



Déclarer > Agir > Prévenir

Edition 2009

# GUIDE

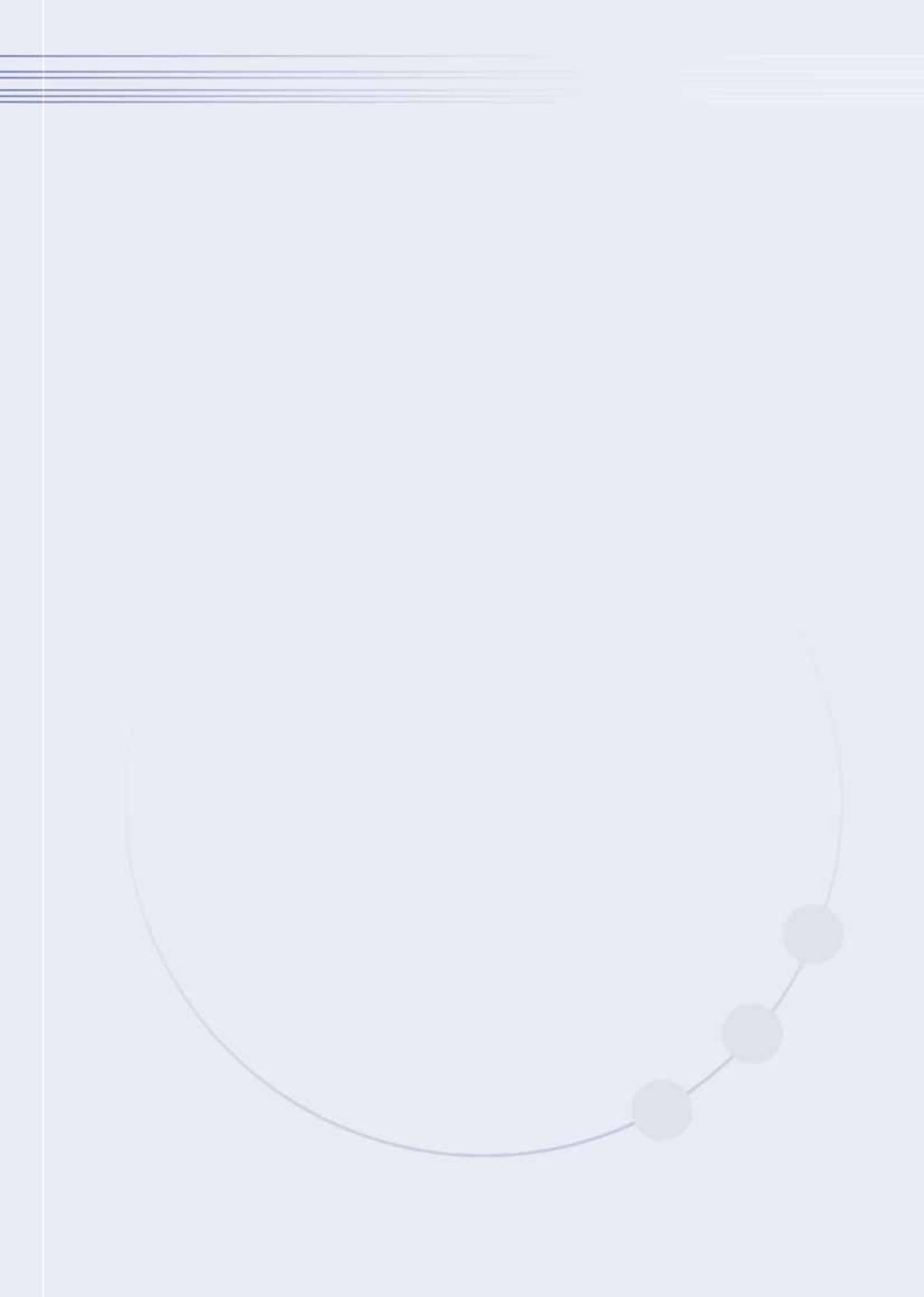
des maladies à  
déclaration obligatoire



**DASS**  
Direction des Affaires  
Sanitaires et Sociales | Service des  
actions sanitaires

5 rue Galliéni - BP N4  
98851 Nouméa Cedex  
Tél. (687) 24 37 00  
Fax (687) 24 37 14

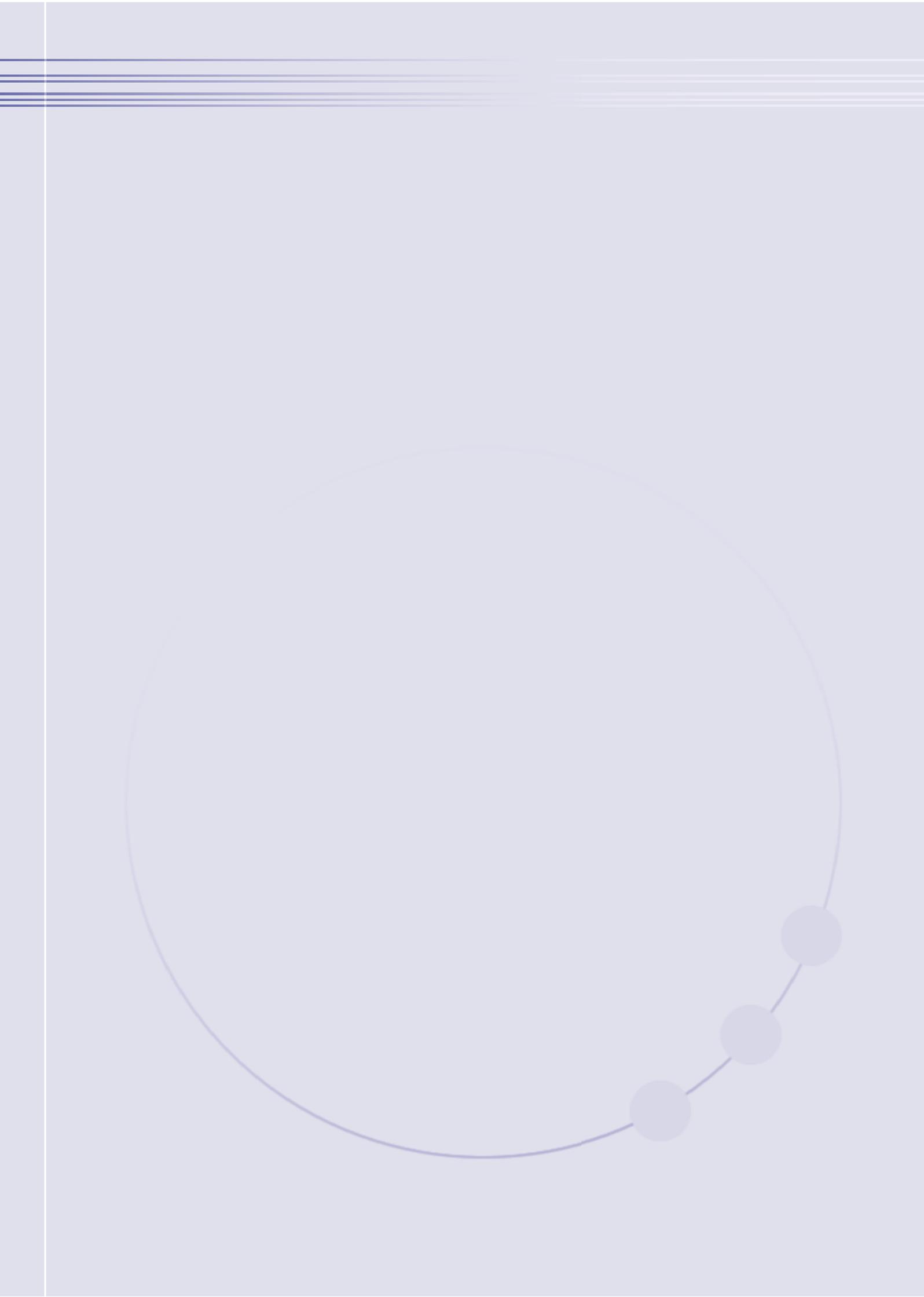
 [www.dass.gov.nc](http://www.dass.gov.nc)





# SOMMAIRE

- 1 Introduction
- 2 Définitions des cas
- 3 Réglementation
- 4 Fiches de déclaration





Déclarer > Agir > Prévenir

# INTRODUCTION



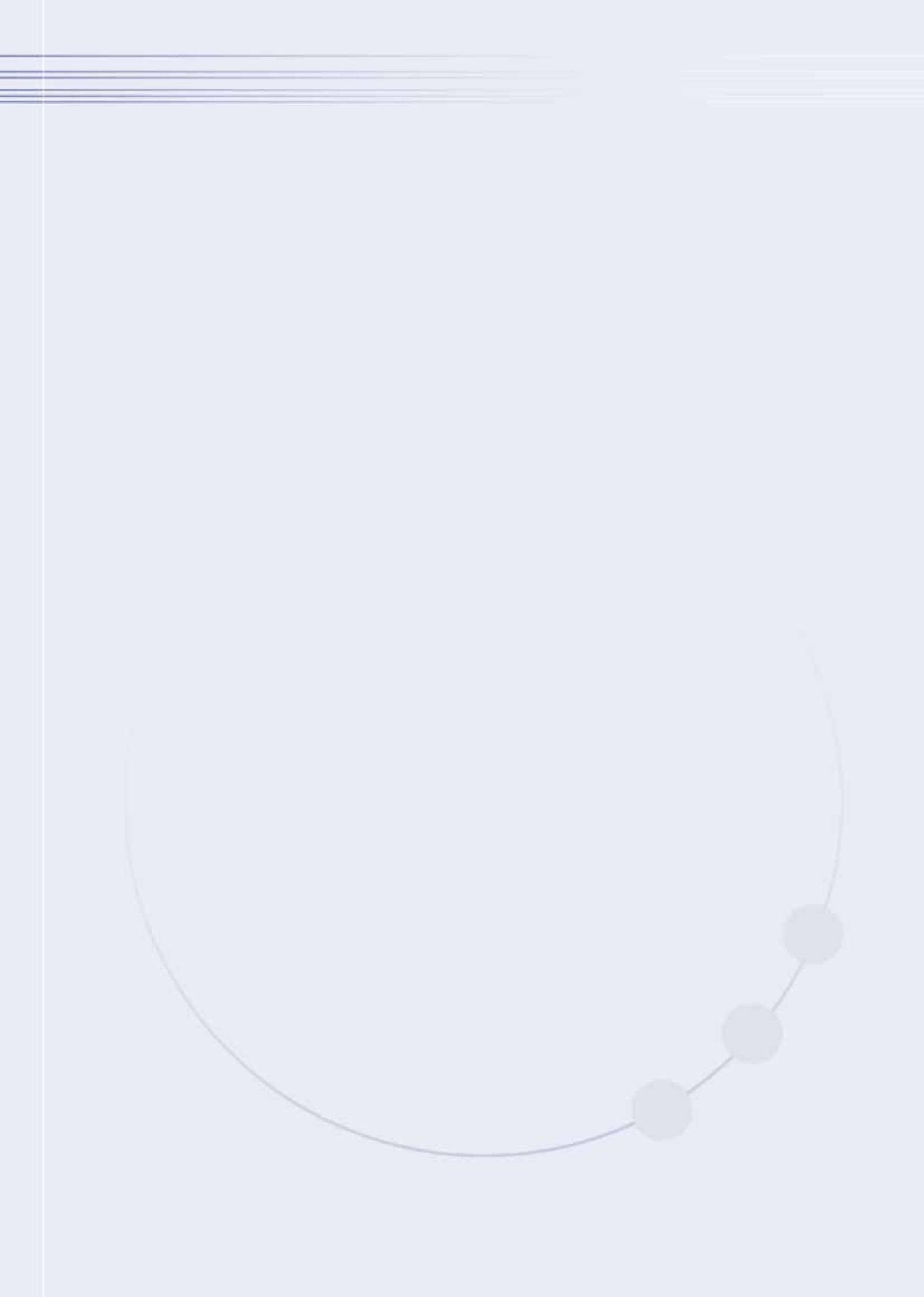
**A** > Note concernant la déclaration des maladies à déclaration obligatoire **p.3**

**B** > Circuit de signalement en cas de maladie à déclaration obligatoire **p.6**  
> Circuit de notification en cas de maladie à déclaration obligatoire **p.7**  
> Cas général de notification **p.8**



INTRODUCTION





# NOTE

## concernant la déclaration des maladies à déclaration obligatoire



La nouvelle délibération du 26 novembre 2008 relative aux maladies à déclaration obligatoire, abrogeant la délibération du 13 mars 1991, a pour objectif de mettre à jour la liste des maladies à déclaration obligatoire en y incluant de nouvelles maladies faisant l'objet d'une déclaration en métropole, tout en conservant la déclaration des maladies spécifiques à la Nouvelle-Calédonie.

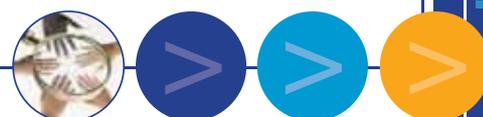
Elle modifie le dispositif de déclaration, désormais nommé notification, qui peut selon les maladies et leur risque épidémique se dérouler en 2 étapes :

- le signalement sans délai de toute maladie citée dans l'arrêté pris en application de l'article 5 de la nouvelle délibération, pour une maladie justifiant d'une intervention urgente à l'échelon local, national et international,
- la notification des cas au moyen d'une fiche spécifique pour toutes les maladies.

L'enjeu de la mise en œuvre de ce nouveau dispositif est double : modifier les procédures de déclaration pour garantir une meilleure protection de l'anonymat des personnes et améliorer la surveillance épidémiologique. Il permettra ainsi de mieux répondre aux menaces pour la santé publique et de renforcer la surveillance épidémiologique.

L'amélioration de la qualité des données recueillies, permettra de mieux analyser les besoins, d'orienter les choix en matière de politique de santé, de mieux mesurer l'impact des stratégies de prévention et de prise en charge de ces maladies.

Ce dispositif qui rassemble les médecins et les biologistes libéraux et hospitaliers, les médecins inspecteurs de santé publique de la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales (DASS-NC) de la Nouvelle-Calédonie et leurs collaborateurs autour d'objectifs communs - détecter et déclarer les maladies à déclaration obligatoire pour agir et prévenir les risques d'épidémie - permet d'accentuer l'implication des responsables des laboratoires de biologie médicale et de tous les médecins qui ont connaissance d'un cas de maladie à déclaration obligatoire.



# P PRINCIPES

## fondamentaux du dispositif

### > Transmission de données

Transmission de données individuelles nominatives en dehors du VIH-SIDA à l'autorité sanitaire de Nouvelle-Calédonie : Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Nouvelle-Calédonie (DASS-NC).

### > Déclaration selon deux modalités

- 1 **le signalement** (procédure d'urgence, d'alerte et de transmission de données individuelles qui s'effectue sans délai et par tout moyen approprié sans support dédié pour les maladies figurant à l'article 2 de l'arrêté (p.67)),
- 2 **la notification** (procédure de transmission de données individuelles par le médecin ou biologiste déclarant sur une fiche spécifique à chaque maladie figurant à l'article 1 de l'arrêté (p.65/66)).

### > Liste des maladies

Liste des maladies établie par arrêté du gouvernement, évolutive et modifiable dans le temps en fonction de l'apparition de nouvelles maladies émergentes.

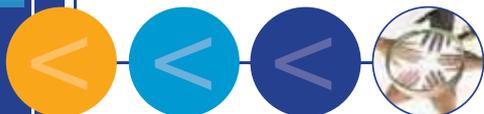
### > Acteurs du dispositif :

#### a) Les déclarants :

- les biologistes responsables de services hospitaliers et de laboratoires d'analyse de biologie médicale publics et privés, les médecins libéraux et hospitaliers, qui suspectent et diagnostiquent une maladie à déclaration obligatoire,
- tout médecin qui a connaissance d'un cas de maladie à déclaration obligatoire.

**b) Les médecins inspecteurs de la DASS-NC et leurs collaborateurs** qui sont chargés de réaliser la surveillance de ces maladies, qui analysent les données, élaborent des recommandations en matière de prévention.

**c) Les médecins provinciaux** qui agissent sur le terrain pour prévenir et réduire le risque de diffusion de ces maladies.



# OBJECTIFS

## de la déclaration des MDO

### > Surveillance épidémiologique

Estimer l'incidence des maladies à déclaration obligatoire, connaître les caractéristiques de ces maladies, étudier leur évolution dans le temps et l'espace, prévoir leur évolution et élaborer des indicateurs.

### > Lutte contre les maladies

Maitriser chez l'homme la transmission d'agents infectieux par des mesures destinées à en prévenir l'extension.

Actions sur le terrain en temps réel pour enrayer les épidémies.

### > Renforcement de la qualité des données

Utilisation d'une définition de cas uniforme et standardisée.

Collecte des données nécessaires et suffisantes au moyen d'une fiche spécifique pour chaque maladie.

Communication en temps utile des données par les professionnels de santé en intégrant le développement de la transmission automatisée tout en respectant les règles de confidentialité.

### > Aide à la décision

Analyse et suivi dans le temps des maladies pour améliorer la connaissance des maladies, de leurs facteurs de risque.

Amélioration des programmes de prévention et de prise en charge.

Aide à l'évaluation des programmes de santé.

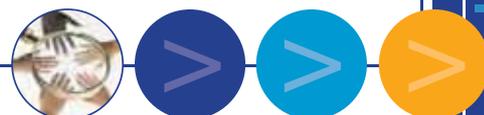
Aide à l'évaluation de l'efficacité et de l'efficience du système de surveillance sanitaire.

### > Ethique

Information individuelle des personnes sur la notification des maladies à déclaration obligatoire par le médecin déclarant.

Exercice du droit d'accès et de rectification de la personne par l'intermédiaire du médecin qui a effectué la notification.

Procédure d'anonymisation des données individuelles en dehors de certaines maladies.



# Circuit de **SIGNALEMENT**

## EN URGENCE, SANS DÉLAI

> **SUJET MALADE**  
**SUSPICION DE MDO** (cf. liste fixée par arrêté, article 2, page 67)

**Signalement sans délai par le médecin, le biologiste par téléphone, fax ou tout autre moyen le plus approprié**

Heures ouvrables semaine  
↓  
Médecin du SAS DASS-NC  
Tél/Répondeur : 25 11 33  
Fax : 05 11 33

**Evaluation de la situation épidémiologique**

Weekend, jours fériés  
Semaine hors heures ouvrables  
↓  
Médecin astreinte Veille sanitaire  
Tél. : 79 49 91

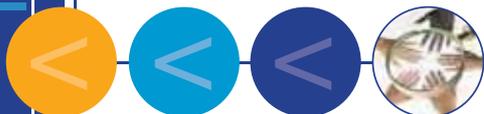
**ACTIONS**

**Investigation**

**Prévention individuelle**

**Prévention collective**

**RÉTRO-INFORMATION : MÉDECINS, BIOLOGISTES,...**





# Circuit de NOTIFICATION

pour toute maladie à déclaration obligatoire

- **SUJET MALADE AVEC DIAGNOSTIC DE MDO** (cf. liste fixée par arrêté, article 1, pages 65/66)
- **SIGNALEMENT EFFECTUÉ** (cf. liste fixée par arrêté, article 2, page 67)



**NOTIFICATION PAR LE MÉDECIN ET/OU LE BIOLOGISTE DÉCLARANT AVEC LA FICHE SPÉCIFIQUE À CHAQUE MALADIE TRANSMISE SOUS PLI CONFIDENTIEL AVEC MENTION « SECRET MÉDICAL »**



**MÉDECIN INSPECTEUR DE LA SANTÉ ET SES COLLABORATEURS  
Service des Actions Sanitaires DASS-NC**



**Analyse et suivi épidémiologique  
Adaptation des actions de prévention**

**RETRO-INFORMATION  
PUBLICATION BILAN**



**INTRODUCTION**



# Cas général de NOTIFICATION

## > Médecin déclarant

- informe la personne sur la notification obligatoire,
- remplit la fiche.



## > Biologiste déclarant

- remplit la fiche avec les informations dont il dispose.

## > Médecin Inspecteur du service des actions sanitaires de la DASS-NC ou ses collaborateurs

- valide les fiches et les complète,
- établit le code d'anonymat, le cas échéant,
- élimine les doublons.



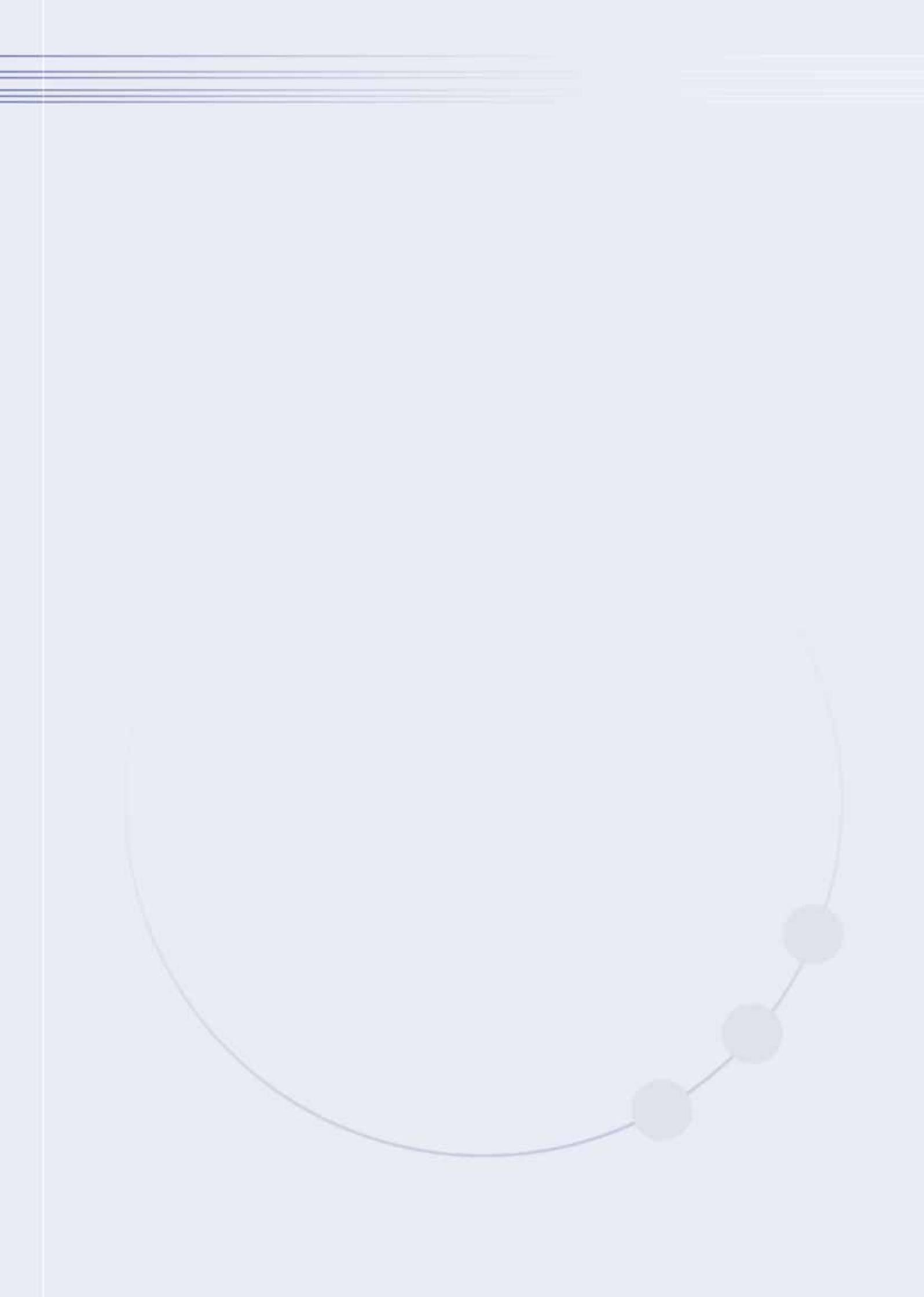
Saisie, analyse et rétro-information

## Liste des maladies à déclaration obligatoire par ordre alphabétique

<b>A</b>	> <b>S</b> Arboviroses autres que la dengue	p.9	<b>I</b>	> <b>S</b> Infections invasives à méningocoque	p.32
<b>B</b>	> <b>S</b> Botulisme	p.10		> Infections nosocomiales	p.33
	> <b>S</b> Brucellose	p.11	<b>L</b>	> Infections par le VIH - SIDA	p.34
<b>C</b>	> Cancer			> <b>S</b> Legionellose	p.36
	> <b>S</b> Charbon	p.12		> Lèpre (maladie de Hansen)	p.37
	> <b>S</b> Chikungunya	p.13		> Leptospirose	p.38
	> <b>S</b> Choléra	p.14	<b>O</b>	> <b>S</b> Listériose	p.39
	> Condylomes acuminés			> <b>S</b> Orthopoxviroses dont la variole	p.41
	> Coqueluche	p.15	<b>P</b>	> <b>S</b> Paludisme	p.42
<b>D</b>	> <b>S</b> Dengue	p.17		> <b>S</b> Peste	p.43
	> <b>S</b> Diphtérie	p.19	<b>R</b>	> <b>S</b> Poliomyélite antérieure aiguë	p.45
<b>E</b>	> <b>S</b> ESST - MCJ (Maladie de Creutzfeldt-Jakob)	p.20		> <b>S</b> Rage humaine	p.46
<b>F</b>	> <b>S</b> Fièvres hémorragiques virales	p.22		> Rhumatisme articulaire aigu	p.47
	> <b>S</b> Fièvre jaune	p.24	<b>S</b>	> <b>S</b> Rougeole	p.48
	> <b>S</b> Fièvre typhoïde ou paratyphoïde	p.26		> Saturnisme chez l'enfant mineur	p.49
<b>H</b>	> <b>S</b> Hépatite A aiguë	p.27		> Syphilis	p.50
	> Hépatite B aiguë	p.28	<b>T</b>	> Tétanos	p.53
	> Hépatite B chronique	p.29		> <b>S</b> Toxi-Infections Alimentaires Collectives	p.54
	> Hépatite C aiguë	p.30		> <b>S</b> Tuberculose	p.56
	> Hépatite C chronique	p.31		> <b>S</b> Tularémie	p.58
				> <b>S</b> Typhus exanthématique	p.59

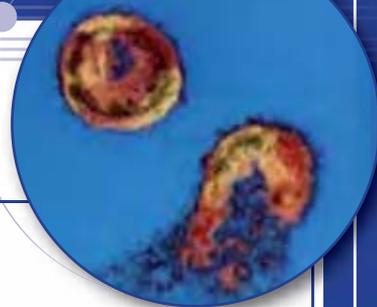
**S** = Signalement





# ARBOVIROSES

autres que : la dengue, le chikungunya, les fièvres hémorragiques virales africaines



Les arboviroses ont en commun la transmission par un arthropode vecteur (arbovirus pour « arthropod born virus »). L'expression clinique est polymorphe avec un syndrome aigu très fébrile et algique constant (syndrome de type dengue), compliqué selon le cas d'hémorragies (fièvre hémorragique), d'hépatite ou d'encéphalite. Plus de 500 arbovirus ont été identifiés, agents habituels des zoonoses, une centaine est pathogène pour l'homme. La classification actuelle permet de distinguer les *Togaviridae*, les *Bunyaviridae*, les *Reoviridae*, les *Rhabdoviridae*, les *Flaviviridae*. Leur fréquence est plus élevée dans les pays tropicaux.

**Réservoir** : variable selon les virus (avifaune sauvage pour le West-Nile, ...).

**Transmission** : d'homme à homme par l'intermédiaire des arthropodes hématophages qui appartiennent à de nombreuses espèces : moustiques, tiques, phlébotomes.

Arthropodes vecteurs : (P) phlébotome ; (M) moustique ; (T) tique

Zone géographique	Syndrome algo-éruptif	Encéphalite
<b>Europe</b>	Fièvre des 3 jours (P) Tahyna (M) West-Nile (M)	E. européenne à tique (T) Tahyna (M) Looping ill (T)
<b>Asie, Pacifique</b>	Dengue (M) Sindbis (M) Chikungunya (M) Zika (M)	E. Japonaise (M) E. de la Murray Vallée (M) E. Verno Estivale Russe ou de la Taïga (T)
<b>Amériques</b>	Dengue (M) Fièvre à tique du Colorado (T) Mayaro (M) West-Nile (M)	E. Equine de l'Est (M) E. Equine de l'Ouest (M) E. Saint-Louis (M) E. Californienne (M) E. Equine du Vénézuéla (M) E. West-Nile (M)
<b>Afrique</b>	Sindbis (M) Chikungunya (M) O'Nyong Nyong (M) Dengue (M) West-Nile (M) Vallée du Rift (M) Zika (M)	West-Nile (M) Vallée du Rift (M)

## Conduite à tenir concernant le malade, les sujets-contacts et le milieu immédiat

1) Signalement sans délai à la DASS-NC des cas suspects et confirmés et notification des cas confirmés.

2) Isolement : précautions relatives au sang et aux liquides organiques. Protéger le malade contre les piqûres des arthropodes hématophages pendant au moins 5 jours après le début de la maladie.

3) Investigation des sujets-contacts : recherche de tous les lieux visités par le malade, durant les 15 jours qui ont précédé le début de la maladie. Rechercher et détruire les arthropodes hématophages vecteurs.

4) Désinfection en cours de maladie : aucune.

5) Quarantaine : aucune.

6) Traitement (rappel) : prise en charge symptomatique, en dehors de la ribavirine pour la fièvre de Crimée-Congo.

7) Prévention (rappel) : vaccination efficace contre la fièvre jaune, l'encéphalite européenne à tique, l'encéphalite japonaise.

**Incubation** : courte, de l'ordre de quelques jours (1-15 jours).

**Contagiosité** : l'homme est infectant pour l'arthropode hématophage pendant la période virémique.

**Critères de signalement et de notification :**

### Cas suspect :

fièvre supérieure à 38°5 d'apparition brutale et tableau clinique évocateur dans un contexte d'épidémie ou de retour de voyage d'une zone endémique ou épidémique.

### Cas confirmé :

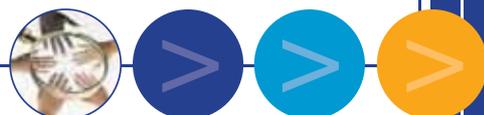
cas suspect confirmé biologiquement (IgM positives, PCR, isolement viral).

**Tableau clinique :**

A côté des formes asymptomatiques, les arboviroses induisent classiquement 3 types de formes cliniques :

- **algoéruptives** : dengue (cf. fiche spécifique), chikungunya (cf. fiche spécifique), syndromes apparentés ou « dengue-like » ;
- **hémorragiques** : fièvre jaune (cf. fiche spécifique), fièvre hémorragique de Crimée-Congo (cf. fiche fièvres hémorragiques virales) ;
- **encéphalitiques** : méningo-encéphalite saisonnière européenne, encéphalite japonaise, fièvre de West-Nile.

La forme symptomatique se manifeste par l'apparition brutale d'une fièvre élevée, accompagnée de céphalées frontales, d'arthromyalgies et de malaise général pendant quelques jours. Dans la majorité des cas, la symptomatologie tourne court, mais parfois après une rémission plus ou moins brève et inconstante, apparaissent des signes évocateurs (cutanéomuqueux et/ou encéphalitiques et/ou hémorragiques).





# BOTULISME

*Clostridium botulinum*

## Conduite à tenir concernant le malade, les sujets-contacts et le milieu immédiat

1) **Signalement sans délai à la DASS-NC de tout cas clinique, et notification des cas probables et confirmés.**

2) **Mise en place d'une enquête épidémiologique par la DASS-NC et les services vétérinaires :** recherche de la source d'infection auprès des membres de la famille, ou autres sujets-contacts. Nécessité de récupération de tous les aliments suspects pour analyse.

3) **Pas d'isolement ni de mise en quarantaine des patients et sujets-contacts.**

4) **Pas de traitement des sujets-contacts directs.** Les personnes ayant consommé l'aliment incriminé doivent être placées en observation médicale étroite.

5) **Traitement :** le traitement symptomatique est le seul qui fasse actuellement l'unanimité en France avec nécessité d'hospitalisation et de surveillance dans un service de soins intensifs du fait de 3 risques majeurs : troubles de la déglutition, troubles du rythme cardiaque, défaillance respiratoire, qui peuvent survenir à tout moment même dans les formes modérées.

6) **Prévention épidémique :** un cas douteux doit faire évoquer un risque de cas groupés au sein d'une famille ou de personnes ayant partagé le même repas. Suspecter les conserves domestiques ou artisanales jusqu'à preuve du contraire. Lorsqu'un aliment est incriminé d'après les résultats de l'enquête épidémiologique ou les résultats d'analyses de laboratoire, rappeler immédiatement le produit et entreprendre sans délai la recherche des personnes ayant partagé l'aliment suspect. Analyse biologique des restes d'aliments. Analyse biologique des sérums et selles des patients, des personnes exposées mais non malades.

Le botulisme est une neuro-intoxication due à la neurotoxine bactérienne produite par *Clostridium botulinum*, bactérie anaérobie stricte présente dans l'environnement. Sept types de toxine botulique ont été décrits : A, B, C, D, E, F, G. Le botulisme humain est essentiellement associé aux **toxintypes A, B et E**, et exceptionnellement aux toxintypes C et F.



### Réservoir :

Les spores présentes dans le sol, ou dans les produits agricoles, les sédiments marins, les voies intestinales des animaux, y compris celles des poissons.



### Transmission :

**Par voie alimentaire :** ingestion d'aliments contaminés dans lesquels la toxine s'est formée, (boîtes de conserve insuffisamment chauffées, aliments consommés sans être suffisamment cuits.

**Par inoculation :** production de toxine à partir de spores ayant contaminé une plaie.

**Par voie endogène :** chez les nourrissons de moins de 6 mois, et plus rarement les enfants, par ingestion de spores (aliments, poussières, miel,...).



### Incubation

12 à 72 heures après l'ingestion de la toxine. Inconnue chez le nourrisson.



**Contagiosité :** aucune.



### Critères de signalement et de notification :

#### Cas confirmé de botulisme d'origine alimentaire

Tableau clinique évocateur de botulisme et confirmation en laboratoire de l'infection :

- détection de la toxine de *Clostridium botulinum* dans le sérum, les fèces, le liquide d'aspiration gastrique ou des aliments contaminés,

**ou**

- isolement de *C. botulinum* dans les fèces ou le liquide d'aspiration gastrique, l'aliment contaminant.

#### Cas probable de botulisme d'origine alimentaire

Tableau clinique évocateur chez une personne :

- qui a un lien épidémiologique avec un cas confirmé de botulisme d'origine alimentaire,

**ou**

- chez qui on relève des preuves épidémiologiques d'exposition à une source d'aliments suspects.

#### Cas confirmé de botulisme d'inoculation

Confirmation en laboratoire de l'infection :

- détection de *C. botulinum* dans le sérum

**et**

- présence d'une plaie infectée par *C. botulinum*

**ou bien**

- présence d'une plaie récemment infectée au cours des 2 semaines précédant l'apparition des symptômes et absence apparente d'exposition à des aliments contaminés par *C. botulinum*.



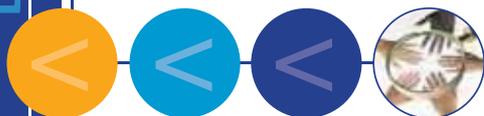
### Tableau clinique :

#### Phase d'invasion :

- début tantôt brutal par des troubles digestifs banaux (nausées, vomissements, douleurs abdominales et diarrhées) après ingestion d'aliments contaminés ;
- tantôt plus progressif avec des troubles de la vision.

#### Phase d'état :

- signes oculaires :** mydriase bilatérale aréactive, troubles de l'accommodation, diplopie ;
- signes neurologiques :** paralysie flasque descendante bilatérale atteignant successivement les paires crâniennes, les membres, les muscles respiratoires ;
- autres signes :** sécheresse de la bouche et du pharynx, atonie œsophagienne avec dysphagie, constipation opiniâtre, voire état occlusif, dysurie ou rétention d'urine, xérophtalmie, hypotension artérielle orthostatique, troubles du rythme cardiaque. Il n'y a pas de fièvre ni d'atteinte du système nerveux central.



# BRUCELLOSE

6 espèces dont 3 pathogènes pour l'homme :  
*Brucella melitensis*, *B. abortus bovi*, *B. abortus suis*.



La brucellose est une zoonose due aux bactéries du genre *Brucella*, responsable de maladies humaines et animales. Trois espèces pathogènes prédominent : *Brucella melitensis*, espèce la plus pathogène, la plus invasive et la plus répandue dans le monde, *Brucella abortus bovi* et *Brucella abortus suis*.

## Réservoir :

Exclusivement animal, avec en première place, les ruminants domestiques (bovins, caprins et ovins) et les porcins. D'autres espèces selon les pays peuvent être impliquées.

## Transmission :

- **Par contact direct** (pénétration du germe par voie cutanée ou muqueuse favorisée par les blessures ou des excoriations) avec des animaux malades, des carcasses d'animaux, les produits des avortements, les placentas, les sécrétions vaginales animales, le fumier ou par contact accidentel avec les produits biologiques dans les laboratoires.
- **Par l'ingestion d'aliments contaminés** (lait cru, produits laitiers non pasteurisés issus d'animaux infectés), plus rarement par des crudités contaminées par le fumier, exceptionnellement par la viande insuffisamment cuite.
- **Par inhalation** (poussières, aérosols contaminés dans les abattoirs, les laboratoires).

## Incubation :

Variable, de 5 à 60 jours. En général 21 jours pour la phase aiguë.

## Contagiosité :

Aucune preuve de transmission interhumaine.

## Tableau clinique :

L'infection est asymptomatique dans la majorité des cas, en particulier quand *B. abortus* est en cause.

**Dans les formes symptomatiques, les signes cliniques sont assez variables mais évoluent souvent en 3 phases :**

- **Phase de primo-invasion aiguë** : syndrome grippal banal (frissons, courbatures, arthralgies) ou fièvre ondulante sudoro-algique de début insidieux, associée à des sensations de malaise, des sueurs abondantes. La fièvre évolue avec 3 ou 4 ondulations, chacune d'une durée de 10 à 15 jours.
- **Phase secondaire où se constituent des foyers isolés ou multiples** : ostéo-articulaires (spondylodiscites, atteintes sacro-iliaque), hépatospléniques, méningite, endocardite, orchi-épididymite.
- **Phase chronique qui peut se révéler longtemps après la contamination, d'expression double** : symptomatologie générale avec asthénie, polyalgies, ou plus focale (évolution torpide des foyers).

## Critères de signalement et de notification :

### Cas confirmé

Tableau clinique évocateur de brucellose associé à au moins un des résultats suivants :

- isolement de *Brucella spp* dans un échantillon clinique approprié (hémoculture, ponction de moelle, ganglions ou LCR), ne peut être réalisé que dans un laboratoire spécialisé,

ou

- multiplication par au moins 4 du titre d'anticorps à l'épreuve d'agglutination de *Brucella* entre un sérum prélevé en phase aiguë et un sérum prélevé 15 jours plus tard, dans le même laboratoire,

ou

- mise en évidence par immunofluorescence de *Brucella spp* dans un échantillon clinique approprié ou une amplification génique positive (PCR) dans un échantillon approprié (sang total, sérum, biopsie tissulaire), ne peut être réalisée que dans un laboratoire spécialisé.

### Cas probable

Tableau clinique évocateur de brucellose associé à au moins un des résultats suivants :

- mise en évidence d'anticorps à titre élevé dans un seul sérum, après apparition des signes cliniques,
- ou lien épidémiologique avec un cas confirmé.

## Conduite à tenir concernant le malade, les sujets-contacts et le milieu immédiat

1) **Signalement sans délai à la DASS-NC des cas probables et confirmés et notification des cas probables et confirmés.**

2) **Isolement** : précaution dans la manipulation des écoulements, des sécrétions s'il y a des lésions suppuratives.

3) **Désinfection des matières purulentes et sécrétions pendant la maladie.**

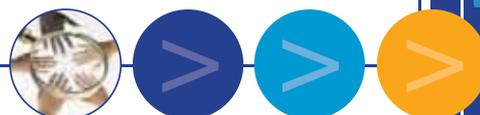
4) **Pas de quarantaine.**

5) **Pas de traitement des sujets-contacts directs**

6) **Investigation par la DASS-NC** en collaboration avec les services vétérinaires : recherche des sujets-contacts et de la source d'infection ; remonter à la source collective ou individuelle, ordinairement des caprins, porcins ou bovins infectés ou du lait de vache ou de chèvre ou des produits laitiers non pasteurisés. Faire examiner les animaux suspects. Isoler ceux qui présentent une réaction positive.

7) **Traitement spécifique** : tétracycline seule ou avec streptomycine ou d'autres aminoglycosides (TMP-SMX).

8) **Prévention épidémique** : recherche de la source commune. Retirer du marché les produits incriminés. Arrêter leur production et leur distribution.





# CHARBON

*Bacillus anthracis*



Le charbon ou anthrax pour les anglo-saxons désigne une zoonose due à *Bacillus anthracis*, bacille à gram positif, immobile formant des spores très résistantes dans le milieu extérieur (sol). Cet agent pathogène appartient à la liste des agents susceptibles d'être utilisés dans la cadre d'actions malveillantes ou d'attaques bioterroristes.



## Réservoir :

Spores dans le sol, peaux séchées d'animaux, cuir des animaux.



## Transmission :

- **Par contact cutané** avec des spores présentes sur des matériels ou produits d'animaux contaminés (poils, laine, cuirs ou objets fabriqués avec ces matériaux) ; des lésions préalables de la peau sont nécessaires au passage cutané des germes et au développement d'une infection.
- **Par inhalation** d'un aérosol de spores pénétrant dans les alvéoles pulmonaires et transportées par voie lymphatique dans les ganglions médiastinaux.
- **Par ingestion** des produits contaminés.



## Tableau clinique :

Le charbon est une maladie infectieuse aiguë touchant habituellement la peau, mais atteignant parfois le médiastin ou le tractus intestinal, d'où les différentes formes cliniques suivantes :

- **Forme cutanée** : les zones cutanées exposées (bras, mains, face et cou) sont les plus fréquemment touchées après contact direct avec des spores ou des bacilles. La maladie débute par une macule ou papule prurigineuse où apparaissent des vésicules (hémorragiques pour certaines) qui se rompent pour former une lésion ulcérée. La lésion évolue vers une escarre en cupule noirâtre, sèche, indolore entourée d'un œdème parfois extensif sur lequel on peut voir des vésicules. La cicatrisation se fait en 1 à 2 semaines.
- **Forme d'inhalation** (« respiratoire ») : en deux phases  
**Phase 1** : syndrome infectieux initial avec ou sans frissons, avec des signes bénins et non spécifiques d'une infection respiratoire (fièvre peu élevée, toux non productive, malaise, fatigue, myalgies, sueurs).  
**Phase 2** : apparition secondaire et fulminante d'une défaillance respiratoire (dyspnée, cyanose, stridor) associée à un syndrome septicémique rapidement fatal. La radiographie thoracique montre un élargissement du médiastin lié à des adénopathies et/ou un épanchement pleural.
- **Forme gastro-intestinale** : débute par une gastroentérite aiguë (nausées, vomissements, anorexie) pouvant évoluer vers un syndrome septicémique avec hématomatose et diarrhée le plus souvent sanglante.



## Incubation :

Varie selon la dose et la voie d'exposition (inhalation 1 à 7 jours, possible jusqu'à 60 jours ; voie cutanée 1 à 12 jours ; ingestion 1 à 7 jours).



## Contagiosité :

Pas de preuve de transmission interhumaine.



## Critères de signalement et de notification :

### Cas confirmé

Cas de charbon quelle que soit sa forme clinique et  
• isolement de *Bacillus anthracis* à partir d'un échantillon clinique approprié (écouvillon cutané, sang, LCR, biopsies ganglionnaires) dans un laboratoire spécialisé,

### ou

• un résultat positif à la PCR (*Polymérase Chain Reaction*) pour *B. anthracis* dans un laboratoire spécialisé.

### Cas probable (sans confirmation microbiologique)

Cas de charbon cutané ou autre forme clinique dans un contexte de cas animaux ou humains confirmés.

