virale en OPEX – Réactivité du Service de santé des armées. Médecine et Armées, 2002 ; 30 (2) : 155-60.