



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Enquête sanitaire autour d'un cas humain de Chikungunya/Dengue/Zika

Présenté par : Dr Ulviyya ALIZADA
Médecin de la VSPFR

Maladies à déclaration obligatoire (MDO)

Liste des maladies à déclaration obligatoire
Article R 3113 - 4 et D 3113 - 6 du CSP
<ol style="list-style-type: none"> 1. Botulisme 2. Brucellose 3. Charbon 4. Chikungunya 5. Choléra 6. Dengue 7. Diphtérie 8. Fièvres hémorragiques africaines 9. Fièvre jaune 10. Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes 11. Hépatite aiguë A 12. Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B 13. Infection par le VIH quel qu'en soit le stade 14. Infection invasive à méningocoque 15. Infection à virus de l'encéphalite à tiques – 12 Mai 2021 16. Infection à virus du Nil Occidental – 12 Mai 2021 17. Légionellose 18. Listériose 19. Mésothéliomes 20. Orthopoxviroses 21. Paludisme autochtone 22. Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer 23. Peste 24. Poliomyélite 25. Rage 26. Rougeole 27. Rubéole 28. Saturnisme chez les enfants mineurs 29. Schistosomiase (bilharziose) urogénitale autochtone, 30. Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines 31. Tétanos 32. Toxi-infection alimentaire collective 33. Tuberculose (incluant la surveillance des résultats issus de traitement) 34. Typhoïdémie 35. Typhus exanthématique 36. Zika

MDO



Conduite à tenir en semaine

1. Réceptionner la DO

- ✓ Vérifier la complétude des renseignements sur la DO
- ✓ Contacter le patient et/ou le médecin
- ✓ Vérifier que le patient est informé du diagnostic et des mesures de prévention contre les piqûres

2. Evaluer et classer le cas

- ✓ Validé/invalidé
- ✓ Importé ou suspicion d'un cas autochtone
- ✓ Probable ou confirmé

3. Informer SPF et SE

- ✓ Dossier Voozarbo
- ✓ Information par mail
- ✓ Informer l'Epi-Rhin et CORRUSS si nécessaire

1. À la réception de la DO:

➤ Vérification de la complétude des renseignements sur la DO

➤ **Contact pris avec le patient et/ou le médecin** pour :

- ✓ Valider la date de début des symptômes (DDS) et la nature des symptômes afin de déterminer la **période de virémie** (- 2j à 7j après la date des premiers signes).
- ✓ Rechercher et valider l'existence d'un **voyage** dans les 15 jours précédant la DDS dans un pays en zone de circulation du virus.
- ✓ Lister les **lieux fréquentés** pendant la période de virémie

République française			
Nom ou biologie déclarant (lampon)		N° notification par un biologiste	
Hôpital/service :		Nom du clinicien :	
Adresse :		Hôpital/service :	
Téléphone :		Adresse :	
Télécopie :		Téléphone :	
Signature :		Télécopie :	
Initial du nom : _____ Prénom : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Date de naissance : _____	
Code d'anonymat : _____		Date de la notification : _____	
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Date de naissance : _____	
Résultats biologiques :		Code postal du domicile du patient : _____	
Dengue			
Type d'examen :	1^{er} prélèvement	2^e prélèvement	SERO-TYPE
Date	Résultats	Résultats	
PCR	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> ne sait pas	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> ne sait pas	DEN-1 <input type="checkbox"/>
IGM	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> ne sait pas	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> ne sait pas	DEN-2 <input type="checkbox"/>
ID1	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> ne sait pas	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> ne sait pas	DEN-3 <input type="checkbox"/>
IGM	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> ne sait pas	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> ne sait pas	DEN-4 <input type="checkbox"/>
IGG	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> ne sait pas	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> ne sait pas	INCONNU <input type="checkbox"/>
Clinique : Date du début des signes : _____ Fièvre : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas Signes associés : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas - myalgies : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas - céphalées : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas - vomissements : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas - douleurs retro-orbitales : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas - autres signes, préciser : _____ Signes de gravité : - conjonctive sévère : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas - altérations de la conscience : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas - choc : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas - atteinte cardiaque ou autre organe : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas Baignée Piqûres : <input type="checkbox"/> < 500/mm ³ < 50 000/mm ³ à 100 000/mm ³ > 100 000/mm ³ Augmentation de l'hématoците = 20 % (par rapport normale) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas Hospitalisation : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas Si oui, durée de l'hospitalisation en jours : _____ Guérison : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas Décès : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas Expectative dans les 15 jours après la date de début des symptômes (réponses possibles) : _____ Séjour à l'étranger : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas Date de retour : _____ Si oui, préciser ici(s) pays : _____ Séjour dans un département en dehors du département de résidence principale : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas Si oui, préciser ici(s) départements : _____ Date de retour au domicile : _____ Département dans les 7 jours après la date de début des signes (pendente viremique) : Séjour dans un département en dehors du département de résidence principale : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas Si oui, préciser ici(s) départements : _____ Admis(e) dans l'urgence : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas Si oui, combien de cas : _____ Décès : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas			
Nom ou biologie déclarant (lampon)		N° notification par un biologiste	
Hôpital/service :		Nom du clinicien :	
Adresse :		Hôpital/service :	
Téléphone :		Adresse :	
Télécopie :		Téléphone :	
Signature :			
AES (signature et lampon)			

Remarque à destination des personnes : Cet état clinique et sa notification peuvent être soumis au médecin délégué du 6 janvier 1976. Conservez ces informations si l'état de votre santé s'aggrave.