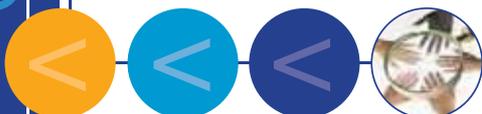
### Cas possible (dans le cadre du bioterrorisme)

Chez un sujet préalablement bien portant :

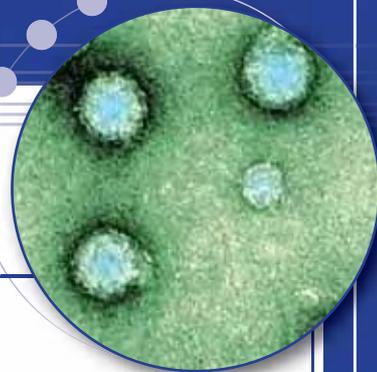
- tout syndrome septicémique avec défaillance respiratoire et radiographie thoracique évocatrice de médiastinite,
- tout syndrome septicémique avec *Bacillus spp* isolé d'un site normalement stérile (hémoculture, LCR) si le bacille isolé est immobile et non hémolytique et/ou s'il est associé à un syndrome clinique suggestif de charbon.

## Conduite à tenir concernant le malade, les sujets-contacts et le milieu immédiat

- 1) **Signalement sans délai à la DASS-NC de tout cas confirmé, probable, possible, et notification de tous types de cas.**
- 2) **Mise en place d'une investigation par la DASS-NC** des sujets-contacts et recherche de la source d'infection en collaboration avec les services vétérinaires.
- 3) **Isolement** : précaution dans la manipulation des écoulements, sécrétions dans le cas de charbon externe ou contracté par inhalation.
- 4) **Pas de quarantaine, pas de traitement des sujets-contacts.**
- 5) **Traitement spécifique** : la pénicilline est le traitement de choix.



# CHIKUNGUNYA



Le Chikungunya est une arbovirose due au virus Chikungunya (Alphavirus de la famille des Togaviridae) à ARN thermosensible. Il a été isolé pour la première fois en Tanzanie et en Ouganda. Le nom de cette maladie dérive de l'attitude du malade : en Souhahéli, chikungunya signifie « marcher courbé ». L'épidémie de forte ampleur dans l'océan indien (2005) a été, pour la première fois, à l'origine de formes graves et de décès.



## Réservoir :

Principalement les singes.



## Transmission :

• **D'homme à homme** par l'intermédiaire des moustiques du genre *Aedes* (*Aedes aegypti*, *albopictus*, *polynesiensis*), vecteur diurne avec un pic d'activité en début et fin de journée.



## Incubation :

De 4 à 7 jours en moyenne (1-12 jours).



## Contagiosité :

L'homme est infectant pour le moustique pendant la période virémique (schématiquement de J-1 à J+5 par rapport au début des symptômes).



## Tableau clinique :

Apparition brutale d'une fièvre élevée, accompagnée d'arthralgies pouvant être intenses, touchant principalement les extrémités (poignets, chevilles, phalanges). Surviennent également des myalgies, des céphalées et une éruption maculo-papuleuse. Des hémorragies bénignes à type de gingivorragies ou épistaxis sont aussi possibles. L'évolution est souvent favorable, sans séquelle, mais elle peut aussi évoluer vers une phase chronique marquée par des arthralgies persistantes.

Des formes graves ont été décrites à La Réunion : méningo-encéphalites, hépatites fulminantes, dermatoses bulleuses extensives. Ont été également décrites des transmissions materno-fœtales tardives (encéphalites néonatales, avortements).



## Critères de signalement et de notification :

**Cas suspect** : fièvre supérieure à 38°5 d'apparition brutale et douleurs articulaires invalidantes dans un contexte d'épidémie ou de retour de voyage d'une zone endémique ou épidémique.

**Cas confirmé** : cas suspect confirmé biologiquement (IgM positives, PCR, isolement viral) dans un laboratoire spécialisé.

### Conduite à tenir concernant le malade, les sujets-contacts et le milieu immédiat

1) **Signalement sans délai à la DASS-NC des cas suspects et confirmés et notification des cas confirmés.**

2) **Isolement** : précautions relatives au sang et aux liquides organiques. Protéger le malade contre les piqûres de moustiques pendant au moins 5 jours après le début de la maladie.

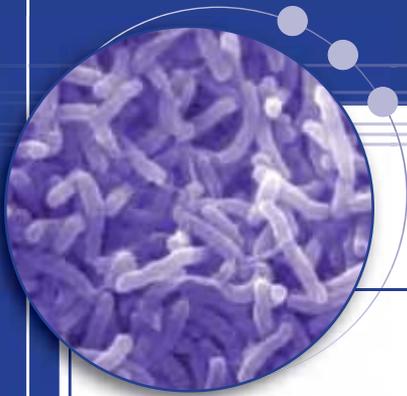
3) **Investigation des sujets-contacts** : recherche de tous les lieux visités par le malade, durant les 3 à 6 jours qui ont précédé le début de la maladie. Rechercher les moustiques vecteurs et les détruire.

4) **Désinfection en cours de maladie** : aucune.

5) **Quarantaine** : aucune.

6) **Traitement** : prise en charge symptomatique.





# CHOLERA

*Vibrio cholerae*



Le choléra est une toxi-infection digestive aiguë due à l'ingestion d'eau ou d'aliments contaminés par les bacilles *Vibrio cholerae* appartenant aux sérogroupes O1 et O139. Il donne régulièrement lieu à des épidémies dans les pays en développement et circule de façon endémique dans certains pays d'Asie du Sud.

## Conduite à tenir concernant le malade, les sujets-contacts et le milieu immédiat

1) **Signalement sans délai à la DASS-NC des cas confirmés et suspects et notification des cas confirmés.**

2) **Mesures prophylactiques :** isolement des malades avec hospitalisation et précautions digestives dans le cas de patients gravement malades. Décontamination des matières fécales et des matières vomies, de la literie et des objets utilisés par les patients.

3) **Mesures d'hygiène générale,** avec lavage des mains et hygiène alimentaire, lutte contre les mouches.

4) **Pas de quarantaine.**

5) **Prévention épidémique :** investigation par la DASS-NC des sujets-contacts et recherche de la source d'infection : rechercher, si l'infection peut avoir été transmise par de l'eau ou des aliments contaminés.

6) **Vaccination :** non justifiée pour les voyageurs chez lesquels le respect des règles d'hygiène reste la meilleure des préventions. Seuls les personnels de santé allant travailler auprès des patients ou dans des camps de réfugiés en période épidémique pourraient en bénéficier.



### Réservoir :

L'homme est le principal réservoir.



### Transmission :

Ingestion d'eau contaminée, ou d'aliments souillés par de l'eau contaminée (par des matières fécales, des mains sales, des mouches).



### Incubation :

Quelques heures à 5-6 jours, selon l'importance de l'inoculum.



### Contagiosité :

Aussi longtemps que les selles du porteur sont infectieuses (quelques jours après la guérison), mais le portage chronique asymptomatique est possible.



### Tableau clinique :

La forme majeure de la maladie clinique se caractérise par un début brutal, sans prodrome, avec une diarrhée liquidienne profuse, des douleurs abdominales et/ou des vomissements incoercibles. Les selles sont d'aspect « eau de riz », afécales avec quelques grumeaux blanchâtres et d'odeur fade. Elles entraînent des pertes hydriques importantes (10 à 15 litres par 24 heures) pouvant aboutir à une déshydratation rapide, puis à un collapsus. A côté de cette forme majeure, existent des formes bénignes se traduisant par un tableau de diarrhée banale.



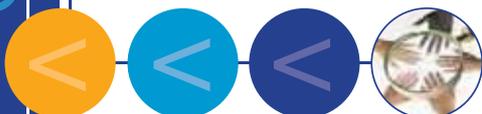
### Critères de signalement et de notification :

#### Cas confirmé

Tableau clinique évocateur de choléra avec identification biologique d'un vibron cholérique dans un laboratoire spécialisé.

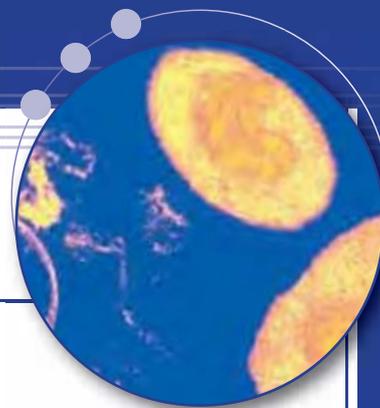
#### Cas suspect

Tableau clinique évocateur de choléra chez une personne qui a un lien épidémiologique avec un cas confirmé.



# COQUELUCHE

*Bordetella pertussis* ou *Bordetella parapertussis*



La coqueluche est une infection bactérienne peu ou pas fébrile de l'arbre respiratoire inférieur, d'évolution longue et hautement contagieuse. Deux bactéries du genre des *Bordetella* sont responsables des syndromes coquelucheux chez l'homme : *Bordetella pertussis* (bacille gram moins de Bordet et Gengou) et *Bordetella parapertussis*,



## Réservoir :

Humain, les personnes infectées.



## Transmission :

Aérienne, par contact direct avec des sécrétions des muqueuses respiratoires d'une personne malade essentiellement lors de la phase catarrhale de la maladie, par la projection de gouttelettes dans l'air au cours de la toux.



## Incubation :

En général 7 à 10 jours et jamais au-delà de 21 jours.



## Contagiosité :

Maximum au début de la période catarrhale avant le début de la toux paroxystique, diminue progressivement pour devenir nulle au bout de 3 semaines. Lorsque le malade est traité par antibiotiques, cette période dure de 3 à 5 jours après le début du traitement.



## Critères de signalement et de notification

### Cas confirmé

Tableau clinique évocateur de coqueluche avec confirmation biologique de l'infection :

- isolement de *Bordetella* dans un échantillon clinique approprié, **ou**
- mise en évidence de *Bordetella* au moyen d'une épreuve faisant appel à l'amplification par la polymérase (PCR).

### Cas probable

Personne ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire et présentant au moins une des manifestations suivantes pour lesquelles il n'y a aucune autre cause connue :

- toux paroxystique de quelque durée que ce soit,
- quintes de toux se terminant par des vomissements ou associées à une apnée,
- toux avec chant du coq inspiratoire.

### Cas suspect

Toux durant au moins 3 semaines en l'absence de tests de laboratoire appropriés et d'un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire et une ou les deux des manifestations suivantes sans autre cause connue :

- toux paroxystique,
- « chant du coq » inspiratoire.



## Tableau clinique :

### Forme du jeune enfant :

- **Phase catarrhale (durée de 7 à 15 jours)** : signes non spécifiques d'infection des voies respiratoires supérieures (rhinite, éternuement, toux, fébricule), puis la toux devient progressivement spasmodique, émétiante, à prédominance nocturne.
- **Phase paroxystique des quintes** (durée moyenne 4 à 5 semaines), où la toux s'organise en quinte paroxystique. Chaque paroxysme est précédé d'un bref arrêt de l'activité de l'enfant (aura de la quinte), puis survient une série de secousses de toux sonores interdisant l'inspiration, jusqu'à la survenue d'une reprise inspiratoire longue et bruyante (chant du coq). La quinte est composée de 3 à 5 paroxysmes, parfois 10 à 15, jusqu'à l'expectoration terminale de mucosités (adhérentes, transparentes et blanchâtres) souvent remplacée par un vomissement. La fréquence des quintes augmente progressivement jusqu'à 10 ou 20 par jour. La quinte est plus fréquente la nuit, et au cours de la quinte le visage de l'enfant est cyanosé, bouffi. Entre les quintes l'examen est normal.
- Phase de déclin et convalescence, caractérisée par la réduction de la fréquence et de l'intensité des quintes.

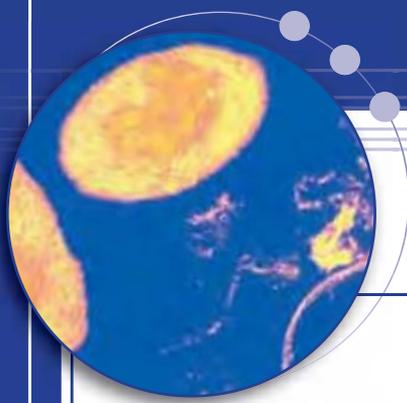
### Forme du nourrisson :

- Préoccupante en raison de la gravité clinique et des complications respiratoires.
- Apparition vers la 3<sup>ème</sup> semaine des quintes asphyxiantes (quintes épuisantes, apnées prolongées, perte de connaissance, absence de reprise spontanée, état asphyxique et risque de mort en l'absence de stimulation respiratoire), des apnées syncopales (arrêt respiratoire brusque et inopiné, sans toux ni quinte), des troubles respiratoires (hypoventilation alvéolaire avec encombrement massif, atelectasies, surinfections).

### Forme de l'adulte :

- Atypique, sans chant du coq, avec une toux spasmodique, prolongée accompagnée parfois de douleurs des muscles thoraciques.





# COQUELUCHE

*Bordetella pertussis* ou *Bordetella parapertussis*

## Conduite à tenir concernant le malade, les sujets-contacts et le milieu immédiat

1) **Notification à la DASS-NC des cas confirmés afin de mener une enquête autour du sujet malade pour dépister les contaminateurs et les cas secondaires.**

2) **Isolement** : isolement respiratoire en chambre individuelle, à domicile ou à l'hôpital des cas connus, jusqu'au 6<sup>ème</sup> jour d'antibiothérapie adaptée. Eloigner les cas suspects des jeunes enfants et des bébés, surtout non immunisés, tant que ces sujets n'en sont pas au 6<sup>ème</sup> jour d'un traitement antibiotique d'une durée de 14 jours.

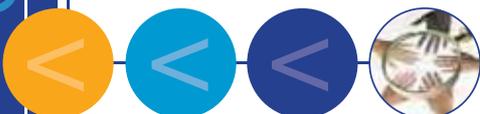
3) **Eviction** : pour les malades, les élèves, les personnels des établissements publics et privés, la durée d'éviction est fixée à 30 jours après le début de la maladie. Cependant, les cas confirmés ou suspects ou les membres symptomatiques de la famille d'un cas confirmé peuvent réintégrer leur collectivité au 6<sup>ème</sup> jour d'antibiothérapie adaptée.

4) **Traitement curatif** : antibiotiques (érythromycine ou TMP-SMX) pendant une durée de 14 jours. Ils diminuent la période de contagiosité.

5) **Protection des sujets-contacts** : antibioprophylaxie identique au traitement curatif mais sur une durée de 10 jours, permettant d'éviter la transmission de la maladie ou d'atténuer la gravité des cas secondaires. Elle doit être effectuée dans un délai maximal de 21 jours après le premier contact. Elle doit être systématique pour tous les membres de la famille, quels que soient leur âge et leur statut vaccinal. Dans les crèches, elle doit être systématique pour les enfants n'ayant pas reçu 4 injections de vaccin et le personnel en contact avec les cas, quel que soit son statut vaccinal. Dans une école, la présence de 2 cas groupés dans une classe impose l'antibio-prophylaxie aux enfants de la classe non à jour et aux enseignants, quel que soit leur statut vaccinal. La mise à jour du calendrier vaccinal s'impose chez les sujets contacts, en particulier dans la famille et les collectivités.

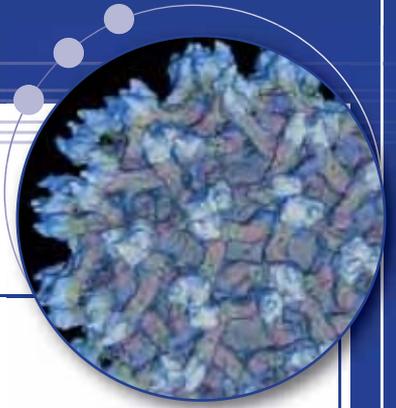
6) **Investigation des sujets-contacts** : recherche des cas débutants, atypiques ou passés inaperçus en cas de bébé non immunisé ou à risque.

7) **Prévention épidémique** : la recherche des cas non diagnostiqués ou non déclarés est indiquée pour protéger les enfants d'âge préscolaire.



# DENGUE

virus de la dengue, sérotypes 1 à 4



La dengue est une maladie virale transmise par les moustiques du genre *Aedes*. Le virus de la dengue est un arbovirus (*Flavivirus*, famille des *Flaviridae* à laquelle appartiennent les virus West Nile et le virus de la fièvre jaune). Il existe quatre sérotypes distincts : DEN-1, DEN-2, DEN-3 et DEN-4. L'infection due à un sérotype donné confère une immunité prolongée mais n'offre pas d'immunité croisée contre les autres sérotypes.



## Réservoir :

L'association homme-moustique représente le principal réservoir pour les virus.



## Transmission :

D'hommes à hommes par la piqûre de moustiques (*Aedes aegypti*, *Aedes albopictus*...), infectés après avoir piqué un être humain, lui-même infecté.



## Incubation :

Habituellement de 4 à 7 jours (extrêmes : de 3 à 14 jours).



## Contagiosité :

La maladie ne se transmet pas directement de personne à personne. Les patients sont ordinairement infectieux pour les moustiques à compter du jour qui précède le début de la maladie jusqu'à son 5<sup>ème</sup> jour (période virémique). Le moustique devient infectieux de 8 à 12 jours après son repas de sang et il le demeure sa vie durant (environ 1 mois).



## Tableau clinique :

La dengue est asymptomatique dans environ 30 % des cas. Lorsque les signes apparaissent, ils peuvent associer pendant 2 à 7 jours :

- une fièvre élevée (le plus souvent supérieure à 39° C, pouvant atteindre 40° C - 41° C), de début brutal ;
- des symptômes non-spécifiques tels que :
  - des maux de têtes frontaux,
  - des douleurs rétro-orbitaires,
  - des douleurs musculo-articulaires,
  - une sensation de fatigue (asthénie),
  - une éruption (maculo-papulaire) survenant de façon inconstante, affectant le tronc et s'étendant vers le visage et les extrémités,
  - des signes digestifs (vomissements),
  - des manifestations hémorragiques limitées (pétéchies, purpura, saignements des gencives, du nez ou digestifs).

## Evolution clinique

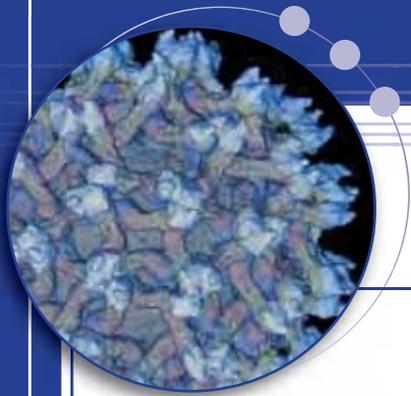
La dengue évolue spontanément vers la guérison sans séquelle dans la majorité des cas, même si dans de rares cas la convalescence est longue, notamment chez l'adulte, avec une phase prolongée d'asthénie.

Cependant, dans certains cas (le plus souvent chez des enfants de moins de 15 ans), après 2-7 jours et le retour à la normale de la température (déferescence thermique), l'infection peut évoluer vers une dengue hémorragique ou une dengue avec syndrome de choc. Une fuite du sang hors des vaisseaux capillaires et des troubles diffus de la coagulation provoquent un tableau grave : ecchymoses en nappe, saignements digestifs abondants (hématémèse franche). Il peut y avoir un syndrome de choc (agitation, pouls accéléré et pression artérielle pincée, froid des extrémités). La réinfection par un autre sérotype après une primo-infection semblerait favoriser l'évolution vers une forme grave.

## Plus rarement, les patients atteints de dengue peuvent développer :

- une atteinte cardiaque,
- des signes neurologiques (convulsions, paralysies partielles, altération de l'état de conscience) avec ou sans manifestations hémorragiques, les amenant à être hospitalisés dans un tableau d'encéphalite aiguë.





# DENGUE

*virus de la dengue, sérotypes 1 à 4*

## Critères de signalement et de notification :

### Période inter et pré-épidémique

#### Cas suspect non prélevé (cas clinique)

Tableau clinique évocateur sans examen sanguin.

#### Cas suspect prélevé

Tableau clinique évocateur en attente des résultats de l'examen sanguin.

#### Cas possible

Tableau clinique évocateur et sérologie IgM dengue positive sur un seul examen sanguin en phase tardive et sans argument épidémiologique\* retrouvé et sans autre diagnostic retrouvé.

#### Cas probable

Tableau clinique évocateur et dont la sérologie IgM dengue est positive sur un seul examen sanguin prélevé en phase tardive avec argument épidémiologique\* retrouvé.

#### Cas confirmé

Patient avec tableau clinique évocateur pour lequel le diagnostic de dengue clinique est posé et dont l'un des critères virologiques ou sérologiques suivants est associé :

- a) séroconversion en IgM,
- b) détection de l'antigène NS1,
- c) détection de l'ARN viral de dengue par amplification génique (PCR).

\* arguments épidémiologiques : entourage proche d'un cas confirmé, notion de cas groupés, retour récent (moins de 15 jours) d'une zone de circulation du virus de la dengue.

### Période épidémique

#### Cas suspect non prélevé (cas clinique)

Tableau clinique évocateur sans examen sanguin.

#### Cas suspect prélevé

Tableau clinique évocateur en attente des résultats de l'examen sanguin.

#### Cas probable

Tableau clinique évocateur et dont la sérologie IgM dengue est positive sur un seul examen sanguin prélevé en phase tardive.

#### Cas confirmé

Patient avec tableau clinique évocateur pour lequel le diagnostic de dengue clinique est posé et dont l'un des critères virologiques ou sérologiques suivants est associé :

- a) séroconversion en IgM,
- b) détection de l'antigène NS1,
- c) détection de l'ARN viral de dengue par amplification génique (PCR).

## Conduite à tenir concernant le malade, les sujets-contacts et le milieu immédiat

1) Signalement à la DASS-NC sans délai des cas suspects, possibles, probables et confirmés et notification de tous les cas.

2) **Isolement** : précautions relatives au sang et liquides organiques. Prévenir l'accès des moustiques aux patients pendant au moins 5 jours après le début de la maladie (répulsifs cutanés, moustiquaires).

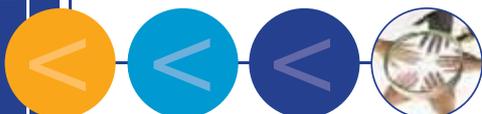
3) **Protection des sujets-contacts** vis-à-vis des piqûres de moustique.

4) **Investigation** : lieu précis de résidence ou de séjour (vacances, travail, ...) du malade durant les 15 jours avant la maladie et pendant la période virémique.

5) **Traitement spécifique** : aucun, contre-indication absolue des salicylés.

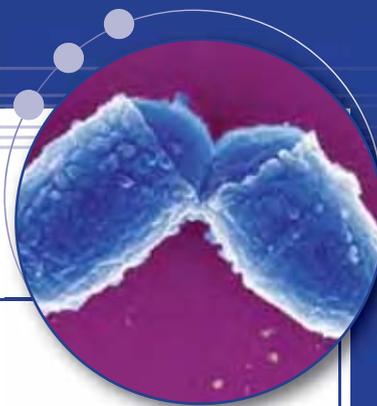
6) **Mesures de contrôle** : destruction des moustiques et de leurs larves autour des lieux de séjour identifiés par l'investigation.

7) **Prévention épidémique** : lutte permanente contre les gîtes de production larvaire.



# DIPHTERIE

*Corynebacterium diphtheriae* ou  
*Corynebacterium ulcerans*



La diphtérie est une maladie hautement contagieuse due au bacille de Klebs-Loeffler (*Corynebacterium diphtheriae*) et se transmet d'homme à homme. La maladie peut également être due à *Corynebacterium ulcerans*, dans ce cas elle est transmise par le lait cru ou par les animaux de compagnie. Les conséquences les plus graves de la diphtérie proviennent de la toxine sécrétée par les bacilles.

 **Réservoir :** l'homme.

 **Transmission :**

*C. diphtheriae* se transmet directement par le biais des sécrétions rhinopharyngées ou des plaies cutanées d'un malade, d'un porteur de germe, plus rarement par contact indirect avec des objets souillés par des sécrétions et des lésions de personnes infectées. *C. ulcerans* se transmet classiquement par le lait et les contacts avec les bovins.

 **Incubation :**

2 à 5 jours, parfois plus.

 **Contagiosité :**

Variable jusqu'à disparition des bacilles des sécrétions et des lésions, soit 2 à 4 semaines. Portage chronique possible pendant 6 mois ou plus (rare). L'antibiothérapie permet la suppression de la source des fausses membranes et de la production de toxine par la clairance bactérienne.

 **Tableau clinique :**

Infection bactérienne aiguë des amygdales, du pharynx, du larynx, du nez et occasionnellement d'autres muqueuses ou de la peau. L'angine diphtérique est peu fébrile, plus ou moins dysphagique avec pâleur et adénopathies sous maxillaires. La lésion, causée par la libération de la cytotoxine spécifique, est un exsudat épais caractéristique : **la fausse membrane grisâtre**, entourée d'une zone inflammatoire d'un rouge terne. La gorge est modérément douloureuse dans l'angine diphtérique commune et les ganglions cervicaux sont hypertrophiés et sensibles. L'extension peut concerner le larynx avec obstruction et asphyxie (croup). Elle peut même concerner la trachée et les bronches

 **Critères de signalement et de notification :**

**Cas confirmé**

Tableau clinique évocateur avec/ou sans membrane avec isolement de *Corynebacterium diphtheriae* ou *ulcerans* et mise en évidence de la toxine.

**Cas suspect :**

Tableau clinique évocateur avec membrane.

## Conduite à tenir concernant le malade, les sujets-contacts et le milieu immédiat

**1) Signalement sans délai à la DASS-NC des cas suspects, probables, confirmés et de tout isolement de souche diphtérique toxinogène.** Notification des cas confirmés et de tout isolement de souche diphtérique toxinogène.

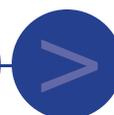
**2) Isolement :** isolement strict des malades atteints d'angine diphtérique, isolement contre les contacts en cas de diphtérie cutanée, jusqu'à ce que 2 cultures de la gorge et 2 du nez (ou des lésions cutanées) prélevées à au moins 24 heures d'intervalle, après l'arrêt de l'antibiothérapie, ne montrent plus de bacilles diphtériques. Lorsqu'il n'y a pas de culture possible, levée de l'isolement après 14 jours d'antibiothérapie. Désinfection en cours de maladie : de tous les objets venus en contact avec le malade ou souillés par ses sécrétions.

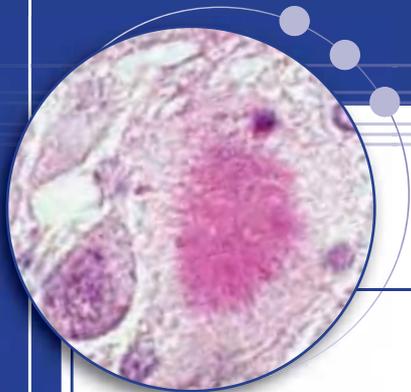
**3) Traitement :** le traitement spécifique qui comprend : l'isolement, l'antibiothérapie et la sérothérapie des patients, doit être mis en place dans un service spécialisé.

**4) Investigation des sujets-contacts :** recherche de toutes les personnes en contact régulier avec le malade (famille, amis, compagnons de travail ou de classe). Ces personnes sont invitées à subir un examen clinique, un prélèvement de nez ou de gorge à la recherche du germe.

**5) Quarantaine :** tous les adultes contacts qui sont appelés à manipuler des aliments, en particulier du lait, ou à s'occuper d'enfants non immunisés doivent être exclus de ce travail en attendant le résultat de l'examen bactériologique qui doit être négatif.

**6) Traitement des sujets-contacts :** une dose de rappel pour les sujets n'ayant pas reçu au moins 3 doses de vaccin et dont la dernière date de moins d'un an (DT ou DTC pour les moins de 16 ans et dT pour les 16 ans et plus) associée à une antibioprophyllaxie. Réaliser un prélèvement avec une culture si pas d'immunisation antérieure. Surveillance quotidienne pendant 7 jours.





# ESST - MCJ

## Maladie de Creutzfeld-Jakob classique (MCJ) et autres Encéphalopathies Subaiguës Spongiformes Transmissibles (ESST)

Ces maladies sont suspectées ou diagnostiquées sur la présence d'au moins un signe clinique neurologique, associé à une démence et après élimination de toute autre cause neurologique. Elles sont connues de longue date, mais d'actualité suite à la création du concept de prions (1982, Prusiner), à l'apparition des MCJ iatrogènes chez des enfants ayant reçu de l'hormone de croissance (1985), à la description d'une nouvelle forme de transmission par voie alimentaire (1996). Les prions sont des agents protéiques responsables d'encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles (ESST), maladies lentes, dégénératives, mortelles qui atteignent aussi bien l'homme que l'animal.



### Réservoir :

Animal ou humain selon la forme.



### Transmission :

- **Forme sporadique** : inconnue dans 85 - 90 % des cas ; touche les adultes entre 50 et 75 ans.
- **Forme familiale** : maladie de type autosomal dominant, due à la transmission héréditaire d'une mutation dans le gène codant la protéine PrP.
- **Forme iatrogène** : par l'hormone de croissance extractive (produit contenant l'hormone de croissance humaine), par les greffes des tissus et organes (cornée, dure-mère), par transfusion, par contact avec du matériel médical contaminé (électrodes).
- **Nouvelle variante (vMCJ)** : par consommation des abats des bovins contaminés.



### Incubation :

Varie de quelques années à plusieurs dizaines d'années. Cette période est plus courte si l'inoculation a eu lieu directement dans le système nerveux central, plus longue par voie périphérique.



### Contagiosité :

Non connue à ce jour.



### Tableau clinique :

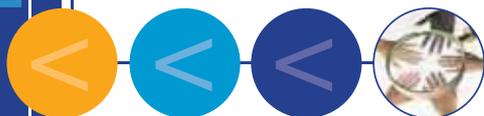
Il s'agit d'une maladie dégénérative du système nerveux central due à l'accumulation, dans le cerveau, d'une forme anormale d'une molécule de structure du système nerveux. Elle se traduit par la démence, les troubles de l'équilibre, la rigidité des membres, un syndrome extrapyramidal. Il n'y a pas de réponse immunitaire spécifique.

#### Elle se manifeste sous 4 formes :

- **la forme sporadique** : qui atteint les deux sexes entre 60 et 75 ans.
- **la forme familiale** : de type autosomal dominant qui survient à partir de 40 ans.
- **la forme iatrogène** : due à l'utilisation de matériel contaminé lors d'un acte médical, par inoculation directe intracérébrale (greffe de cornée et de dure-mère, ...) soit par inoculation périphérique (hormone hypophysaires extractives avant 1985).
- **nouvelle variante (vMCJ)** : chez des sujets plus jeunes, sans notion d'origine familiale ou iatrogène, résultant de la transmission à l'homme de la maladie bovine (Encéphalopathie Spongiforme Bovine). Les manifestations cliniques sont essentiellement psychiatriques avec des signes cérébelleux et des douleurs des membres inférieurs.

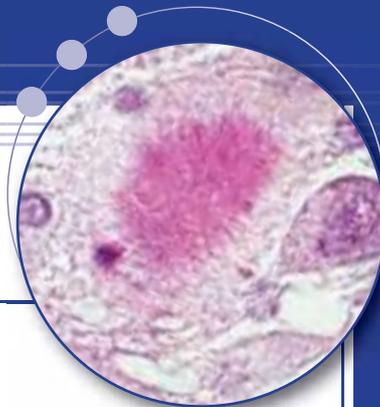
## Conduite à tenir concernant le malade, les sujets-contacts et le milieu immédiat

- 1) **Signalement sans délai à la DASS-NC et notification de tout cas.**
- 2) **Isolement** : pour les patients hospitalisés, précaution d'hygiène concernant le sang et les sécrétions biologiques.
- 3) **Désinfection en cours de maladie** : aucune.
- 4) **Quarantaine** : aucune.
- 5) **Investigation** : recherche de l'éventuelle source d'infection, traitement.
- 6) **Traitement spécifique** : il n'existe aucun traitement ; quelques traitements sont à l'étude mais leur efficacité n'est pas encore démontrée.



# ESST - MCJ

## Maladie de Creutzfeldt-Jakob classique (MCJ) et autres Encéphalopathies Subaiguës Spongiformes Transmissibles (ESST)



### Critères de signalement et de notification :

La maladie de Creutzfeldt-Jakob et les autres ESST apparentées (syndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker, insomnie fatale familiale, Kuru) sont suspectées ou diagnostiquées sur la présence d'au moins un signe clinique neurologique associé à une démence et après élimination de toute autre cause neurologique.

Il n'existe pas de test biochimique ou sérologique permettant un diagnostic de certitude du vivant des malades. Le diagnostic est évoqué sur la clinique : manifestations neurologiques exclusivement centrales d'évolution subaiguë, antécédents familiaux, facteurs de risque d'exposition et des arguments neuropathologiques non spécifiques.

Seule la détection de l'accumulation de la PrP<sup>res</sup> (« Protéase résistant protein » ou protéine du prion) dans le cerveau permet d'affirmer le diagnostic (post mortem).

### 1. Forme sporadique (85 - 90 % des MCJ)

I	démence rapidement progressive
II	A myoclonies
	B anomalies visuelles ou cérébelleuses
	C syndrome pyramidal ou extrapyramidal
	D mutisme akinétique
III	EEG typique

#### Cas défini

Confirmation neuropathologique ou immunocytochimique

#### Cas probable

[(I) + 2 signes de (II) + (III)]

#### ou

[MCJ possible + 14-3-3 positive (marqueur du prion)]

#### Cas possible

(I) + 2 de (II) + durée inférieure à 2 ans

### 2. Forme familiale (10-15% des MCJ)

La maladie est du type autosomal dominant, survient à partir de 40 ans.

#### Cas défini

ESST définie + ESST définie ou probable chez un apparenté du 1<sup>er</sup> degré.

ESST définie avec une mutation pathogène du gène PRNP (gène de la protéine du prion ; p27-30).

#### Cas probable

Trouble neuropsychiatrique progressif + ESST définie ou probable chez un apparenté du 1<sup>er</sup> degré.

Trouble neuropsychiatrique progressif + mutation pathogène du gène PRNP.

### 3. Forme iatrogène (moins de 5% des MCJ)

**Cas défini :** ESST définie + un facteur de risque iatrogène reconnu

**Cas probable :** syndrome cérébelleux prédominant progressif chez un patient traité par hormone hypophysaire,

**ou** ESST probable + un facteur de risque iatrogène reconnu.

**La pertinence de l'exposition à un facteur de risque doit tenir compte du délai entre l'exposition et le début de la maladie :**

- traitement par hormone de croissance hypophysaire humaine, hormone gonadotrope hypophysaire humaine ou dure-mère humaine ;
- greffe de cornée si le donneur de la cornée était atteint d'une maladie à prion définie ou probable ;
- exposition à des instruments de neurochirurgie utilisés au préalable chez un patient atteint de maladie à prion humaine définie ou probable.

Cette liste est provisoire car une voie de transmission inconnue peut toujours apparaître.

### 4. Nouvelle variante (vMCJ)

Décrite depuis 1996 au Royaume-Uni. Survient chez des sujets plus jeunes (l'âge médian est de 29 ans).

#### Cas défini :

(IA) + confirmation neuropathologique de v-CJD (e)

#### Cas probable :

[(I) + 4 signes (II) + (IIIA) + (IIIB)]

#### ou

[(I) + (IVA)]

I	A	trouble neuropsychiatrique progressif
	B	durée de la maladie > 6 mois
	C	les examens de routine ne sont pas en faveur d'un autre diagnostic
	D	pas d'argument pour une exposition à une source iatrogène potentielle
	E	pas d'argument pour une forme familiale d'EST
II	A	symptômes psychiatriques précoces (a)
	B	symptômes sensitifs douloureux persistants (b)
	C	ataxie
	D	myoclonies ou chorée ou dystonie
	E	démence
III	A	pas d'EEG typique de MCJ sporadique (c) (ou pas d'EEG disponible)
	B	« signe du pulvinar » bilatéral sur l'IRM
IV	A	biopsie d'amygdale positive (d)

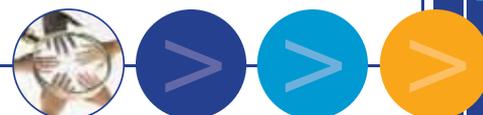
(a) *dépression, anxiété, apathie, retrait, illusions.*

(b) *inclue des douleurs franches ou des dysesthésies.*

(c) *complexes triphasiques périodiques généralisés à environ 1 cycle /seconde.*

(d) *la biopsie d'amygdale n'est pas recommandée en routine, ni en cas d'anomalies typiques de MCJ sporadique mais peut être utile dans les cas où les symptômes cliniques sont compatibles avec une vMCJ sans « signe du pulvinar » bilatéral sur l'IRM.*

(e) *spongiose et dépôts de PrP étendus avec des plaques florides dans le cortex cérébral et le cervelet.*



# FIÈVRES HÉMORRAGIQUES VIRALES

Crimée-Congo, Ebola, Lassa, Marburg, ...

*Flaviviridae, Bunyaviridae, Arenaviridae, Filoviridae*

Sous le terme fièvres hémorragiques virales (FHV) sont regroupées un certain nombre d'infections virales systémiques graves pouvant comporter au cours de leur évolution un syndrome hémorragique diffus. Il s'agit d'un groupe d'infections hétérogènes. Les virus responsables sont tous des virus à ARN, appartenant à de nombreuses familles (Flaviviridae, Bunyaviridae, Arenaviridae, Filoviridae). Sur le plan épidémiologique, on distingue les FHV transmises par des moustiques ou des tiques (arboviroses), celles à réservoir animal (rongeurs) et celles à réservoir inconnu.



## Réservoir :

Fièvres hémorragiques dues à des arbovirus avec réservoir animal						
FAMILLE	VIRUS	MALADIE	DISTRIBUTION	RESERVOIR	TRANSMISSION à partir du réservoir	CONTAMINATION interhumaine
<b>Flaviviridae</b>	- Virus amaril	Fièvre jaune	Afrique, Amazonie	Primates	Moustiques ( <i>Aedes</i> )	
	- Dengue 1-4	Dengue	Afrique, Asie, Pacifique, Amérique tropicale	Homme	Moustiques ( <i>Aedes</i> )	
	- Omsk	FH d'Omsk	Sibérie	Rongeurs	Tiques	
	- Kyasanur	FH de la forêt de K.	Inde	Rongeurs, singes, oiseaux	Tiques	
<b>Nairovirus Bunyaviridae Phlébovirus</b>	- Crimée-Congo	FH de Crimée-Congo	Afrique, Asie, Russie, Europe, Moyen-orient	Bétail, oiseaux	Tiques	Sang, sécrétions infectées (urine, sperme...)
	- Rift	FH de la vallée du Rift	Afrique	Bétail	Moustiques	
Fièvres hémorragiques non dues à des arbovirus avec réservoir animal						
<b>Hantavirus Bunyaviridae</b>	- Hantaan	FH avec sd rénal	Asie, Balkans	Rongeurs	Aérienne	
	- Séoul	FH avec sd rénal	Asie			
<b>Arenaviridae</b>	- Puumala	Néphrite épidémique	Europe	Rongeurs	Aérienne Urine infectée	Sang, sécrétions infectées (urine, sperme...)
	- Sin nombre	HPS*	Am. Du Nord			
	- Andes	HPS*	Am. Du Sud			
	- Lassa	FH de Lassa	Afr.Cent.Ouest			
	- Junin	FH d'Argentine	Argentine			
- Machupo	FH de Bolivie	Bolivie				
- Guanarito	FH du Venezuela	Venezuela				
- Sabia	FH du Brésil	Brésil				
Fièvres hémorragiques à partir de réservoir inconnu						
<b>Filoviridae</b>	- Ebola - Marburg	FH d'Ebola FH de Marburg	Afr. Centrale et australe	Chauve-souris ?	Inconnue	Sang, sécrétions infectées (urine, sperme...)

\*HPS : Hantavirus Pulmonary Syndrom



## Transmission :

Les arbovirus responsables de FH sont transmis par des arthropodes vecteurs (moustiques et tiques).

Ils sont également transmissibles par aérosols (accidents de laboratoire, contact avec des animaux ou des tissus infectés, infection nosocomiale en zone d'endémie).

**Pour les Arenaviridae et les Hantavirus**, contamination humaine primaire par contact avec les rongeurs, par voie respiratoire (aérosol infectieux à partir de l'urine ou de poussières souillées par les déjections).

**Pour les Filoviridae**, par contact avec des produits biologiques infectés ou indirecte par des instruments de soins et des matériels souillés.

# FIEVRES HEMORRAGIQUES VIRALES

Crimée-Congo, Ebola, Lassa, Marburg, ...

*Flaviviridae, Bunyaviridae, Arenaviridae, Filoviridae*



## Incubation :

De 3 à 7 jours en moyenne, mais peut être prolongée :

- **Fièvre de Lassa** : 6 à 21 jours.
- **Maladie du virus Ebola** : 2 à 21 jours (en général 1 semaine).
- **Marburg** : 3 à 9 jours.
- **Crimée-Congo** : 3 à 12 jours.

## Contagiosité :

(Selon les maladies cf. tableau) : dès le début des signes cliniques. Le virus peut être excrété dans les urines ou le sperme pendant plusieurs semaines après le début de la maladie.

## Tableau clinique :

Les formes asymptomatiques sont largement prédominantes. L'invasion est marquée par un syndrome infectieux aigu, pseudo-grippal avec parfois un rash cutané (arbovirus). Une pharyngite, des douleurs rétro-orbitaires, une hyperhémie conjonctivale, un œdème facial sont des signes d'orientation étiologique. Au cours de la période d'état, la symptomatologie se complète par des atteintes des divers appareils (digestif, cardiovasculaire, rénal, hépatique, nerveux ...). L'évolution clinique est imprévisible, les hémorragies sont différées (3 à 5 jours après le début) et inconstantes.

**Ebola et Marburg** : début brutal, suivi d'une éruption cutanée de type maculopapulaire, puis de manifestations hémorragiques.

**Lassa** : début insidieux, une inflammation du pharynx et des conjonctives est souvent observée, le syndrome hémorragique ne se manifeste que dans les formes sévères, il est alors accompagné d'un œdème de la face et du cou.

**Crimée-Congo** : début brutal, avec éruption pétéchiale du thorax et de l'abdomen s'étendant à tout le corps, les hémorragies ne s'observent que dans les cas sévères.

## Critères de signalement et de notification :

(En dehors de la dengue, de la fièvre jaune : cf. fiches spécifiques)

### Cas confirmé

Tableau clinique évocateur de fièvres hémorragiques virales et confirmation de l'infection par un laboratoire spécialisé.

### Cas probable

Tableau clinique évocateur de fièvres hémorragiques virales chez une personne :

- ayant séjourné dans une zone de circulation de ces virus,

**ou**

- ayant été en contact avec un cas confirmé de fièvre hémorragique virale.

## **Conduite à tenir concernant le malade, les sujets-contacts et le milieu immédiat**

(en dehors de la dengue, de la fièvre jaune : cf. fiches spécifiques)

**1) Signalement sans délais à la DASS-NC des cas probables et confirmés et notification des cas probables et confirmés.**

**2) Isolement** : isolement strict des malades dans un service spécialisé hospitalier à l'écart des voies de circulation. Transfert dans une unité d'isolement spéciale si besoin (en cas de qualité d'asepsie insuffisante).

**3) Désinfection terminale poussée.**

**4) Quarantaine (sujets contact)** : varie selon la maladie.

**5) Traitement des sujets-contacts** : aucun.

**6) Investigation des sujets-contacts** : recherche de tous les contacts face à face, surveillance étroite de la température au moins 2 fois par jour pendant 3 semaines.

Recherche des cas non signalés ou non diagnostiqués dans les endroits où les cas confirmés ont résidé. Les analyses biologiques doivent être effectuées dans des enceintes spéciales.

**7) Traitement symptomatique et spécifique** : selon les virus (administration d'antiviraux).



# FIEVRE JAUNE

*virus de la fièvre jaune*

*La fièvre jaune est une arbovirose qui sévit en Afrique subsaharienne (Afrique australe exclue) et en Amérique du Sud. Elle provoque une infection virale aiguë de gravité variable, allant de la forme non apparente ou frustre à la forme suraiguë rapidement mortelle. Un vaccin efficace est disponible et est obligatoire pour voyager dans certains pays ou territoires (dont la Guyane).*



## Réservoir :

- L'homme et le moustique dans les régions urbaines.
  - Dans les forêts, les vertébrés autres que l'homme, comme les singes, les marsupiaux et le moustique.
- Chez les moustiques la transmission transovarienne peut contribuer à maintenir l'infection.



## Transmission :

- **Par les piqûres de moustiques « sauvages »** infectés à l'occasion d'un séjour en forêt (cycle sylvatique prédominant en Amérique latine et dans les forêts africaines).
- **Par les piqûres de moustiques « domestiques »** (*Aedes aegypti*) suite à l'introduction du virus en zone urbaine à partir des zones rurales (cycle urbain responsable des grandes épidémies).
- **Par des piqûres de moustiques « semi-domestiques »**, infectant à la fois l'homme et les singes (cycle intermédiaire, plus fréquent en Afrique).



**Incubation :** De 3 à 6 jours.



## Contagiosité :

Peu de temps avant le début de la fièvre et durant les 3 à 5 premiers jours de la maladie, le sang des malades est infectieux. La transmissibilité est élevée là où les insectes vecteurs abondent et où se trouvent en même temps des personnes réceptives.

La période d'incubation chez les moustiques est de l'ordre de 9 à 12 jours aux températures habituelles de l'été. Une fois infectés les moustiques le restent toute leur vie.



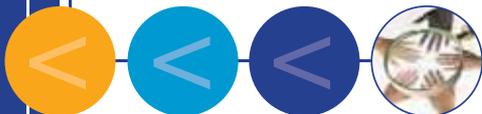
## Tableau clinique :

Maladie virale asymptomatique dans 50 % à 85 % des cas. Après une incubation silencieuse, en cas d'apparition de symptômes, ceux-ci débutent brutalement par un symptôme grippal non spécifique : une fièvre élevée, des frissons, des douleurs vives et généralisées (céphalées, lombalgies, épigastralgies), nausées, vomissements, agitation.

**L'évolution, cyclique, se déroule en 2 phases séparées par une rémission inconstante et trompeuse :**

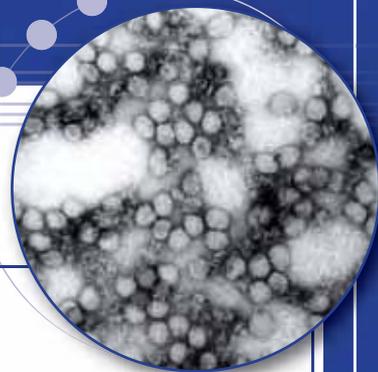
- **la phase rouge congestive (période virémique) :** fièvre, pouls dissocié, polyalgies pénibles, signes digestifs et nerveux, syndrome congestif cutanéomuqueux avec érythème diffus, hyperhémie conjonctivale, avec saignements minimes (épistaxis, gingivorragie) ;
- **la phase jaune, hépatorénale :** ictère d'intensité variable, insuffisance hépatocellulaire et syndrome hémorragique profus, surtout digestif.

L'évolution se fait rapidement soit vers la guérison complète ou le décès entre le 5<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> jour par choc hémorragique, coma hépatique ou insuffisance rénale.



# FIEVRE JAUNE

*virus de la fièvre jaune*



## Conduite à tenir concernant le malade, les sujets-contacts et le milieu immédiat

**1) Signalement sans délai à la DASS-NC des cas probables, confirmés et notification des cas confirmés.**

**2) Isolement :** précautions relatives au sang et aux liquides organiques. Protéger le malade des piqûres de moustiques pendant au moins 5 jours après le début de la maladie.

**3) Investigation des sujets-contacts :** recherche de tous les lieux visités par le malade, durant les 3 à 6 jours qui ont précédé le début de la maladie. Rechercher les moustiques vecteurs et les détruire.

**4) Désinfection en cours de maladie :** aucune.

**5) Quarantaine :** aucune.

**6) Traitement spécifique :** aucun, prise en charge symptomatique.

## Critères de signalement et de notification :

### Cas confirmé

Tableau clinique évocateur de fièvre jaune chez une personne en provenance d'une zone d'endémie et confirmation de l'infection par un laboratoire spécialisé (Centre National de Référence des Arbovirus) :

**isolement du virus de la fièvre jaune (dans les 6 premiers jours),**

**ou**

mise en évidence de l'antigène ou du génome viral de la fièvre jaune dans les prélèvements biologiques,

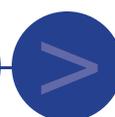
**ou**

multiplication par 4 du titre des anticorps sériques dirigés contre le virus de la fièvre jaune ou un seul titre élevé de l'anticorps IgM spécifique de la fièvre jaune (en l'absence d'une vaccination contre la fièvre jaune au cours des 2 mois précédents).

### Cas probable

Tableau clinique évocateur de fièvre jaune avec un titre élevé stable d'anticorps contre le virus de la fièvre jaune sans aucune autre cause connue.

Pour les cas probables, il faut exclure les réactions sérologiques croisées à d'autres flavivirus, et le patient ne doit pas avoir été vacciné contre la fièvre jaune.



# FIEVRE TYPHOÏDE OU PARATYPHOÏDE

*Salmonella Typhi, Salmonella Paratyphi A, B ou C*

Bactériémies à point de départ digestif, les fièvres typhoïdes sont dues à certains sérotypes de *Salmonella enterica*, seule espèce pathogène chez l'homme : typhi (bacille d'Eberth) et paratyphi A, B ou C. Il s'agit de bacilles gram négatif, appartenant au genre *Salmonella* de la famille des entérobacteriaceae.



## Réservoir :

Le réservoir naturel est strictement humain, les salmonelles typhiques sont excrétées à partir des matières fécales de sujets malades ou de porteurs asymptomatiques.



## Transmission :

Plus souvent indirecte : par absorption des aliments manipulés par un porteur de bactérie, ingestion d'eau, de coquillages, fruits de mer ramassés dans les zones contaminées, de fruits et légumes crus, contaminés par des matières fécales de patients ou de porteurs. Le rôle des mouches comme vecteur est possible.

Transmission directe par les mains sales, par contact avec des selles infectées, du linge souillé.



## Incubation :

En moyenne 1 à 2 semaines (peut varier de 3 jours à 3 mois).



## Contagiosité :

Aussi longtemps que le bacille est présent dans les excréta (à partir de la 1<sup>ère</sup> semaine et pendant toute la convalescence).



## Tableau clinique :

### Phase d'invasion :

début progressif. La température atteint progressivement 40°C, la fièvre s'accompagne de céphalées frontales, d'insomnie, d'asthénie, d'anorexie, parfois de troubles digestifs : douleurs abdominales, constipation plutôt que diarrhée. A l'examen le pouls est dissocié, moins rapide que ne le voudrait la fièvre. La langue est saburrale, la fosse iliaque droite gargouillante, une splénomégalie peut exister.

### Phase d'état :

après une semaine, la fièvre atteint un plateau à 40°C et est associée à des signes neuropsychiques (sommolence, prostration, voire obnubilation (tuphos) nette le jour et insomnie la nuit ; des signes digestifs (diarrhée « jus de melon », avec douleurs abdominales). Le pouls reste dissocié.

D'autres formes cliniques peuvent être retrouvées (début brutal ou progressif, formes symptomatiques digestives, respiratoires, neurologiques).

Des complications peuvent être révélatrices (digestives, myocardiques, neurologiques, ...).



## Critères de signalement et de notification :

**Cas confirmé :** tableau clinique évocateur de fièvre typhoïde ou paratyphoïde associé à un isolement de *Salmonella Typhi*, *Paratyphi A*, *B* ou *C* quel que soit le site d'isolement.

**Cas probable :** tableau clinique chez une personne qui a un lien épidémiologique avec un cas confirmé.

**A noter :** ne pas notifier les sérologies positives à *Salmonella Typhi* et *Paratyphi*, ni les infections à d'autres sérotypes de *Salmonella* (*S. Typhimurium*, *S. Enteritidis* par exemple) quel que soit le site d'isolement.

## Conduite à tenir concernant le malade, les sujets-contacts et le milieu immédiat

**1) Signalement sans délai à la DASS-NC des cas confirmés et notification des cas confirmés.**

**2) Isolement :** isolement du patient, hospitalisation souhaitable pendant la phase aiguë. Mesures d'hygiène générale.

**3) Désinfection :** en cours de maladie : des selles, du linge, des objets souillés, de la chambre après guérison.

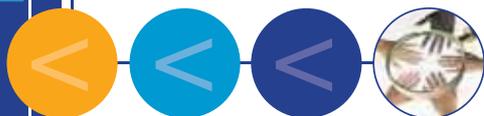
**4) Quarantaine :** aucune.

**5) Traitement des sujets-contacts :** pas de vaccination, les sujets-contacts de l'entourage du patient ne doivent pas être employés à la préparation des aliments tant que l'on n'a pas obtenu au moins 2 cultures négatives des selles à 24 heures d'intervalle.

**6) Investigation des sujets-contacts :** détermination de la source réelle de l'infection en recherchant les cas non déclarés, les porteurs et les aliments, l'eau, le lait, les coquillages contaminés.

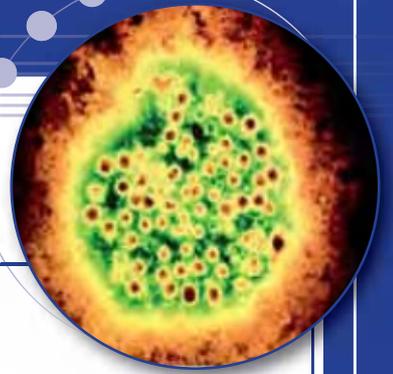
**7) Traitement spécifique :** antibiotique (chloramphénicol, ampicilline, amoxicilline, TMP-SMX).

**8) En zone d'endémie :** s'abstenir de boire de l'eau non contrôlée et ne manger que des aliments cuits ou bouillis, des fruits épluchés. Chloration de l'eau si besoin. Vaccination recommandée en cas de voyage dans une zone endémique.



# HEPATITE A AIGUË

virus de l'hépatite A



L'hépatite A est une infection systémique atteignant préférentiellement le foie et provoquant des lésions inflammatoires et des altérations hépatocytaires dégénératives. Elle est due au virus A (VHA) appartenant à la famille Picornaviridae, virus à ARN sans enveloppe. Elle est fréquente dans les pays en voie de développement où elle affecte le plus souvent les enfants. Dans les pays où les conditions d'hygiène sont bonnes, l'incidence est plus faible, et l'hépatite A survient plutôt chez les adultes, où elle est plus souvent symptomatique et grave.



## Réservoir :

L'homme.



## Transmission :

Le principal mode de transmission est interhumain (de personne à personne) par voie oro-fécale. La transmission alimentaire est plus rare. Les aliments les plus fréquemment mis en cause lors d'épidémies sont les aliments contaminés par les déjections humaines (eaux, coquillages, végétaux consommés crus) ou des aliments contaminés par un préparateur infecté.

Une contamination lors de rapports sexuels (pratique oro-anales) est également décrite. La transmission par les liquides biologiques (sang, salive) est possible mais exceptionnelle.



## Incubation :

15 à 50 jours (en moyenne 30 jours).



## Contagiosité :

Maximale durant la 2<sup>ème</sup> moitié de la période d'incubation et pendant quelques jours après le début de l'ictère (maximum 7 jours). L'agent infectieux peut être en évidence dans les selles et atteint des niveaux maximums 1 à 2 semaines avant le début clinique de la maladie ; l'excrétion fécale est brève mais intense, disparaissant 7 jours en moyenne après le début de l'ictère.



## Tableau clinique :

La maladie clinique aiguë se caractérise par :

- une phase pré-ictérique marquée par une anorexie, des nausées, des douleurs intermittentes de l'hypochondre droit, une asthénie, un syndrome pseudo-grippal (fièvre, céphalées, myalgies, arthralgies) et une urticaire ; parfois un tableau pseudo-chirurgical chez l'enfant ;
- puis une phase ictérique, qui s'accompagne d'une décoloration des selles, d'urines foncées.

Les formes anictériques et asymptomatiques sont fréquentes, souvent chez les enfants. La gravité augmente avec l'âge, mais la guérison complète sans séquelle est habituelle.



## Critères de signalement et de notification :

### Cas confirmé

Détection de l'anticorps de type IgM dirigé contre le virus de l'hépatite A (anti-VHA) pour la première fois avec ou sans tableau clinique.

### Cas probable

Tableau clinique aigu chez une personne qui a un lien épidémiologique avec un cas confirmé.

## Conduite à tenir concernant le malade, les sujets-contacts et le milieu immédiat

1) **Signalement à la DASS-NC sans délai des cas probables, confirmés et notification des cas confirmés.**

2) **Isolement :** non nécessaire mais mesures d'hygiène habituelles prises dans le cadre des infections à transmission oro-fécale, durant les deux premières semaines de la maladie, pas plus d'une semaine après l'apparition de l'ictère.

3) **Désinfection en cours de maladie :** élimination sanitaire des matières fécales, de l'urine et du sang.

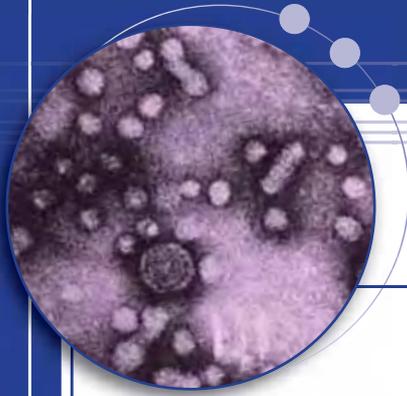
4) **Quarantaine :** aucune.

5) **Investigation des sujets-contacts :** recherche des cas passés inaperçus et surveillance des contacts. Recherche de la source de l'infection.

6) **Traitement spécifique :** aucun.

7) **Prévention épidémiologique :** enquête épidémiologique pour déterminer le mode de transmission (personne à personne ou véhicule commun). Identification de la population exposée à des risques accrus d'infection. Élimination des sources d'infection. Amélioration des conditions sanitaires et d'hygiène. Discussion de la mise en place d'une vaccination des contacts.





# HEPATITE B AIGUË

virus de l'hépatite B

L'hépatite B est une maladie infectieuse du foie potentiellement grave en raison d'un passage à la chronicité avec des risques d'évolution vers une cirrhose ou un cancer du foie. Elle est due au virus de l'hépatite B (VHB) qui appartient à la famille des Hepadnaviridae. Il s'agit d'un virus à ADN ubiquitaire, constitué d'une capsid et d'une enveloppe, mais dont la prévalence est variable selon les régions. On distingue trois zones : basse endémie (Europe de l'Ouest, Amérique du Nord, Australie), moyenne endémie (Bassin méditerranéen, Moyen-Orient, Amérique du Sud, Europe de l'Est, ex-URSS) et une zone de haute endémie (Chine, Asie du Sud-Est, Afrique subsaharienne, Océanie).



## Réservoir :

L'homme, les chimpanzés.



## Transmission :

- Voie parentérale : sang et dérivés, injections parentérales (polytransfusés, hémodialysés, toxicomanes intraveineux...).
- Voie sexuelle (sperme, sécrétions cervico-vaginales).
- Transmission horizontale (salivaire, excoriations cutanées...).
- Mère-enfant par contage périnatal en cas d'hépatite chronique ou d'hépatite aiguë de la mère au cours du 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse ou dans la période périnatale.



## Incubation :

4 à 28 semaines, et dans la plupart des cas 60 à 110 jours.



## Contagiosité :

Plusieurs semaines avant l'apparition des symptômes, pendant la phase clinique aiguë de la maladie et le portage chronique (antigène HBs positif).



## Tableau clinique :

La forme commune aiguë se caractérise par une installation discrète des symptômes (anorexie, gêne abdominale mal définie, nausées, vomissements, quelquefois arthralgies et rash cutané) puis un ictère ou une élévation des transaminases sériques. D'autres formes aiguës peuvent être rencontrées (choléstastique, aiguë sévère avec atteinte hépatique importante, fulminante). La forme asymptomatique (90 % des cas) reste souvent méconnue.

Le passage à la chronicité dans 2 à 10 % des cas avec des risques d'évolution vers une cirrhose ou un cancer primitif du foie (30 à 40 %) en font la gravité.

## Conduite à tenir concernant le malade, les sujets-contacts et le milieu immédiat

**1) Notification des cas confirmés aigus et chroniques à la DASS-NC.**

**2) Isolement :** précautions relatives au sang et liquides corporels jusqu'à disparition des Ag HBs et l'apparition des Ac anti-HBs.

**3) Désinfection en cours de maladie :** du matériel contaminé par du sang, de la salive ou du sperme.

**4) Quarantaine :** aucune.

**5) Traitement des sujets-contacts :** vaccination, sérothérapie.

**6) Investigation des sujets-contacts et des sources de l'infection.**

**7) Traitement spécifique :** Interféron, thérapie antivirale.

**8) Prévention épidémique :** si 2 cas sont liés à une source commune, rechercher d'autres cas, instaurer des mesures d'asepsie strictes. Si origine est liée à un produit sanguin ou dérivé, retirer le lot, retracer les receveurs.

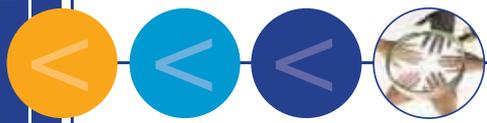


## Critères de signalement et de notification :

### Cas confirmé

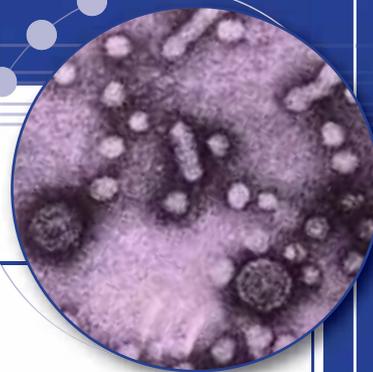
- Détection d'IgM anti-HBc pour la première fois.

- Si IgM anti-HBc non testées, détection d'Ag HBs et/ou Ac anti-HBc totaux dans un contexte d'hépatite B aiguë (augmentation importante des ALAT avec ou sans ictère).



# HEPATITE B CHRONIQUE

*virus de l'hépatite B*

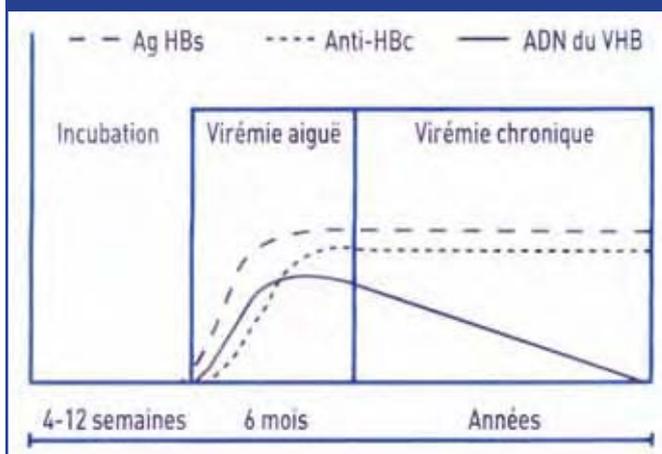


Elle est définie par la persistance de l'Ag HBs et une élévation des transaminases pendant plus de 6 mois. En cas de découverte fortuite de l'Ag HBs, le portage chronique est difficile à affirmer sur la seule présence des Ac anti-HBc de type IgM. L'ADN VHB est positif dans tous les cas.

L'hépatite chronique est le plus souvent asymptomatique. Il peut parfois exister une asthénie, des douleurs de l'hypochondre droit.

L'examen clinique est en règle normal.

## ÉVOLUTION DES DIFFÉRENTS MARQUEURS VIRAUX AU COURS DE L'HÉPATITE CHRONIQUE B



### Critères de signalement et de notification :

#### Cas confirmé :

Confirmation en laboratoire de l'infection avec ou sans symptômes :

- Persistance de l'antigène AgHBs pendant plus de 6 mois.

ou

- Présence de l'antigène AgHBs chez une personne chez qui l'on a détecté la présence de l'anticorps de type immunoglobuline G (IgG) dirigé contre l'antigène nucléocapsidique du virus de l'hépatite B (IgG anti-HBc) mais qui n'a pas d'anticorps de type immunoglobuline M (IgM) contre l'antigène nucléo-capsidique du virus de l'hépatite B (IgM anti-HBc).

**Conduite à tenir concernant  
le malade,  
les sujets-contacts  
et le milieu immédiat**

1) Notification des cas confirmés à la DASS-NC



# HEPATITE C AIGUË

virus de l'hépatite C

L'hépatite virale C (anciennement non A non B) est une infection qui touche essentiellement le foie. Sa gravité est liée à son potentiel évolutif vers une cirrhose ou un cancer du foie. Elle est due au virus de l'hépatite C (VHC), virus à ARN de la famille des Flaviridae. Le virus lui-même n'a pas été isolé, seul son génome a été identifié directement. Sa caractéristique principale vient du fait de sa capacité à muter, ce qui intervient dans la difficulté de la mise au point d'un vaccin efficace.



## Réservoir :

L'homme.



## Transmission :

- Principalement par voie parentérale : sang et dérivés, injections parentérales (polytransfusés, hémodialysés, toxicomanes intraveineux, ...), matériel contaminé par du sang infecté et/ou mal stérilisé (endoscopies, piercing, ...).
- Par voie sexuelle et voie périnatale plus rarement.



## Incubation :

15 à 90 jours.



## Contagiosité :

Plusieurs semaines avant l'apparition des symptômes, pendant la phase clinique aiguë de la maladie et le portage chronique.



## Tableau clinique :

La forme commune aiguë est habituellement peu symptomatique et est anictérique dans 90 % des cas. Lorsqu'il existe des symptômes, les plus courants sont l'asthénie et l'ictère. L'infection aiguë devient chronique dans 55 à 85 % des cas, et 10 à 20 % évoluent vers la cirrhose après 20 à 30 ans. La consommation excessive d'alcool favorise cette évolution. Cette évolution peut se faire vers un cancer primitif du foie.



## Critères de signalement et de notification :

### Cas confirmé

Confirmation en laboratoire de l'infection avec ou sans symptômes :

- **si âgé de moins d'1 an<sup>(1)</sup> :**  
résultat positif de la PCR<sup>(2)</sup> pour l'ARN du virus de l'hépatite C, indépendamment du résultat du test de recherche des anticorps dirigés contre le virus de l'hépatite C (anti-VHC)<sup>(3)</sup>
- **si âgé de + 1 an :**
  - présence des anticorps dirigés contre le VHC<sup>(4)</sup>
  - ou**
  - résultat positif de la PCR<sup>(5)</sup> pour l'ARN du virus de l'hépatite C si la recherche des anticorps anti-VHC est négative.

(1) Il ne faut pas utiliser le sang du cordon parce qu'il peut être contaminé par le sang de la mère.

(2) La période optimale pour effectuer la recherche de l'ARN du VHC au moyen de la PCR après la naissance n'est pas définie. Il est recommandé d'effectuer un premier test à l'âge de 4 à 6 semaines et/ou à l'âge de 6 mois à 1 an.

(3) La recherche des anticorps anti-VHC ne devrait pas être effectuée si le nourrisson est âgé de moins d'1 an en raison de la présence de taux détectables d'anticorps maternels ; cependant, si le test de recherche des anticorps est effectué et se révèle positif à l'âge de 1 an, il faudrait avoir recours à l'épreuve par PCR afin d'exclure la possibilité qu'il s'agisse des anticorps de la mère et pour confirmer la virémie.

(4) Les tests positifs devraient être confirmés au moyen de deux dosages immunoenzymatiques ou par une épreuve faisant appel à l'immunoblot/PCR.

(5) Les épreuves faisant appel à la PCR ne devraient être réalisées que chez les sujets n'ayant pas d'anticorps anti-VHC en présence d'indications cliniques.

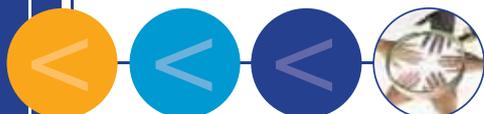
## Conduite à tenir concernant le malade, les sujets-contacts et le milieu immédiat

1) Notification des cas confirmés à la DASS-NC.

2) Isolement : précautions relatives au sang et liquides corporels.

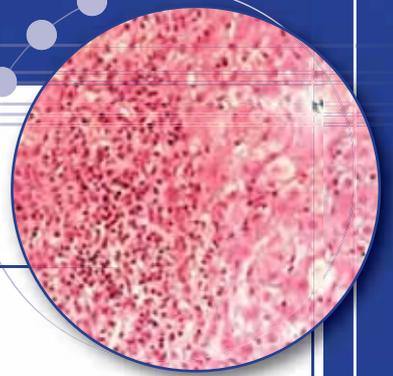
3) Désinfection en cours de maladie : du matériel contaminé par du sang, de la salive ou du sperme.

4) Quarantaine : aucune.



# HEPATITE C CHRONIQUE

*virus de l'hépatite C*



*L'hépatite C est la plus fréquente des hépatites chroniques. Elle est le plus souvent asymptomatique avec des transaminases normales et des lésions histologiques minimales.*

Une sérologie VHC positive peut être découverte à l'occasion d'un bilan d'asthénie ou devant la constatation fortuite de transaminases élevées.

Elle peut être parfois responsable de manifestations auto-immunes extra-hépatiques :

- cryoglobulinémie mixte,
- vascularite,
- syndrome sec avec sialadénite lymphocytaire,
- hépatite auto-immune de type 2 avec anticorps antimicrosomes, anticorps LKM (liver-kidney),
- glomérulonéphrite membranoproliférative,
- porphyrie cutanée tardive sporadique type 1,
- thyroïdite d'Hashimoto,
- hypothyroïdie, lichen plan,
- présence d'anticorps antithyroïde ou de facteur rhumatoïde.

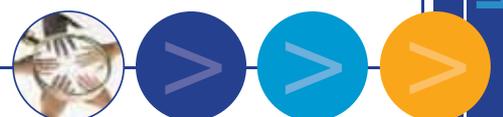
## Critères de signalement et de notification :

### Cas confirmé :

Diagnostic d'hépatite C antérieur à 6 mois avec virémie chronique supérieure à 6 mois.

**Conduite à tenir concernant  
le malade,  
les sujets-contacts  
et le milieu immédiat**

**1) Notification des cas confirmés à la DASS-NC.**



# INFECTIONS INVASIVES A MENINGOCOQUE

*Neisseria meningitidis*

L'infection à méningocoque est une infection grave, qui met en jeu le pronostic vital. Elle est causée par la bactérie *Neisseria meningitidis*, diplocoque gram Négatif. Il existe plusieurs sérogroupes répartis différemment dans le monde : A (surtout en Afrique et en Asie), B (le plus fréquent en France), C, le W135 qui émerge dans le monde. D'autres sérogroupes ont été identifiés (D, X, Y, Z, 29E). Cette maladie provoque une inflammation des membranes qui enveloppent le cerveau et la moelle épinière. Elle nécessite la mise en route d'un traitement en extrême urgence.



## Réservoir :

Strictement humain (*rhinopharynx*).



## Transmission :

Interhumaine directe, par voie aérienne à partir de gouttelettes de salive et des mucosités naso-pharyngées provenant de porteurs sains ou de malades.



## Incubation :

De 2 à 10 jours. En moyenne de 3 à 4 jours.

### Conduite à tenir concernant le malade, les sujets-contacts et le milieu immédiat

**1) Signalement sans délai à la DASS des cas probables, confirmés et notification des cas probables et confirmés.**

**2) Isolement :** hospitalisation dans le service de réanimation avec isolement respiratoire pendant 24 h après le début de l'antibiothérapie.

**3) Traitement spécifique :** céphalosporines de 3<sup>ème</sup> génération (*céfotaxime, ceftriaxone*) en première intention.

**4) Investigation des sujets-contacts :** recherche et classification des contacts pour prophylaxie.

**5) Traitement des sujets-contacts :** détermination des contacts étroits et chimioprophylaxie préventive par rifampicine (*ceftriaxone* ou *ciprofloxacine* en cas de contre-indication) dans un délai de 10 jours au maximum après contact avec le cas.

**6) Prévention épidémique :** surveillance attentive, diagnostic précoce, traitement immédiat des cas suspects. Prophylaxie de masse. Vaccination si besoin selon le sérotype.



## Contagiosité :

Jusqu'à ce que les méningocoques ne soient plus présents dans les sécrétions du nez et de la bouche.

Elle persiste jusqu'à 24 heures après le début du traitement antibiotique.



## Tableau clinique :

La méningococcie invasive se manifeste habituellement sous forme de méningite (fièvre, céphalées intenses, nausées, vomissements, raideur de la nuque, rash pétéchial) et/ou de septicémie, bien que d'autres manifestations puissent être observées. La maladie invasive peut évoluer rapidement jusqu'au purpura fulminans, à l'état de choc et au décès.



## Critères de signalement et de notification :

### Cas confirmé

Maladie invasive avec confirmation en laboratoire de l'infection :

- isolement bactériologique ou PCR positive de *N. meningitidis* dans un prélèvement normalement stérile (sang, liquide céphalorachidien, liquide articulaire, liquide pleural, péritonéal, péricardique) ou à partir d'une lésion purpurique

**ou**

- mise en évidence de l'antigène soluble *N. meningitidis* dans le liquide céphalorachidien, le sang ou les urines.

### Cas probable

Présence d'un purpura fulminans (purpura dont les éléments s'étendent rapidement en taille et en nombre, avec au moins un élément nécrotique ou ecchymotique de plus de 3 mm de diamètre associé à un syndrome infectieux sévère non attribué à une autre étiologie) ou pétéchies en l'absence d'une culture sanguine positive et sans autre cause apparente.

**ou**

Présence de diplocoque Gram négatif à l'examen microscopique du LCR avec LCR évocateur de méningite bactérienne purulente (à l'exclusion de l'isolement d'une autre bactérie).

# INFECTIONS NOSOCOMIALES

## ET INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS



Il s'agit d'infections à germes variés, en rapport avec la prise en charge médicale d'une personne malade ou non.

### Types d'infections selon le mode transmission :

#### **Infection d'origine « endogène » :**

le malade s'infecte avec ses propres micro-organismes, à la faveur d'un acte invasif et/ou en raison d'une fragilité particulière.

#### **Infection d'origine « exogène » :**

les micro-organismes ont pour origine les autres malades (transmission croisée entre malades ou par les mains ou matériels des personnels), les personnels ou la contamination de l'environnement hospitalier (eau, air, équipements, alimentation...).

### Facteurs favorisants :

#### **Situation médicale du patient qui dépend de :**

- son âge et de sa pathologie (personnes âgées, immunodéprimés, nouveau-nés en particulier prématurés, polytraumatisés, grands brûlés),
- certains traitements (antibiotiques, immunosuppresseurs),
- la réalisation d'actes invasifs nécessaires au traitement (sondage urinaire, pose d'un cathéter, ventilation artificielle, intervention chirurgicales, ...).

### Critères de signalement et de notification :

#### **Infection associée aux soins (IAS) :**

Infection qui survient au cours ou au décours d'une prise en charge (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative) d'un patient, et qui n'était pas présente ni en incubation au début de la prise en charge. Lorsque l'état infectieux au début de la prise en charge n'est pas connu précisément, un délai d'au moins 48 heures ou un délai supérieur à la période d'incubation est couramment accepté pour définir une IAS. Pour les infections du site opératoire, on considère habituellement comme associées aux soins les infections survenant dans les 30 jours suivant l'intervention, ou s'il y a mise en place d'un implant, d'une prothèse ou d'un matériel prothétique dans l'année qui suit l'intervention. Le critère principal d'une IAS est constitué par la délivrance d'un acte ou d'une prise en charge de soins au sens large par un professionnel de santé ou le patient ou son entourage, encadrés par un professionnel de santé.

Aucune distinction n'est faite quant au lieu où est réalisée la prise en charge ou la délivrance de soins. Les IAS concernent les patients, malades ou non, mais également les professionnels et les visiteurs.

#### **Infection nosocomiale (IN) :**

Infection contractée dans un établissement de santé.

### **Conduite à tenir concernant le malade, les sujets-contacts et le milieu immédiat**

- 1) Notification à la DASS-NC et signalement au CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales) de l'établissement de soins.
- 2) Analyse de l'évènement par le praticien de l'équipe opérationnelle du CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales).
- 3) Mise en place des mesures correctrices.



# INFECTION PAR LE VIH ET SIDA

Les infections à VIH sont dues à un rétrovirus (VIH1 et VIH2) du genre des lentivirus caractérisé par une longue période d'incubation. Il infecte l'homme et le conduit à plus ou moins long terme au syndrome d'immunodéficience acquise qui le rend vulnérable à de multiples infections opportunistes.



## Réservoir :

Humain.



## Transmission :

Par les fluides organiques (sang, sécrétions vaginales, sperme ou lait maternel) d'où les modes de transmission les plus fréquents : rapports sexuels non protégés, partage de matériel contaminé lors de toxicomanie par injection, transfusions sanguines, accidents d'exposition aux liquides biologiques des personnels de santé, transmission mère-enfant durant la grossesse, l'accouchement et lors de l'allaitement.



## Incubation :

La primo-infection survient 2 à 8 semaines après la contamination d'un patient (en moyenne 15 jours après la contamination).



## Contagiosité :

Elle est présumée commencer avec le début de l'apparition des signes et le rester toute la vie. Elle serait maximale au cours de la primo-infection et lors du passage au stade sida.



## Critères de signalement et de notification :

### Cas confirmé

Toute sérologie VIH positive confirmée (selon la réglementation en vigueur), pour la première fois en Nouvelle-Calédonie dans un laboratoire, même si le second prélèvement nécessaire à la validation de la séropositivité n'a pu être obtenu.



## Tableau clinique :

### Primo-infection

Elle s'accompagne de signes dans plus de la moitié des cas (fièvre, douleurs musculaires et articulaires, adénopathies, éruptions cutanées fugaces, douleurs abdominales, diarrhée, dysphagie douloureuse, méningite, etc...), qui disparaîtront en quelques semaines.

En général, ces signes conduisent le patient à consulter. Il est important alors de l'interroger sur les situations à risque vécues récemment ou d'évaluer ses pratiques sexuelles, ses partenaires, ses éventuelles pratiques d'usage de drogue par voie intraveineuse.

En cas de besoin, le médecin référent VIH pour la Nouvelle-Calédonie peut être contacté dans le service de médecine interne au Centre Hospitalier Territorial.

### La forme asymptomatique

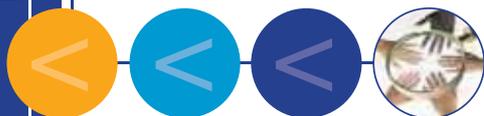
Elle peut durer plusieurs années.

Le syndrome des adénopathies persistantes : ganglions d'apparition progressive, évoluant depuis plus de 3 mois dans deux aires non contiguës.

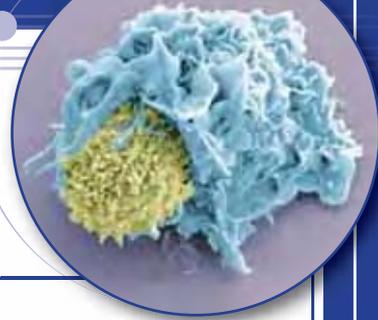
### Les manifestations du sida

Le délai d'apparition est variable selon le type du virus, les groupes à risque, la dose contaminante, le mode de transmission, la réponse de l'hôte, la fréquence d'exposition.

On observe des manifestations pulmonaires (pneumopathies), neurologiques (infection opportunistes comme la toxoplasmose cérébrale, la méningite à *cryptocoques*...), digestives (candidoses, *cryptosporidies*, *cytomégalovirus*, *Mycobacterium avium*, sarcome de Kaposi...), dermatologiques (maladie de Kaposi, autres infections virales...) et autres manifestations (oculaires, hématologiques, cardiaques...)



# INFECTION PAR LE VIH ET SIDA



## Conduite à tenir concernant le malade, les sujets-contacts et le milieu immédiat

### 1) Notification anonymisée à la DASS-NC des cas confirmés.

#### Dépistage :

Le dépistage ne peut être fait qu'à la demande de la personne ou avec son accord s'il lui est proposé. Il s'agit d'un acte de biologie médicale confidentiel, protégé par le secret médical et qui doit s'accompagner d'écoute, de dialogue et de conseils.

Lors de la consultation, le rôle du médecin est d'analyser la situation avec le patient puis, si nécessaire, de prescrire des tests diagnostiques adaptés. En effet, une consultation de dépistage n'aboutit pas automatiquement à la réalisation d'un test.

#### Les objectifs de la consultation de dépistage sont de :

- permettre au consultant de connaître son statut sérologique ;
- déterminer s'il est utile de lui proposer une prophylaxie antirétrovirale d'urgence, en fonction de la date et du niveau de risque pris ;
- discuter avec lui de ce qui a fait obstacle à la prévention lors de la prise de risque et de la façon dont il pourrait améliorer sa protection dans l'avenir ;
- aider le consultant à envisager les différents types de résultats du test.

Si le patient désire garder l'anonymat, il peut solliciter une consultation de dépistage anonyme et gratuite (CDAG) du VIH sida, auprès des professionnels de santé agréés pour cette activité. La liste des personnes agréées est fixée par arrêté et est disponible sur le site de la DASS-NC.

#### Situations où le test est systématiquement proposé :

- à toute femme enceinte ;
- aux futurs époux, dans le cadre de la consultation prénuptiale.

#### Situations où le test est obligatoire :

Un test sera systématiquement pratiqué pour tous les dons de sang, d'organes, de sperme et de lait.

Si le test est accepté, la prise de sang est réalisée.

#### Les résultats sont remis quelques jours après au patient, à qui on explique leur signification :

- seul un test négatif 3 mois après une prise de risque permet de lever le doute quant à une éventuelle contamination.
- un test douteux ou positif doit être contrôlé par Elisa et Western Blot.

Les tests permettent de déceler le plus souvent la présence du virus dans l'organisme à partir du 15<sup>ème</sup> jour après la contamination ; le médecin proposera un traitement ou une surveillance adaptés.



# LEGIONELLOSE

*Legionella pneumophila*

La légionellose est une infection due à *Legionella*, bactérie identifiée en 1976 lors de l'épidémie de pneumopathie survenue à Philadelphie. Elle est responsable de pneumonies parfois mortelles, en particulier chez les sujets âgés ou immunodéprimés.



## Réservoir :

Bactérie largement répandue dans la nature, notamment dans les milieux hydriques (eau des ruisseaux ou des étangs, sol et rives). On la retrouve dans des réservoirs artificiels : réseaux d'eau chaude, systèmes de climatisation « humides » (tours de refroidissement ou condenseurs à évaporation des systèmes de climatisation), sources de nébulisats (thermes, fontaines décoratives, nébulisateurs, bains à remous, balnéothérapie, aérosols...).



## Transmission :

Aérienne par inhalation d'eau contaminée diffusée en aérosol.



## Incubation :

2 à 10 jours (5 à 6 jours le plus souvent).



## Contagiosité :

Pas de transmission de personne à personne.



## Tableau clinique :

La légionellose se traduit par un état grippal fébrile et une toux initialement non productive.

**Des signes extra-pulmonaires peuvent être observés chez certains patients :**

Douleurs musculaires (myalgies), anorexie, troubles digestifs (douleurs abdominales, diarrhée), neurologiques (céphalées, troubles neuropsychiques et de la vigilance).

L'état grippal s'aggrave rapidement et fait place à une pneumopathie sévère. Elle est à début rapide, hautement fébrile (39-40 °C) avec dyspnée et parfois dissociation du pouls.



## Critères de signalement et de notification :

### Cas confirmé

- isolement de *Legionella spp.* dans un prélèvement clinique (sécrétions respiratoires, tissus pulmonaires, liquide pleural ou autres liquides normalement stériles),

**ou**

- augmentation du titre d'anticorps dirigés contre *Legionella pneumophila* (x4) avec un 2<sup>ème</sup> titre minimum de 128,

**ou**

- détection du sérotype 1 de *L. pneumophila* dans les sécrétions respiratoires, les tissus pulmonaires ou le liquide pleural par épreuve d'immunofluorescence directe,

**ou**

- détection d'antigène du sérotype 1 de *L. pneumophila* dans l'urine par dosage radio-immunologique ou immunoenzymatique (antigène soluble urinaire).

### Cas probable

Titre d'anticorps élevé (> 256).

## Conduite à tenir concernant le malade, les sujets-contacts et le milieu immédiat

**1) Signalement sans délai à la DASS-NC des cas confirmés et probables.** Notification des cas confirmés et probables.

**2) Isolement :** aucun.

**3) Désinfection en cours de maladie :** aucune.

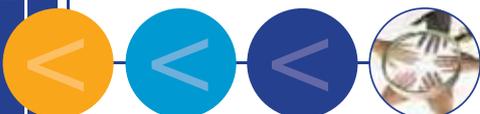
**4) Quarantaine :** aucune.

**5) Traitement des sujets-contacts :** aucun.

**6) Investigation des sujets-contacts :** recherche des cas additionnels attribuables à une infection provenant d'une source commune de l'environnement.

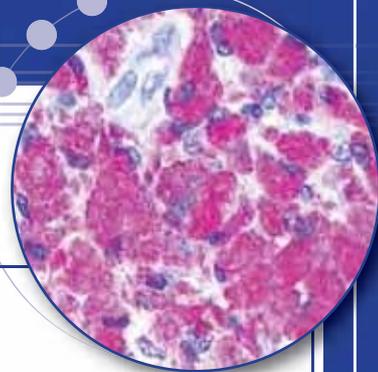
**7) Traitement spécifique :** fluoroquinones, macrolides/kétolide/azalide (mais l'azithromycine n'a pas l'AMM dans cette indication), rifampicine (qui ne doit pas être utilisé en monothérapie).

**8) Prévention épidémique :** recherche des sources d'infection dans l'environnement (tours de refroidissement, approvisionnement en eau chaude, chauffage) et mise en place des mesures correctives.



# LEPRE maladie de Hansen

*Mycobacterium leprae*



La lèpre ou maladie de Hansen, est une infection due à *Mycobacterium leprae* touchant la peau et les nerfs périphériques. Elle n'engage pas directement le pronostic vital. Sa gravité, chez les patients non traités ou trop tardivement, tient à la possibilité d'atteintes nerveuses responsables d'invalidités.



## Réservoir :

L'homme est le seul réservoir.



## Transmission :

Par contacts étroits et prolongés avec un malade par les sécrétions nasales des malades lépromateux non traités. Les bacilles demeurent viables pendant au moins 7 jours dans les sécrétions nasales séchées.



## Incubation :

De quelques mois à plusieurs années.  
4 ans en moyenne pour la lèpre tuberculoïde et 8 ans pour la lèpre lépromateuse.



## Contagiosité :

L'infectiosité disparaît en moins de 3 mois de traitement régulier et continu.



## Tableau clinique :

La maladie clinique se caractérise par une atteinte principalement de la peau ainsi que des nerfs périphériques et des muqueuses des voies respiratoires supérieures. Les formes cliniques de la maladie de Hansen représentent tout un spectre de signes témoignant de la réponse immunitaire à *Mycobacterium leprae*.

**Les manifestations suivantes sont caractéristiques des principales formes de la maladie :**

**Tuberculoïde :** présence d'une ou de plusieurs macules hypochromiques, hyposensibles, à bords nets parfois infiltrés ou de grands placards infiltrés en relief ; on peut également observer une hypertrophie ou un épaissement des nerfs périphériques (cubital, médian, sciatique poplitée externe, tibial postérieur, plexus cervical superficiel) avec une association de troubles sensitifs dans les territoires innervés.

**Lépromateuse :** présence d'un certain nombre de macules hypochromiques de petites tailles à contours flous qui évoluent en papules ou nodules érythémateux ou d'une infiltration du visage, des mains et des pieds accompagnée de lésions bilatérales et symétriques qui évoluent jusqu'à l'épaississement de la peau. L'atteinte nerveuse est souvent bilatérale, diffuse et symétrique, plus discrète au départ que dans les formes tuberculoïdes, elle associe à des degrés variables, une hypertrophie des nerfs périphériques, des déficits sensitifs et/ou moteurs.

**Borderline (interpolaire) :** lésions cutanées caractéristiques à la fois des formes tuberculoïdes et lépromateuses.

**Indéterminée :** lésions précoces, habituellement macules hypopigmentées, sans caractéristiques tuberculoïdes ou lépromateuses patentes.



## Critères de signalement et de notification :

### Cas confirmé

Maladie clinique avec confirmation histopathologique (infiltrats granulomateux chroniques dans les nerfs périphériques ou empiétant sur ceux-ci) dans une pièce de biopsie et pour les formes multibacillaires :

- mise en évidence dans les formes lépromateuses ou interpolaires de bacilles acido-alcool-résistants au niveau des muqueuses et/ou des lobes des oreilles.

## Conduite à tenir concernant le malade, les sujets-contacts et le milieu immédiat

- 1) Notification à la DASS-NC des cas confirmés.
- 2) Isolement : aucun.
- 3) Quarantaine : aucune.
- 4) Investigation des sujets-contacts : examen initial des personnes vivant en contact étroit, familial ou autre, avec le patient est justifié.
- 5) Traitement des sujets-contacts : aucun.
- 6) Traitement spécifique mis en place par le service de dermatologie du Centre Hospitalier Territorial : chimiothérapie combinée.



# LEPTOSPIROSE

*Leptospira interrogans*

Les leptospiroses sont des zoonoses à répartition mondiale, caractérisées par l'étendue du réservoir animal, une forte incidence en milieu tropical, un grand polymorphisme d'expression clinique. Elles sont dues à des bactéries spiralées, hélicoïdales, mobiles. Le genre *Leptospira* comprend 2 espèces : *L. biflexa* : saprophyte et *L. interrogans*, pathogène pour l'homme. La gravité de cette maladie tient aux atteintes hépatiques, rénales.