Informations détaillées des personnes : Cet état clinique et sa notification peuvent être soumis au médecin délégué du 6 janvier 1976. Conservez ces informations si l'état de votre santé s'aggrave.

1. À la réception de la DO:

Devant tout cas suspect de retour d'une zone de circulation de ces virus il est recommandé :

- ✓ d'obtenir une confirmation biologique
- ✓ de **rechercher simultanément les trois infections** en raison des symptomatologies souvent peu différenciables et d'une répartition géographique superposable (région intertropicale).
- ✓ de vérifier que les analyses biologiques prescrites sont appropriées en fonction du **délai entre les dates de début des signes (DDS) et de prélèvement** .

	DDS	J+1	J+2	J+3	J+4	J+5	J+6	J+7	J+8	J+9	J+10	J+11	J+12	J+13	J+14	J+15	...
RT-PCR Sang chik-dengue-zika																	
RT-PCR Urine zika																	
Sérologie (IgM et IgG) chik-dengue-zika																	

1. À la réception de la DO:

➤ Il faut vérifier que le patient est informé :

- ✓ Du diagnostic de dengue, zika ou chikungunya
- ✓ S'il est virémique, des mesures de prévention contre les piqûres de moustiques (moustiquaires et répulsifs, repos à domicile fenêtres fermées).
- ✓ Si suspicion de zika, de la possibilité de transmission sexuelle et des mesures barrière à prendre.
- ✓ Demander si la patiente ou la conjointe du patient est **enceinte** (par rapport au risque zika).

➤ Il faut informer le patient l'appel prochain du service SE

République française

Médecin ou biologiste déclarant (tampon) : Nom : _____ Si notification par un biologiste : Nom du clinicien : _____

Hôpital/service : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____

Si notification par un biologiste : Hôpital/service : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____

Signature : _____

Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance : _____

Code d'anonymat : _____ (à remplir par l'ARS) Date de la notification : _____

Code d'anonymat : _____ (à remplir par l'ARS) Date de la notification : _____

Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance : _____ Code postal du domicile du patient : _____

Résultats biologiques :

Type d'analyse	1 ^{er} prélèvement	2 ^e prélèvement	Dengue
PCR	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> ne sait pas	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> ne sait pas	DEN-1 <input type="checkbox"/>
NS1	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> ne sait pas	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> ne sait pas	DEN-2 <input type="checkbox"/>
IGM	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> ne sait pas	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> ne sait pas	DEN-3 <input type="checkbox"/>
IGG	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> ne sait pas	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> ne sait pas	DEN-4 <input type="checkbox"/>

Clinique :

Date du début des signes : _____

Fièvre : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Signes associés : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

- myalgies : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas - arthralgies : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

- arthralgies : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas - douleurs retro-orbitaires : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

- lombalgies : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas - autres signes, préciser : _____

Signes de gravité :

- saignement sévère : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas - altérations de la conscience : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

- choc : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas - atteinte cardiaque ou autre organe : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Biologie :

Plaquettes : ☐ > 50 000/mm³ ☐ 50 000-100 000/mm³ ☐ < 100 000/mm³

Augmentation de l'hématocrite > 20 % (par rapport normale labo) : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Evolution :

Hospitalisation : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas Si oui, durée de l'hospitalisation en jours : _____

Guérison : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas Décès : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Exposition dans les 2 jours avant le début des signes (préciser la réponse possible) :

Déjour à l'étranger : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas Date de retour : _____

Si oui, préciser le(s) pays : _____

Déplacement dans les 2 jours après la date de début des signes (période virémique) :

Déjour dans un département en dehors du département de résidence principale : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si oui, préciser le(s) département(s) : _____

Autre(s) cas dans l'entourage : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas Si oui, combien de cas : _____

Médecin ou biologiste déclarant (tampon) : Nom : _____ Si notification par un biologiste : Nom du clinicien : _____

Hôpital/service : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____

Si notification par un biologiste : Hôpital/service : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____