## Réservoir :

Animal sauvage (rats, mulots, campagnols, cerfs...) et domestique (chiens, chevaux, bovins, ovins, porcs).



## Transmission :

Pénétration de la peau, surtout s'il y a abrasion ou excoriation des muqueuses (conjonctive, voies aériennes ou digestives) par de l'eau, de la terre humide, ou de la végétation contaminée par l'urine d'animaux infectés. Transmission directe par contact animal peu fréquente.



## Incubation :

2 à 21 jours, en moyenne 10 jours.



## Contagiosité :

Rare transmission directe de personne à personne. Les leptospires peuvent être excrétées pendant au moins 1 mois après la maladie aiguë.



## Tableau clinique :

Après l'incubation, le début brutal est suivi d'une évolution biphasique : septicémique puis immunologique.

La forme anictérique pseudo-grippale associe la fièvre élevée, des céphalées, myalgies, arthralgies. Le tableau est complété parfois par une injection conjonctivale ou un exanthème morbiliforme, des signes méningés, une uvéite.

La forme ictérique pluriviscérale apparaît si le patient n'est pas traité à temps, au 3<sup>ème</sup> jour du syndrome fébrile et algique.

On observe une aggravation de la maladie avec des manifestations hépatiques (survenue d'un ictère, d'une insuffisance hépatique), rénales (insuffisance rénale), hémorragiques (hémorragies cutanéomuqueuses ou viscérales), neurologiques, cardiovasculaires (myocardite, péricardite), pulmonaires (douleurs thoraciques, hémoptysies, syndrome de détresse respiratoire).



## Critères de signalement et de notification :

### Tableau clinique évocateur et cas confirmé

Mise en évidence de la bactérie à la culture, ou de son génome (PCR) sur un échantillon précoce, ou variation nette du titre du test de micro-agglutination (MAT) sur 2 prélèvements itératifs (séroconversion vraie ou séroascension) pour un sérovar pathogène.

### Cas probable

Contexte épidémiologique évocateur et avec un titre MAT > 1/400<sup>ème</sup> pour un sérovar pathogène.

## Conduite à tenir concernant le malade, les sujets-contacts et le milieu immédiat

1) **Notification à la DASS-NC des cas probables et confirmés.**

2) **Isolement** : précautions dans la manipulation du sang et des liquides organiques.

3) **Désinfection** : en cours de maladie des objets et du linge souillés par l'urine.

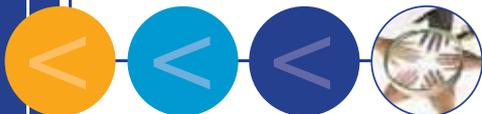
4) **Quarantaine** : aucune.

5) **Traitement des sujets-contacts** : aucun.

6) **Investigation des sujets-contacts** : enquête sur les contacts avec les animaux infectés ou sur les baignades dans les eaux contaminées.

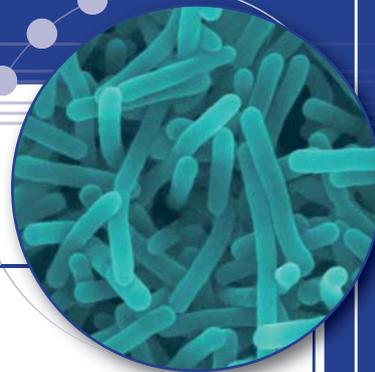
7) **Traitement spécifique** : antibiothérapie d'autant plus efficace qu'elle est précoce (*doxycycline*, *amoxicilline* ou *ceftriazone*).

8) **Prévention des épidémies** : chercher la source de l'infection, la décontaminer ou l'éliminer. Dératissage. Gestion des déchets. Eviter les plaies en contact avec l'eau, les protéger. Se protéger (gants, bottes...).



# LISTERIOSE

*Listeria monocytogenes*



La listériose est une infection rare mais grave causée par la bactérie Gram positif *Listeria monocytogenes*. Elle touche de préférence les sujets dont le système immunitaire est altéré ou immature.

## Réservoir :

Le milieu extérieur (sols, eaux, plantes, ensilage) constitue le réservoir principal.

## Transmission :

La contamination la plus fréquente est intestinale et a pour origine l'ingestion d'aliments contaminés par *L. monocytogenes* (fromages, laitages, charcuteries) par colonisation interne des aliments, mais également à partir des surfaces et des ustensiles ménagers.

Elle peut exceptionnellement se faire par contact direct avec un animal contaminé. Chez les nouveau-nés par la mère au fœtus in utéro ou durant l'accouchement.

De par son caractère ubiquitaire [*Listeria* est largement répandue dans la nature (eau, sol, végétaux)] et ses caractéristiques physico-chimiques, cette bactérie a la capacité de coloniser les sites de fabrication des aliments. Sa température optimale de croissance se situe entre 20 et 37°C, elle est sensible à la chaleur, mais elle peut se développer aux températures de réfrigération.

Sa dissémination est donc favorisée par l'allongement de la chaîne du froid (entrepôts frigorifiques industriels, réfrigérateurs ménagers).

## Incubation :

De quelques jours à plus de 2 mois.

## Contagiosité :

Les mères des nouveau-nés infectés rejettent parfois l'agent infectieux dans les sécrétions vaginales ou l'urine pendant 7 à 10 jours après l'accouchement. La contagiosité de personne à personne est mal connue.

## Tableau clinique :

Maladie se manifestant le plus souvent chez les sujets dont le système immunitaire est altéré ou immature : immunodéprimés (par cancer, maladies hépatiques, transplantés, dialysés), les femmes enceintes, les nouveau-nés et les personnes âgées.

**Les symptômes sont peu spécifiques.**

Ils sont **chez l'adulte**, en particulier immunodéprimé, soit d'ordre neuro-méningés (méningite ; méningo-encéphalite : méningite avec atteinte du tronc cérébral : paralysie des nerfs crâniens ; rhombencéphalite isolée avec paralysie multiple des nerfs crâniens ; abcès cérébral hémisphérique), soit limités à une fièvre isolée lors de la bactériémie.

**Chez la femme enceinte**, cette infection est en général sans conséquence ; l'infection peut passer inaperçue ou se réduire à un pic fébrile ou à un **épisode pseudo-grippal**.

**Elle peut être totalement latente, ne se révélant que par ses conséquences obstétricales.**

**En l'absence de traitement les conséquences sont redoutables pour le fœtus :**

- risque d'avortement précoce au cours du 1er trimestre et surtout au cours du second trimestre de grossesse,
- accouchement prématuré.

**Chez le nouveau-né**, on observe soit une forme précoce avec un état septicémique sévère et atteinte multiviscérale, soit une forme tardive (3 semaines après un accouchement normal) à type de méningite aiguë.





# LISTERIOSE

*Listeria monocytogenes*

## Conduite à tenir concernant le malade, les sujets-contacts et le milieu immédiat

**1) Signalement sans délai à la DASS-NC des cas confirmés et notification des cas confirmés.**

Prévenir les services vétérinaires.

**2) Isolement :** précautions liées au risque oro-fécal.

**3) Désinfection en cours de maladie :** aucune.

**4) Quarantaine :** aucune.

**5) Traitement des sujets-contacts :** aucun.

**6) Investigation des sujets-contacts et recherche de la source d'infection, en particulier alimentaire.**

**7) Traitement spécifique :** pénicilline ou ampicilline.

**8) Prévention du risque épidémique :** rechercher la source commune d'infection, empêcher toute exposition subséquente à cette source.

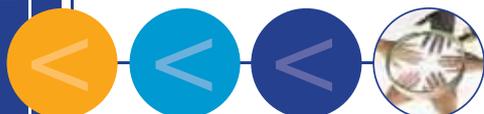
**9) Prévention pour les personnes à risque (femmes enceintes et sujets immunodéprimés) :** éviter la consommation des aliments les plus fréquemment contaminés, respecter les règles d'hygiène lors de la manipulation et la préparation des aliments.



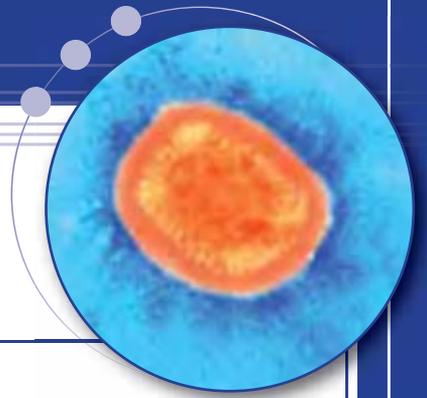
## Critères de signalement et de notification :

### Cas confirmé

Isolement de *Listeria monocytogenes* dans un prélèvement biologique (sang, LCR, liquide amniotique, placenta et chez le nouveau-né : méconium, liquide gastrique, conduit auditif...).



# ORTHOPOXVIROSES dont la VARIOLE



*virus de la variole :  
Orthopoxvirus de la famille des Poxviridae*

Les orthopoxviroses sont des infections dues à des virus du genre orthopoxvirus. Parmi eux, le virus de la vaccine (à partir duquel est élaboré le vaccin antivariolique), le monkeypox, le cowpox et potentiellement le camelpox sont responsables de zoonoses et n'infectent l'homme qu'accidentellement. A l'inverse, le virus de la variole entraîne une maladie strictement humaine. Les orthopoxvirus se caractérisent par un génome de grande taille à ADN. Le dernier cas de variole dans le monde a été diagnostiqué en 1977, et la maladie a été déclarée éradiquée par l'OMS en 1980. Ce virus fait partie de la liste des armes biologiques potentielles.



## Réservoir :

Avant l'éradication de la maladie, l'homme, maintenant quelques laboratoires.



## Transmission :

Par voie aérienne directe à partir de gouttelettes émises depuis des lésions rhinopharyngées de personnes infectées. Elle est aussi possible à partir des lésions cutanées, par contact direct, ou indirectement par des objets contaminés.



## Incubation :

12 à 14 jours en moyenne (extrêmes de 7 à 17 jours).



## Contagiosité :

Dès les premiers signes et jusqu'à la disparition de toutes les croûtes.

### Conduite à tenir concernant le malade, les sujets-contacts et le milieu immédiat

**1) Signalement sans délai à la DASS-NC des cas csuspects, probables, confirmés.** Notification des cas probables et confirmés.

**2) Isolement :** des malades avec hospitalisation dans un service spécialisé, isolement strict jusqu'à la disparition complète des croûtes.

**3) Décontamination en cours de maladie :** les sécrétions buccales et nasales doivent être brûlées. Stérilisation de la literie et des autres tissus. Désinfection terminale par fumigation, vaporisation ...

**4) Quarantaine :** toute personne vivant dans la même maison que le malade ou qui a été en contact direct avec lui doit être vaccinée et placée sous surveillance quotidienne pendant 3 semaines. Dès l'apparition d'un signe, isolement strict.

**5) Traitement des sujets-contacts :** immunisation le plus rapidement possible (à réaliser au maximum dans les 4 jours après le contage).

**6) Investigation :** recherche de la source d'infection.

**7) Traitement spécifique :** aucun.



## Tableau clinique :

La maladie clinique est caractérisée par l'apparition brutale au cours de la phase d'invasion d'une fièvre élevée, avec céphalées, rachialgies, prostration.

L'éruption débute ensuite au visage, aux membres supérieurs, puis au tronc et évolue en une seule poussée centrifuge, se généralisant en 24 à 36 heures.

Elle touche la paume des mains et la plante des pieds.

Dans une région anatomique toutes les lésions sont au même stade.

Les lésions (entre 5 et 10 mm de diamètre) évoluent en 4 phases : macules, papules, vésicules (dures, enchâssées dans le derme), pustules. Les croûtes commencent à se former au 8 - 9<sup>ème</sup> jour de l'éruption et la chute complète des croûtes s'observe 21 jours après le début des symptômes.

Le diagnostic différentiel principal de la variole est celui de la varicelle et des autres orthopoxviroses.



## Critères de signalement et de notification :

### Cas confirmé

Tableau clinique et confirmation en laboratoire de l'infection :

• isolement du virus de la variole à partir d'un échantillon clinique approprié dans un laboratoire spécialisé,

**ou**

• résultat positif à la PCR pour le virus de la variole dans un laboratoire spécialisé,

**ou**

• identification du virus de la variole dans un échantillon clinique approprié par microscopie électronique à coloration négative dans un laboratoire spécialisé.

### Cas probable

Maladie clinique chez une personne qui présente un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire.

### Cas suspect

Maladie clinique chez une personne qui ne présente pas de lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire ou avec un cas probable de variole,

**ou**

lésion atypique que l'on sait associée au virus de la variole chez une personne qui présente un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire ou avec un cas probable.





# PALUDISME

*Plasmodium falciparum, vivax, ovale, malariae*

Le paludisme est une infection parasitaire due à un protozoaire de la classe des sporozoaires appartenant au genre *Plasmodium*, transmise par la piqûre de moustiques du genre *Anophèle*. Elle reste une des plus fréquentes maladies fébriles d'importation contractées lors de séjours dans les pays tropicaux. La maladie est grave en raison d'une létalité potentielle lorsque *Plasmodium falciparum* en est la cause. De plus cette espèce plasmodiale présente une chimiorésistance croissante.

**Quatre espèces sont les agents du paludisme humain :**

***P. falciparum*** : le plus répandu dans les zones tropicales et intertropicales ; sa longévité est habituellement inférieure à 2 mois mais peut dépasser ce délai et atteindre une année.

***P. vivax*** : déborde ces régions pour intéresser aussi des zones à climat plus tempéré ; il est très rare en Afrique centrale et de l'Ouest. Sa durée de vie peut atteindre 3 ans.

***P. ovale*** : de longévité similaire à *P. vivax*, retrouvé essentiellement en Afrique intertropicale, mais plus rare.

***P. malariae*** : localisé sous forme de foyers dans toutes les régions d'endémie palustre. Sa longévité peut atteindre plusieurs dizaines d'années.



## Réservoir :

Strictement humain.



## Transmission :

Du sujet infecté avec ou sans signes cliniques, au sujet réceptif par la piqûre indolore d'un moustique infectieux vecteur, anophèle femelle, le soir et surtout la nuit.

Transmission par voie placentaire possible.



## Incubation :

7 jours minimum après la piqûre infectante, et dans un délai inférieur à 2 mois pour le *P. falciparum*. Parfois plusieurs mois ou années pour le *P. vivax*, le *P. ovale* et le *P. malariae*.



## Contagiosité :

De l'homme infecté au moustique : aussi longtemps qu'il y a des gamétocytes infectieux dans le sang du malade.



## Tableau clinique :

### Forme commune (accès palustre simple) :

les signes et symptômes sont variables, cependant, la plupart des patients présentent une fièvre, un syndrome pseudo-grippal avec des frissons, associé à un syndrome algique (céphalées, myalgies, arthralgies), à des troubles digestifs (nausées, vomissements, douleurs abdominales et diarrhée). Ce tableau peut se compliquer d'un ictère, d'une hypoglycémie, d'une insuffisance rénale, d'un œdème pulmonaire ou d'une défaillance cardiaque. Non reconnue ni traitée, cette forme évolue vers des accès périodiques, quelle que soit l'espèce plasmodiale en cause, ou vers l'aggravation d'emblée voire le coma si le *P. falciparum* en est responsable.

**Autres formes cliniques** : accès palustre périodique, paludisme viscéral évolutif (*P. falciparum* et *vivax*), paludisme grave.

**Complications** : accès pernicieux (neuropaludisme) fièvre bilieuse hémoglobinurique en cas d'infection par *P. falciparum*, néphrite quartane avec *P. malariae*.

## Conduite à tenir concernant le malade, les sujets-contacts et le milieu immédiat

**1) Signalement sans délai à la DASS-NC des cas confirmés et notification des cas confirmés.**

**2) Isolement** : pour les malades hospitalisés, précautions relatives au sang. Les malades devraient passer la nuit dans des locaux équipés de moustiquaires, en cas de présence d'anophèle.

**3) Traitement spécifique** et spécialisé en tenant compte de la résistance ou non à la chloroquine.

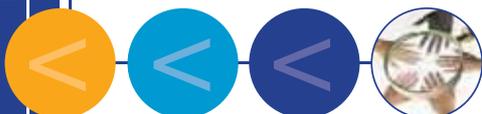
**4) Prévention pour tout voyageur en zone impaludée** : protection contre les piqûres d'anophèle, chimioprophylaxie en fonction du lieu de séjour, de l'âge du voyageur, de la durée de séjour, des contre-indications éventuelles, de la tolérance, de l'efficacité sur les souches résistantes.



## Critères de signalement et de notification :

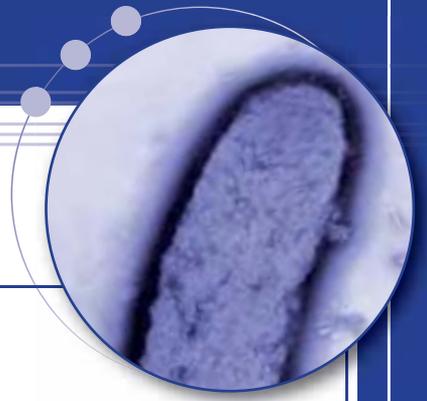
### Cas confirmé

Tableau clinique évocateur de paludisme associé à la présence de *Plasmodium* au frottis ou à la goutte épaisse et antécédent de séjour en zone d'endémie palustre.



# PESTE

*Yersinia pestis*



Zoonose des rongeurs, la peste est une infection bactérienne due à un coccobacille Gram négatif : *Yersinia pestis* (bacille de Yersin), transmis par la piqûre d'une puce. Elle a donné lieu à de grandes pandémies historiques, des foyers sauvages persistent. Utilisée comme arme biologique, cette bactérie pourrait être dispersée par aérosol et serait à l'origine d'une forme particulière : la peste pulmonaire, très contagieuse par voie respiratoire et mortelle.



## Réservoir :

Les petits rongeurs sauvages ou domestiques, leurs puces spécifiques et leur environnement (sol des terriers) sont le réservoir naturel. L'introduction des bacilles dans le cycle urbain (rats, puces du rat, homme) est à l'origine des épidémies urbaines.



## Transmission :

L'homme est contaminé par piqûre, lors du repas sanguin d'une puce infectée. La transmission aux humains peut avoir lieu suite à leur intrusion dans le cycle zoonotique (cycle sylvanique ou rural) pendant ou après une épizootie ou par l'entrée des rongeurs et de leurs puces infectées dans l'habitat de l'homme. Possibilité aussi de contamination par manipulation de tissus d'animaux infectés. Les puces demeurent infectées pendant des mois.



## Incubation :

5 à 6 jours (forme bubonique) ; quelques heures à 2 jours (forme pulmonaire).



## Contagiosité :

La peste pulmonaire est très contagieuse en raison de la transmission du bacille par voie aérienne (gouttelettes de Pflügge). Le patient reste contagieux jusqu'à 72 heures après la mise en route d'un traitement antibiotique efficace.



## Tableau clinique :

**Peste bubonique** : début brutal, frissons, fièvre élevée, malaises, vertiges, tableau toxique sévère (pâleur, traits tirés, polypnée, troubles de la conscience) avec diarrhée et vomissements. Tâche noire persistante au point d'inoculation sur peau claire. Bubon : adénite le plus souvent inguinale, parfois crurale, axillaire ou cervicale avec rougeur et œdème péri-ganglionnaire généralement très douloureux.

**Peste pulmonaire primitive** : début brutal, puis s'installe très rapidement dans un contexte toxi-infectieux, un tableau de pneumonie aiguë dyspnéisante avec expectoration hémoptoïque puis sanglante. L'évolution est rapidement fatale en 24 à 72 heures en l'absence de traitement précoce (< 24 heures).

Ces deux formes peuvent se compliquer de septicémie.



## Critères de signalement et de notification :

### Cas confirmé

**Maladie clinique et confirmation dans un laboratoire spécialisé de l'infection :**

• isolement de *Yersinia pestis* dans les liquides organiques

**ou**

• multiplication d'au moins 4 fois du titre des anticorps sériques dirigés contre l'antigène F1 (fraction 1) de *Y. pestis*

**ou**

• mise en évidence de l'antigène ou du génome par une autre technique de laboratoire reconnue.

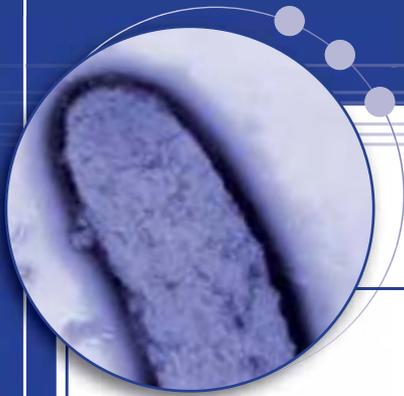
### Cas probable

En l'absence de confirmation microbiologique

- forme bubonique,

- forme pulmonaire avec notion de contact avec un cas pulmonaire confirmé.





# PESTE

*Yersinia pestis*

## Conduite à tenir concernant le malade, les sujets-contacts et le milieu immédiat

**1) Signalement sans délai à la DASS-NC des cas probables, confirmés et notification des cas confirmés.** Investigation pour déterminer l'origine (malveillante ou non) de la maladie.

**2) Isolement :** hospitalisation dans un service spécialisé. Débarrasser le malade de ses vêtements et de ses bagages, des puces au moyen d'un insecticide d'efficacité prouvée contre les puces locales et sans danger pour les humains.

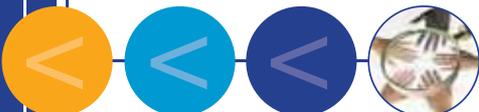
**3) Quarantaine :** pour ceux qui ont été en contact proche (même logement) ou face à face (moins de 2 mètres) avec des malades atteints de peste pulmonaire. Effectuer une chimioprophylaxie et une surveillance attentive pendant 7 jours ; les personnes qui refusent la chimioprophylaxie doivent être isolées strictement pendant 7 jours.

### 4) Traitement des sujets-contacts :

- en cas de contact avec un cas de peste bubonique : désinfection avec insecticide approprié ; chimioprophylaxie pour les contacts étroits en cas d'épidémie.
- en cas de contact avec un cas de peste pneumonique, chimioprophylaxie pour tous les contacts. Désinsectisation et lutte contre les rats dans tous les types de cas.

**5) Traitement de référence :** fluoroquinolones, streptomycine, tétracyclines, chloramphénicol, sulfamides.

**6) Mesures de prévention des épidémies :** lutte contre les rats infectés dans les ports (entonnoirs métalliques sur aussières, surveillance de la mortalité murine).



# POLIOMYELITE ANTERIEURE AIGUE

*Poliovirus type 1,2,3*

La poliomyélite antérieure aiguë (PAA) est une infection virale aiguë, contagieuse, consécutive à l'invasion du tractus gastro-intestinal par un poliovirus.

Ce virus appartient au genre des Entérovirus.

(Trois types existent : 1, 2 et 3).

Il présente une grande affinité pour le système nerveux central, avec risque de destruction des corps cellulaires des neurones moteurs au niveau de la corne antérieure de la moelle épinière. Extrêmement stable, il peut demeurer viable dans l'environnement pendant plusieurs semaines, voire plusieurs mois.

## Réservoir :

Strictement humain.

## Transmission :

Interhumaine, soit directe essentiellement manuportée (oro-fécale) ou respiratoire, soit indirecte par l'intermédiaire de l'eau ou d'aliments contaminés.

## Incubation :

Quelques jours à 1 mois (3 à 21 jours en moyenne).

## Contagiosité :

Maximale dans un intervalle de 7 à 10 jours avant et après le début des signes (sécrétions gorge, selles).

## Tableau clinique :

### Forme paralytique commune :

la période d'invasion, durant de 3 à 6 jours, se traduit par un état infectieux fébrile, en apparence banal avec une pharyngite, des troubles digestifs. Certains signes attirent l'attention : myalgies, rachialgies, troubles sphinctériens à type de rétention d'urine et surtout signes méningés. La période d'état est caractérisée par des paralysies flasques d'installation rapide (48 heures), asymétriques, touchant d'emblée tous les muscles qu'elles doivent atteindre, avec hypotonie musculaire, abolition des ROT, RCP en flexion et absence de trouble de la sensibilité objective.

**Autres formes cliniques :** respiratoires (pronostic vital en jeu), fébriles pseudo-grippales, méningées, encéphalitiques, paralysie faciale isolée, myopéricardites isolées.

## Conduite à tenir concernant le malade, les sujets-contacts et le milieu immédiat

1) **Signalement sans délai à la DASS-NC des cas suspects et confirmés et notification des cas confirmés.**

2) **Isolement :** hospitalisation avec mesures d'hygiène habituelles dans le cadre de maladies à transmission oro-fécale ou respiratoire.

3) **Désinfection en cours de maladie :** des sécrétions de la gorge, des selles, des urines (sauf en cas d'égout) et des objets souillés. Nettoyage terminal.

4) **Quarantaine :** aucune

5) **Traitement des sujets-contacts :** mise à jour de la vaccination.

6) **Investigation des sujets-contacts :** recherche attentive des personnes malades, en particulier des enfants et des personnes non vaccinées.

7) **Traitement spécifique :** aucun, symptomatique.

## Critères de signalement et de notification :

### Cas confirmé

#### Au moins 1 des 2 critères suivants :

- tableau clinique de poliomyélite aiguë confirmée biologiquement (isolement du virus par culture ; PCR ; sérologie),  
**ou**
- isolement d'un poliovirus sauvage ou dérivé d'une souche vaccinale, même en l'absence de signe clinique.

### Cas suspect

- Maladie clinique chez une personne en attendant la confirmation biologique.

# RAGE HUMAINE

virus de la rage

La rage est une zoonose des vertébrés à sang chaud, accidentellement transmise à l'homme, et touchant le système nerveux central. Elle est mortelle une fois déclarée. L'agent responsable est un rhabdovirus, du genre *Lyssavirus*. Hors d'un organisme infecté, ce virus est fragile.



## Réservoir :

Animaux sauvages et domestiques de la race des canidés, y compris le chien, le renard, le coyote, le loup et le chacal, le chat, la mouffette, le raton-laveur, la mangouste et autres mammifères capables de mordre.



## Transmission :

Introduction du virus par la salive d'un animal infecté au cours d'une morsure, ou sur une excoriation cutanée récente. Le virus ne traverse pas la peau saine. L'inoculation par voie muqueuse est possible par léchage. La manipulation d'animaux morts est dangereuse. Le virus gardant sa virulence dans le cadavre pendant un temps plus ou moins long.

## Conduite à tenir concernant le malade, les sujets-contacts et le milieu immédiat

**1) Signalement à la DASS-NC sans délai des cas suspects et confirmés et notification des cas confirmés.**

**2) Isolement :** hospitalisation en service spécialisé de soins intensifs, protection contre les contacts avec les sécrétions du nez et de la gorge pendant la maladie. Désinfection en cours de maladie : de la salive, des objets souillés. Port de gants, de masque, de lunettes de protection, de blouse pour le personnel soignant. Le virus est fragile et est rapidement détruit par le savon, l'éther, les dérivés d'ammonium quaternaire. Il est sensible à la chaleur, la lumière et la dessiccation.

**3) Quarantaine :** aucune.

**4) Traitement des sujets-contacts :** appréciation du risque de contamination, lavage et désinfection de toute plaie, traitement spécifique contre la rage selon le risque.

**5) Investigation des sujets-contacts :** en collaboration avec les services vétérinaires, rechercher l'animal rabique ainsi que les personnes et animaux mordus.

**6) Prévention des épizooties :** cf. services vétérinaires. Lutte contre la rage animale par la vaccination des animaux domestiques, des renards par voie orale et la réglementation sur l'importation d'animaux domestiques. Pour le voyageur en zone d'endémie, abstention de contact avec un animal inconnu, domestique ou sauvage, vivant ou mort.



## Incubation :

Longue, en général de 20 à 90 jours, avec des extrêmes de 4 jours à plusieurs années. L'incubation est d'autant plus courte que la porte d'entrée est située dans une région proche du système nerveux central (face) ou riche en filets nerveux (face, mains).



## Contagiosité :

Les animaux sont contaminants pendant 5 à 7 jours avant les signes cliniques et par delà leur mort.



## Tableau clinique :

### Rage furieuse ou spastique

Tableau d'excitation psychomotrice majeure, avec hallucinations et convulsions.

Hyperesthésie cutanée sensorielle à la moindre excitation.

Soif vive avec contractions paroxystiques du pharynx provoquant le spasme hydrophobique.

Salivation exagérée, fièvre majeure et atteinte neurovégétative (irrégularité cardiorespiratoire et sueurs abondantes).

### Rage paralytique

Syndrome paralytique ascendant (membres inférieurs, puis troubles sphinctériens, atteinte bulbaire avec paralysie des nerfs crâniens et arrêt cardiorespiratoire).



## Classification des cas :

### Cas confirmé

Tableau clinique évocateur avec confirmation par un laboratoire spécialisé par

- détection du virus par immunofluorescence directe d'antigène viral dans un échantillon clinique approprié (de préférence le cerveau ou les nerfs entourant les follicules pileux sur la nuque),

ou

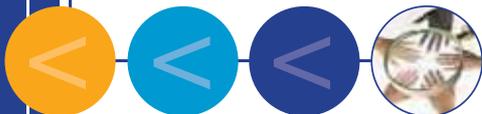
- isolement (dans une culture cellulaire ou chez un animal de laboratoire) du virus de la rage dans la salive, le liquide céphalorachidien ou des tissus du système nerveux central,

ou

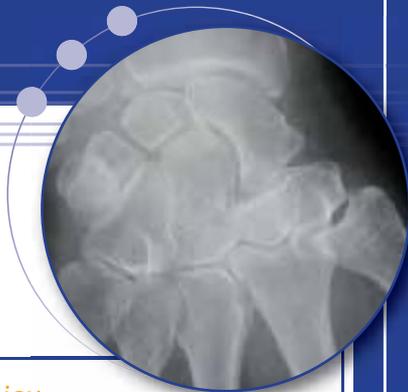
- multiplication par au moins 5 du titre d'anticorps neutralisant (neutralisation complète) dans le sérum ou le liquide céphalorachidien chez une personne non vaccinée.

### Cas suspect

Présomption clinique ou épidémiologique dans l'attente de la confirmation biologique.



# RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU



*Manuel pratique : protocole de référence Rhumatisme Articulaire Aigu, Agence Sanitaire et Sociale de Nouvelle-Calédonie, <http://www.ass.nc>*

Le RAA est une maladie qui succède à une infection bactérienne à streptocoques du groupe A. Elle atteint avec prédilection les articulations, le cœur et les membranes séreuses : péricarde, plèvre, etc... Le plus souvent, l'infection bactérienne initiale responsable de la maladie est une angine avec amygdalite cryptique (les bactéries se logent dans les anfractuosités des amygdales). On estime que le risque de développer un RAA au décours d'une angine streptococcique est de 3 %. Une sinusite purulente ou une carie dentaire peuvent être également à l'origine du RAA.



## Tableau clinique :

La maladie touche essentiellement les enfants de plus de 4 ans, les adolescents, les adultes jeunes, indépendamment du sexe. Le RAA réalise une atteinte articulaire et souvent cardiaque. Cette atteinte a lieu 15 à 20 jours après une infection streptococcique pharyngée clinique ou infra clinique.

Ce délai entre l'infection initiale et l'atteinte cardiaque ou articulaire exclut à priori un effet direct du Streptocoque A, d'autant qu'en général, le germe a disparu de la sphère ORL lors de l'apparition du RAA, ce qui tend à renforcer l'hypothèse du dysfonctionnement immunitaire. La gravité est liée au degré d'atteinte de l'appareil cardiovasculaire.

### La cardite rhumatismale : débouche sur une cardiopathie rhumatismale chronique pouvant prendre la forme de :

- Myocardites et péricardites résolutives sans séquelles une fois la période inflammatoire terminée.
- Valvulopathies définitives plus ou moins sévères, touchant les valves mitrales, aortiques, tricuspide.

## Conduite à tenir concernant le malade

### 1) Notification à la DASS-NC des cas confirmés.

### 2) Traitement de la poussée du RAA :

repos, traitement pour éliminer l'infection streptococcique, traitement anti-inflammatoire.

Intérêt de la prévention primaire et du traitement de toute pharyngite streptococcique.



## Critères de signalement et de notification :

### Cas confirmé

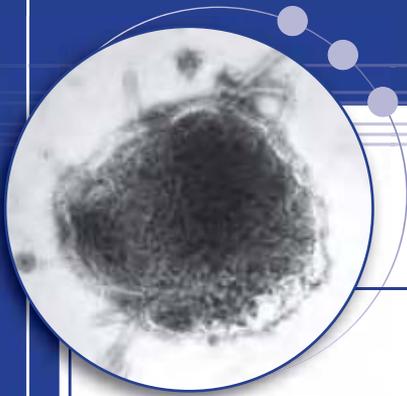
Le diagnostic repose sur les critères de Jones, révisés par l'American Heart Association en 1982.

Tout enfant qui présente 2 signes majeurs ou un signe majeur et un signe mineur, avec mise en évidence d'une infection récente à streptocoque documentée est un cas confirmé.

La chorée de Sydenham seule justifie un diagnostic de RAA.

Manifestations majeures	Manifestations mineures
Polyarthrite	Fièvre
Cardite (rôle de l'échographie, plus sensible que l'auscultation)	Arthralgies (fugaces, migatrices, articulations des membres)
Chorée de Sydenham (mouvements incohérents, involontaires, rapides, brefs, non rythmés de la tête et des extrémités, disparaissant au repos)	Histoire antérieure de RAA et/ou présence d'une cardiopathie rhumatismale chronique
Nodules sous-cutanés de Maynet (de la taille d'une tête d'épingle à une noisette, n'adhérant pas à la peau. Indolores, préférentiellement sur la face d'extension de certaines articulations : coude, genou, poignet, occipitale, épineuses)	Syndrome inflammatoire (VS >50 mm à la 1 <sup>ère</sup> heure ou protéine C- réactive ou augmentation ASLO)
Erythème marginé (tâches rougeâtres sur le tronc, parfois au niveau des membres, larges macules ou papules, arrondies et rosées dont la coloration s'atténue au centre. Il est migrateur et transitoire)	Troubles de la conduction cardiaque (allongement espace PR sur ECG)





# ROUGEOLE

virus de la rougeole



La rougeole est une infection virale hautement contagieuse due au virus de la rougeole, virus à ARN monocaténaire de la famille des Paramyxoviridae de genre Morbillivirus. Elle reste fréquente dans beaucoup de pays en voie de développement où elle constitue encore une cause majeure de décès du jeune enfant.



## Réservoir :

Le patient malade. Le virus est présent dans les sécrétions respiratoires dès la fin de l'incubation jusqu'au 5<sup>ème</sup> jour après le début de l'éruption.



## Transmission :

Par projection de gouttelettes, par contact direct avec les sécrétions nasales et pharyngées de personnes infectées.



## Incubation :

10 à 12 jours de l'exposition jusqu'à l'apparition de la fièvre.



## Période de contagiosité :

Depuis la période prodromique jusqu'à 5 jours au maximum après le début de l'éruption.



## Tableau clinique :

Le tableau clinique de la maladie englobe toutes les caractéristiques suivantes :

- fièvre atteignant progressivement 39,5 - 40 °C, juste avant l'éruption ;
- catarrhe occulo-respiratoire (conjonctivite, larmoiement, rhinite, toux) ;
- enfant « bouffi, grognon et pleurard » ;
- signe de Koplik, pathognomonique, mais inconstant ; il apparaît à la 36<sup>ème</sup> heure et persiste jusqu'à l'éruption ;
- éruption morbilliforme : éruption maculo-papuleuse qui apparaît 14 jours après le contagage au niveau de la tête, derrière les oreilles, autour de la bouche puis sur toute la face. Extension descendante en 3 à 4 jours (cou, épaules, thorax, membres supérieurs, abdomen et cuisses), puis généralisée ;
- il existe des signes d'accompagnement : poly-adénopathies, faciès bouffi, œdème palpébral, conjonctivite, rhinite.

## Conduite à tenir concernant le malade, les sujets-contacts et le milieu immédiat

1) **Signalement sans délai à la DASS-NC des cas cliniques et confirmés et notification des cas.**

2) **Isolement :** garder les enfants hors des collectivités pendant 5 jours après le début de l'éruption. Dans les hôpitaux isolement respiratoire depuis le début du stade catarrhal jusqu'à 5 jours après l'éruption.

3) **Désinfection en cours de maladie :** aucune.

4) **Quarantaine :** impossible. Isolement strict des bébés.

5) **Investigation des sujets-contacts :** recherche des sujets contacts et immunisation à discuter (au maximum 72 heures suivant le contagage pour un sujet non immun).

6) **Traitement spécifique :** aucun.

7) **Prévention épidémiologique :** programme d'immunisation.



## Critères de signalement et de notification :

### Cas clinique

Fièvre supérieure ou égale à 38°5 et éruption maculo-papuleuse et présence d'au moins un des signes suivants : toux, coryza, conjonctivite, signe de Koplik.

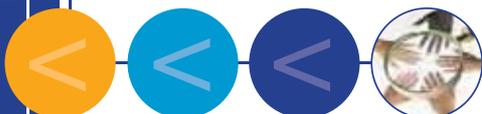
### Cas confirmé biologiquement

#### Présence d'au moins un des critères suivants :

- détection sérologique ou salivaire d'IgM spécifiques en l'absence de vaccination récente,
- séroconversion ou élévation de quatre fois au moins du titre des IgG sériques entre la phase aiguë et la phase de convalescence, en l'absence de vaccination récente,
- détection du virus par PCR sur prélèvements sanguins, rhinopharyngés, salivaires ou urinaires,
- culture positive sur prélèvements sanguins, rhino-pharyngés, salivaires ou urinaires.

### Cas confirmé épidémiologiquement

Cas qui répond à la définition d'un cas clinique et qui a été en contact dans les 7 à 18 jours avant le début des signes avec un cas de rougeole confirmé biologiquement ou épidémiologiquement.



# SATURNISME CHEZ L'ENFANT MINEUR



On appelle saturnisme chronique de l'enfant une intoxication chronique par le plomb. Il s'agit d'une pathologie insidieuse posant un difficile problème de santé publique dans plusieurs pays développés, dont la France. Le plomb n'a aucun rôle physiologique connu chez l'homme, sa présence dans l'organisme témoigne donc toujours d'une contamination et la plombémie physiologique est donc nulle. Le plomb incorporé par voie digestive, respiratoire ou sanguine (mère-foetus) se distribue essentiellement (94%) dans le squelette où il reste stocké très longtemps (demi-vie > 10 ans), et le reste dans les tissus mous et le sang. La plombémie et la plomburie spontanée ne reflètent qu'un état ponctuel d'équilibre et ne renseignent que très imparfaitement sur l'état d'imprégnation réelle du sujet.

## Tableau clinique :

Les signes cliniques lorsqu'ils sont présents sont :

- classiquement insidieux car banaux et peu spécifiques :
  - troubles digestifs vagues : anorexie, douleurs abdominales récurrentes, constipation, vomissements,
  - troubles du comportement (apathie ou irritabilité, hyperactivité), troubles de l'attention et du sommeil, mauvais développement psychomoteur,
  - pâleur en rapport avec l'anémie ;
- souvent absents et le diagnostic est alors établi par un dépistage biologique sanguin demandé chez un enfant à risque :
  - âge compris entre 12 mois et 6 ans,
  - et résidant dans un logement vétuste ou humide, dégradé ou rénové récemment,
  - et/ou présentant un pica (habitude de consommation de substances non alimentaires) ou un portage oral important,
  - et/ou fréquentant un logement connu pour être contaminé,
  - et/ou vivant auprès d'un sujet intoxiqué.

L'interrogatoire s'attache :

- à reconnaître les facteurs de risque,
- à rechercher les sources possibles de contamination.

Le bilan de première intention comporte au minimum une plombémie, qui doit être réalisée dans des conditions techniques précises (prélèvement correct, dosage dans un laboratoire agréé). Il permet d'affirmer l'intoxication..

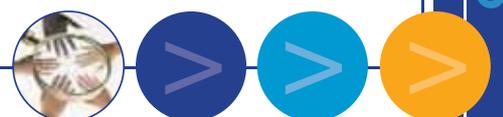
## Critères de notification :

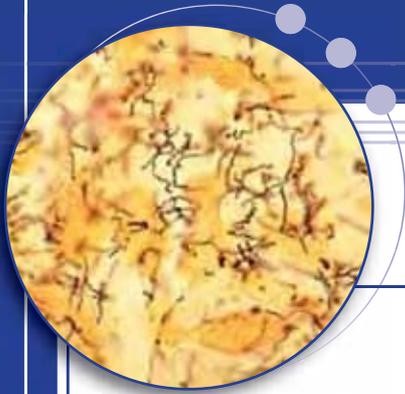
Chez un enfant de moins de dix-huit ans, constatation par un médecin prescripteur d'une première plombémie supérieure ou égale à 100 microgrammes par litre de sang (soit 0,48 mol/L).

## Conduite à tenir concernant le malade en fonction de la plombémie :

Plombémie	Recommandation pour le suivi de la plombémie de l'enfant
< 100 mg/l	Absence d'intoxication. Suivi de la plombémie tous les 6 mois à 1 an, jusqu'à l'âge de 6 ans s'il appartient à un groupe à risque et suppression des sources d'intoxication. <b>Pas de notification à la DASS-NC.</b>
100 - 249 mg/l	Contrôler la plombémie tous les 3 à 6 mois. Suppression des sources d'intoxication. <b>Notification à la DASS-NC.</b>
250 - 449 mg/l	Contrôler la plombémie tous les 3 à 6 mois. Adresser l'enfant à un service spécialisé (évaluation de l'intoxication et discussion de l'indication d'un traitement chélateur). Suppression des sources d'intoxication. <b>Notification à la DASS-NC.</b>
> 450 mg/l	Il est urgent d'adresser l'enfant à un service spécialisé (évaluation de l'intoxication et traitement). Suppression des sources d'intoxication. <b>Notification à la DASS-NC.</b>

La déclaration obligatoire permet le déclenchement par le médecin du service des actions sanitaires de la DASS-NC d'une enquête environnementale dont l'objectif est d'identifier l'origine de l'intoxication. Selon les résultats de cette enquête les collectivités compétentes mettent en œuvre des procédures administratives ayant pour but de soustraire l'enfant à la source de plomb.





# SYPHILIS

*Treponema pallidum*



La syphilis est une infection bactérienne vénérienne de répartition cosmopolite, extrêmement contagieuse, due à l'agent *Treponema pallidum*.



## Réservoir :

L'homme.



## Incubation :

10 jours à 3 mois pour la syphilis primaire, habituellement 3 semaines.



## Tableau clinique :

### Syphilis primaire :

Le chancre est constant. Il s'agit d'une ulcération superficielle, indolore, circonscrite (exulcération superficielle d'un diamètre de 5 à 20 mm, à limites bien nettes et sans relief sur la muqueuse), à la surface propre, lisse, rosée, reposant sur une base indurée et unique dans 2/3 des cas.

Il peut présenter des formes atypiques (nain, punctiforme, fissuraire, géant, ulcéreux, saillant, diphtéroïde).

Il siège dans la région génitale dans 95 % des cas (sillon balanopréputial, méat, prépuce chez l'homme, vulvaire chez la femme).

On peut observer des formes extragénitales (bouche, anus).

### Syphilis secondaire :

6 semaines après le chancre (2 mois après le contagé).

#### - Eruption cutanée, évoluant en 2 phases successives :

- la manifestation cutanée précoce est la roséole, débutante et prédominante au tronc, faite de macules de 3 à 10 mm, non prurigineuses, à bords réguliers, de couleur rose pâle, séparées par des intervalles de peu saine. Elle disparaît en 1 ou 2 mois.

- les manifestations cutanées tardives (2<sup>ème</sup> - 4<sup>ème</sup> mois) : les syphilides sont des papules squameuses, de couleur rouge sombre ou cuivrées, à base indurée de 3 à 5 mm de diamètre. Ces lésions s'étendent à tout le tronc, voire à la plante des pieds et à la paume des mains.

- **Plaques muqueuses** : lésions érythémateuses localisées au niveau de la muqueuse buccale (plaques fauchées de la langue, pseudo perlèche labiale ...) ou génitales évoluant vers une érosion superficielle par poussées successives. Elles sont hautement contagieuses.

- **Alopécie** : en clairière, derrière les oreilles.

- **Autres signes inconstants** : fébricule, arthralgies, céphalées, poly-adénopathies fermes, indolores localisées de préférence au niveau épitrochléen et des chaînes trapéziennes, hépatosplénomégalie, arthrites, ostéites, hépatites, glomérulonéphrites, uvéites, méningite.

### Syphilis tertiaire :

2 à 30 ans après l'infection initiale (sujets insuffisamment traités) :

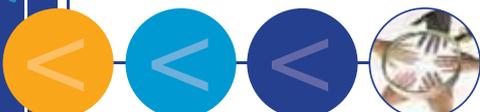
- **gommés (lésions de la taille d'une noisette)** : sous-cutanées, os, système nerveux central, viscères,

- **leucoplasies des muqueuses** : organes génitaux, bouche,

#### - syphilis viscérale :

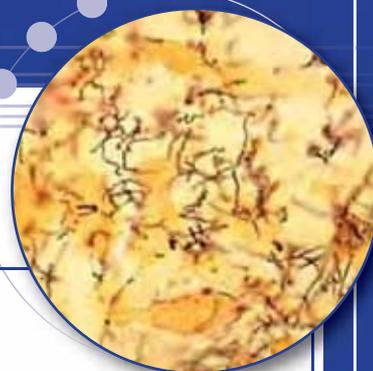
- \* **cardiovasculaire** (aortite, anévrisme de la crosse de l'aorte)

- \* **neurosyphilis** : méningite, tabès, aréflexie pupillaire, « paralysie générale » (détérioration intellectuelle).



# SYPHILIS

*Treponema pallidum*



## Interprétation schématique de la sérologie standard TPHA-VDRL

**TPHA** : *Treponema Pallidum Haemagglutination Assay* = Ac spécifiques du tréponème pathogène.

**VDRL** : *Veneral Disease Research Laboratory* = réagines non spécifiques toujours associées au TPHA.

**FTA-Abs** : réaction d'immunofluorescence indirecte (Abs=sérum traité pour éliminer les Ac non spécifiques).

**IgM (IF ou EIA)** : recherche d'Ac indiquant une contamination récente.

### Syphilis primaire

Les sérologies se positivent quelques jours après apparition du chancre (# soit 3-4 sem. après contagion), d'abord FTA-abs, puis TPHA (J7-J10), puis VDRL (J10-J15). En cas de réinfection toutes les sérologies sont positives précocement.

### Syphilis secondaire

Toutes les réactions sont positives, elles se négativent très lentement (2 à 4 ans, voire jamais...).

### Syphilis tertiaire

Les tests peuvent être faiblement positifs, voire négatifs dans 20 % des cas.

### Neurosyphilis

TPHA et FTA sont presque toujours positifs dans le sang alors que le VDRL peut être négatif jusqu'à 25 % des patients. Dans le LCR, l'interprétation des résultats est difficile.

### Syphilis congénitale précoce

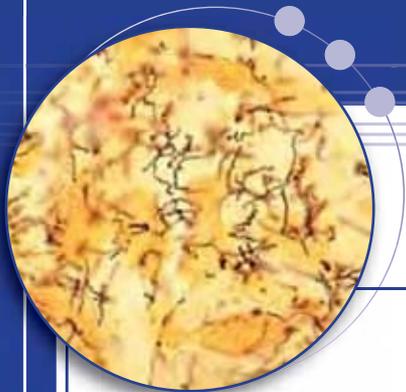
Toutes les réactions sont positives. Le test FTA-abs avec la recherche des IgM permet de distinguer chez un nouveau-né asymptomatique, la syphilis authentique, du transfert passif transplacentaire des anticorps maternels.

### Syphilis traitée précocement (dès apparition du chancre)

Toutes les réactions peuvent rester négatives, sinon elles restent positives 6 à 8 mois après guérison.

VDRL	TPHA	FTA-Abs	IgM	Interprétation
Négatif	Négatif	Négatif	Négatif	Absence de syphilis / syphilis en incubation (<15jours)
Négatif	Négatif	Négatif	>200	Syphilis en incubation (entre 15 <sup>ème</sup> et 21 <sup>ème</sup> - 30 <sup>ème</sup> jours)
Négatif	Négatif	200 - 400	>200	Syphilis primaire débutante
2 - 8	80 - 1 280	800 - 3 200	Positif	Syphilis primaire évoluée
16 - 4 096	10 240 - 81 920	12 800 - 25 600	+ / - (*)	Syphilis secondaire (*= IgM persistant 6 à 20 mois)
8 - 32	1 280 - 10 240	3 200 - 12 800	Négatif	Syphilis latente non traitée
0 - 4	160 - 1 280	400 - 3 200	Négatif	Cicatrice sérologique
Positif	Négatif	Probable interférence (Infection virale, parasitaire, Grossesse, M. auto-immune...)		





# SYPHILIS

*Treponema pallidum*



## Critères de signalement et de notification :

### Syphilis primaire :

#### Cas confirmé

- Identification de *T. pallidum* par microscopie à fond noir, immunofluorescence ou par un examen équivalent d'un prélèvement provenant d'un chancre ou d'un ganglion lymphatique régional,

**ou**

- présence d'au moins une lésion typique (chancre) et sérologie tréponémique positive (TPHA), indépendamment du résultat du test non tréponémique (VDRL), chez des personnes n'ayant pas d'antécédent de syphilis,

**ou**

- présence d'au moins une lésion typique (chancre) et multiplication par au moins 4 du titre (par exemple de 1:8 à 1:32) par rapport aux résultats du dernier test non tréponémique connu chez une personne ayant déjà été traitée pour la syphilis.

### Syphilis secondaire :

#### Cas confirmé

Tableau clinique évocateur et confirmation en laboratoire de l'infection :

- identification de *T. pallidum* par microscopie à fond noir, immunofluorescence ou par un examen équivalent des lésions cutané-muqueuses ou des condylomes plats ou sérologie positive (non tréponémique et tréponémique),

**ou**

- présence de lésions cutané-muqueuses typiques, alopecie, chute des cils et du tiers latéral des sourcils, iritis, adénopathie généralisée, fièvre, malaise ou splénomégalie, et soit une sérologie positive (non tréponémique et tréponémique) soit une multiplication par au moins 4 du titre (**par exemple de 1:8 à 1:32**) par rapport au dernier test non tréponémique réalisé.

### Syphilis tertiaire :

Tableau clinique évocateur et/ou tests sérologiques positifs.

### Syphilis congénitale précoce

#### Cas confirmé

#### Confirmation en laboratoire de l'infection :

- identification de *Treponema pallidum* par microscopie à fond noir, immunofluorescence ou par un examen équivalent d'échantillons de sécrétions nasales, de lésions cutanées, du placenta, du cordon ombilical ou de prélèvements réalisés lors de l'autopsie d'un nouveau-né (âgé de 4 semaines ou moins),

**ou**

- sérologie positive (non tréponémique et tréponémique) réalisée à partir de sang veineux (et non de sang du cordon) chez un nourrisson/enfant ayant des signes cliniques, biochimiques ou radiographiques de syphilis congénitale, dont la mère n'a pas été traitée adéquatement.

## Conduite à tenir concernant le malade, les sujets-contacts et le milieu immédiat

1) Notification à la DASS-NC des cas confirmés.

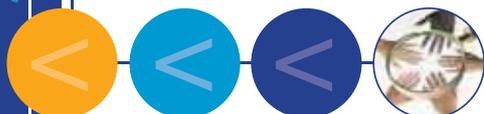
2) Isolement : pour les patients hospitalisés, précaution d'hygiène concernant le sang et les lésions.

3) Désinfection en cours de maladie : aucune.

4) Quarantaine : aucune.

5) Investigation des sujets-contacts : recherche de la source d'infection, traitement.

6) Traitement spécifique de première intention : pénicilline G pendant une durée minimale de 10 jours. Les sujets atteints de syphilis précoce (primaire, secondaire ou latente précoce) sont traités par une seule injection IM de 2,4 Millions d'unités (MUI) de benzathine-benzylpénicilline (Extencilline). Les patients atteints de syphilis tardive (tertiaire, latente tardive) sont traités par 3 doses de 2,4 MUI de benzathine-benzylpénicilline (Extencilline) à une semaine d'intervalle. Les patients avec neurosyphilis, doivent être traités par la pénicilline G (18-24 MIU/24h) en 6 perfusions par voie IV pendant 14 à 21 jours.



# TETANOS

*Clostridium tetani*



Le tétanos est une infection aiguë due aux exotoxines produites par un bacille anaérobie Gram positif *Clostridium tetani*. Cette bactérie est ubiquitaire, commensale du tube digestif des animaux. Elle persiste dans les déjections animales et dans le sol sous forme de spores, très résistantes. Cette maladie est rare dans les pays industrialisés du fait de la vaccination. A noter que la maladie n'est pas immunisante.



## Réservoir :

**Tellurique** : le sol est contaminé par les matières fécales excrétées par divers animaux (chevaux, moutons, ...).



## Incubation :

3 à 30 jours, en moyenne 8 jours. Dépend de l'étendue de la blessure et de sa localisation.



## Contagiosité :

Aucune.

## Conduite à tenir concernant le malade, les sujets-contacts et le milieu immédiat

- 1) **Notification à la DASS-NC des cas confirmés.**
- 2) **Isolement** : aucun.
- 3) **Désinfection** : aucune.
- 4) **Quarantaine** : aucune.
- 5) **Investigation** : recherche des circonstances de la blessure.
- 6) **Traitement spécifique** : hospitalisation en réanimation quelle que soit la gravité, nettoyage et parage de la porte d'entrée, pénicilline G, immunoglobulines spécifiques antitétaniques d'origine humaine.



## Tableau clinique :

### Forme généralisée (la plus fréquente) :

**Phase d'invasion** : la maladie clinique se caractérise par l'apparition aiguë d'une hypertonie et/ou de contractions musculaires douloureuses. Le trismus est le symptôme inaugural, sous la forme d'une contracture des masséters bloquant l'ouverture de la mâchoire. Il devient permanent, irréductible et invincible, parfois douloureux. La contracture s'étend au pharynx (dysphagie), à l'étage facial (accentuation des rides, sourcils froncés, réduction des fentes palpébrales, lèvres serrées), au niveau des muscles peauciers du cou.

**Phase d'état** : tétanos généralisé qui ne devrait plus être observé car correspond soit à une erreur de diagnostic initial, soit à une thérapeutique inadéquate. Il associe contractures généralisées permanentes avec renforcements paroxystiques et syndrome dysautonomique. Il est responsable d'une anoxie par blocage spastique des muscles respiratoires et spasme laryngé.

### Forme néonatale :

Le tétanos néonatal survient en moyenne 12 jours après la naissance, avec comme signe initial une difficulté à la succion, puis le tableau est identique à celui de l'adulte.

Il existe aussi des **formes localisées** (membres, extrémité céphalique avec paralysie motrice du côté de la porte d'entrée : paralysie faciale périphérique, unie ou bilatérale, ophtalmoplégie).



## Critères de notification

### Cas confirmé

Tableau clinique évocateur sans autre cause médicale apparente et avec ou sans antécédents de blessure et absence de vaccination à jour.



# TOXI-INFECTIIONS ALIMENTAIRES COLLECTIVES

Les toxi-infections alimentaires sont provoquées par des bactéries qui entraînent, dans la majorité des cas, des gastro-entérites d'intensité variable. En pratique, il est difficile de rapporter un cas isolé de gastro-entérite à une origine alimentaire. C'est une des raisons pour lesquelles on ne s'intéresse qu'aux cas groupés.

**Une exception :** le botulisme pour lequel l'origine doit être systématiquement recherchée même s'il s'agit d'un cas isolé.



## Principales causes de TIAC selon les symptômes :

Symptômes	Durée de l'incubation	Agents possibles
Nausées, vomissements	1 - 6 heures	Toxines thermostables diffusées dans l'alimentation par <i>S. aureus</i> , <i>Bacillus cereus</i> , métaux lourds
Diarrhée cholériforme	6 - 72 heures	<i>C. perfringens</i> , <i>B. cereus</i> , <i>E. coli</i> entérotoxigène
Diarrhée, dysenterie, fièvre	10 - 72 heures	<i>Salmonella sp.</i> , <i>Shigella sp.</i> , <i>Campylobacter jejuni</i> , <i>Vibrio parahaemolyticus</i> , <i>E. coli</i> entéroinvasif, <i>Yersinia enterocolitica</i>
Troubles neurologiques moteurs ou sensitifs, sans troubles digestifs suggérant le botulisme ; intoxication par les coquillages, poissons crus, produits chimiques, champignons		<i>C. botulinum</i> , neurotoxines des dinoflagellés, scombrottoxines histamine-like



## TIAC à symptomatologie digestive :

Germe responsable	Durée d'incubation	Signes cliniques	Facteurs de contamination
<i>Staphylococcus aureus</i>	2 - 4 heures	Vomissements, douleurs abdominales, diarrhée sans fièvre	Laits et dérivés Plats cuisinés la veille du repas Réfrigération insuffisante Porteurs sains ou staphylococcies cutanées
<i>Clostridium perfringens</i>	8 - 24 heures	Diarrhée isolée sans fièvre	Plats cuisinés la veille Réfrigération insuffisante Restauration collective
<i>Salmonella sp.</i>	12 - 24 heures	Diarrhée aiguë fébrile	<b>Aliments peu ou pas cuits :</b> viandes, volailles, œufs, fruits de mer. Restauration familiale ou collective
<i>Shigella sp.</i>	48 - 72 heures	Diarrhée aiguë fébrile	Aliments peu ou pas cuits

# TOXI-INFECTIONS ALIMENTAIRES COLLECTIVES



## Conduite à tenir concernant le malade, les sujets-contacts et le milieu immédiat

- 1) Signalement sans délai à la DASS-NC de tout foyer à la DASS-NC : puis notification du foyer confirmé.
- 2) Identification des malades avec signes cliniques.
- 3) Etablissement d'une liste comportant pour chaque malade : son nom, la nature des symptômes, la date et l'heure d'apparition, ses coordonnées téléphoniques...
- 4) Conserver les restes des matières premières et des denrées ayant servi au cours des 3 derniers jours (en cas de restauration collective).
- 5) Effectuer des prélèvements de selles et éventuellement de vomissements chez les malades.
- 6) Préparer une liste des menus des 3 derniers jours.

### La DASS en coordination avec les services vétérinaires, mettra en place une enquête épidémiologique afin :

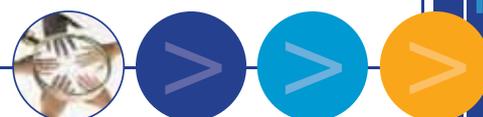
- d'identifier le micro-organisme responsable, l'aliment à l'origine de la TIAC, les lots éventuels et les circuits commerciaux ;
- de corriger les erreurs de préparation dans les établissements de restauration collective et en milieu familial ;
- de réduire de la contamination des matières premières (mesures de prévention dans les élevages, abattage des troupeaux, poules pondeuses contaminées, etc.) ;
- de retirer le produit incriminé du marché.

### Critères de signalement et de notification :

Les toxi-infections alimentaires collectives (TIAC) se définissent par l'apparition d'au moins 2 cas similaires (1 cas pour le botulisme) d'une symptomatologie en général gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.

#### On distingue les foyers de TIAC :

- **confirmés :**  
lorsque l'agent est isolé dans un prélèvement d'origine humaine (sang/selles) ou dans des restes alimentaires ou des repas témoins ;
- **suspectés :**  
lorsque l'agent pathogène n'a pas été confirmé; il est alors suspecté à l'aide d'un algorithme d'orientation étiologique prenant en compte les signes cliniques, la durée médiane d'incubation et le type d'aliments consommés ;
- d'étiologie inconnue lorsque l'agent pathogène n'a été ni confirmé ni suspecté à l'aide de l'algorithme.



# TUBERCULOSE

## *Mycobacterium tuberculosis*

(Guide "Stratégie de Lutte AntiTuberculeuse (SLAT)",  
Agence Sanitaire et Sociale de Nouvelle-Calédonie, <http://www.ass.nc>)

La tuberculose est une infection due au bacille de Koch (B.K.), mycobactérie (Bacille acido-alcool-résistant : BAAR) dont deux types provoquent des infections humaines : *Mycobacterium tuberculosis*, d'origine humaine et *Mycobacterium bovis*, d'origine bovine.

Cette maladie atteint principalement le poumon, mais peut toucher d'autres organes : séreuses, os, tractus génito-urinaire, organes hématopoïétiques, système nerveux central ...

Sa prévention nécessite le traitement précoce des patients contagieux ; la vaccination (BCG) est obligatoire à la naissance en Nouvelle-Calédonie (une seule injection, quelles que soient les IDR ultérieures) : en effet, ce vaccin est surtout efficace pour éviter les formes graves du nourrisson (méningite, miliaire).



### Réservoir :

Surtout l'homme.



### Transmission :

Par exposition aux bacilles dans les gouttelettes d'air (gouttelettes de Pflügge) ou les expectorations des sujets atteints de tuberculose pulmonaire évolutive. La transmission d'origine bovine, par ingestion de produits laitiers, ou par contact direct avec un animal malade, n'est pas retrouvée en Nouvelle-Calédonie.



### Incubation :

1 à 2 mois.



### Risque d'évolution de l'infection vers la maladie :

Seulement 5 à 10 % des personnes infectées par le bacille de Koch feront un jour dans leur vie la maladie. La moitié de ces cas évolueront vers la maladie 2 à 5 ans après l'infection et l'autre moitié de façon plus tardive.

Les facteurs qui augmentent le risque de passage de l'infection à la maladie sont multiples (c.f. encadré)

### Facteurs augmentant le risque de passage de l'infection à la maladie (CDC)

- VIH (surtout au stade SIDA)
- Age (nourrissons, personnes âgées)
- Utilisateurs de drogues par injection
- Diabète sucré
- Silicose
- Traitement corticoïde prolongé (exemple :  $\geq 15$  mg/j pendant 2 à 3 semaines)
- Immunosuppresseurs
- Certain types de cancer (leucémie, Hodgkin, ...)
- Insuffisance rénale chronique
- Certaines maladies intestinales
- Malnutrition
- Perte de poids ( $\geq 10\%$  poids idéal)



### Contagiosité :

Avant les résultats de la bactériologie, il faut suspecter une contagiosité :

- si la toux est importante,
- en présence d'images de lésions excavées ou étendues sur la radiographie pulmonaire.

Dans ce cas, il convient de prendre des mesures d'isolement et de protection respiratoire jusqu'au résultat des prélèvements bactériologiques.

Le patient est considéré contagieux aussi longtemps qu'on retrouve des bacilles tuberculeux à l'examen direct des sécrétions respiratoires. Cependant, en pratique, on considère qu'au bout de 15 jours à 3 semaines de traitement, le patient n'est plus contagieux, les bacilles étant beaucoup moins pathogènes.



### Tableau clinique :

Les signes principaux de la tuberculose maladie sont :

- **chez l'adulte** : toux persistante (>15-21 jours) malgré un traitement antibiotique classique, asthénie, anorexie, amaigrissement (>10% du poids habituel), hémoptysie, sueurs nocturnes, fébricule, douleurs thoraciques ...
- **chez l'enfant** : érythème noueux, kérato-conjonctivite phlycténulaire, asthénie, anorexie, fièvre, amaigrissement, broncho-pneumopathies traînantes, ...



### Réagir rapidement si :

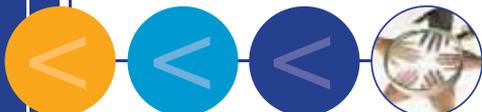
**Signes de gravité** : dyspnée (hypoxie), miliaire radiologique ;

**Risque important de contagiosité pour l'entourage** :

formes « bacillifères » avec présence de BAAR à l'examen direct.

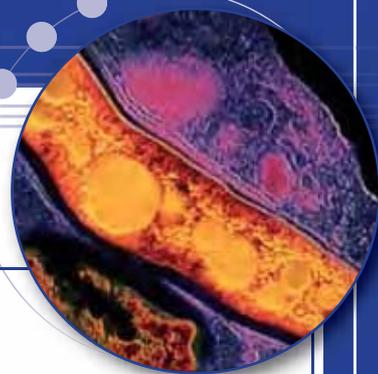
**Attention** : faire une radiographie du rachis devant toute douleur vertébrale dans un contexte de tuberculose, qui fera craindre un mal de Pott (risque de fracture vertébrale, avec compression médullaire).

Il est recommandé de pratiquer un test VIH devant tout cas de tuberculose, après accord du patient.



# TUBERCULOSE

*Mycobacterium tuberculosis*



## Conduite à tenir concernant le malade, les sujets-contacts et le milieu immédiat

(Stratégie de Lutte Anti Tuberculeuse)

**1) Signalement à la DASS-NC de tout cas confirmé ou probable puis notification.**

**2) Isolement :** hospitalisation du patient dans un service spécialisé pour la mise en route du traitement spécifique, isolement respiratoire des patients avec bacilles tuberculeux à l'examen direct des sécrétions respiratoires.

**3) Quarantaine :** aucune.

**4) Enquête avec recherche des sujets-contacts autour d'un cas index :**

L'objectif est d'interrompre la chaîne de transmission du bacille, en trouvant et traitant rapidement les sujets-contacts atteints de tuberculose-infection et surtout de tuberculose-maladie.

Un plan d'enquête, réalisé avec le patient, définit la liste des personnes à dépister (recherche du ou des contaminateurs et des infectés).

Les détails de la technique d'enquête à utiliser en Nouvelle-Calédonie sont décrits dans la SLAT, disponible sur le site de l'Agence Sanitaire et Sociale de Nouvelle Calédonie.

**5) Traitement spécifique :**

\* **Traitement de la tuberculose maladie :** le traitement dure généralement 6 mois, ou plus dans certains cas.

Le traitement associe plusieurs antituberculeux pour éviter le risque de développer des résistances.

Il est à prendre avec de l'eau en 1 prise le matin, soit 1 h avant le petit-déjeuner, soit 2 h après.

Si le patient oublie de prendre ses comprimés ou s'il n'en prend pas assez, les bacilles peuvent acquérir une pharmacorésistance.

D'un point de vue de santé publique, un traitement incomplet ou mal suivi est pire que pas de traitement du tout. De plus, les traitements de tuberculose résistante sont 100 fois plus coûteux que les traitements de tuberculose standards.

Le traitement standard est basé sur une association de 3 ou 4 antituberculeux pendant 2 mois, relayé ensuite pendant 4 mois par 2 antituberculeux (2 mois de HRZ ou HREZ, puis 4 mois de HR).

**Ces antituberculeux sont :**

- **l'Isoniazide (H) :** Rimifon® (hépatotoxicité)

- **la Rifampicine (R) :** Rifadine® (hépatotoxicité)

*NB : la Rifampicine est inducteur enzymatique et interfère avec de nombreux traitements (attention en particulier aux AVK, aux contraceptifs oestro-progestatifs, etc ...)*

- **l'Ethambutol (E) :** Myambutol®  
(effets secondaires ophtalmologiques)

- **le Pyrazinamide (Z) :** Pirilène®  
(risque de goutte, hépatotoxicité).

Lorsqu'une résistance à ces antibiotiques se développe, d'autres antibiotiques comme la sparfloxacine, l'amikacine, la capréomycine, l'éthionamide ou la cyclosérine peuvent être utilisés (avis spécialisé).

\*\* **Traitement de la PITL :** la prise de médicament peut éviter l'évolution de la tuberculose-infection vers la tuberculose-maladie ; la limite d'âge supérieure est fixée à 15 ans, les médecins gardant le libre choix de dépasser cette limite lorsqu'ils se sentent sûr d'obtenir une bonne observance du traitement. Le traitement préventif comporte en général deux antibiotiques pour une durée d'au moins 6 mois (6 mois de HR).

### Critères de signalement et de notification :

#### **Tuberculose maladie :**

##### **Cas confirmé**

Maladie due à une mycobactérie du complexe tuberculosis prouvée par la culture.

##### **Cas probable**

Signes cliniques et/ou radiologiques et/ou histologiques compatibles avec une tuberculose et décision de traiter le patient avec un traitement antituberculeux standard.

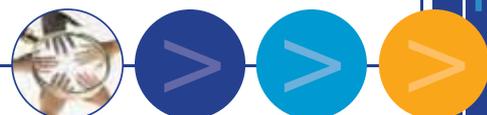
#### **Primo Infection Tuberculeuse Latente (PITL)**

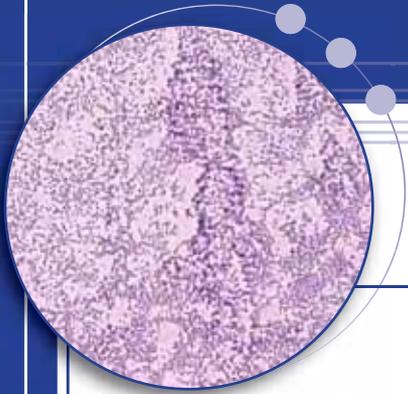
- Absence de signes cliniques ou radiologiques

- IDR : plusieurs cas possibles :

- IDR  $\geq$  15 mm, voire phlycténulaire,
- augmentation  $\geq$  10 mm entre 2 IDR,
- virage de l'IDR (de négative à positive) sans BCG intercurrent, le seuil de positivité de l'IDR étant fixé à 5 mm.

*NB : la mesure de l'IDR doit être très précise ; seule l'induration sera mesurée (et non la rougeur) ; en cas d'induration asymétrique, c'est le plus grand diamètre qui compte pour la décision.*





# TULAREMIE

*Francisella tularensis*

La tularémie est une zoonose due à l'infection par *Francisella tularensis*. Deux sérotypes prédominent : le type A (biovar *tularensis*, en Amérique du Nord) très virulent et le type B (biovar *palaeartica*, seul présent en Europe) moins virulent. La bactérie survit pendant des semaines dans le milieu extérieur (eau, sol, cadavres) surtout à basse température, voire des années dans des conditions de conservation particulières (viande contaminée congelée). C'est une maladie principalement animale, atteignant accidentellement l'homme.



## Réservoir :

Le réservoir de la bactérie est constitué par les rongeurs sauvages (campagnoles, mulots, etc...) et les tiques (Ixodidés). Les lièvres et les tiques représentent les principaux vecteurs de l'infection humaine. Les animaux domestiques (moutons, chats, chiens, ...) sont des hôtes accidentels, mais peuvent être source d'infection humaine.



## Transmission :

- Contact direct de la peau (pénétration du germe à travers la peau saine possible mais favorisée par des égratignures, coupures) avec des animaux infectés, des végétaux, le sol, le matériel contaminé (clous, lames, etc...) ; par des éclaboussures projetées dans l'œil (porte d'entrée conjonctivale) ou vers des plaies cutanées ;
- Morsures de tiques ou plus rarement d'autres insectes (moustiques, mouches) ;
- Ingestion d'aliments ou d'eau contaminée ;
- Inhalation d'aérosols contaminés dans les laboratoires, inhalation de poussières (fourrages, litières) ou de laines contaminées par les animaux infectés.



## Incubation :

3 à 5 jours (extrêmes de 1 à 25 jours).



## Contagiosité :

Il n'y a pas de transmission interhumaine documentée.



## Tableau clinique :

La maladie débute de manière soudaine, quelle qu'en soit la porte d'entrée, avec une fièvre ondulante, des frissons, une asthénie, des douleurs articulaires et musculaires, des maux de gorge, une céphalée et parfois des nausées et vomissements.

Elle est caractérisée par plusieurs formes cliniques dépendant essentiellement de la porte d'entrée :

- **ulcéro-ganglionnaire** (après contact cutané direct) : lésion locale au point de pénétration de la bactérie, se transformant en ulcération nécrotique associée à une adénopathie régionale qui peut suppurer, nécroser et scléroser ;
- **ganglionnaire** : adénopathie régionale sans ulcération ;
- **oculo-ganglionnaire** (après contact oculaire et projection) : conjonctivite avec adénopathie régionale ;
- **oro-pharyngée** (après ingestion d'aliments ou d'eau contaminée ou inhalation d'aérosols) : stomatite, pharyngite, angine et adénopathies cervicales et rétro-pharyngées ;
- **pleuro-pulmonaire** (primaire après inhalation d'un aérosol contaminé, ou secondaire après dissémination) : toux sèche, bronchiolite, pleuro-pneumonie, adénopathies hilaires, détresse respiratoire.
- **typhoïdique ou septicémique** : fièvre, céphalées, malaise, vomissements, diarrhées, douleurs abdominales, choc septique (coma).

## Conduite à tenir concernant le malade, les sujets-contacts et le milieu immédiat

1) **Signalement sans délai à la DASS-NC des cas probables, confirmés et notification des cas probables et confirmés.**

2) **Isolement** : précautions relatives aux écoulements/sécrétions pour les lésions ouvertes.

3) **Désinfection en cours de maladie** : des exsudats provenant des ulcères, des ganglions lymphatiques ou du sac conjonctival.

4) **Quarantaine** : aucune.

5) **Traitement des sujets-contacts** : aucun.

6) **Investigation des sujets-contacts** : recherche de l'origine de l'infection pour chaque cas.

7) **Traitement spécifique** : streptomycine.



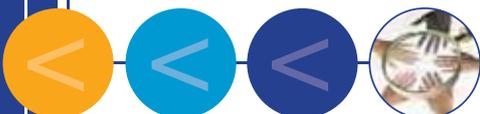
**Critères de signalement et de notification** : Tableau clinique évocateur de tularémie associé à :

### Cas confirmé

- Sérologie positive avec un titre supérieur ou égal à 50,
- ou isolement de *Francisella tularensis* à partir de prélèvements cliniques,
- ou amplification génique (PCR) positive.

### Cas probable

- Sérologie positive avec un titre compris entre 20 et 50,
- Exposition commune à celle d'un cas confirmé.



# TYPHUS EXANTHEMATIQUE

*Rickettsia prowazekii*



Les rickettsies stricto sensu sont des maladies séparées en 2 groupes :

- le groupe boutonneux dont l'agent est transmis par les tiques, représenté par *Rickettsia conorii* (fièvre boutonneuse méditerranéenne) et *R. rickettsii* (fièvre pourpre des Montagnes Rocheuses) ;
- le groupe des typhus dont l'agent est transmis par les poux, puces, représenté par *R. prowazekii* (typhus épidémique) et *R. typhi* (typhus murin). Le typhus épidémique, encore appelé typhus à poux ou typhus historique, est dû à une bactérie intracellulaire du groupe alpha des protéobactéries (*R. prowazekii*). Actuellement dans le monde, le typhus reste un problème dans les hautes terres d'Afrique, d'Amérique Centrale, d'Amérique du Sud et d'Asie.

## Réservoir :

L'homme.

## Transmission :

Par le pou du corps (*Pediculus humanus corporis*). Le pou s'infecte au cours d'un repas de sang chez une personne malade, il transmet la maladie à un sujet sain par l'intermédiaire de ses déjections, soit au travers des lésions cutanées de grattage (dus au prurit déclenché par les piqûres de poux), soit par voie conjonctivale ou respiratoire.

## Incubation :

Environ 1 semaine.

## Contagiosité :

Pas de transmission directe de personne à personne, mais via les poux infectés. Le pou devient infectieux de 2 à 6 jours après le repas de sang. A noter que le pou meurt dans les 2 semaines qui suivent l'infection.

## Tableau clinique :

Début souvent brutal caractérisé par les symptômes suivants : frissons associés à des céphalées intenses, prostration, myalgies intenses et fièvre à 40°. Une éruption maculeuse apparaît le 5<sup>ème</sup> ou 6<sup>ème</sup> jour, d'abord dans la partie supérieure du tronc, puis elle s'étend à tout le corps en épargnant la face, la paume des mains et la plante des pieds. Les complications neurologiques ou cardiaques en font la gravité. Sous antibiothérapie, l'apyrexie est obtenue en 48 heures.

## Critères de signalement et de notification :

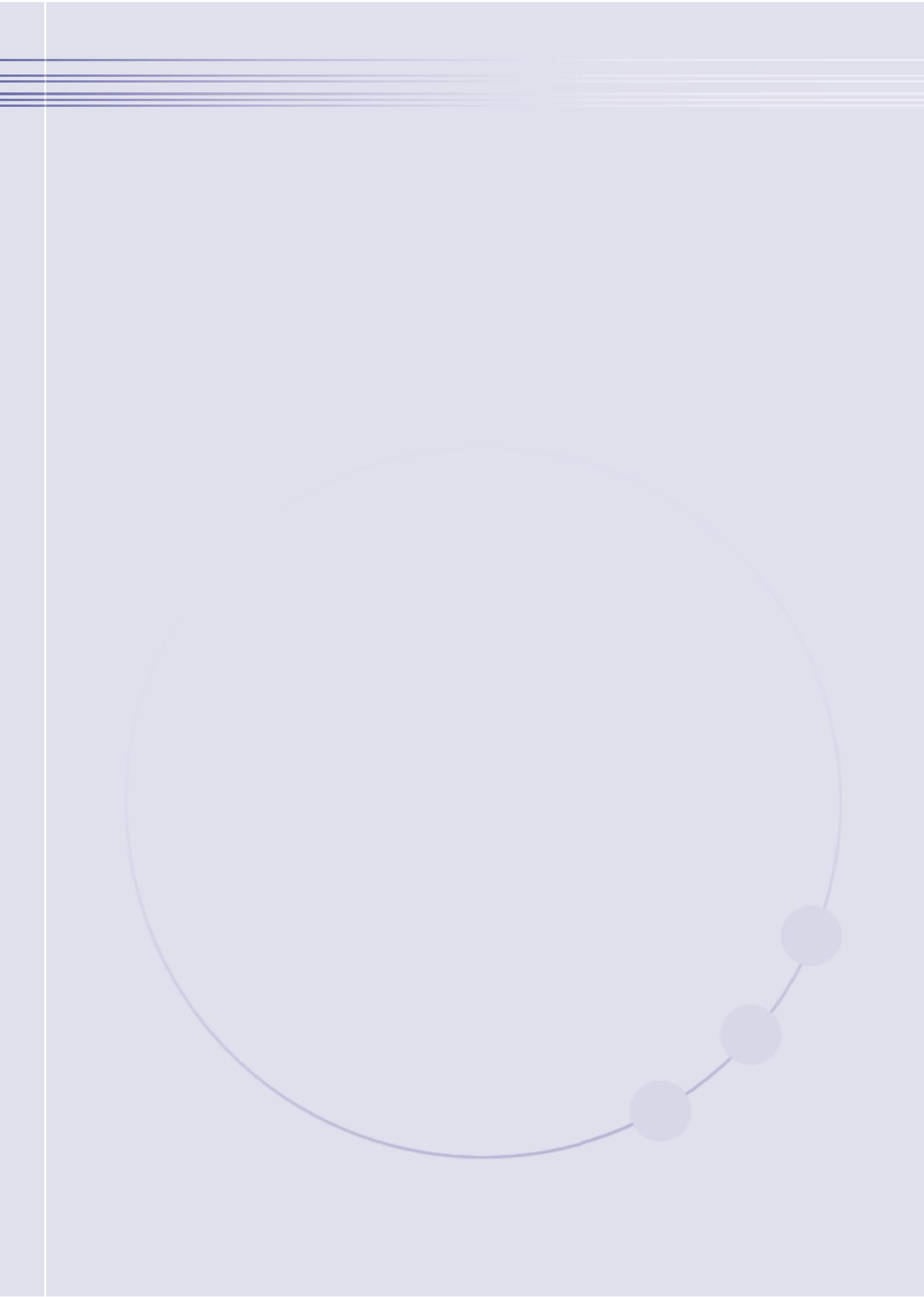
### Cas confirmé

Tableau clinique évocateur d'un typhus exanthématique avec confirmation biologique (sérologie) de l'infection par un laboratoire spécialisé.

## Conduite à tenir concernant le malade, les sujets-contacts et le milieu immédiat

- 1) **Signalement sans délai à la DASS-NC des cas confirmés et notification des cas confirmés.**
- 2) **Isolement** : non nécessaire après épouillage du malade, de ses vêtements, du logement et des contacts familiaux.
- 3) **Désinfection en cours de maladie** : poudre insecticide appropriée sur les vêtements, la literie du malade et des contacts. Lavage du linge et des draps à l'eau chaude (au moins 60°C pendant 30 min). Traiter les cheveux.
- 4) **Quarantaine des exposés au typhus et porteurs de poux du corps** : non nécessaire en cas d'application d'un insecticide rémanent.
- 5) **Traitement des sujets-contacts** : surveillance pendant 2 semaines.
- 6) **Investigation des sujets-contacts** : rechercher la source de l'infection.
- 7) **Traitement spécifique** : tétracyclines ou chloramphénicol.





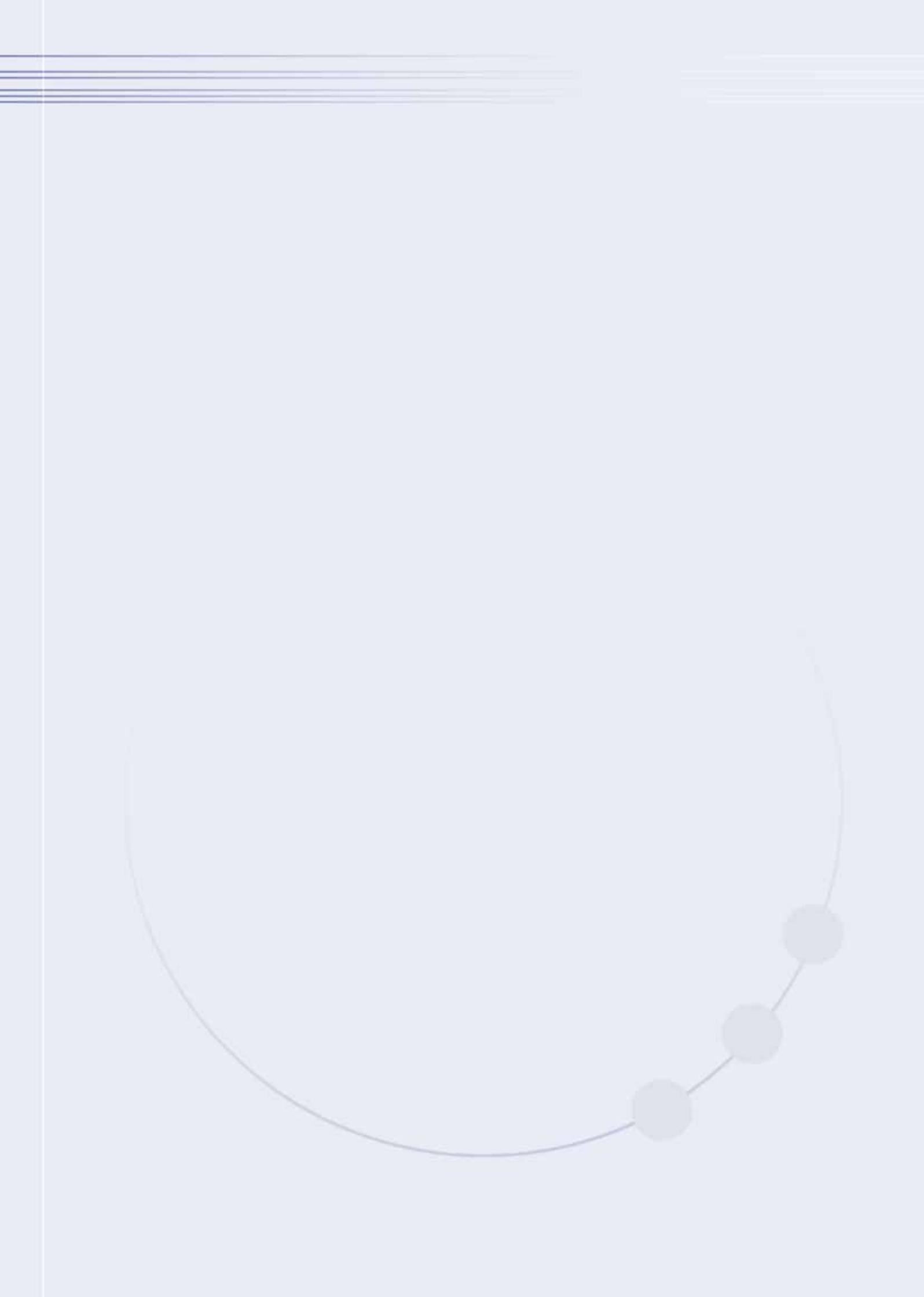
**A** > Délibération relative aux maladies à déclaration obligatoire.

p.61

**B** > Arrêtés.

p.65





# DÉLIBÉRATION

N° 423 du 26 novembre 2008  
relative aux maladies à déclaration obligatoire

## > Le Congrès de la Nouvelle-Calédonie

.../...

Délibérant conformément aux dispositions de la loi organique modifiée n° 99-209 du 19 mars 1999 relative à la Nouvelle-Calédonie ;

Vu la loi modifiée n° 99-210 du 19 mars 1999 relative à la Nouvelle-Calédonie ;

Vu la loi modifiée n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;

Vu la délibération n° 491 du 11 août 1994 relative aux statistiques sanitaires nécessaires à une meilleure connaissance de la santé de la population en Nouvelle-Calédonie ;

Vu la délibération n° 2006-435/GNC du 16 février 2006 fixant les attributions et l'organisation de la direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie ;

Vu l'arrêté modifié n° 2008-4725/GN du 4 octobre 2008 portant projet de délibération ;

Entendu le rapport du gouvernement n° 72 du 14 octobre 2008 ;

### A adopté les dispositions dont teneur suit :

#### Article 1<sup>er</sup> :

Font l'objet d'une déclaration obligatoire de données individuelles auprès du médecin inspecteur de la direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie, par tout médecin ou responsable de laboratoire d'analyses de biologie médicale public ou privé qui en a connaissance, qui les suspectent ou les diagnostiquent :

- 1° les maladies qui nécessitent une intervention urgente locale, nationale ou internationale,
- 2° les maladies dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique.



**Article 2 :**

Les professionnels de santé sont tenus de signaler sans délai au médecin inspecteur de la direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie les menaces imminentes pour la santé de la population dont ils ont connaissance ainsi que les situations dans lesquelles une présomption sérieuse de menace sanitaire grave leur paraît constituée, selon la procédure fixée à l'article 7 de la présente délibération.

**Article 3 :**

La liste des maladies devant faire l'objet d'une déclaration obligatoire de données individuelles est définie par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

**Article 4 :**

La déclaration des données individuelles s'effectue selon les procédures suivantes :

- 1° les cas de maladies ou d'anomalies biologiques mentionnées à l'article précédent font l'objet d'une mesure de notification dans les conditions fixées aux articles 5 et 6 ;
- 2° les cas de maladies ou d'anomalies biologiques qui justifient d'une intervention urgente locale, nationale ou internationale et font en outre l'objet d'une procédure de signalement dans les conditions fixées à l'article 7.

**Article 5 :**

La notification des données individuelles, nécessaire à la surveillance sanitaire, consiste en l'établissement et la transmission d'une fiche qui comporte :

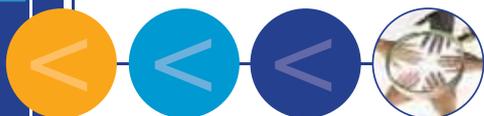
- 1° les coordonnées du déclarant qui mentionne son nom, son prénom et son adresse.  
Lorsque la notification est réalisée par un responsable de service de biologie ou de laboratoire d'analyses de biologie médicale, ou de laboratoire d'anatomocytopathologie, il mentionne en outre sur la fiche le nom, le prénom et l'adresse du prescripteur de l'analyse ou examen,
- 2° les nom, prénom, date de naissance, sexe et adresse de la personne,
- 3° des données cliniques, biologiques et socio démographiques que le médecin déclarant ou, en cas de diagnostic biologique, le médecin prescripteur porte sur la fiche de notification.

**Article 6 :**

Dès qu'il en a connaissance, le déclarant transmet la fiche spécifique de la maladie, dont le modèle est fixé par arrêté du gouvernement, soit par voie postale sous pli confidentiel portant la mention secret médical, soit par télétransmission sécurisée des données, au médecin inspecteur de santé publique de Nouvelle-Calédonie, qui la transmet à son tour, dans les mêmes conditions de confidentialité, au médecin de veille sanitaire.

A son arrivée, le médecin inspecteur de santé publique de Nouvelle-Calédonie rend anonyme la fiche de déclaration par codage informatique irréversible à partir des trois premières lettres des nom, prénom, date de naissance et sexe de la personne.

Il établit la correspondance entre le numéro d'anonymat et les éléments d'identité de la personne et en assure la conservation, aux fins de validation et d'exercice du droit d'accès, dans des conditions garantissant la confidentialité des informations et la détruit 12 mois après la date d'envoi portée par le déclarant sur la fiche de notification. Dans le même délai, le médecin de veille sanitaire supprime de la fiche les coordonnées du prescripteur et celles du responsable du service de biologie ou du laboratoire.