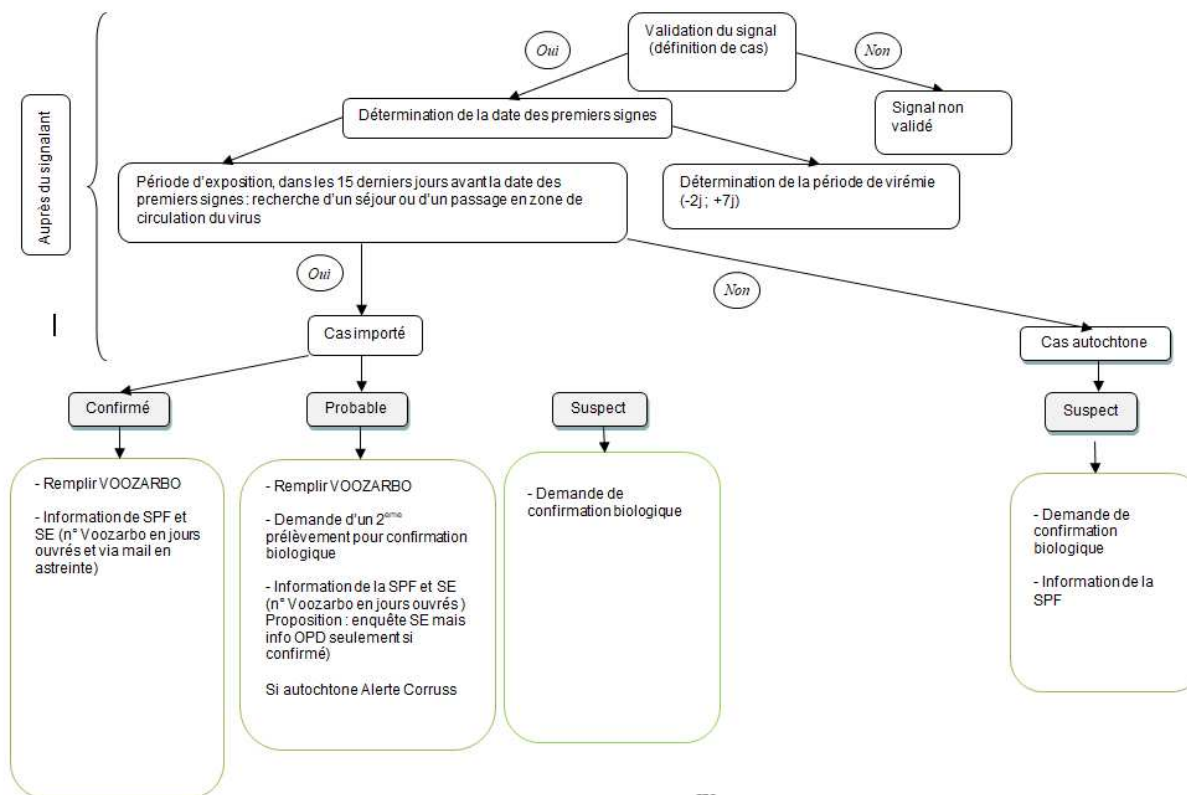
Signature : _____

ARS (signature et tampon)

Membre du comité de surveillance (ARS) : _____

Information individuelle des personnes - Droit d'accès et de notification précisée à l'usage par le médecin déclarant (voir le 1^{er} janvier 1979) - Confidentialité des informations à l'usage de la médecine

2. Evaluation et classement du cas



2. Evaluation et classement du cas

Exemple : Chikungunya

Cas suspect	Fièvre > 38,5 °C d'apparition brutale et douleurs articulaires invalidantes en l'absence de tout point d'appel infectieux
Cas probable	Cas suspect avec IgM positives isolées
Cas confirmé	Cas suspect et confirmation biologique :
	- séroconversion
	- ou RT-PCR positive
	- ou isolement viral

3.Information de SPF et SE

- **Renseigner le logiciel VOOZARBO pour tous les signalements déclarés dans le Grand Est**
- **La base des DO de SPF est implémentée automatiquement à chaque création de dossier sur VOOZARBO.**
- **Informers SPF Grand Est et SE de la création d'un Voozarbo en envoyant un mail commun:**
 - Dans ce mail préciser si le cas a séjourné pendant sa période de virémie dans un département colonisé hors Grand-Est.
 - En cas d'urgence, coupler d'un appel à SE 68.

3.Information : cas particulier

- **Inform**er le référent Epi-Rhin si fréquentation de la Suisse ou de l'Allemagne pendant la période de virémie .
- **Signalement SISAC pour** tout cas **importé confirmé** , après enquête du service SE
 - s'il a voyagé pendant sa période de virémie dans un pays où ces maladies ne sont pas endémiques (ex : Italie, Japon...) mais où le vecteur est installé.
 - Information par le CORRUSS de pays concerné pour la mise en place de mesures adaptées de contrôle vectoriel, afin de limiter le cycle de transmission.



CAT en astreinte

➤ **Pour les cas importés:**

- ✓ En astreinte de semaine : RAF
- ✓ En week-end : évaluation et validation du signal (+ donner les consignes de protection au patient si encore virémique, pas d'intervention de SE le week-end)

➤ **Pour les suspicions autochtones:**

- ✓ Sans consigne particulière de la Veille Sanitaire, elles doivent être traitées comme un cas importé.
- ✓ Compte tenu de la complexité de la procédure et de la nécessité de vérifications longues, les suspicions de cas autochtone seront exclusivement investiguées en période ouvrée.