**Article 7 :**

Sans préjudice de la notification prévue aux articles 5 et 6, les maladies, anomalies biologiques ou situations qui justifient d'une intervention urgente à l'échelon local, national ou international doivent être signalées sans délai au médecin inspecteur de la direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie, par téléphone ou télécopie ou tout autre moyen plus approprié mis en place par la direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie.

Ce signalement a pour but de permettre la mise en place en urgence de mesures de prévention individuelle ou collective et, le cas échéant de déclencher des investigations pour identifier l'origine de la contamination ou de l'exposition. Le signalement intervient dès la survenance d'un cas suspect ou avéré de maladie ou situation figurant sur la liste de l'arrêté mentionné à l'article 3.

A la demande du médecin inspecteur de la direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie, le déclarant est tenu de lui fournir toute information nécessaire à la mise en œuvre des mesures d'investigation et d'intervention, y compris l'identité et l'adresse du patient. Ces informations peuvent être transmises à d'autres professionnels lorsque leur intervention est indispensable pour la mise en œuvre des mesures de prévention individuelle ou collective. Ces informations ne sont conservées que le temps nécessaire à l'investigation et à l'intervention.

**Article 8 :**

Les informations relatives aux maladies à déclaration obligatoire sont enregistrées, à des fins uniquement épidémiologiques, dans un fichier informatisé anonyme tenu par la direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie.

En outre, l'enregistrement des cas de maladies dont la liste est fixée par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, est réalisé dans le cadre de la mise en place d'un registre tenu par la direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie. Ce registre informatisé respecte les prescriptions édictées, en matière de recensement d'informations nominatives, par la loi modifiée n°78-17 du 6 janvier 1978 susvisée.

**Article 9 :**

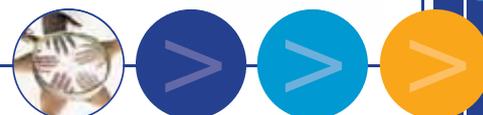
Toutes les personnes appelées à connaître, à quelque titre que ce soit, les données individuelles transmises en application des articles 5 et 7 sont astreintes au secret professionnel sous les peines prévues à l'article 226-13 du code pénal.

**Article 10 :**

Tout décès dû à l'une des maladies énumérées dans l'arrêté prévu par l'article 3 doit également être signalé selon la procédure mentionnée dans l'article 7.

**Article 11 :**

Les responsables de services et de laboratoires d'analyses de biologie médicale, publics et privés, sont tenus d'adresser également au médecin inspecteur, de la direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie, le relevé régulier de données groupées de l'activité de leur établissement concernant les maladies transmissibles dont la liste et la fréquence de transmission des données sont fixées par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. Le médecin inspecteur de la direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie peut, sur simple demande, avoir accès aux données individuelles nominatives.



**Article 12 :**

Il appartient à la direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie de transmettre les informations synthétiques et anonymes de santé publique relatives aux maladies à déclaration obligatoire aux organismes de santé nationaux, régionaux ou internationaux.

**Article 13 :**

Sont abrogées toutes dispositions antérieures contraires à la présente délibération, et notamment la délibération n° 100/CP du 13 mars 1991 relative aux maladies à déclaration obligatoire et l'article 5, section II de la délibération n° 491 du 11 août 1994 relative aux statistiques sanitaires nécessaires à une meilleure connaissance de la santé de la population en Nouvelle-Calédonie.

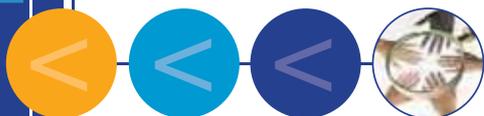
**Article 14 :**

La présente délibération sera transmise au haut-commissaire de la République en Nouvelle-Calédonie ainsi qu'au gouvernement et publiée au *Journal officiel* de la Nouvelle-Calédonie.

*Délibéré en séance publique, le 26 novembre 2008*

*Le président du congrès  
de la Nouvelle-Calédonie*

**Pierre FROGIER**



# ARRÊTÉS

## ARRÊTÉ

pris en application des articles 3 et 4 de la délibération n° 423 du 26 novembre 2008 relative aux maladies à déclaration obligatoire.

Le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie

Vu la loi organique modifiée n° 99-209 du 19 mars 1999 relative à la Nouvelle-Calédonie ;

Vu la loi modifiée n° 99-210 du 19 mars 1999 relative à la Nouvelle-Calédonie ;

Vu la délibération n°423 du 26 novembre 2008 relative aux maladies à déclaration obligatoire ;

Vu la délibération n° 298 du 14 août 2007 fixant le nombre de membres du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie ;

Vu la délibération n° 2007-28D/GNC du 24 août 2007 chargeant les membres du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie d'une mission d'animation et de contrôle d'un secteur de l'administration ;

Vu l'arrêté n° 2007-4818/GNC-Pr du 22 août 2007 constatant la prise de fonctions des membres du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie ;

Vu l'arrêté n° 2007-4820/GNC-Pr du 22 août 2007 constatant la prise de fonctions du président et de la vice-présidente du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie ;

Vu l'arrêté modifié n°2006-435 du 16 février 2006 fixant les attributions et l'organisation de la direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie,

## ARRÊTÉ

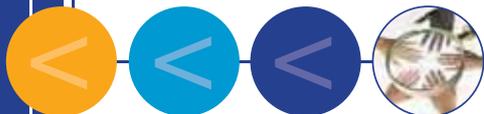
### Article 1<sup>er</sup> :

La liste des maladies qui doivent faire l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles prévue par l'article 3 de la délibération n° 423 du 26 novembre 2008 susvisée est la suivante :

- > **Arboviroses autres que celles figurant dans la liste ci-dessous.**
- > **Botulisme.**
- > **Brucellose.**
- > **Cancer.**
- > **Charbon.**



- > Chikungunya.
- > Choléra.
- > Condylomes acuminés (végétations vénériennes ou crêtes de coq).
- > Coqueluche.
- > Dengue.
- > Diphtérie.
- > Fièvres hémorragiques africaines.
- > Fièvre jaune.
- > Fièvre typhoïde ou paratyphoïde.
- > Infection aiguë par le virus de l'hépatite virale A.
- > Infection par le virus de l'hépatite virale B.
- > Infection par le virus de l'hépatite virale C.
- > Infection par le VIH quel qu'en soit le stade.
- > Infection invasive à méningocoque.
- > Infection nosocomiale ou tout autre événement indésirable grave lié à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention.
- > Légionellose.
- > Listériose.
- > Leptospirose.
- > Lèpre.
- > Orthopoxviroses dont la variole.
- > Paludisme autochtone et d'importation.
- > Peste.
- > Poliomyélite.
- > Rage.
- > Rhumatisme articulaire aigu.
- > Rougeole.
- > Saturnisme de l'enfant mineur.
- > Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines.
- > Syphilis.
- > Tétanos.
- > Toxi-infections alimentaires collectives.
- > Tuberculose.
- > Tularémie.
- > Typhus exanthématique.
- > Tout événement susceptible de représenter une menace pour la santé publique et défini par arrêté du gouvernement.



**Article 2 :**

La liste des maladies, anomalies biologiques ou situations qui justifient d'une intervention urgente à l'échelon local, national ou international prévue par l'article 4 de la délibération précitée est la suivante :

- > Arboviroses autres que celles figurant dans la liste ci-dessous.
- > Botulisme.
- > Brucellose.
- > Charbon.
- > Chikungunya.
- > Choléra.
- > Dengue.
- > Diphtérie.
- > Fièvres hémorragiques africaines.
- > Fièvre jaune.
- > Fièvre typhoïde ou paratyphoïde.
- > Infection aiguë par le virus de l'hépatite A.
- > Infection invasive à méningocoque.
- > Légionellose.
- > Listériose.
- > Orthopoxviroses dont la variole.
- > Paludisme autochtone et d'importation.
- > Peste.
- > Poliomyélite.
- > Rage.
- > Rougeole.
- > Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines.
- > Toxi-infections alimentaires collectives.
- > Tuberculose.
- > Tularémie.
- > Typhus exanthématique.
- > Tout évènement susceptible de représenter une menace pour la santé publique et défini par arrêté du gouvernement.

**Article 3 :**

Le présent arrêté sera transmis au haut-commissaire de la République en Nouvelle-Calédonie et publié au *Journal officiel* de la Nouvelle-Calédonie.

*Le membre du gouvernement  
chargé d'animer et de contrôler le secteur  
de la santé, des affaires sociales, de la  
solidarité et du handicap*

**Sylvie ROBINEAU**

*Le président du gouvernement  
de la Nouvelle-Calédonie*

**Harold MARTIN**



## ARRÊTÉ

pris en application de l'article 6 de la délibération n° 423 du 26 novembre 2008 relative aux maladies à déclaration obligatoire et fixant le modèle des fiches spécifiques des maladies à déclaration obligatoire.

Le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie

Vu la loi organique modifiée n° 99-209 du 19 mars 1999 relative à la Nouvelle-Calédonie ;

Vu la loi modifiée n° 99-210 du 19 mars 1999 relative à la Nouvelle-Calédonie ;

Vu la délibération n°423 du 26 novembre 2008 relative aux maladies à déclaration obligatoire ;

Vu la délibération n° 298 du 14 août 2007 fixant le nombre de membres du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie ;

Vu la délibération n° 2007-28D/GNC du 24 août 2007 chargeant les membres du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie d'une mission d'animation et de contrôle d'un secteur de l'administration ;

Vu l'arrêté n° 2007-4818/GNC-Pr du 22 août 2007 constatant la prise de fonctions des membres du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie ;

Vu l'arrêté n° 2007-4820/GNC-Pr du 22 août 2007 constatant la prise de fonctions du président et de la vice-présidente du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie ;

Vu l'arrêté modifié n°2006-435 du 16 février 2006 fixant les attributions et l'organisation de la direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie,

## ARRÊTÉ

### Article 1<sup>er</sup> :

Les maladies à déclaration obligatoire, prévues à l'article 3 de la délibération n° 423 du 26 novembre 2008 susvisée doivent faire l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles par l'établissement d'une fiche.

### Article 2 :

Chaque maladie renvoie à une fiche de déclaration propre dont l'ensemble des modèles sont joints en annexes.

### Article 3 :

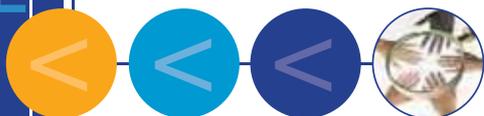
Le présent arrêté sera transmis au haut-commissaire de la République en Nouvelle-Calédonie et publié au *Journal Officiel* de la Nouvelle-Calédonie.

*Le membre du gouvernement  
chargé d'animer et de contrôler le secteur  
de la santé, des affaires sociales, de la  
solidarité et du handicap*

**Sylvie ROBINEAU**

*Le président du gouvernement  
de la Nouvelle-Calédonie*

**Harold MARTIN**





## ARRÊTÉ

pris en application de l'article 8 alinéa 1 de la délibération n° 423 du 26 novembre 2008 relative aux maladies à déclaration obligatoire et instituant un fichier informatisé anonyme des maladies à déclaration obligatoire.

Le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie

Vu la loi organique modifiée n° 99-209 du 19 mars 1999 relative à la Nouvelle-Calédonie ;

Vu la loi modifiée n° 99-210 du 19 mars 1999 relative à la Nouvelle-Calédonie ;

Vu la loi modifiée n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;

Vu la délibération n°423 du 26 novembre 2008 relative aux maladies à déclaration obligatoire ;

Vu la délibération n° 298 du 14 août 2007 fixant le nombre de membres du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie ;

Vu la délibération n° 2007-28D/GNC du 24 août 2007 chargeant les membres du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie d'une mission d'animation et de contrôle d'un secteur de l'administration ;

Vu l'arrêté n° 2007-4818/GNC-Pr du 22 août 2007 constatant la prise de fonctions des membres du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie ;

Vu l'arrêté n° 2007-4820/GNC-Pr du 22 août 2007 constatant la prise de fonctions du président et de la vice-présidente du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie ;

Vu l'arrêté modifié n°2006-435 du 16 février 2006 fixant les attributions et l'organisation de la direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie,

## ARRÊTÉ

### Article 1<sup>er</sup> :

Un fichier informatisé anonyme des maladies à déclaration obligatoire est créé à la direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie.

### Article 2 :

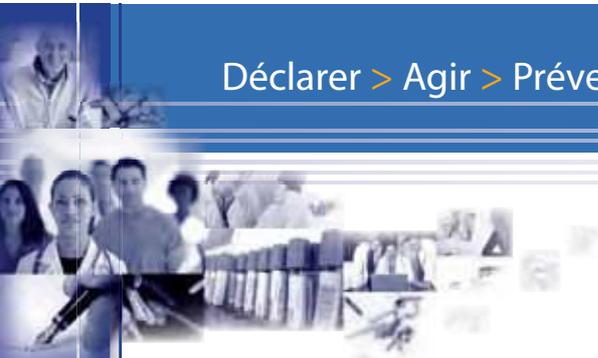
L'objet de ce fichier informatisé anonyme des maladies à déclaration obligatoire est d'effectuer des études statistiques visant à améliorer les connaissances de l'état de santé des populations de Nouvelle-Calédonie, d'assurer la surveillance épidémiologique et, de cibler et d'évaluer les actions de prévention ainsi que la prise en charge des patients.

### Article 3 :

Les catégories d'informations enregistrées sont les suivantes :

- code d'anonymat ;
- l'ensemble des données de la fiche spécifique de déclaration autres que les éléments d'identité de la personne.





**Article 4 :**

Les destinataires de ces informations, strictement anonymes, sont les médecins et les organismes de santé publique.

**Article 5 :**

Le droit d'accès prévu par l'article 34 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 susvisée s'exerce par l'intermédiaire du médecin traitant auprès du médecin épidémiologiste responsable de la gestion de ce registre nominatif informatisé.

**Article 6 :**

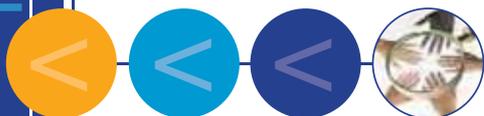
Le présent arrêté sera transmis au haut-commissaire de la République en Nouvelle-Calédonie et publié au *Journal officiel* de la Nouvelle-Calédonie.

*Le membre du gouvernement  
chargé d'animer et de contrôler le secteur  
de la santé, des affaires sociales, de la  
solidarité et du handicap*

**Sylvie ROBINEAU**

*Le président du gouvernement  
de la Nouvelle-Calédonie*

**Harold MARTIN**





## ARRÊTÉ

pris en application de l'article 8 alinéa 2 de la délibération relative aux maladies à déclaration obligatoire et fixant la liste des maladies faisant l'objet d'un registre nominatif.

Le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie

Vu la loi organique modifiée n° 99-209 du 19 mars 1999 relative à la Nouvelle-Calédonie ;

Vu la loi modifiée n° 99-210 du 19 mars 1999 relative à la Nouvelle-Calédonie ;

Vu la loi modifiée n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;

Vu la délibération n°423 du 26 novembre 2008 relative aux maladies à déclaration obligatoire ;

Vu la délibération n° 298 du 14 août 2007 fixant le nombre de membres du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie ;

Vu la délibération n° 2007-28D/GNC du 24 août 2007 chargeant les membres du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie d'une mission d'animation et de contrôle d'un secteur de l'administration ;

Vu l'arrêté n° 2007-4818/GNC-Pr du 22 août 2007 constatant la prise de fonctions des membres du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie ;

Vu l'arrêté n° 2007-4820/GNC-Pr du 22 août 2007 constatant la prise de fonctions du président et de la vice-présidente du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie ;

Vu l'arrêté modifié n°2006-435 du 16 février 2006 fixant les attributions et l'organisation de la direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie,

## ARRÊTÉ

### Article 1<sup>er</sup> :

Un registre nominatif informatisé est créé à la direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie.

### Article 2 :

Les maladies faisant l'objet d'un registre nominatif sont les suivantes :

- > Cancer ;
- > Dengue ;
- > Leptospirose ;
- > Rhumatisme articulaire aigu ;
- > Tuberculose.

### Article 3 :

L'objet de ce registre nominatif informatisé est de réaliser l'enregistrement continu et exhaustif des nouveaux cas des maladies de l'article 2 du présent arrêté, pour effectuer des études visant à améliorer les connaissances concernant ces maladies, à contribuer au suivi des patients, à évaluer des actions de prévention et, à fournir des informations utilisables à des fins de politique sanitaire.



**Article 4 :**

Les catégories d'informations enregistrées sont les suivantes :

- > **informations relatives à l'identification de la personne :**
  - nom et prénom,
  - date et lieu de naissance,
  - âge,
  - sexe,
  - commune de résidence,
  - mode de vie,
  - activité ;
- > **informations relatives au déclarant ;**
- > **informations relatives à la maladie :**
  - antécédents médicaux et épidémiologiques,
  - date et mode de diagnostic,
  - éléments cliniques et stade de la maladie,
  - traitement,
  - issue de la maladie (guérison, décès, etc.).

**Article 5 :**

Les destinataires de ces informations, strictement anonymes, sont les médecins et les organismes de santé publique.

**Article 6 :**

Le droit d'accès prévu par l'article 34 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 susvisée s'exerce par l'intermédiaire du médecin traitant auprès du médecin épidémiologiste responsable de la gestion de ce registre nominatif informatisé.

**Article 7 :**

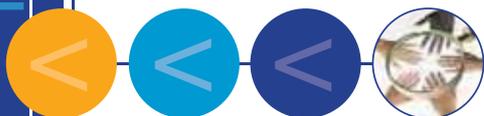
Le présent arrêté sera transmis au haut-commissaire de la République en Nouvelle-Calédonie et publié au *Journal officiel* de la Nouvelle-Calédonie.

*Le membre du gouvernement  
chargé d'animer et de contrôler le secteur  
de la santé, des affaires sociales, de la  
solidarité et du handicap*

**Sylvie ROBINEAU**

*Le président du gouvernement  
de la Nouvelle-Calédonie*

**Harold MARTIN**





## ARRÊTÉ

pris en application de l'article 11 de la délibération relative aux maladies à déclaration obligatoire et fixant la liste des maladies transmissibles faisant l'objet d'un relevé régulier de données groupées par les responsables de services et de laboratoires d'analyses de biologie médicale, publics et privés.

Le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie

Vu la loi organique modifiée n° 99-209 du 19 mars 1999 relative à la Nouvelle-Calédonie ;

Vu la loi modifiée n° 99-210 du 19 mars 1999 relative à la Nouvelle-Calédonie ;

Vu la loi modifiée n° 183 du 17 septembre 1969 portant réglementation de la vente et de l'emploi des substances vénéneuses en Nouvelle-Calédonie ;

Vu la délibération n°423 du 26 novembre 2008 relative aux maladies à déclaration obligatoire ;

Vu la délibération n° 298 du 14 août 2007 fixant le nombre de membres du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie ;

Vu la délibération n° 2007-28D/GNC du 24 août 2007 chargeant les membres du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie d'une mission d'animation et de contrôle d'un secteur de l'administration ;

Vu l'arrêté n° 2007-4818/GNC-Pr du 22 août 2007 constatant la prise de fonctions des membres du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie ;

Vu l'arrêté n° 2007-4820/GNC-Pr du 22 août 2007 constatant la prise de fonctions du président et de la vice-présidente du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie ;

Vu l'arrêté modifié n°2006-435 du 16 février 2006 fixant les attributions et l'organisation de la direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie,

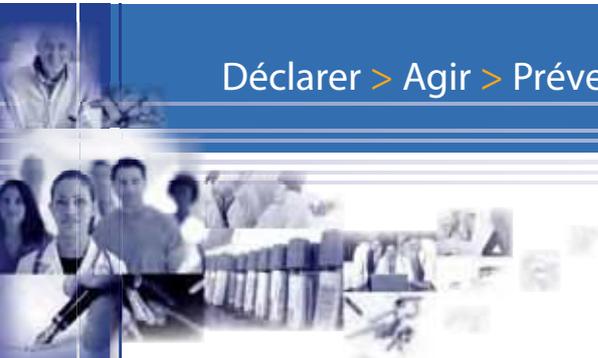
## ARRÊTÉ

### Article 1<sup>er</sup> :

La liste des maladies faisant l'objet d'un relevé régulier de données groupées d'activité par les responsables de services et de laboratoires d'analyses de biologie médicale, publics et privés comprend les agents infectieux associés à certaines des maladies énumérées dans l'article 3 de la délibération n° 423 du 26 novembre 2008 susvisée :

- > **Amibiase**
- > **Coqueluche.**
- > **Lèpre.**
- > **Maladies sexuellement transmissibles :**
  - Chancre mou (chancrelle).
  - Condylome acuminé.
  - Gonococcie.
  - Granulome inguinal (donovanose).
  - Herpès génitale.
  - Infections génitales à Chlamydiae.
  - Lymphogranulomatose vénérienne (maladie de Nicolas Favre).
  - Maladie de Reiter.
  - N. gonorrhoeae.
  - Syphilis
  - Autres infections génitales (non gonococciques).





**Article 2 :**

Ce relevé doit être transmis au médecin inspecteur de la DASS-NC tous les mois.

**Article 3 :**

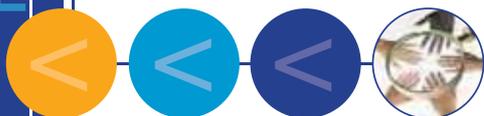
Le présent arrêté sera transmis au haut-commissaire de la République en Nouvelle-Calédonie et publié au *Journal officiel* de la Nouvelle-Calédonie.

*Le membre du gouvernement  
chargé d'animer et de contrôler le secteur  
de la santé, des affaires sociales, de la  
solidarité et du handicap*

**Sylvie ROBINEAU**

*Le président du gouvernement  
de la Nouvelle-Calédonie*

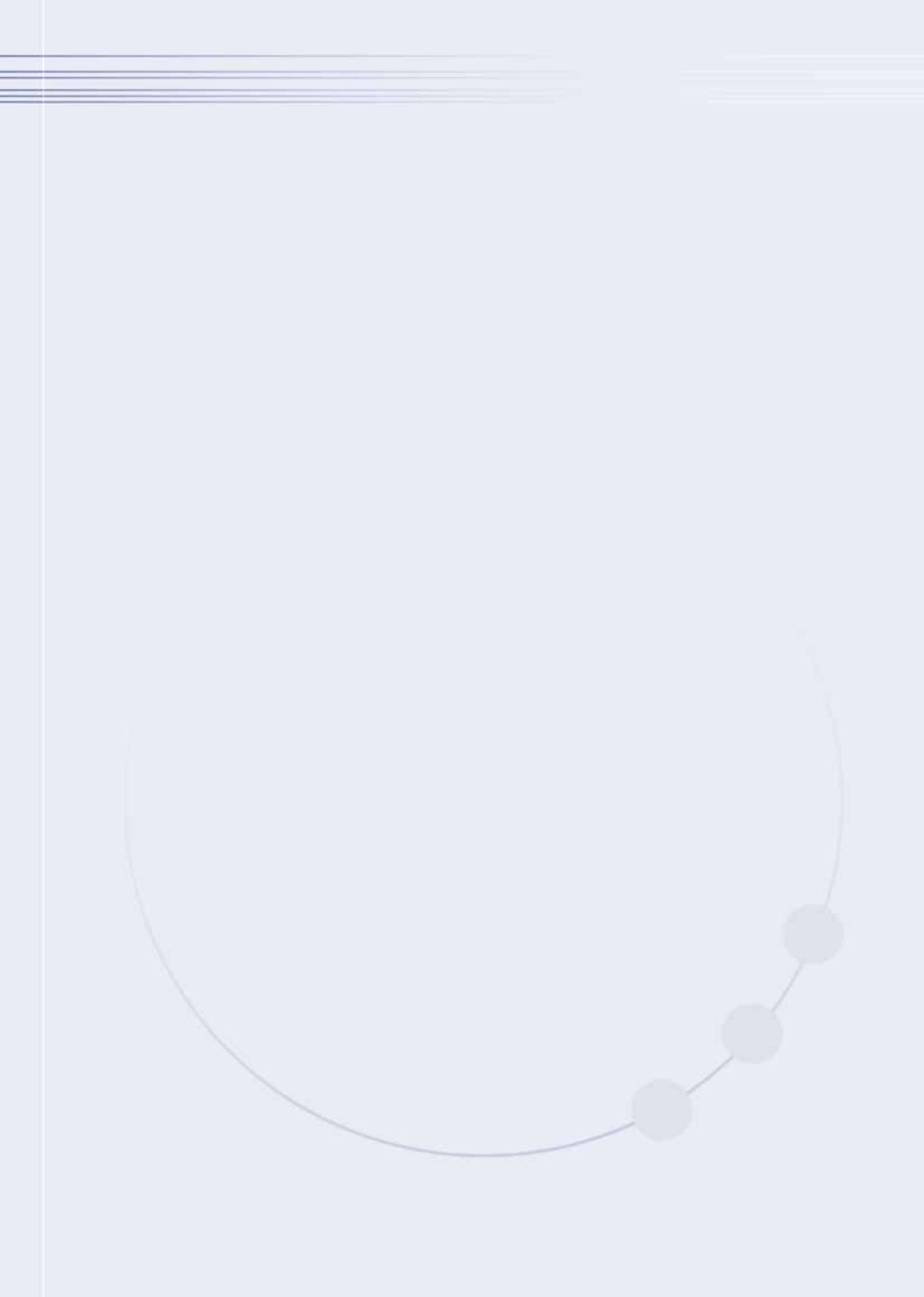
**Harold MARTIN**



- 
- A** > **S** Arboviroses autres que la dengue
  - B** > **S** Botulisme  
> **S** Brucellose
  - C** > Cancer  
> **S** Charbon  
> **S** Chikungunya  
> **S** Choléra  
> Coqueluche
  - D** > **S** Dengue  
> **S** Diphtérie
  - E** > **S** ESST - MCJ (Maladie de Creutzfeldt-Jakob)
  - F** > **S** Fièvres hémorragiques virales  
> **S** Fièvre jaune  
> **S** Fièvre typhoïde ou paratyphoïde
  - H** > **S** Hépatite A aiguë  
> Hépatite B aiguë  
> Hépatite B chronique  
> Hépatite C aiguë  
> Hépatite C chronique
  - I** > **S** Infections invasives à méningocoque  
> Infections nosocomiales  
> Infections par le VIH - SIDA
  - L** > **S** Legionellose  
> Lèpre (maladie de Hansen)  
> Leptospirose  
> **S** Listériose
  - O** > **S** Orthopoxviroses dont la variole
  - P** > **S** Paludisme  
> **S** Peste  
> **S** Poliomyélite antérieure aiguë
  - R** > **S** Rage humaine  
> Rhumatisme articulaire aigu  
> **S** Rougeole
  - S** > Saturnisme chez l'enfant mineur  
> Syphilis
  - T** > Tétanos  
> **S** Toxi-Infections Alimentaires Collectives  
> **S** Tuberculose  
> **S** Tularémie  
> **S** Typhus exanthématique

**S** = Signalement







<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



**DASS**  
Direction des Affaires  
Sanitaires et Sociales

### Autres arboviroses

(que la dengue, la fièvre jaune, le chikungunya,  
les fièvres hémorragiques virales africaines)

**IMPORTANT :** cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, fax... ) au médecin inspecteur de la DASS-NC. Cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F  Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Commune domicile : \_\_\_\_\_  
 Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_



#### Confirmation biologique :

Sérologie	Date(s)	Faite Nature du prélèvement (sang, LCR, autre)	Résultat(s)		Non faite
			Positif	Négatif	
IgM	1 <sup>er</sup> prélèvement	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 <sup>ème</sup> prélèvement	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCR	1 <sup>er</sup> prélèvement	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 <sup>ème</sup> prélèvement	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isolement	1 <sup>er</sup> prélèvement	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 <sup>ème</sup> prélèvement	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Clinique :

Date du début des signes : \_\_\_\_\_  
 Fièvre > 38,5° Oui  Non  Ne sait pas   
 Douleurs articulaires Oui  Non  Ne sait pas   
 Eruption cutanée Oui  Non  Ne sait pas   
 Autre(s), préciser : \_\_\_\_\_  
 Hospitalisation Oui  Non  Ne sait pas   
 Si oui, date d'admission : \_\_\_\_\_ de sortie : \_\_\_\_\_  
 Raisons de l'hospitalisation :  
 Encéphalite : Oui  Non  Ne sait pas   
 Autre(s) raison(s), préciser : \_\_\_\_\_

#### Evolution :

Guérison Oui  Non  Ne sait pas  Décès : Oui  Non   
 Séjour hors NC Oui  Non  Ne sait pas  Si oui, date du décès : \_\_\_\_\_

#### Séjour en dehors de la commune de résidence principale :

Si oui, préciser le(s) lieu(x) : \_\_\_\_\_ Date de retour : \_\_\_\_\_

#### Séjour à l'étranger :

Si oui, préciser le(s) pays : \_\_\_\_\_ Date de retour en NC : \_\_\_\_\_

#### Séjour en dehors du département de résidence principale :

Si oui, préciser le(s) lieu(x) / départements : \_\_\_\_\_

Autre(s) cas dans l'entourage : Oui  Non  Ne sait pas  Si oui, combien de cas : \_\_\_\_\_



<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



**IMPORTANT :** cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, fax... ) au médecin inspecteur de la DASS-NC. Cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F  Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Commune domicile : \_\_\_\_\_

Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_

Nombre de malades : \_\_\_\_\_ Nombre de malades hospitalisés : \_\_\_\_\_ Nombre de malades décédés : \_\_\_\_\_

**Caractéristiques du/des malades**

	Cas n° 1	Cas n° 2	Cas n° 3	Cas n° 4
Age (ans)	_____	_____	_____	_____
Sexe (M-F)	_____	_____	_____	_____
Code commune	_____	_____	_____	_____
Hospitalisation <i>Oui, non, date (jj-mm-aa)</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> _____			
Dates des 1 <sup>ers</sup> signes cliniques	_____	_____	_____	_____
Troubles digestifs <i>(préciser) vomissements, diarrhée, constipation, sécheresse de la bouche</i>	_____	_____	_____	_____
Troubles visuels <i>Oculo-moteurs (préciser)</i>	_____	_____	_____	_____
Paralysies <i>(préciser)</i>	_____	_____	_____	_____
Assistance respiratoire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Evolution <i>(guérison, en cours, décès)</i>	Guérison <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/>	Guérison <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/>	Guérison <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/>	Guérison <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/>
Confirmation du diagnostic <i>(recherche toxine, autre)</i>	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait <input type="checkbox"/>	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait <input type="checkbox"/>	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait <input type="checkbox"/>	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait <input type="checkbox"/>

**Confirmation de diagnostic :**

Recherche de *Clostridium botulinum* : Positif  Négatif  Non fait

Recherche de Toxine botulique : Positif  Négatif  Non fait

Type de la toxine : \_\_\_\_\_

Type de la toxine : Dans sérum : Oui  Non  Dans les selles : Oui  Non

Dans l'aliment : Oui  Non  Autre prélèvement : Oui  Non

Préciser : \_\_\_\_\_

**Origine de l'intoxication (alimentaire, blessure, ...):**

Si alimentaire, précisez : Date de la consommation : \_\_\_\_\_

Aliment incriminé ou suspecté : \_\_\_\_\_

Commune du repas : \_\_\_\_\_ Nombre de personnes ayant participé au repas : \_\_\_\_\_

Lieu du repas : Familial  Restaurant  Collectivité  Préciser : \_\_\_\_\_  
*Ex. : école, entreprise, hôpital, crèche, maison de retraite, CAT, MAS)*

Origine de l'aliment suspecté : Familiale  Commercialisée  Si commercialisée : Industrielle  Artisanale

Commentaires (circonstances, ...): \_\_\_\_\_



<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



**IMPORTANT :** cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, fax... ) au médecin inspecteur de la DASS-NC. Cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F  Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Commune domicile : \_\_\_\_\_

Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_



Date des premiers signes cliniques : \_\_\_\_\_

**Confirmation du diagnostic**

Isolement Oui  Non  Non effectué

Site de prélèvement : \_\_\_\_\_

Date du prélèvement : \_\_\_\_\_

Espèce isolée  *B. melitensis*  *B. abortus suis*  
 *B. abortus bovi*  *B. canis*

**Sérologie**

1<sup>er</sup> prélèvement

2<sup>ème</sup> prélèvement

Méthode 1 : _____	Méthode 2 : _____	Méthode 1 : _____	Méthode 2 : _____
Date : _____	Date : _____	Date : _____	Date : _____
Titre 1 : _____	Titre 1 : _____	Titre 2 : _____	Titre 2 : _____
<input type="checkbox"/> En cours			
<input type="checkbox"/> Non effectué			

**Expositions à risque (dans les 3 mois précédant les premiers signes de brucellose)**

Profession et secteur d'activités : \_\_\_\_\_

Contact avec des animaux (vivants ou morts) :

Bovins : Oui  Non  Inconnu   
 Ovins : Oui  Non  Inconnu   
 Caprins : Oui  Non  Inconnu   
 Porcins : Oui  Non  Inconnu   
 Autres : Oui  Non  Inconnu

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Manipulation de produits d'avortement : Oui  Non  Inconnu

Manipulation de fumier naturel : Oui  Non  Inconnu

Consommation de :

Lait cru de vache : Oui  Non  Inconnu   
 de brebis : Oui  Non  Inconnu   
 de chèvre : Oui  Non  Inconnu   
 Fromage frais au lait cru : de vache : Oui  Non  Inconnu   
 de brebis : Oui  Non  Inconnu   
 de chèvre : Oui  Non  Inconnu   
 Viande peu cuite : de bœuf : Oui  Non  Inconnu   
 de mouton : Oui  Non  Inconnu   
 autre : Oui  Non  Inconnu

Si oui, précisez laquelle : \_\_\_\_\_

Séjour à l'étranger : Oui  Non  Inconnu  Si oui, précisez le ou les pays : \_\_\_\_\_

**Cas dans l'entourage**

Oui  Non  Inconnu

Combien ? \_\_\_\_\_

\*Remplir une fiche pour tous les cas confirmés ou probables





**Argument le plus sûr du diagnostic de cancer :**

**Non microscopique**

- Clinique seule
- Radio, Endoscopie, angiographie EEG, isotopes
- Chirurgie exploratrice / autopsie sans histologie
- Tests bioch. Spécifiques / tests immunologiques

**Microscopique**

- Cytologie / hématologie
- Histologie de la métastase
- Histologie de la tumeur primaire
- Autopsie liée à l'examen histologique
- Inconnu

Localisation de la tumeur : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**But du traitement :**

- Pas de traitement
- Traitement palliatif
- Curatif
- Non noté

**Type de traitement :**

- Radiothérapie
- Chimiothérapie
- Immunothérapie
- Chirurgie (à décrire)

\_\_\_\_\_

- Autre (à décrire)

\_\_\_\_\_

**Si pas de traitement, donner la raison principale :**

- Refusé
- Grand âge
- Extension de la maladie
- Consultation seulement
- Condition générale
- Tumeur occulte découverte à l'autopsie
- Traité ailleurs
- Ne revient pas
- Certificat de décès
- Non noté

**A compléter si le malade est décédé :**

Date du décès : \_\_\_\_\_

Certificat :  Oui  Non

**Validation de la fiche :**

Fiche préparée par

\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Fiche contrôlée par

\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**Médecin ou biologiste déclarant (tampon)**

Nom : \_\_\_\_\_  
 Établissement / service : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Tél/Fax : \_\_\_\_\_  
 Signature : \_\_\_\_\_

**Si notification par un biologiste**

Nom : \_\_\_\_\_  
 Établissement / service : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Tél/Fax : \_\_\_\_\_  
 Signature : \_\_\_\_\_



**DASS**  
 Direction des Affaires  
 Sanitaires et Sociales

**Charbon**

**IMPORTANT :** cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, fax, ...) au médecin inspecteur de la DASS-NC. Cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F  Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Commune domicile : \_\_\_\_\_

Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_

**Signes cliniques :**

Date des 1<sup>ers</sup> signes cliniques : \_\_\_\_\_

Forme clinique :

Cutanée Oui  Non   
 Digestive : Oui  Non   
 Méningée : Oui  Non   
 Pulmonaire : Oui  Non   
 Septicémie : Oui  Non   
 Rhinopharyngée : Oui  Non

Hospitalisation : Oui  Non

Si oui, date de l'hospitalisation : \_\_\_\_\_

Lieu de l'hospitalisation : \_\_\_\_\_

Evolution (à la date de la notification) : Encore malade  Guérison  Décès  Si décès, date : \_\_\_\_\_

**Confirmation du diagnostic :**

Isolement du *Bacillus anthracis* dans :

Forme clinique :

Vésicule  Date : \_\_\_\_\_  
 Sang  Date : \_\_\_\_\_  
 LCR  Date : \_\_\_\_\_  
 Adénopathies  Date : \_\_\_\_\_

Sous une escare  Date : \_\_\_\_\_  
 Selle  Date : \_\_\_\_\_  
 Expectoration  Date : \_\_\_\_\_  
 Rhinopharynx  Date : \_\_\_\_\_

La souche a-t-elle été transmise au CNR : Oui  Non

Amplification génétique faite : Oui  Non  Si oui, date : \_\_\_\_\_ Résultat : Positive  Négative

**Origine suspectée de la contamination (au cours des deux mois précédant la date de début des signes) : (Plusieurs réponses possibles)**

- Voyage dans un pays d'endémie (Afrique, Moyen Orient, Asie du Sud, ...); nom du (des) pays : \_\_\_\_\_  
 Date de retour en NC : \_\_\_\_\_
- Contact avec un animal atteint ou suspect de charbon :  
 Lequel : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_  
 Confirmation bactériologique : Oui  Non
- Consommation de viandes ou autres produits d'origine animale en provenance de zone d'endémie
- Consommation de viandes ou autres produits d'origine animale issus d'animaux abattus dans un cadre familial ou rituel
- Manipulations de produits importés de zone d'endémie (laines ou cuirs artisanaux, autres sous-produits animaux...)
- Autre. Détailler : \_\_\_\_\_

**Existence d'autres cas dans l'entourage :** Oui  Non

Si oui :

1. Date du diagnostic : \_\_\_\_\_ Confirmé  Probable :  Origine suspectée : \_\_\_\_\_  
 2. Date du diagnostic : \_\_\_\_\_ Confirmé  Probable :  Origine suspectée : \_\_\_\_\_  
 3. Date du diagnostic : \_\_\_\_\_ Confirmé  Probable :  Origine suspectée : \_\_\_\_\_



<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



**IMPORTANT :** cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, fax... ) au médecin inspecteur de la DASS-NC. Cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F  Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Commune domicile : \_\_\_\_\_

Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_

### Confirmation biologique

Sérologie	Date(s)	Faite Nature du prélèvement (sang, LCR, autre)	Résultat(s)		Non faite
			Positif	Négatif	
IgM	1 <sup>er</sup> prélèvement	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 <sup>ème</sup> prélèvement	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCR	1 <sup>er</sup> prélèvement	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 <sup>ème</sup> prélèvement	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isolement	1 <sup>er</sup> prélèvement	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 <sup>ème</sup> prélèvement	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Clinique

Date du début des signes : \_\_\_\_\_

Fièvre > 38,5° Oui  Non  Ne sait pas

Douleurs articulaires Oui  Non  Ne sait pas

Eruption cutanée Oui  Non  Ne sait pas

Aure(s), préciser : \_\_\_\_\_

Hospitalisation Oui  Non  Ne sait pas

Si **oui**, date d'admission : \_\_\_\_\_ de sortie : \_\_\_\_\_

Raisons de l'hospitalisation :

Encéphalite : Oui  Non  Ne sait pas

Aure(s) raison(s), préciser : \_\_\_\_\_

### Evolution

Guérison Oui  Non  Ne sait pas

Décès Oui  Non  Ne sait pas  Si oui, date du décès : \_\_\_\_\_

### Exposition

Dans les **15 jours** avant la date de début des signes (plusieurs réponses possibles) :

Séjour à l'étranger Oui  Non  Ne sait pas

Si **oui** préciser le(s) pays : \_\_\_\_\_ Date de retour : \_\_\_\_\_

Séjour en dehors du département de résidence principale Oui  Non  Ne sait pas

Si **oui** préciser le(s) lieu(x) / départements : \_\_\_\_\_

Autre(s) cas dans l'entourage : Oui  Non  Ne sait pas  Si oui, combien de cas : \_\_\_\_\_



<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



**IMPORTANT :** cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, fax... ) au médecin inspecteur de la DASS-NC. Cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F  Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Commune domicile : \_\_\_\_\_

Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_

**Signes cliniques :**

Date des 1<sup>er</sup> signes cliniques : \_\_\_\_\_

Hospitalisation : Oui  Non  Si oui, date de l'hospitalisation : \_\_\_\_\_

Lieu de l'hospitalisation : \_\_\_\_\_

Evolution : Encore malade  Guérison  Décès  Si décès, date : \_\_\_\_\_

**Bactériologie :**

Identification du vibron : Coproculture  Autre  Précisez : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Laboratoire (Nom) : \_\_\_\_\_

Confirmation du CNR Oui  Non  Date : \_\_\_\_\_

Sérogroupe : \_\_\_\_\_ Sérotype : \_\_\_\_\_

**Origine possible de la contamination :**

Séjour à l'étranger (dans les 5 jours précédant le début des signes) : Oui  Non

Si **oui**, précisez le lieu : Pays : \_\_\_\_\_

Localité : \_\_\_\_\_ Date de retour en NC : \_\_\_\_\_

Consommation d'eau non-embouteillée : Oui  Non

Consommation de fruits ou légumes crus non pelés : Oui  Non

Si **non**, consommation de produits frais venant du pays d'endémie : Oui  Non

Si **oui**, type de produits : \_\_\_\_\_ Origine : \_\_\_\_\_

Autres malades dans l'entourage : Oui  Non  Si oui, précisez le nombre : \_\_\_\_\_

Précisez l'année de naissance des autres malades en leur attribuant un numéro d'ordre et remplir **une fiche pour chaque malade cliniquement possible ou confirmé** en indiquant le numéro d'ordre :

1. Année naissance : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Année naissance : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Année naissance : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Prophylaxie :**

Isolement du malade : Oui  Non  Si oui, date : \_\_\_\_\_

Recherche de vibriens dans l'entourage : Oui  Non

Chimioprofilaxie de l'entourage : Oui  Non

Si oui, précisez le nombre de personnes traitées : \_\_\_\_\_ Antibiotique utilisé : \_\_\_\_\_



<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



**IMPORTANT** : cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F  Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Commune domicile : \_\_\_\_\_

Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_

**Description du cas :**

Date de début de la phase catarrhale : \_\_\_\_\_

Date de début des épisodes de toux paroxystique : \_\_\_\_\_

Autres signes cliniques : Oui  Non  Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

Complications : Oui  Non

\_\_\_\_\_

**Hospitalisation :** Oui  Non  Date : \_\_\_\_\_

Lieu : \_\_\_\_\_

Traitement antibiotique : Oui  Non  Date : \_\_\_\_\_

Lequel : \_\_\_\_\_

**Contexte épidémiologique :**

Fréquentation d'une collectivité : Oui  Non

Adresse : \_\_\_\_\_

**Source de contamination probable :**

Nombre de cas dans l'entourage (précisez l'âge) :

Famille : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Amis : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Autres, préciser : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Vaccination :**

Date : \_\_\_\_\_ Vaccin : \_\_\_\_\_ Lot : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Vaccin : \_\_\_\_\_ Lot : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Vaccin : \_\_\_\_\_ Lot : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Vaccin : \_\_\_\_\_ Lot : \_\_\_\_\_

**Confirmation biologique :**

Type de test : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Résultat : \_\_\_\_\_



<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



**IMPORTANT :** cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, fax... ) au médecin inspecteur de la DASS-NC. Cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F  Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Adresse exacte : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Quartier : \_\_\_\_\_ Tribu : \_\_\_\_\_ Commune domicile : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_



**LA MENTION D'UNE ADRESSE EST INDISPENSABLE POUR L'INITIATION RAPIDE DE LA LUTTE PERIFOCALE**

Autres adresses exactes (professionnelle, scolaire,...) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

**Contexte épidémiologique :**

Cas isolé  Contexte épidémique  précisez \_\_\_\_\_

Voyage hors NC récent : Non  Oui  où ? \_\_\_\_\_

Date de retour : \_\_\_\_\_

Notion d'antécédents de Dengue : Non  Oui  Année : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_ Type : \_\_\_\_\_

Ne sait pas

**Clinique :**

Date d'apparition des signes : \_\_\_\_\_ Fièvre : Non  Oui

Signes présents :

- |   |  |                                    |
|---|--|------------------------------------|
| Début brutal <input type="checkbox"/>         | Courbatures, myalgies <input type="checkbox"/>     | Céphalées <input type="checkbox"/> |
| Nausées/vomissements <input type="checkbox"/> | Douleurs rétro-orbitaires <input type="checkbox"/> | Eruption <input type="checkbox"/>  |
| Signes hémorragiques <input type="checkbox"/> | Précisez (purpura, épistaxis...) : _____           |                                    |
| Signes de Choc <input type="checkbox"/>       | Précisez (hypotension, pouls filant...) : _____    |                                    |
| Autres symptômes (à préciser) : _____         |  |                                    |

**Evolution :**

- |                 |                              |                              |                                      |  |
|-----------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|--|
| Guérison        | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sait pas <input type="checkbox"/> |  |
| Hospitalisation | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sait pas <input type="checkbox"/> | Si oui, date d'admission : _____<br>date de sortie : _____ |
| Décès           | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sait pas <input type="checkbox"/> | Si oui, date du décès : _____                              |

**Prélèvements effectués (minimum 1 tube sec) :**

Date de prélèvement : \_\_\_\_\_ soit **J** \_\_\_\_\_ (J1 correspond au premier jour des signes cliniques)  
Précisez : Prélèvement initial  2<sup>ème</sup> prélèvement

**CADRE À REMPLIR PAR LE LABORATOIRE**

**Analyses réalisées :**

Profil précoce : ARN Viral (PCR) (J1 à J5) } Antigène NS1 strip (J1 à J5) } Profil tardif : { Antigène NS1 ELISA (J2 à J8) } IgM Dengue (> J4)	Résultat : Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Douteux <input type="checkbox"/>
	Résultat : Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Douteux <input type="checkbox"/>
	Résultat : Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Douteux <input type="checkbox"/>
	Résultat : Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Douteux <input type="checkbox"/>
Hématologie : GB : _____ Plaq : _____ Hte : _____	

**Conclusion LABO :** Cas  cas suspect  cas probable  cas confirmé  DH  DSC   
Virus Type 1  Type 2  Type 3  Type 4  Non typé



<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



**IMPORTANT :** cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, fax... ) au médecin inspecteur de la DASS-NC. Cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F  Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Adresse exacte : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Quartier : \_\_\_\_\_ Tribu : \_\_\_\_\_ Commune domicile : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_



### LA MENTION D'UNE ADRESSE EST INDISPENSABLE POUR L'INITIATION RAPIDE DE LA LUTTE PERIFOCALÉ

Autres adresses exactes (professionnelle, scolaire,...) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

#### Contexte épidémiologique :

Cas isolé  Contexte épidémique  précisez \_\_\_\_\_

Voyage hors NC récent : Non  Oui  où ? \_\_\_\_\_

Date de retour : \_\_\_\_\_

Notion d'antécédents de Dengue : Non  Oui  Année : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_ Type : \_\_\_\_\_

Ne sait pas

#### Clinique :

Date d'apparition des signes : \_\_\_\_\_ Fièvre : Non  Oui

Signes présents :

Début brutal  Courbatures, myalgies  Céphalées

Nausées/vomissements  Douleurs rétro-orbitaires  Eruption

Signes hémorragiques  Précisez (purpura, épistaxis...) : \_\_\_\_\_

Signes de Choc  Précisez (hypotension, pouls filant...) : \_\_\_\_\_

Autres symptômes (à préciser) : \_\_\_\_\_

#### Evolution :

Guérison Oui  Non  Ne sait pas

Hospitalisation Oui  Non  Ne sait pas  Si oui, date d'admission : \_\_\_\_\_

date de sortie : \_\_\_\_\_

Décès Oui  Non  Ne sait pas  Si oui, date du décès : \_\_\_\_\_

#### Prélèvements effectués (minimum 1 tube sec) :

Date de prélèvement : \_\_\_\_\_ soit J \_\_\_\_\_ (J1 correspond au premier jour des signes cliniques)

Précisez : Prélèvement initial  2<sup>ème</sup> prélèvement

#### CADRE À REMPLIR PAR LE LABORATOIRE

##### Analyses réalisées :

Profil précoce : ARN Viral (PCR) (J1 à J5) } Résultat : Positif  Négatif  Douteux

Profil tardif : { Antigène NS1 strip (J1 à J5) } Résultat : Positif  Négatif  Douteux

{ Antigène NS1 ELISA (J2 à J8) } Résultat : Positif  Négatif  Douteux

{ IgM Dengue (> J4) } Résultat : Positif  Négatif  Douteux

Hématologie : GB : \_\_\_\_\_ Plaq : \_\_\_\_\_ Hte : \_\_\_\_\_

Conclusion LABO : Cas cas suspect  cas probable  cas confirmé  DH  DSC

Virus Type 1  Type 2  Type 3  Type 4  Non typé

Maladie à déclaration obligatoire (délibération 423 du 26 novembre 2008) - Cette fiche fait l'objet d'un traitement informatique automatisé déclaré à la CNIL.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978, le patient ou le médecin déclarant ont le droit d'accès et de rectification immédiat au fichier par demande directe au médecin inspecteur de la DASS-NC, 5 rue du Général Gallieni, BP N4 98851 NOUMEA Cedex. Fiche à transmettre au médecin inspecteur de la DASS-NC, 5 rue du Général Gallieni, BP N4 98851 NOUMEA Cedex - Tél : 24 37 00 - Fax. 05 11 33 - Numéro vert. 05 11 03



<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



**IMPORTANT :** cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, fax... ) au médecin inspecteur de la DASS-NC. Cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F  Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Commune domicile : \_\_\_\_\_

Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_

**Signes cliniques :**

Date des 1<sup>ers</sup> signes cliniques : \_\_\_\_\_

Terrain particulier : \_\_\_\_\_

Hospitalisation : Date de l'hospitalisation : \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_ jours

Evolution : Encore malade  Guérison  Décès  Si décès, date : \_\_\_\_\_

Séquelles  Préciser : \_\_\_\_\_

**Confirmation du diagnostic (cas clinique ou isolement chez un porteur asymptomatique) :**

Date d'isolement : \_\_\_\_\_ Laboratoire (Nom) : \_\_\_\_\_

Adresse du laboratoire : \_\_\_\_\_

Nature du prélèvement : \_\_\_\_\_ Toxine identifiée par : PCR  Autre tech.

**Antécédents vaccinaux :**

Le sujet a-t-il reçu dans le passé une vaccination antidiphtérique complète (≥ 3 Doses) ? : Oui  Non  Inconnu

Si oui, nom du vaccin utilisé : \_\_\_\_\_ Date de la dernière dose : \_\_\_\_\_

**Notion de contagion connue :** Oui  Non

Si oui, voyage récent en zone d'endémie : Oui  Non  Pays visité : \_\_\_\_\_

Date de retour en NC : \_\_\_\_\_

Contact avec un sujet revenant de zone d'endémie : Oui  Non  Pays visité : \_\_\_\_\_

Contact avec un cas : Oui  Non

Autre, préciser les circonstances : \_\_\_\_\_

**Surveillance et prophylaxie des sujets contacts :**

En collectivité : Oui  Non  En milieu familial : Oui  Non

Culture : Nombre de personnes prélevées : \_\_\_\_\_ Nombre de cultures positives : \_\_\_\_\_

Vaccination : Nombre de personnes : \_\_\_\_\_

Antibioprophylaxie : Nombre de personnes (primo-vaccinées ou revaccinées) : \_\_\_\_\_

Nombre de nouveaux cas : \_\_\_\_\_



<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



**IMPORTANT :** cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, fax... ) au médecin inspecteur de la DASS-NC. Cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F  Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Commune domicile : \_\_\_\_\_

Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_

**Premiers symptômes de la maladie :**

Détaillez : \_\_\_\_\_

Date d'apparition (mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

**Signes cliniques :**

Démence : Oui  Non  Si oui, date de début (mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Syndrome cérébelleux : Oui  Non  Si oui, date de début (mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Myoclonie : Oui  Non  Si oui, date de début (mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Autres signes (détaillez en indiquant la date de début) : \_\_\_\_\_ Date de début (mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

**Examens paracliniques :**

EEG caractéristique Oui  Non  Date d'examen (mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Imagerie normale (Scanner ou IRM) Oui  Non  Date d'examen (mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Ponction lombaire normale Oui  Non  Date d'examen (mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Recherche de la protéine 14-3-3 dans LCR Oui  Non  Si oui, résultats : Positif  Négatif

Commentaires : \_\_\_\_\_

**Examens effectués ou prévus :**

Examen génétique du gène de la PrP Oui  Non  Si oui, présence d'une mutation ou insertion : Oui  Non

Autopsie prévue Oui  Non  Si non, motifs : \_\_\_\_\_

Autre, préciser : Oui  Non  Si oui, résultats : \_\_\_\_\_

Le patient est-il ou a-t-il été hospitalisé : Oui  Non  Date de première hospitalisation (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Lieu : \_\_\_\_\_

**Facteur risque :**

Dernière profession exercée par le patient : \_\_\_\_\_

Antécédents de traitement :

Par hormone de croissance extractive : Oui  Non  Inconnu

Si oui, date de début de traitement (mm/aaaa) : \_\_\_\_\_ Date de fin de traitement (mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Par gonadotrophines hypophysaires extractives : Oui  Non  Inconnu

Par glucocébroside extractive (Cérédase®) : Oui  Non  Inconnu

Antécédents familiaux de maladies à prion : Oui  Non  Inconnu

Si oui, préciser la maladie et le lien de parenté : \_\_\_\_\_

Antécédents d'interventions neurochirurgicales ou ophtalmologiques : Oui  Non  Inconnu

Si oui, type d'intervention : \_\_\_\_\_ Date (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Utilisation de dure-mère (neurochirurgie, embolisation, ...): Oui  Non  Inconnu



Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	Si notification par un biologiste
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



## Fièvres Hémorragiques Africaines

**IMPORTANT :** cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, fax... ) au médecin inspecteur de la DASS-NC. Cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F  Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Commune domicile : \_\_\_\_\_  
 Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_

### Signes cliniques :

Date des 1<sup>ers</sup> signes cliniques : \_\_\_\_\_  
 Hospitalisation : Oui  Non  Si oui, date de l'hospitalisation : \_\_\_\_\_  
 Lieu de l'hospitalisation : \_\_\_\_\_  
 Evolution : Encore malade  Guérison  Décès  Si décès, date : \_\_\_\_\_

### Virologie :

Date : \_\_\_\_\_ Type de virus : \_\_\_\_\_  
 Laboratoire (Nom) : \_\_\_\_\_  
 Identification par :  
 Isolement Oui  Non   
 Sérologie Oui  Non   
 PCR Oui  Non   
 Autres Oui  Non  Précisez : \_\_\_\_\_

### Origine de la contamination :

Séjour à l'étranger (dans les 3 semaines précédant le début des signes) : Oui  Non   
 Si oui, précisez : Le pays : \_\_\_\_\_  
 Lieux suspectés de contamination : \_\_\_\_\_  
 Type d'exposition : \_\_\_\_\_  
 Date de retour en NC : \_\_\_\_\_  
 Autres malades dans l'entourage : Oui  Non   
 Si oui, précisez le nombre : \_\_\_\_\_  
 Précisez l'année de naissance des autres malades en leur attribuant un numéro d'ordre et remplir une fiche pour chaque malade cliniquement possible ou confirmé en indiquant le numéro d'ordre :

1. Année naissance : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 2. Année naissance : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 3. Année naissance : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Prophylaxie :

Isolement du malade : Oui  Non  Si oui, date : \_\_\_\_\_  
 Existence de cas secondaire dans l'entourage : Oui  Non   
 Information du personnel médical et paramédical : Oui  Non



<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



**IMPORTANT :** cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, fax... ) au médecin inspecteur de la DASS-NC. Cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F  Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Commune domicile : \_\_\_\_\_

Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_

**Signes cliniques :**

Date des 1<sup>ers</sup> signes cliniques : \_\_\_\_\_

Hospitalisation : Oui  Non  Si oui, date de l'hospitalisation : \_\_\_\_\_

Lieu de l'hospitalisation : \_\_\_\_\_

Evolution : Encore malade  Guérison  Décès  Si décès, date : \_\_\_\_\_

**Virologie :**

Date : \_\_\_\_\_ Laboratoire (Nom) : \_\_\_\_\_

Identification par :

Isolement	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
IF	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Sérologie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
PCR	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Histopathologie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Autres	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Précisez : \_\_\_\_\_

**Origine de la contamination :**

Séjour à l'étranger (dans les 6 jours précédant le début des signes) : Oui  Non

Si oui, précisez le lieu : \_\_\_\_\_ Localité(s) : \_\_\_\_\_

Séjour en forêt : Oui  Non  Date de retour en NC : \_\_\_\_\_

Autres malades dans l'entourage : Oui  Non  \_\_\_\_\_

Si oui, précisez le nombre : \_\_\_\_\_

Précisez l'année de naissance des autres malades en leur attribuant un numéro d'ordre et remplir **une fiche pour chaque malade cliniquement possible ou confirmé** en indiquant le numéro d'ordre :

1. Année naissance : \_\_\_\_\_

2. Année naissance : \_\_\_\_\_

3. Année naissance : \_\_\_\_\_

**Prophylaxie :**

**Le malade avait-il été vacciné contre la fièvre jaune :** Oui  Non

Si oui, date de la dernière vaccination : \_\_\_\_\_



<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



**IMPORTANT :** cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, fax, ...) au médecin inspecteur de la DASS-NC. Cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F  Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Commune domicile : \_\_\_\_\_

Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_

**Caractéristiques de la maladie :**

**Fièvre :** Oui  Non  Inconnu  Date des 1<sup>ers</sup> signes cliniques : \_\_\_\_\_

Hospitalisation : Oui  Non  Inconnu  Si oui, date de l'hospitalisation : \_\_\_\_\_

Durée d'hospitalisation : \_\_\_\_\_ jours Evolution : Encore malade  Guérison  Décès  Si décès, date : \_\_\_\_\_

**Antécédents vaccinaux :** Le patient a-t-il été vacciné contre la fièvre typhoïde ? : Oui  Non  Inconnu

Si oui, nom du vaccin : \_\_\_\_\_ Date de la dernière injection : \_\_\_\_\_

**Confirmation microbiologique :**

Isolement de : *Salmonella* Typhi  Site(s) de prélèvement(s) positif(s) : Sang

*Salmonella* Paratyphi A  Selles

*Salmonella* Paratyphi B  Autre

*Salmonella* Paratyphi C  Préciser \_\_\_\_\_

Date du 1<sup>er</sup> prélèvement positif : \_\_\_\_\_

**Origine de la contamination :**

Le patient a-t-il séjourné dans un pays étranger au cours du mois précédant le début des symptômes ? Oui  Non  Inconnu

Si oui, quel pays ? \_\_\_\_\_ Date de retour en NC : \_\_\_\_\_

Origine supposée de la contamination ? \_\_\_\_\_

Y a-t-il d'autres cas (confirmés par isolement ou cliniquement suspectés) dans l'entourage ? Oui  Non  Inconnu

Si oui : Âge (ans) :	Date du diagnostic	Séjour étranger dans le mois précédent les symptômes	Pays du séjour	Lien avec le cas
_____	_____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	_____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	_____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	_____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	_____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____	_____

Remplir une fiche de notification pour chaque cas confirmé



<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



**IMPORTANT :** cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, fax... ) au médecin inspecteur de la DASS-NC. Cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F  Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Commune domicile : \_\_\_\_\_  
 Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_

**Diagnostic biologique :**

Réactif : \_\_\_\_\_  
 Date du prélèvement IgM VHA positif : \_\_\_\_\_ Signal échantillon : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Seuil de positivité : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
 ALAT (SGPT) : \_\_\_\_\_ Normale du laboratoire : \_\_\_\_\_

**Clinique :**

Présence de symptômes\* : Oui  Non  Ne sait pas   
 (\*asthénie, anorexie, fièvre, vomissements, douleurs abdominales, diarrhée)  
 Ictère : Oui  Non  Ne sait pas  Si oui, date de début de l'ictère : \_\_\_\_\_  
 Hospitalisation : Oui  Non  Ne sait pas

Dans les **2 à 6 semaines** avant la date de début des symptômes, de l'ictère ou du diagnostic biologique (plusieurs réponses possibles)

**Autre(s) cas** d'hépatite A dans l'entourage : Oui  Non  Ne sait pas   
 Si oui :  Famille  Collectivité d'enfants (crèche, garderie, école, établissement pour personnes handicapées)  
 Autre, précisez : \_\_\_\_\_

**Présence d'un enfant de moins de 3 ans** au domicile : Oui  Non  Ne sait pas   
 Le cas travaille dans (ou) fréquente un(e) : Crèche : Oui  Non  Ne sait pas   
 Établissement pour personnes handicapées : Oui  Non  Ne sait pas

**Séjour hors de la Nouvelle-Calédonie :** Oui  Non  Ne sait pas   
 Si oui, précisez le lieu ou le pays : \_\_\_\_\_

**Consommation de fruits de mer en Nouvelle-Calédonie :** Oui  Non  Ne sait pas   
 Si oui : • Huîtres : Oui  Non  Ne sait pas   
 • Autres fruits de mer, précisez : \_\_\_\_\_

**Antécédents vaccinaux :**

Le cas a été vacciné contre l'hépatite A : Oui  Non  Ne sait pas   
 Si oui, nombre de doses : \_\_\_\_\_ Si oui, date de la dernière dose (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

**Profession du cas :** \_\_\_\_\_



<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



**IMPORTANT** : cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F  Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Commune domicile : \_\_\_\_\_  
 Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_

**1 • Diagnostic biologique (à remplir par le biologiste du laboratoire effectuant le prélèvement) :**

Date de prélèvement de la sérologie VHB : \_\_\_\_\_  
 IgM anti-HBc :  Faiblement positif  Positif  Négatif  Non testé  
 Ac totaux anti-HBc :  Positif  Négatif  Non testé  
 Ag HBs :  Positif  Négatif  Non testé  
 ALAT (SGPT) : \_\_\_\_\_ (Norme du laboratoire inférieur à : \_\_\_\_\_)  Non testé

**2 • Clinique (à remplir par le prescripteur) :**

Attention, en cas de : Antécédent d'hépatite B chronique connu du prescripteur  Oui  Non  
 Réactivation d'une infection chronique  Oui  Non

Le médecin renvoie la fiche sans compléter les autres questions des rubriques 2, 3 et 4

Ictère :  Oui  Non  Ne sait pas Hospitalisation :  Oui  Non  Ne sait pas  
 Si oui, date de l'ictère : \_\_\_\_\_ Forme fulminante\* :  Oui  Non  Ne sait pas

\*Encéphalopathie clinique (astérix ou confusion du coma) et taux de prothrombine < 50 % dans les 3 mois après le début de l'ictère.

**3 • Antécédents vaccinaux (à remplir par le prescripteur)**

Le patient est-il vacciné contre l'hépatite B ? :  Oui  Non  Ne sait pas Si oui, nombre de doses : \_\_\_\_\_ Année de la dernière dose : \_\_\_\_\_

**4 • Facteurs de risque potentiels (à remplir par le prescripteur, plusieurs réponses possibles)**

*Facteurs présents au cours des 6 semaines à 6 mois avant le début de la maladie*

**Risque professionnel :**

contacts avec du sang ou des liquides biologiques :  Oui  Non  Ne sait pas  
 Si oui, profession (en clair) : \_\_\_\_\_

**Usage de drogues**

Par voie intraveineuse :  Oui  Non  Ne sait pas  
 Par voie pernasale :  Oui  Non  Ne sait pas

**Risque nosocomial**

Transfusion (sang ou produits sanguins) :  Oui  Non  Ne sait pas  
 Intervention chirurgicale :  Oui  Non  Ne sait pas  
 Exploration médicale invasive :  Oui  Non  Ne sait pas  
 (endoscopie, cathétérisme...) Préciser : \_\_\_\_\_

Dialyse :  Oui  Non  Ne sait pas  
 Transplantaion :  Oui  Non  Ne sait pas  
 Soins dentaires :  Oui  Non  Ne sait pas  
 Autres (acupuncture, mésothérapie) :  Oui  Non  Ne sait pas  
 Préciser (en clair) : \_\_\_\_\_

Si la réponse est oui pour l'un de ces actes, préciser le(s) pays où a (ont) eu lieu l'(es) acte(s) : \_\_\_\_\_

**Autres expositions parentales possibles :**

Piercing, tatouage, morsure, piqûre :  Oui  Non  Ne sait pas  
 Préciser (en clair) : \_\_\_\_\_

**Risque sexuel**

Partenaire sexuel AgHBs positif connu :  Oui  Non  Ne sait pas  
 Pratiques homosexuelles :  Oui  Non  Ne sait pas  
 Nombre de partenaires sexuels :  >1  Ne souhaite pas répondre

**Exposition familiale (personnes vivant sous le même toit)**

Personne de la famille Ag HBs positive :  Oui  Non  Ne sait pas  
 Cas familial d'hépatite aiguë B :  Oui  Non  Ne sait pas

**Risque périnatal**

Nouveau-né de mère AgHBs positive :  Oui  Non  Ne sait pas  
 Non applicable

**Autres risques**

Vie en institution :  Oui  Non  Ne sait pas  
 Séjour dans un pays d'endémie :  Oui  Non  Ne sait pas  
 Si oui, pays : \_\_\_\_\_



<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



**IMPORTANT** : cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F  Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Commune domicile : \_\_\_\_\_  
 Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_

**1 • Diagnostic biologique (à remplir par le biologiste du laboratoire effectuant le prélèvement) :**

Date de prélèvement de la sérologie VHB : \_\_\_\_\_  
 IgM anti-HBc :  Faiblement positif  Positif  Négatif  Non testé  
 Ac totaux anti-HBc :  Positif  Négatif  Non testé  
 Ag HBs :  Positif  Négatif  Non testé  
 ALAT (SGPT) : \_\_\_\_\_ (Norme du laboratoire inférieur à : \_\_\_\_\_)  Non testé

**2 • Clinique (à remplir par le prescripteur) :**

Attention, en cas de : Antécédent d'hépatite B chronique connu du prescripteur  Oui  Non  
 Réactivation d'une infection chronique  Oui  Non

Le médecin renvoie la fiche sans compléter les autres questions des rubriques 2, 3 et 4

Ictère :  Oui  Non  Ne sait pas Hospitalisation :  Oui  Non  Ne sait pas  
 Si oui, date de l'ictère : \_\_\_\_\_ Forme fulminante\* :  Oui  Non  Ne sait pas

\*Encéphalopathie clinique (astérisis ou confusion du coma) et taux de prothrombine < 50 % dans les 3 mois après le début de l'ictère.

**3 • Antécédents vaccinaux (à remplir par le prescripteur)**

Le patient est-il vacciné contre l'hépatite B ? :  Oui  Non  Ne sait pas Si oui, nombre de doses : \_\_\_\_\_ Année de la dernière dose : \_\_\_\_\_

**4 • Facteurs de risque potentiels (à remplir par le prescripteur, plusieurs réponses possibles)**

*Facteurs présents au cours des 6 semaines à 6 mois avant le début de la maladie*

**Risque professionnel :**

contacts avec du sang ou des liquides biologiques :  Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, profession (en clair) : \_\_\_\_\_

**Usage de drogues**

Par voie intraveineuse :  Oui  Non  Ne sait pas  
 Par voie pernasale :  Oui  Non  Ne sait pas

**Risque nosocomial**

Transfusion (sang ou produits sanguins) :  Oui  Non  Ne sait pas  
 Intervention chirurgicale :  Oui  Non  Ne sait pas  
 Exploration médicale invasive :  Oui  Non  Ne sait pas

(endoscopie, cathétérisme...) Préciser : \_\_\_\_\_

Dialyse :  Oui  Non  Ne sait pas  
 Transplantaion :  Oui  Non  Ne sait pas  
 Soins dentaires :  Oui  Non  Ne sait pas  
 Autres (acupuncture, mésothérapie) :  Oui  Non  Ne sait pas

Préciser (en clair) : \_\_\_\_\_

Si la réponse est oui pour l'un de ces actes, préciser le(s) pays où a (ont) eut lieu l'(es) acte(s) : \_\_\_\_\_

**Autres expositions parentales possibles :**

Piercing, tatouage, morsure, piqûre :  Oui  Non  Ne sait pas  
 Préciser (en clair) : \_\_\_\_\_

**Risque sexuel**

Partenaire sexuel AgHBs positif connu :  Oui  Non  Ne sait pas  
 Pratiques homosexuelles :  Oui  Non  Ne sait pas  
 Nombre de partenaires sexuels :  >1  Ne souhaite pas répondre

**Exposition familiale (personnes vivant sous le même toit)**

Personne de la famille Ag HBs positive :  Oui  Non  Ne sait pas  
 Cas familial d'hépatite aiguë B :  Oui  Non  Ne sait pas

**Risque périnatal**

Nouveau-né de mère AgHBs positive :  Oui  Non  Ne sait pas  
 Non applicable

**Autres risques**

Vie en institution :  Oui  Non  Ne sait pas  
 Séjour dans un pays d'endémie :  Oui  Non  Ne sait pas  
 Si oui, pays : \_\_\_\_\_



<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



**IMPORTANT** : cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F  Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Commune domicile : \_\_\_\_\_  
 Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_

**Pays de naissance** :  France métropolitaine  France outre-mer  Autres, préciser : \_\_\_\_\_  
 Date de prise en charge dans la structure : \_\_\_\_\_ PBH antérieure de plus de 12 mois :  Oui  Non  
 Si **oui**, résultat en clair : \_\_\_\_\_  
 Traitement antérieur :  Oui  Non  
 Notion de sérologie VHC antérieur négative :  Oui  Non Si **oui**, date de la dernière sérologie négative : \_\_\_\_\_  
 Année ou période de contamination présumée (année) : \_\_\_\_\_ ou entre \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_ (année)

**Circonstances de découverte de la sérologie VHC positive**

Bilan de santé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Don du sang	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Bilan pré-transfusionnel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dépistage sur facteur de risque	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Anomalie de la biologie hépatique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Complication(s) de cirrhose	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Bilan d'un carcinome hépatocellulaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autres, préciser :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

\_\_\_\_\_

**Facteurs de risque :**

Transfusion de sang ou dérivés sanguin avant 1991  Oui  Non  
 Utilisation de drogue par voie IV  Oui  Non  
 Utilisation de drogue par voie nasale  Oui  Non  
 Exposition professionnelle  Oui  Non si **oui**, préciser : \_\_\_\_\_  
 Exposition nosocomiale  Oui  Non si **oui**, préciser : \_\_\_\_\_  
 Autres  Oui  Non si **oui**, préciser : \_\_\_\_\_  
 Aucun facteur de risque retrouvé  Oui  Non  
 Consommation d'alcool dans les 6 mois précédant le dépistage (nombre moyen de verres par semaine) : \_\_\_\_\_ /  
 Notion de consommation excessive d'alcool dans le passé :  Oui  Non si **oui**, durée en années \_\_\_\_\_ /  
 ALAT à la prise en charge (en x N) : \_\_\_\_\_ ARN VHC à la prise en charge :  Positif  Négatif  Non fait  Inconnu  
 Génotype(s) : \_\_\_\_\_  Non fait  Inconnu Sérotype : \_\_\_\_\_  Non fait  Inconnu  
 Antigène HBs :  Positif  Négatif  Non fait  Inconnu Anticorps anti HBs :  Positif  Négatif  Non fait  Inconnu  
 Sérologie VIH :  Positif  Négatif  Inconnu

**Stade de la maladie :**

• **PBH (12 mois avant/6 mois après la prise en charge)**  Oui  Non  
 Date de la PBH : \_\_\_\_\_ Score Métavir : A \_\_\_\_\_ / F \_\_\_\_\_  
 • **Test substitutif de la biopsie** : A : \_\_\_\_\_ F : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  Non fait  Inconnu  
 • **Evaluation " clinicobiologique " (qu'il y ait ou non histologie ou marqueurs de fibrose)** : Date : \_\_\_\_\_  
 ALAT normales  Hépatite chronique  Cirrhose  Cirrhose " décompensée "  Carcinome hépato-cellulaire  Hépatite " aiguë "  
 Guérison  Spontanée  Après traitement  
 • **Institution d'un traitement anti-viral** :  Oui  Non  Prévues



<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



**IMPORTANT** : cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F  Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Commune domicile : \_\_\_\_\_

Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_

**Pays de naissance** :  France métropolitaine  France outre-mer  Autres, préciser : \_\_\_\_\_

Date de prise en charge dans la structure : \_\_\_\_\_

Date de la première sérologie VHC positive : \_\_\_\_\_ PBH antérieure de plus de 12 mois :  Oui  Non

Si **oui**, résultat en clair : \_\_\_\_\_

Traitement antérieur :  Oui  Non

Notion de sérologie VHC antérieur négative :  Oui  Non Si **oui**, date de la dernière sérologie négative : \_\_\_\_\_

Année ou période de contamination présumée (année) : \_\_\_\_\_ ou entre \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_ (année)

**Circonstances de découverte de la sérologie VHC positive**

Bilan de santé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Don du sang	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Bilan pré-transfusionnel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dépistage sur facteur de risque	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Anomalie de la biologie hépatique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Complication(s) de cirrhose	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Bilan d'un carcinome hépatocellulaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autres, préciser :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

\_\_\_\_\_

**Facteurs de risque :**

Transfusion de sang ou dérivés sanguin avant 1991  Oui  Non

Utilisation de drogue par voie IV  Oui  Non

Utilisation de drogue par voie nasale  Oui  Non

Exposition professionnelle  Oui  Non si **oui**, préciser : \_\_\_\_\_

Exposition nosocomiale  Oui  Non si **oui**, préciser : \_\_\_\_\_

Autres  Oui  Non si **oui**, préciser : \_\_\_\_\_

Aucun facteur de risque retrouvé  Oui  Non

Consommation d'alcool dans les 6 mois précédant le dépistage (nombre moyen de verres par semaine) : \_\_\_\_\_ /

Notion de consommation excessive d'alcool dans le passé :  Oui  Non si **oui**, durée en années \_\_\_\_\_ /

ALAT à la prise en charge (en x N) : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ ARN VHC à la prise en charge :  Positif  Négatif  Non fait  Inconnu

Génotype(s) : \_\_\_\_\_  Non fait  Inconnu Sérotype : \_\_\_\_\_  Non fait  Inconnu

Antigène HBs :  Positif  Négatif  Non fait  Inconnu Anticorps anti HBs :  Positif  Négatif  Non fait  Inconnu

Sérologie VIH :  Positif  Négatif  Inconnu

**Stade de la maladie :**

• **PBH (12 mois avant/6 mois après la prise en charge)**  Oui  Non

Date de la PBH : \_\_\_\_\_ Score Métavir : A \_\_\_\_\_ / F \_\_\_\_\_

• **Test substitutif de la biopsie** : A : \_\_\_\_\_ F : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  Non fait  Inconnu

• **Evaluation " clinicobiologique " (qu'il y ait ou non histologie ou marqueurs de fibrose)** : Date : \_\_\_\_\_

ALAT normales  Hépatite chronique  Cirrhose  Cirrhose " décompensée "  Carcinome hépato-cellulaire  Hépatite " aiguë "

Guérison  Spontanée  Après traitement

• **Institution d'un traitement anti-viral** :  Oui  Non  Prévus



<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



**IMPORTANT :** cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, fax, ...) au médecin inspecteur de la DASS-NC. Cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F  Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Commune domicile : \_\_\_\_\_

Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_

**Confirmation du diagnostic :**

**Méningocoque isolé dans :**

Sang  L.C.R.  Lésion cutanée purpurique

Liquide :  Articulaire  Pleural  Péricardique  Péritonéal

**PCR positive dans :**

Sang  L.C.R.  Lésion cutanée purpurique

Liquide :  Articulaire  Pleural  Péricardique  Péritonéal

**Présence de diplocoques Gram - au direct :**

Oui  Non  Non recherché

**LCR évocateur de méningite bactérienne purulente :**

Oui  Non  Non recherché

**Antigène solubles :**

Présence  Absence  Non recherché

**Purpura fulminans :**

Oui  Non  Non recherché

Éléments purpuriques cutanés :  Oui  Non

**Sérogroupe :**

A  B  C  X  Y  W135  Autre : \_\_\_\_\_  Non groupé

**Hospitalisation** (phase aigüe) : Date : \_\_\_\_\_ Hôpital : \_\_\_\_\_

Le patient avait-il reçu un traitement antibiotique avant les premiers prélèvements biologiques ?  Oui  Non  Inconnu

Si oui, s'agit-il d'une injection antibiotique précoce pour suspicion de purpura fulminans ?  Oui  Non  Inconnu

Vaccination antérieure :  Vaccin conjugué C  Polysaccharidique AC  Polysaccharidique ACYW135

Date de la dernière injection : \_\_\_\_\_  Non vacciné  Inconnu

**Evolution :** Guérison  Séquelles  Décès  Si décès, date : \_\_\_\_\_

Si séquelles précisez : \_\_\_\_\_

Prophylaxie des sujets contacts	Nom de l'antibiotique Type de vaccin	Collectivité nombre de personnes	Entourage proche nombre de personnes
Chimio prophylaxie	_____	_____	_____
Vaccination	_____	_____	_____
Type de contacts		<input type="checkbox"/> Crèche <input type="checkbox"/> Milieu scolaire <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Amis

**Autes cas dans l'entourage :**  Oui\*  Non  Inconnu

\*Pour chaque autre cas, indiquez l'âge, la date d'hospitalisation et la commune de résidence : \_\_\_\_\_ ans - Date \_\_\_\_\_ - Commune \_\_\_\_\_



<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



**IMPORTANT :** cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F  Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Commune domicile : \_\_\_\_\_

Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_

**Service :**

Nom du service : \_\_\_\_\_

Etablissement : \_\_\_\_\_

**Patient :**

Date d'entrée dans l'établissement : \_\_\_\_\_

Indice de gravité MacCabe :  Mac 0  Mac 1  Mac 2  Inconnue

Immuno-dépression :  Oui  Non  Inconnue

Intervention chirurgicale :  Oui  Non  Inconnue  
(au cours des 30 derniers jours)

**Dispositifs invasifs :**

• Cathéters vasculaires (un ou plusieurs) :  Oui  Non  
Si oui :

- Périphérique veineux :  Oui  Non
- Périphérique artériel :  Oui  Non
- Périphérique sous-cutané :  Oui  Non
- Central veineux :  Oui  Non
- Central artériel :  Oui  Non

• Intubation/trachéotomie :  Oui  Non

• Sonde urinaire :  Ce jour  Dans les 7 derniers jours  Non

**Anti-Infectieux :**

• Traitement anti-infectieux (le jour de l'enquête) :  Oui  Non

Si oui, mentionner chaque molécule (DCI ou spécialité) et préciser en regard son indication\* :

	Molécule(s)	/ Indication
1 Curatif pour infection communautaire :	_____	/ _____
2 Curatif pour infection nosocomiale :	_____	/ _____
3 Antibio prophylaxie chirurgicale :	_____	/ _____
4 Prophylaxie des infections opportunistes :	_____	/ _____
5 Indications multiples :	_____	/ _____

\* En cas de donnée inconnue, coder "9"

**Infection nosocomiale :**

Infection nosocomiale (le jour de l'enquête) :  Oui  Non  Inconnue

Si oui, remplir le verso de ce questionnaire



**INFECTION NOSOCOMIALE N°1 :**

• Siège de l'infection :

• Origine de l'infection :      **1** Acquis dans l'établissement      **2** Acquis dans un autre établissement     

• Date du diagnostic :

• Micro-organisme n°1 :

    Sensibilité\*

• Micro-organisme n°2 :

    Sensibilité\*

**INFECTION NOSOCOMIALE N°2 :**

• Siège de l'infection :

• Origine de l'infection :      **1** Acquis dans l'établissement      **2** Acquis dans un autre établissement     

• Date du diagnostic :

• Micro-organisme n°1 :

    Sensibilité\*

• Micro-organisme n°2 :

    Sensibilité\*



**INFECTION NOSOCOMIALE N°3 :**



• Siège de l'infection :

• Origine de l'infection :      **1** Acquis dans l'établissement      **2** Acquis dans un autre établissement     

• Date du diagnostic :

• Micro-organisme n°1 :

    Sensibilité\*

• Micro-organisme n°2 :

    Sensibilité\*

\* En cas de donnée inconnue, coder "9"







**4 • Classification des infections par le V.I.H. (cochez la rubrique adéquate)**

**Catégorie A - Code OMS 044 :**

*Un ou plusieurs des critères listés ci-dessous chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH, s'il n'existe aucun des critères des catégories B et C*

- Infection à V.I.H. asymptomatique
- Lymphadénopathie persistante généralisée
- Primo-infection symptomatique

**Catégorie B - Code OMS 043 :**

*Manifestations cliniques chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH ne faisant pas partie de la catégorie C et qui répondent au moins à l'une des conditions suivantes :*

- a) elles sont liées au VIH ou indicatives d'un déficit immunitaire ;
- b) elles ont une évolution clinique ou une prise en charge thérapeutique compliquée par l'infection VIH.

*Les pathologies suivantes font partie de la catégorie B, la liste n'est pas limitative :*

- Angiomatose bacillaire
- Candidose oropharyngée
- Candidose vaginale, persistante, fréquente ou qui répond mal au traitement
- Dysplasie du col (modérée ou grave), carcinome in situ
- Syndrome constitutionnel : fièvre (38,5°C) ou diarrhée supérieure à 1 mois
- Leucoplasie chevelue de la langue
- Zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome
- Purpura thrombocytopénique idiopathique
- Salpingite, en particulier lors de complication par des abcès tubo-ovariens
- Neuropathie périphérique

*Cette classification est hiérarchique, c'est-à-dire qu'un sujet classé dans la catégorie B ne peut passer dans la catégorie A lorsque les signes cliniques ont disparu.*

**Catégorie C - Code OMS 042 :**

*Cette catégorie correspond à la définition du SIDA chez l'adulte. Lorsqu'un sujet a présenté une des pathologies de cette liste, il est classé définitivement dans la catégorie C.*

- Candidose bronchique, trachéale ou pulmonaire
- Candidose de l'œsophage
- Cancer invasif du col
- Cryptococcose extra-pulmonaire
- Coccidioidomycose, disséminée ou extra-pulmonaire
- Cryptosporidiose intestinale supérieure à 1 mois
- Rétinite à C.M.V. (avec perte de la vision)
- Infection à C.M.V. (autre que foie, rate ou ganglions)
- Encéphalopathie due au VIH
- Histoplasmosse disséminée ou extra-pulmonaire
- Infection herpétique, ulcères chroniques supérieurs à 1 mois, ou bronchique, pulmonaire ou œsophagienne
- Isosporidiose intestinale chronique (supérieure à 1 mois)
- Sarcome de Kaposi
- Lymphome de Burkitt
- Lymphome immunoblastique
- Lymphome cérébral primaire
- Infection à Mycobacterium Avium ou Kansasii, disséminée ou extra-pulmonaire
- Infection à Mycobacterium tuberculosis, quel que soit le site (pulmonaire ou extra-pulmonaire)
- Infection à mycobactérie, identifiée ou non, disséminée ou extra-pulmonaire
- Pneumonie à pneumocystis carinii
- Pneumonathie bactérienne récurrente
- Leuco-encéphalopathie multifocale progressive
- Septicémie à salmonelle non typhi récurrente
- Toxoplasmose cérébrale
- Syndrome cachectique dû au VIH

Fait à Nouméa le : \_\_\_\_\_

Praticien déclarant	
<b>Nom :</b>	_____
<b>Etablissement / Service :</b>	_____
<b>Téléphone :</b>	<b>Télécopie :</b>
_____	_____

<b>Cachet et signature du praticien déclarant</b>
---



### Identifiant alphanumérique

Année de naissance : Sexe : M  F 

## VIH Déclaration complémentaire

A la déclaration initiale des syndromes  
dus au VIH (mise à jour)

**Partie réservée à la DASS-NC**

Fiche reçue le :

Fiche saisie le :

Numéro de saisie :

#### Evolution (cochez la rubrique adéquate)

##### Catégorie A - Code OMS 044 :

Un ou plusieurs des critères listés ci-dessous chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH, s'il n'existe aucun des critères des catégories B et C

- Infection à V.I.H. asymptomatique
- Lymphadénopathie persistante généralisée
- Primo-infection symptomatique

##### Catégorie B - Code OMS 043 :

Manifestations cliniques chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH ne faisant pas partie de la catégorie C et qui répondent au moins à l'une des conditions suivantes :

- a) elles sont liées au VIH ou indicatives d'un déficit immunitaire ;
- b) elles ont une évolution clinique ou une prise en charge thérapeutique compliquée par l'infection VIH.

Les pathologies suivantes font partie de la catégorie B, la liste n'est pas limitative :

- Angiomatose bacillaire
- Candidose oropharyngée
- Candidose vaginale, persistante, fréquente ou qui répond mal au traitement
- Dysplasie du col (modérée ou grave), carcinome in situ
- Syndrome constitutionnel : fièvre (38,5°C) ou diarrhée supérieure à 1 mois
- Leucoplasie chevelue de la langue
- Zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome
- Purpura thrombocytopénique idiopathique
- Salpingite, en particulier lors de complication par des abcès tubo-ovariens
- Neuropathie périphérique

Cette classification est hiérarchique, c'est-à-dire qu'un sujet classé dans la catégorie B ne peut passer dans la catégorie A lorsque les signes cliniques ont disparu.

##### Catégorie C - Code OMS 042 :

Cette catégorie correspond à la définition du SIDA chez l'adulte. Lorsqu'un sujet a présenté une des pathologies de cette liste, il est classé définitivement dans la catégorie C.

- Candidose bronchique, trachéale ou pulmonaire
- Candidose de l'œsophage
- Cancer invasif du col
- Cryptococcose extra-pulmonaire
- Coccidioïdomycose, disséminée ou extra-pulmonaire
- Cryptosporidiose intestinale supérieure à 1 mois
- Rétinite à C.M.V. (avec perte de la vision)
- Infection à C.M.V. (autre que foie, rate ou ganglions)
- Encéphalopathie due au VIH
- Histoplasmosse disséminée ou extra-pulmonaire
- Infection herpétique, ulcères chroniques supérieurs à 1 mois, ou bronchique, pulmonaire ou œsophagienne
- Isosporidiose intestinale chronique (supérieure à 1 mois)
- Sarcome de Kaposi
- Lymphome de Burkitt
- Lymphome immunoblastique
- Lymphome cérébral primaire
- Infection à Mycobacterium Avium ou Kansasi, disséminée ou extra-pulmonaire
- Infection à Mycobacterium tuberculosis, quel que soit le site (pulmonaire ou extra-pulmonaire)
- Infection à mycobactérie, identifiée ou non, disséminée ou extra-pulmonaire
- Pneumonie à pneumocystis carinii
- Pneumonopathie bactérienne récurrente
- Leuco-encéphalopathie multifocale progressive
- Septicémie à salmonelle non typhi récurrente
- Toxoplasmose cérébrale
- Syndrome cachectique dû au VIH

Hépatite B active (dépistage) :  Positif  Négatif  Non fait Décès des suites du V.I.H., date : A quitté définitivement la Nouvelle-Calédonie  Oui  NonHépatite C active (dépistage) :  Positif  Négatif  Non fait Décès pour une autre cause, date :  Perdu de vue, date : Fait à Nouméa le : 

#### Praticien déclarant

Nom : Etablissement / Service : Téléphone :  Télécopie : 

#### Cachet et signature du praticien déclarant

Maladie à déclaration obligatoire (délibération 423 du 26 novembre 2008)



<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



**IMPORTANT :** cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, fax... ) au médecin inspecteur de la DASS-NC. Cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F  Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Commune domicile : \_\_\_\_\_

Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_

**Signes cliniques :**

Date des 1<sup>ers</sup> signes cliniques : \_\_\_\_\_

Date de l'hospitalisation : \_\_\_\_\_

Pneumopathie confirmée radiologiquement : Oui  Non

Evolution : Encore malade  Guérison  Décès  Si décès, date : \_\_\_\_\_

**Confirmation du diagnostic :**

	Positif	Négatif	Non effectué
Culture :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunofluorescence directe :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antigène soluble urinaire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sérologie :**

	1 <sup>er</sup> prélèvement	2 <sup>ème</sup> prélèvement
Date :	_____	_____
Titre 1 :	_____	Titre 2 : _____
	<input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Non effectué	<input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Non effectué

**Espèce/sérogroupe :**

*L. pneumophila* sérogroupe 1  Autre espèce (préciser) : \_\_\_\_\_

*L. pneumophila* autre sérogroupe (préciser) : \_\_\_\_\_  En cours

**Facteurs favorisants :**

Hémopathie ou cancer  Corticothérapie  Autres immunosuppresseurs

Tabagisme  Diabète  Autres (préciser) : \_\_\_\_\_

**Exposition à risque (dans les 10 jours précédant les premiers signes de la légionellose)**

	Oui	Non	Période	Hôpital :
Hôpital :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	du : _____ au _____	_____
Station thermale :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	du : _____ au _____	Service : _____
Maison de retraite :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	du : _____ au _____	Lieu : _____

Indiquez précisément les lieux (ville, pays) et type d'hébergements (adresse). Si besoin, détails sur une feuille jointe.

Hôtel, camping, voyage :   du : \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

Piscine, jacuzzi... :   Préciser : \_\_\_\_\_

lieu de travail :   Préciser (lieu, profession, secteur d'activités) : \_\_\_\_\_

Autre exposition :   Préciser : \_\_\_\_\_

N.B. Si une enquête environnementale a eu lieu, merci de joindre un copie du rapport à cette fiche de notification

**Notion de cas groupés (cas liés aux mêmes lieux d'exposition dans les 6 derniers mois) :**

Oui  Non  Si oui, préciser : \_\_\_\_\_



<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



**IMPORTANT** : cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F  Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Commune domicile : \_\_\_\_\_

Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_

**Antécédents (plusieurs réponses possibles) :**

Jamais traité pour la lèpre :  Oui  Non Patient arrivé en NC en cours de traitement :  Oui  Non

Déjà traité :  Oui  Non Résistance :  Oui  Non

Traitement achevé :  Oui  Non Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

Traitement interrompu avant la fin :  Oui  Non

Autre cas, préciser : \_\_\_\_\_

**Circonstances du diagnostic :**

Signes cliniques ayant poussé le patient à consulter :  Oui  Non

Enquête autour d'un cas :  Oui  Non

Autre cas :  Oui  Non Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

**Forme de lèpre :**

Lépromateuse (MB) :  Oui Tuberculoïde (PB) :  Oui

Borderline :  Oui Indéterminée :  Oui

Autre cas :  Oui Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

**Traitement :**

Date de début de traitement : \_\_\_\_\_ [ R : Rifampicine - D : Disulone - C : Clofasimine - O : Ofloxacin - M : Minocycline ]

Protocole :  RDC  RD  RC  ROM  Autre : \_\_\_\_\_

Date de fin de traitement : \_\_\_\_\_ (à remplir ultérieurement)

**Bactériologie :**

Frottis	Indice bactériologique	Indice morphologique
Muqueuses nasales	_____	% _____
Oreille droite	_____	% _____
Oreille gauche	_____	% _____

**Histologie :**

Tissu : \_\_\_\_\_

Résultats :  Positif  En faveur  Négatif

**Antibiogramme :**

Non fait

Fait Résistance à : \_\_\_\_\_



<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



**IMPORTANT :** cette fiche est à adresser à l'Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie - BP 61 - 98845 Nouméa Cedex, avec les prélèvements. L'Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie la **transmettra automatiquement** au médecin inspecteur de la DASS-NC si le diagnostic est confirmé biologiquement, ou si le cas est suspect, et elle tiendra lieu de **déclaration obligatoire**. Cette même fiche sert de **diagnostic clinique** de leptospirose, quand l'examen biologique n'est pas demandé et dans ce cas elle est adressée directement au médecin inspecteur de la DASS-NC - BP N4 - 98851 Nouméa Cedex.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F  Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Adresse exacte : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Quartier : \_\_\_\_\_ Tribu : \_\_\_\_\_ Commune domicile : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Employeur / Société : \_\_\_\_\_

Adresse professionnelle : \_\_\_\_\_

Date de début de la maladie : \_\_\_\_\_ Cadre de vie : Citadin  Tribal  Rural

**Épidémiologie au cours des 30 derniers jours avant le début des signes :**

• Contacts avec les animaux : Bovins  Porcs  Chevaux  Cerfs  Chiens  Chats  Rats  Roussettes   
Non  Autres  Préciser : \_\_\_\_\_

• Activités de loisirs : Pêche en eau douce  Baignade / activité en eau douce  Chasse  Triathlon / raid / randonnée  Non

• Autres (par exemple : activité pieds nus en zone humide, dépôt d'ordures voisin du lieu de vie...) : \_\_\_\_\_

**Clinique :**

Fièvre :  Oui  Non Myalgies / arthralgie :  Oui  Non Choc :  Oui  Non

Céphalées :  Oui  Non Taux de plaquettes : \_\_\_\_\_

Ictère :  Oui  Non Suffusions conjonctivales :  Oui  Non

Syndrome méningé :  Oui  Non Syndrome cardiaque (ECG) :  Oui  Non

Syndrome hémorragique :  Oui  Non Syndrome rénal :  Oui  Non

• Autres symptômes : \_\_\_\_\_

• Comorbidités : \_\_\_\_\_

S'agit-il d'un premier diagnostic de leptospirose  ou d'une récurrence  Si oui, années : \_\_\_\_\_

**Diagnostic chimique :**  Très forte suspicion  Diagnostic d'élimination

**Diagnostic biologique :** Date du prélèvement : \_\_\_\_\_

Bactériologique  Sérologique 1  Sérologique 2  Amplification génique (PCR)

**Conclusion :**  Cas confirmé biologiquement  Cas suspect avec sérologie unique  Diagnostic clinique

Sérovar : \_\_\_\_\_

Vaccination contre la leptospirose  Oui  Non Date : \_\_\_\_\_

**Traitement :** Date de début de traitement : \_\_\_\_\_

Antibiotiques prescrits : \_\_\_\_\_

**Evolution :**

Hospitalisation :  Oui  Non Si oui, date de l'hospitalisation : \_\_\_\_\_

Décès :  Oui  Non Si oui, date du décès : \_\_\_\_\_

Maladie à déclaration obligatoire (délibération 423 du 26 novembre 2008) - Cette fiche fait l'objet d'un traitement informatique automatisé déclaré à la CNIL.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978, le patient ou le médecin déclarant ont le droit d'accès et de rectification immédiat au fichier par demande directe au médecin inspecteur de la DASS-NC,

5 rue du Général Gallieni, BP N4 98851 NOUMEA Cedex. Fiche à transmettre au médecin inspecteur de la DASS-NC, 5 rue du Général Gallieni, BP N4 98851 NOUMEA Cedex - Tél : 24 37 00 - Fax. 05 11 33 - Numéro vert. 05 11 03



Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	Si notification par un biologiste
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



**IMPORTANT :** cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, fax... ) au médecin inspecteur de la DASS-NC. Cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F  Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Commune domicile : \_\_\_\_\_

Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_

**Évolution de la listériose au jour de la notification (sauf mort *in utéro*) :**  
(En cas de forme materno-néonatale, l'évolution concerne le nouveau-né)

Décès : Oui  Non  Si oui, date : \_\_\_\_\_

Si non, évolution : Favorable  Incertaine

**Forme clinique :**

<input type="checkbox"/> <b>Non materno-néonatale</b> (Adulte ( <i>sauf femme enceinte</i> ) et enfant ≥ 1 mois) : <input type="checkbox"/> Forme neuroméningée : (présence de signes neurologiques ou isolement dans du L.C.R.) <input type="checkbox"/> Méningoencéphalite : (coma, convulsions ou présence de signes neurologiques en foyer) <input type="checkbox"/> Méningite isolée <input type="checkbox"/> Bactériémie/Septicémie : (hémoculture positive et absence de signes neurologiques) <input type="checkbox"/> Autres, préciser : _____ (absence de signes neurologiques, et isolement dans un prélèvement autre qu'hémoculture ou LCR)	<input type="checkbox"/> <b>Materno-néonatale</b> ( <i>femme enceinte nouveau-né &lt; 1 mois</i> ) Terme de la grossesse : _____ (en semaine d'aménorrhée) <input type="checkbox"/> Nouveau-né, né vivant Date de naissance : _____ Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mort in-utero, date de l'expulsion : _____ <input type="checkbox"/> Forme maternelle isolée (sans atteinte fœtale ou néonatale immédiate)
--	--

**Bactériologie :**

Date du premier prélèvement positif à *Listeria monocytogenes* : \_\_\_\_\_

Site(s) de prélèvement(s) positif(s) :

Forme non materno-néonatale :  Hémoculture  L.C.R.  Autres (préciser) : \_\_\_\_\_

Forme materno-néonatale :

Mère :  Hémoculture  Placenta  Autres (préciser) : \_\_\_\_\_

Nouveau-né :  Hémoculture  L.C.R.  Autres (préciser) : \_\_\_\_\_

Produit d'avortement ou mort-né

**Patient :**

Pathologie(s) sous-jacente(s) : Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Traitement(s) immunodépresseur(s) : Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Au moment du diagnostic de listériose, le patient était-il hospitalisé depuis plus de 10 jours ?

Oui  Non  Ne sait pas  Si oui, précisez la date d'hospitalisation : \_\_\_\_\_

Et le motif : \_\_\_\_\_



<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



**IMPORTANT :** cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, fax... ) au médecin inspecteur de la DASS-NC. Cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F  Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Commune domicile : \_\_\_\_\_

Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_

**Confirmation Biologique du diagnostic :** Oui  Non

- Technique utilisée :  PCR  Microscopie électronique
- Diagnostic d'espèce :  Variole  Orthopoxvirose simienne  Diagnostic d'espèce non réalisé
- Site du prélèvement :  Lésion cutanée  Énanthème buccal  Autre orthopoxvirose, préciser : \_\_\_\_\_
- Prélèvement sanguin  Examen post-mortem  Autre, préciser : \_\_\_\_\_

La souche a-t-elle été envoyée à un laboratoire d'expertise des Orthopoxvirus :

Oui  Non  Nom du laboratoire : \_\_\_\_\_

**Date des 1<sup>ers</sup> signes cliniques (fièvre) :** \_\_\_\_\_

Hospitalisation : Oui  Non  Si oui, date de l'hospitalisation : \_\_\_\_\_

Lieu de l'hospitalisation : \_\_\_\_\_

Evolution : Guérison  En cours  Décès  Séquelles  : \_\_\_\_\_

**Origine possible de la contamination :**

Laboratoire biologie / recherche  Séjour à l'étranger dans les 3 dernières semaines  Si oui, Pays : \_\_\_\_\_

Date retour en NC : \_\_\_\_\_

Contact avec un animal infecté : Oui  Non  Si oui, l'orthopoxvirose animale était-elle : Suspectée  Confirmée

Exposition environnementale : Oui  Non  Si oui : Suspectée  Confirmée

Contact avec au moins un cas humain d'orthopoxvirose : Oui, cas confirmé(s)  Oui, cas suspecté(s)  Non  Ne sait pas

Si oui, date ou période de contact dans les 3 semaines précédant les premiers signes : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Si contact avec au moins un cas d'orthopoxvirose confirmé biologiquement, nature de l'orthopoxvirose : Variole  Orthopoxvirose simienne

Autre orthopoxvirose : Oui  Non  Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

Le patient exerce t-il une profession médicale ou paramédicale : Oui  Non

Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

**Vaccination anti variolique du patient :**

Avant 1984 : Oui  Non  Ne sait pas  Si oui, nombre de doses : \_\_\_\_\_ Ne sait pas  Année dernière dose : \_\_\_\_\_ Ne sait pas

Avant 2002 : Oui  Non  Date : \_\_\_\_\_

Contexte de la vaccination : Contact d'un cas  Contact d'un contact  Autre, préciser \_\_\_\_\_

Si contact d'un cas, délai en jours entre le premier contact avec le cas index en phase symptomatique et vaccination \_\_\_\_\_

**Mesure de contrôle :**

Isolement du malade : Oui  Non  Si oui, date d'isolement : \_\_\_\_\_

Nombre de sujets contacts identifiés : \_\_\_\_\_ Nombre de sujets contacts vaccinés : \_\_\_\_\_ Ne sait pas

Nombre de sujets contacts vaccinés dans les 4 jours suivant le premier contact avec le cas index en phase symptomatique : \_\_\_\_\_ Ne sait pas

**Autres cas dans l'entourage (suspectés ou confirmés) :** Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, nombre (si moins de 10) : \_\_\_\_\_ 10 ou plus

Maladie à déclaration obligatoire (délibération 423 du 26 novembre 2008) - Cette fiche fait l'objet d'un traitement informatique automatisé déclaré à la CNIL.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978, le patient ou le médecin déclarant ont le droit d'accès et de rectification immédiat au fichier par demande directe au médecin inspecteur de la DASS-NC,

5 rue du Général Gallieni, BP N4 98851 NOUMEA Cedex. Fiche à transmettre au médecin inspecteur de la DASS-NC, 5 rue du Général Gallieni, BP N4 98851 NOUMEA Cedex - Tél : 24 37 00 - Fax. 05 11 33 - Numéro vert. 05 11 03



<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



**IMPORTANT :** cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, fax... ) au médecin inspecteur de la DASS-NC. Cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F  Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Commune domicile : \_\_\_\_\_

Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_

**Signes cliniques :**

Date des 1<sup>ers</sup> signes cliniques : \_\_\_\_\_

Hospitalisation : Oui  Non  Si oui, date de l'hospitalisation : \_\_\_\_\_

Lieu de l'hospitalisation : \_\_\_\_\_

**Cliniques :** Accès simple : Oui  Non

Evolution : Encore malade  Guérison  Décès  Si décès, date : \_\_\_\_\_

**Confirmation du diagnostic :** Date du diagnostic : \_\_\_\_\_

Espèce plasmodiale :

*P. falciparum*  *P. vivax*

*P. malariae*  *P. ovale*

Espèce indéterminée  : \_\_\_\_\_

S'il s'agit d'une autre espèce que *P. falciparum*, est-ce le premier accès du patient à cette espèce : Oui  Non

La souche a-t-elle été envoyée au CNR de la chimiorésistance du paludisme : Oui  Non

Le cas a-t-il été signalé au CNR de l'épidémiologie du paludisme d'importation et autochtone : Oui  Non

**Origine de la contamination :**

Transfusion sanguine : Oui  Non  Si oui, précisez : Hôpital : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Grefe : Oui  Non  Si oui, précisez : Hôpital : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Type de greffe : \_\_\_\_\_

Accident d'exposition au sang : Oui  Non

Congénitale : Oui  Non

Toxicomanie Intra-veineuse : Oui  Non

Résidence sur une zone aéroportuaire (hôtel, ...) : Oui  Non  Si oui, laquelle : \_\_\_\_\_

Résidence sur une commune limitrophe d'un aéroport : Oui  Non  Si oui, laquelle : \_\_\_\_\_

Travail sur un aéroport : Oui  Non  Si oui, lieu de travail : \_\_\_\_\_

Type d'activité : \_\_\_\_\_

Fréquentation d'un aéroport : Oui  Non  Si oui, lieu : \_\_\_\_\_

Réception de paquet, valise, conteneur en provenance d'une zone d'endémie : Oui  Non

Si oui, date : \_\_\_\_\_ Pays de provenance : \_\_\_\_\_



<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



**IMPORTANT :** cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, fax... ) au médecin inspecteur de la DASS-NC. Cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F  Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Commune domicile : \_\_\_\_\_

Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_

**Signes cliniques :**

Date des 1<sup>ers</sup> signes cliniques : \_\_\_\_\_

Hospitalisation : Oui  Non  Si oui, date de l'hospitalisation : \_\_\_\_\_

Lieu de l'hospitalisation : \_\_\_\_\_

**Cliniques :** Accès simple : Oui  Non

Evolution : Encore malade  Guérison  Décès  Si décès, date : \_\_\_\_\_

**Confirmation du diagnostic :** Date du diagnostic : \_\_\_\_\_

Espèce plasmodiale :

*P. falciparum*  *P. vivax*

*P. malariae*  *P. ovale*

Espèce indéterminée  : \_\_\_\_\_

S'il s'agit d'une autre espèce que *P. falciparum*, est-ce le premier accès du patient à cette espèce : Oui  Non

La souche a-t-elle été envoyée au CNR de la chimiorésistance du paludisme : Oui  Non

Le cas a-t-il été signalé au CNR de l'épidémiologie du paludisme d'importation et autochtone : Oui  Non

**Origine de la contamination :**

Séjour en pays d'endémie palustre. Pour chaque séjour, indiquer (jj/mm/aaaa) :

Pays	Durée du séjour	Date du retour en Nouvelle-Calédonie
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



**IMPORTANT :** cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, fax... ) au médecin inspecteur de la DASS-NC. Cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F  Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Commune domicile : \_\_\_\_\_

Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_



**Signes cliniques :** Date des 1<sup>ers</sup> signes cliniques : \_\_\_\_\_

Lymphadénite  Pneumonie  Septicémie

Hospitalisation : Oui  Non  Si oui, date de l'hospitalisation : \_\_\_\_\_

Lieu de l'hospitalisation : \_\_\_\_\_

Evolution : Encore malade  Guérison  Décès  Si décès, date : \_\_\_\_\_

**Confirmation biologique :** Date du diagnostic : \_\_\_\_\_

Par isolement : Oui  Non  Type de prélèvement : \_\_\_\_\_

Par sérologie : Oui  Non

PCR : Oui  Non

Confirmation par le CNR : Oui  Non

**Origine de la contamination :**

Séjour à l'étranger (dans les 3 semaines précédant le début des signes) : Oui  Non

Si oui, précisez le lieu : Pays : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_

Date de retour en NC : \_\_\_\_\_ Moyen de transport : \_\_\_\_\_

Autres malades dans l'entourage : Oui  Non  Si oui, nombre : \_\_\_\_\_

Précisez l'année de naissance des autres malades en leur attribuant un numéro d'ordre et remplir **une fiche pour chaque malade cliniquement possible ou confirmé** en indiquant le numéro d'ordre :

1. Année naissance : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Année naissance : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Année naissance : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Prophylaxie :**

Isolement du malade : Oui  Non

Chimioprophylaxie de l'entourage : Oui  Non

Si oui, nombre de personnes traitées : \_\_\_\_\_ Antibiotique utilisé : \_\_\_\_\_

Chimioprophylaxie des cas contact : Oui  Non

Si oui, nombre de personnes traitées : \_\_\_\_\_ Antibiotique utilisé : \_\_\_\_\_





<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



**IMPORTANT :** cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, fax, ...) au médecin inspecteur de la DASS-NC. Cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F  Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Commune domicile : \_\_\_\_\_

Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_

**Signes cliniques :**

Date des 1<sup>ers</sup> signes cliniques : \_\_\_\_\_

Hospitalisation : Oui  Non  Si oui, date de l'hospitalisation : \_\_\_\_\_

Lieu de l'hospitalisation : \_\_\_\_\_

Evolution : Encore malade  Décès  Si décès, date : \_\_\_\_\_

**Virologie :** Date : \_\_\_\_\_ Confirmation par le CNR : Oui  Non

**Origine de la contamination :**

Nature de l'exposition : Morsure : Oui  Non

Griffure : Oui  Non

Léchage : Oui  Non

Soins : Oui  Non

Simple manipulation : Oui  Non

Autres : Oui  Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Date d'exposition : \_\_\_\_\_ Lieu d'exposition : Pays : \_\_\_\_\_

Localité : \_\_\_\_\_

Quel animal est suspecté : \_\_\_\_\_

L'animal a-t-il été retrouvé : Oui  Non  Si oui, le diagnostic de rage a-t-il été confirmé : Oui  Non

Si oui, par quel laboratoire :  Institut Pasteur de Paris

AFSSA Nancy

Institut d'Hygiène de Strasbourg

Autre : précisez \_\_\_\_\_

**Prophylaxie :**

La personne exposée a-t-elle eu :

Une vaccination antirabique prophylactique : Oui  Non  Si oui, date : \_\_\_\_\_

Des soins locaux : Oui  Non  Si oui, date : \_\_\_\_\_

Lieu : \_\_\_\_\_

Une sérothérapie : Oui  Non  Si oui, date : \_\_\_\_\_

Dose : \_\_\_\_\_

Un traitement vaccinal : Oui  Non  Si oui, date : \_\_\_\_\_

Nombre d'injections : \_\_\_\_\_



<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



**IMPORTANT :** cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F  Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Commune domicile : \_\_\_\_\_

Date de notification : \_\_\_\_\_



Date où le diagnostic de Rhumatisme Articulaires Aigu est établi : \_\_\_\_\_

### Rhumatisme Articulaires Aigu Actif

Diagnostic :  Positif  Suspect  Négatif  Indéterminé

Manifestations majeures: (cocher les cases correspondantes)	Manifestations mineures: (cocher les cases correspondantes)
<input type="checkbox"/> Cardite <input type="checkbox"/> Polyarthrite <input type="checkbox"/> Chorée <input type="checkbox"/> Nodules sous-cutanés <input type="checkbox"/> Erythème marginé	<input type="checkbox"/> Arthralgies <input type="checkbox"/> Température élevée <input type="checkbox"/> Sédimentation élevée <input type="checkbox"/> Présence de protéine C-réactive <input type="checkbox"/> Histoire antérieure de RAA <input type="checkbox"/> Cardiopathie rhumatismale chronique

Attaque initiale :  Oui  Non  Indéterminé

Sévérité de l'atteinte cardiaque :  Aucune  Minimale  Modérée  Sévère  Indéterminée

Confirmation échocardiologique :  Oui  Non

### Cardiopathie rhumatismale chronique

Diagnostic :  Positif  Suspect  Négatif

(cocher les cases correspondantes)

- Sténose mitrale  Sténose aortique  Insuffisance aortique  
 Insuffisance mitrale  Insuffisance cardiaque  Lésion tricuspide

Année de la poussée initiale : \_\_\_\_\_

Année de la dernière poussée : \_\_\_\_\_

### Histoire de la maladie

Nombre de récurrences :  1  2  3 ou +  Inconnu  Aucune  Attaque initiale

Prévention secondaire dans l'année précédente : **Pénicilline**

- IM, régulière  IM, irrégulière  IM, occasionnelle  
 Orale  Sulfas  Erythromycine  
 Toute combinaison  Poussée initiale  Aucune



<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



**IMPORTANT :** cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, fax, ...) au médecin inspecteur de la DASS-NC. Cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F  Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Commune domicile : \_\_\_\_\_

Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_

### Signes cliniques :

Date de début de l'éruption : \_\_\_\_\_ Fièvre  $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$   Oui  Non

Exanthème maculo-papuleux :  Oui  Non

Généralisé :  Oui  Non

Durée de 3 jours ou plus :  Oui  Non  Ne sait pas

Toux :  Oui  Non

Coryza :  Oui  Non

Conjonctivite :  Oui  Non

Présence de signe de Koplik :  Oui  Non

Hospitalisation :  Oui  Non Si **oui**, date d'hospitalisation : \_\_\_\_\_

Lieu d'hospitalisation : \_\_\_\_\_

Complications :  Oui  Non Si **oui** :  Encéphalite  Pneumopathie

Autre, préciser : \_\_\_\_\_

Évolution (à la date de la notification) :  Encore malade  Guérison  Décès Si décès, date : \_\_\_\_\_

### Confirmation du diagnostic

Confirmation biologique demandée :  Oui  Non  Ne sait pas

Si **oui** :

Recherche d'IgM salivaires  Positif  Négatif  En cours Date du prélèvement : \_\_\_\_\_

Recherche d'IgM sériques  Positif  Négatif  En cours Date du prélèvement : \_\_\_\_\_

Séroconversion, ascension des IgG  Positif  Négatif  En cours Date du prélèvement : \_\_\_\_\_

PCR Spécimen : \_\_\_\_\_  Positif  Négatif  En cours Date du prélèvement : \_\_\_\_\_

Isolement du virus Spécimen : \_\_\_\_\_  Positif  Négatif  En cours Date du prélèvement : \_\_\_\_\_

### Origine de la contamination

Séjour à l'étranger dans les 7 à 18 jours avant le début de l'éruption :  Oui  Non  Ne sait pas

Si **oui**, préciser le pays : \_\_\_\_\_

Contact avec un cas de rougeole dans les 7 à 18 jours avant le début de l'éruption :  Oui  Non  Ne sait pas

Si **oui**, préciser le lieu :  Famille  Lieu de garde  École  Autre : \_\_\_\_\_

Autre cas dans l'entourage :  Oui  Non  Ne sait pas

Si **oui**, préciser le lieu :  Famille  Lieu de garde  École  Autre : \_\_\_\_\_

### Antécédents vaccinaux

Le sujet est-il vacciné contre la rougeole ? :  Oui  Non  Statut vaccinal inconnu

Si oui :  avec 1 dose  avec 2 doses Date de la dernière dose : \_\_\_\_\_

Informations recueillies d'après :  Interrogatoire  Carnet de santé ou de vaccination/dossier médical



<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



**IMPORTANT** : le saturnisme chez les enfants mineurs est une maladie à déclaration obligatoire. Dans tous les cas où la plombémie de l'enfant est supérieure ou égale à 100µg/L (soit 0,48 µmol/L), le médecin prescripteur devra adresser dans les meilleurs délais, et après avoir prévenu l'autorité parentale, une copie de la fiche complète par le laboratoire au médecin inspecteur de la santé publique de la DASS-NC. Cette transmission sera faite sous pli confidentiel.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F  Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Commune domicile : \_\_\_\_\_

Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_

**S'il s'agit d'une plombémie** :  de primo dépistage  de suivi d'une situation à risque  
 de suivi d'une intoxication connue Le cas échéant, date du précédent dosage : \_\_\_\_\_

**Facteurs de risque actuels :**

Symptomatologie clinique actuelle :  Oui  Non Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

Anémie :  Oui  Non  Non recherchée Carence martiale :  Oui  Non  Non recherchée

Habitat antérieur à 1949 :  Oui  Non  Non recherchée Présence de peinture au plomb dans l'habitat :  Oui  Non  NSP

Habitat dégradé :  Oui  Non  NSP Travaux récents dans l'habitat :  Oui  Non  NSP

Autres enfants intoxiqués dans l'entourage :  Oui  Non  NSP Loisirs à risque :  Oui  Non  NSP

Lieu de garde ou de scolarisation à risque  Oui  Non  NSP Risque hydrique :  Oui  Non  NSP

Profession des parents à risque :  Oui  Non  NSP Pollution industrielle :  Oui  Non  NSP

Comportement de pica :  Oui  Non  NSP

Autres facteurs risque : \_\_\_\_\_

**Type d'habitat** :  Habitat individuel  Immeuble collectif  NSP

Densité d'occupation du logement : Nombre de pièces principales : \_\_\_\_\_ Nombre d'occupants : \_\_\_\_\_ Dont moins de 6 ans : \_\_\_\_\_

**S'il s'agit d'un primo dépistage : Contexte de la prescription :**

Suspicion de saturnisme lors d'une consultation ou d'une hospitalisation  
 Dépistage chez les enfants d'un immeuble, source d'exposition au plomb  
 Campagne de dépistage ou enquête de prévalence limitée dans le temps et dans l'espace. Intitulé : \_\_\_\_\_  
 Action de dépistage dans le cadre d'une stratégie définie au long cours

**Pays de naissance de la mère** : \_\_\_\_\_

**S'il s'agit du suivi d'une intoxication connue, traitements et interventions réalisés depuis le précédent dosage :**

Chélation :  Oui  Non  NSP Si oui, produit : \_\_\_\_\_

Date de début : \_\_\_\_\_ Date de fin de traitement : \_\_\_\_\_

Fer :  Oui  Non  NSP Date de début : \_\_\_\_\_ Date de fin de traitement : \_\_\_\_\_

**Intervention sur l'environnement** :  Oui  Non  NSP Si oui : \_\_\_\_\_

Travaux de réhabilitation définitive  Mesures palliatives dans le logement  Mesures palliatives dans les parties communes  
 Relogement ou changement de domicile habituel  Intervention sur la qualité de l'eau  
 Autres : \_\_\_\_\_

**Informations données par le laboratoire :**

<b>Date du prélèvement sanguin :</b>	<b>Mode de prélèvement</b>	<b>Résultats des dosages</b>
_____	<input type="checkbox"/> Sang veineux	Plombémie : _____ <input type="checkbox"/> µmol/L <input type="checkbox"/> µg/L
	<input type="checkbox"/> Sang capillaire	Hémoglobine : _____ <input type="checkbox"/> mmol/L <input type="checkbox"/> g/dL
	<input type="checkbox"/> Cordon	

Maladie à déclaration obligatoire (délibération 423 du 26 novembre 2008) - Cette fiche fait l'objet d'un traitement informatique automatisé déclaré à la CNIL.



<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



**IMPORTANT** : cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F  Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Commune domicile : \_\_\_\_\_

Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_

**Forme de syphilis :**

• Primaire  Oui  Non Date d'apparition du chancre : \_\_\_\_\_

• Secondaire  Oui  Non Date d'apparition des premiers signes : \_\_\_\_\_

Éruption cutanée :  Oui  Non

Plaques muqueuses :  Oui  Non

Alopécie :  Oui  Non

Autres signes :  Oui  Non

• Tertiaire  Oui  Non Date d'apparition des premiers signes : \_\_\_\_\_

Gommes :  Oui  Non

Leucoplasies des muqueuses :  Oui  Non

Atteintes viscérales :  Oui  Non

• Congénitale précoce  Oui  Non

Mode de découverte : \_\_\_\_\_

Mère avec diagnostic positif :  Oui  Non Date d'apparition des premiers signes : \_\_\_\_\_

**Confirmation biologique**

**Diagnostic direct : Identification sur microscope à fond noir**  Oui  Non

Lésion : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**Diagnostic sérologique :**

**TPHA réalisé**  Oui  Non

Date : \_\_\_\_\_

Résultat : \_\_\_\_\_

**VDRL réalisé**  Oui  Non

Date : \_\_\_\_\_

Résultat : \_\_\_\_\_

**FTA-Abs réalisé**  Oui  Non

Date : \_\_\_\_\_

Résultat : \_\_\_\_\_

**IgM réalisé**  Oui  Non

Date : \_\_\_\_\_

Résultat : \_\_\_\_\_

VDRL	TPHA	FTA-Abs	IgM	Interprétation
Négatif	Négatif	Négatif	Négatif	Absence de syphilis / syphilis en incubation (<15 jours)
Négatif	Négatif	Négatif	>200	Syphilis en incubation (entre 15° et 21° - 30° jours)
Négatif	Négatif	200 - 400	>200	Syphilis primaire débutante
2 - 8	80 - 1 280	200 - 3 200	Positif	Syphilis primaire évoluée
16 - 4 096	10 240 - 81 920	12 800 - 25 600	+/- (*)	Syphilis secondaire (*= IgM persistant 6 à 20 mois)
8 - 32	1 280 - 10 240	3 200 - 12 800	Négatif	Syphilis latente non traitée
0 - 4	160 - 1 280	400 - 3 200	Négatif	Cicatrice sérologique
Positif	Négatif	Probable interférence (infection virale, parasitaire, Grossesse, M. autoimmune...)		

**Traitement :**

Traitement du patient :  Oui  Non Si oui, le(s)quel(s) : \_\_\_\_\_

Date de début : \_\_\_\_\_

Traitement du (des) partenaire(s) :  Oui, tous  Oui, certains  Non  Ne sait pas



<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



**IMPORTANT :** cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F  Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Commune domicile : \_\_\_\_\_

Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_

**Signes cliniques :**

Date des 1<sup>ers</sup> signes cliniques : \_\_\_\_\_

Hospitalisation : Date de l'hospitalisation : \_\_\_\_\_ Date de sortie de réanimation : \_\_\_\_\_

Evolution : Guérison  Séquelles  Décès  Si décès, date : \_\_\_\_\_

Si séquelles, lesquelles : \_\_\_\_\_

**Origine possible de la contamination :**

Connue  Inconnue

Evolution : Encore malade  Guérison  Décès  Si décès, date : \_\_\_\_\_

Mode de contamination probable :

Blessure ou plaie récente  Plaie chronique  Autre

Préciser : \_\_\_\_\_

Contact direct ou indirect avec des débris de terre (voie publique, jardin, morsure, griffure, ...) :

Oui  Non

Circonstances de la contamination :

\_\_\_\_\_

Date supposée de la contamination : \_\_\_\_\_

**Antécédents vaccinaux :**

Le patient a-t-il reçu dans le passé une vaccination antitétanique complète avant sa maladie (≥ 3 doses) ?

Oui  Non  Inconnue

Si oui, date de la dernière dose : \_\_\_\_\_



<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



**IMPORTANT :** cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, fax... ) au médecin inspecteur de la DASS-NC. Cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F  Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Commune domicile : \_\_\_\_\_

Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_

Nombre de malades : \_\_\_\_\_ Nombre de malades hospitalisés : \_\_\_\_\_ Nombre de malades décédés : \_\_\_\_\_

**Caractéristiques des malades :**

Cas	Age	Sexe	Code postal du domicile	Date et heure de début des signes cliniques	Signes cliniques*	Analyses microbiologiques	Résultats (si +, préciser l'agent)	Complications**
Ex.	3 1	F	9 8 8 0 0	1 0 0 6 9 5 à 1 3 h	N <input type="checkbox"/> D <input checked="" type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/>	Faite <input checked="" type="checkbox"/> Non faite <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	Positif <input checked="" type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> <b>S. Enteriditis</b>	DCD <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
N°1	_____	_____	_____	_____ à _____ h	N <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Faite <input type="checkbox"/> Non faite <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> _____	DCD <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
N°2	_____	_____	_____	_____ à _____ h	N <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Faite <input type="checkbox"/> Non faite <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> _____	DCD <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
N°3	_____	_____	_____	_____ à _____ h	N <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Faite <input type="checkbox"/> Non faite <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> _____	DCD <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
N°4	_____	_____	_____	_____ à _____ h	N <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Faite <input type="checkbox"/> Non faite <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> _____	DCD <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
N°5	_____	_____	_____	_____ à _____ h	N <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Faite <input type="checkbox"/> Non faite <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> _____	DCD <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
N°6	_____	_____	_____	_____ à _____ h	N <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Faite <input type="checkbox"/> Non faite <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> _____	DCD <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
N°7	_____	_____	_____	_____ à _____ h	N <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Faite <input type="checkbox"/> Non faite <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> _____	DCD <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
N°8	_____	_____	_____	_____ à _____ h	N <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Faite <input type="checkbox"/> Non faite <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> _____	DCD <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
N°9	_____	_____	_____	_____ à _____ h	N <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Faite <input type="checkbox"/> Non faite <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> _____	DCD <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
N°10	_____	_____	_____	_____ à _____ h	N <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Faite <input type="checkbox"/> Non faite <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> _____	DCD <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
N°11	_____	_____	_____	_____ à _____ h	N <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Faite <input type="checkbox"/> Non faite <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> _____	DCD <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>

\* N = Nausées - D = Diarrhée - F = Fièvre - V = Vomissements - A = Douleurs Abdominales - \*\* DCD = Décès - H = Hospitalisation



**Analyses microbiologiques dans les aliments (recherche de germes ou de toxines) :** Positif  Négatif  Non faite

Si analyses positives, préciser l'agent :

Si analyse négatives ou non faites chez les cas ou dans les aliments, quels sont les agents suspectés (le ou les 2 plus probables) :

1 =

2 =

**Origine de l'intoxication :**

Date du repas :  Heure du repas :  h

Nombre de personnes ayant participé au repas :

Lieu du repas :

- Familial
- Restaurant
- Collectivité 
  - Scolaire
  - Institut Médico-Social (hôpital, crèche, maisons de retraite, CAT...)
  - Restaurant d'entreprise
  - Autres collectivités - Préciser :

**Aliment(s) consommé(s) suspecté(s) :**

**Origine de(s) aliment(s) suspecté(s) (ex. Supermarché, production locale, production familiale, ...) :**

**Commentaires (circonstances) :**



<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



**IMPORTANT :** cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, fax, ...) au médecin inspecteur de la DASS-NC. Cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

**Déclaration initiale :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M F  
 Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Communauté : \_\_\_\_\_  
 Date d'arrivée en Nouvelle-Calédonie (s'il y a lieu) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Couverture sociale : \_\_\_\_\_  
 Adresse principale : \_\_\_\_\_ n° 100 % : \_\_\_\_\_  
 Adresse(s) secondaire(s) : \_\_\_\_\_  
 Téléphone(s) : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_  
 Lieu de travail ou de scolarisation : \_\_\_\_\_

**Antécédents (plusieurs réponses possibles) :**

jamais traité pour tuberculose  
 a déjà été traité  $\Rightarrow$  préciser, si connu :  
 de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 traitement achevé  
 traitement interrompu avant la fin  
 résistance antérieure : à H R E Z  
 : autres : \_\_\_\_\_  
 patient arrivé en NC en cours de traitement

**Sérologie VIH :**  connue ou cherchée  inconnue

**Circonstances du diagnostic (plusieurs réponses possibles) :**

radio / examen systématique  
 signes cliniques ayant poussé le patient à consulter  
 enquête autour d'un cas  autres cas

**Contaminateur :**  inconnu  possible ou probable  
 (qui ? \_\_\_\_\_)

**Forme de tuberculose (plusieurs réponses possibles) :**

PIT latente  IDR  $\geq$  15 mm  
  $\nearrow$  de plus de 10 mm entre 2 dernières IDR  
 virage de l'IDR de négatif à positif  
 IDR phlycténulaire  
 autres cas

pulmonaire  ganglionnaire médiastinale  
 miliaire  autre ganglionnaire  
 pleurale  neuro-méningée  
 autre : \_\_\_\_\_

**Histologie :**

Tissu : \_\_\_\_\_  
 Résultat :  positif  en faveur  négatif

Bactériologie :	Ex. Direct	Culture	Identification	
Crachats / Tubages G	+ - NF	+ - EC NF	M.t. M.a.	
Fibro bronchique	+ - NF	+ - EC NF	M.t. M.a.	
Autre prélèvt (précisez) :	+ - NF	+ - EC NF	M.t. M.a.	
Pour les ED+	à M2 (ou en cours de Ttt)	+ - NF	+ - EC NF	M.t. M.a.
	à M5 (ou en fin de Ttt)	+ - NF	+ - EC NF	M.t. M.a.

NF : non fait - EC : en cours - M.t. : M. tuberculosis - M.a. : M. atypique

**Antibiogramme :**  non fait  
 fait : résistance à : \_\_\_\_\_

**Traitement :** H: Isoniazide - R: Rifampicine - E: Ethambutol - Z: Pyrazinamide - S: Streptomycine  
 DOT : traitement pris sous l'observation quotidienne d'un tiers (au moins 5 jours sur 7)

Traitement d'épreuve  oui  non  
 DOT nécessaire :  oui  non  
 Protocole débuté :  2HRZ / 4HR  2HREZ / 4HR  
 autre : \_\_\_\_\_  
 Date de début de traitement : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Médecins assurant la surveillance du traitement :**

Généraliste : \_\_\_\_\_  
 Spécialiste : \_\_\_\_\_  
 Nom-Tél Référent DOT : \_\_\_\_\_

**Date DO initiale :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Nom (cachet) et signature du médecin déclarant : \_\_\_\_\_

**Déclaration complémentaire :**  de M2  de M5  de fin de traitement

merci de compléter la déclaration initiale (bactério, ...) et de remplir le formulaire ci-dessous

**Type de suivi :**  DOT faite du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  surveillance 1 ou 2 fois / semaine  
 autre : \_\_\_\_\_

**Protocole suivi :**  2HRZ / 4 HR  2HREZ / 4HR  Autre : \_\_\_\_\_

**Effets secondaires notables :**

**Situation du patient :**

traitement achevé le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 doute sur observance  séquelles fonctionnelles  
 échec (toujours ED+ à M5 ou plus)  
 abandon du traitement par le patient depuis  $\geq$  2 mois  
 arrêt du traitement par le médecin sur effets secondaires

perdu de vue depuis le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 diagnostic modifié  
 décès due à la tuberculose  
 décès due à une autre cause  
 départ hors de Nouvelle Calédonie  
 autre cas :

**Observations :**

**Date DO complémentaire :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nom (cachet) et signature du médecin déclarant : \_\_\_\_\_

Maladie à déclaration obligatoire (délibération 423 du 26 novembre 2008) - Cette fiche fait l'objet d'un traitement informatique automatisé déclaré à la CNIL.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978, le patient ou le médecin déclarant ont le droit d'accès et de rectification immédiat au fichier par demande directe au médecin inspecteur de la DASS-NC, 5 rue du Général Gallieni, BP N4 98851 NOUMEA Cedex. Fiche à transmettre au médecin inspecteur de la DASS-NC, 5 rue du Général Gallieni, BP N4 98851 NOUMEA Cedex - Tél : 24 37 00 - Fax. 05 11 33 - Numéro vert. 05 11 03



<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



**IMPORTANT :** cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, fax, ...) au médecin inspecteur de la DASS-NC. Cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F  Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Commune domicile : \_\_\_\_\_

Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_

**Date de début des symptômes :** \_\_\_\_\_

**Forme cliniques :**

Oropharyngée     Oculoganglionnaire     Pleuropulmonaire     Typhoïdique ou septicémique

Ulcéroganglionnaire     Ganglionnaire Pour les deux dernières formes, précisez la localisation : \_\_\_\_\_

Évolution :     En Cours     Favorable     Décès     Complications, précisez : \_\_\_\_\_

Hospitalisation :     Oui     Non     Inconnu

**Confirmation du diagnostic :**

• **Isolement de *F. tularensis***     Oui     Non     Non effectué

Site de prélèvement : \_\_\_\_\_

Date du prélèvement positif : \_\_\_\_\_

La souche a-t-elle été envoyée au CNR ?     Oui     Non

• **Sérologie**

*1<sup>er</sup> prélèvement*

*2<sup>ème</sup> prélèvement*

Méthode : _____	Méthode : _____
Date : _____	Date : _____
Titre : _____	Titre : _____
<input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Non effectué	<input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Non effectué

• **PCR**    Site de prélèvements : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_    Résultat : \_\_\_\_\_

• **Western Blot**    Site de prélèvements : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_    Résultat : \_\_\_\_\_

**Exposition à risque** (dans les **2 semaines** précédant les premiers signes de tularémie) :

Profession : \_\_\_\_\_ (des parents si enfants)

Contact direct avec des animaux (vivants ou morts) ou des produits animaux (manipulation, préparation ou ingestion) :

Lièvres :     Oui     Non     Inconnu

Rongeurs :     Oui     Non     Inconnu    Précisez l'espèce : \_\_\_\_\_

Autres :     Oui     Non     Inconnu    Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Contact direct avec l'eau d'un cours d'eau (ruisseau, rivière, lac, ...), d'un réservoir ou du puits :     Oui     Non     Inconnu

Si oui, précisez le nom du cours d'eau ou la localisation du cours d'eau, du réservoir ou du puits : \_\_\_\_\_

Contact avec de la terre (jardinage, remblayage, ...) :     Oui     Non     Inconnu

Morsures de tiques :     Oui     Non     Inconnu

Piqûres de moustiques ou de taons nombreuses :     Oui     Non     Inconnu

Loisirs de plein air (promenade, trek, ...) :     Oui     Non     Inconnu

Voyage à l'étranger dans le mois précédent le début des signes :     Oui     Non    Si oui, pays : \_\_\_\_\_

**Cas dans l'entourage :**     Oui\*     Non     Inconnu

\*Remplir une fiche pour tous les cas confirmés ou probables



<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



**IMPORTANT :** cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, fax... ) au médecin inspecteur de la DASS-NC. Cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F  Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Commune domicile : \_\_\_\_\_

Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_

**Signes cliniques :**

Date des 1<sup>ers</sup> signes cliniques : \_\_\_\_\_

Hospitalisation : Oui  Non  Si oui, date de l'hospitalisation : \_\_\_\_\_

Lieu de l'hospitalisation : \_\_\_\_\_

Evolution : Encore malade  Guérison  Décès  Si décès, date : \_\_\_\_\_

**Biologie :**

Sérologie : Oui  Non  Date : \_\_\_\_\_ **Laboratoire (Nom) :** \_\_\_\_\_

Confirmation du CNR :	Sérologie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Date : _____
	Isolement	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Date : _____
	PCR	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Date : _____

**Origine possible de la contamination :**

Séjour à l'étranger (dans les 2 semaines précédant le début des signes) : Oui  Non

Si **oui**, précisez le lieu : Pays : \_\_\_\_\_

Localité : \_\_\_\_\_ Date de retour en NC : \_\_\_\_\_

Condition de séjour précaire : Oui  Non  Date : \_\_\_\_\_

Si **non**, condition d'hébergement en France : \_\_\_\_\_

Autres malades dans l'entourage : Oui  Non  Si oui, précisez le nombre : \_\_\_\_\_

Précisez l'année de naissance des autres malades en leur attribuant un numéro d'ordre et remplir **une fiche pour chaque malade cliniquement possible ou confirmé** en indiquant le numéro d'ordre :

1. Année naissance : \_\_\_\_\_

2. Année naissance : \_\_\_\_\_

3. Année naissance : \_\_\_\_\_

4. Année naissance : \_\_\_\_\_

**Prophylaxie :**

Désinfection de l'environnement du cas : Oui  Non  Inconnu

Surveillance des cas contacts (\*) : Oui  Non  Inconnu

Désinfection de l'environnement des cas contacts (\*) : Oui  Non  Inconnu

(\*) à remplir par le déclarant et, si besoin, à compléter par le médecin inspecteur de la DASS-NC.