



**RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE**

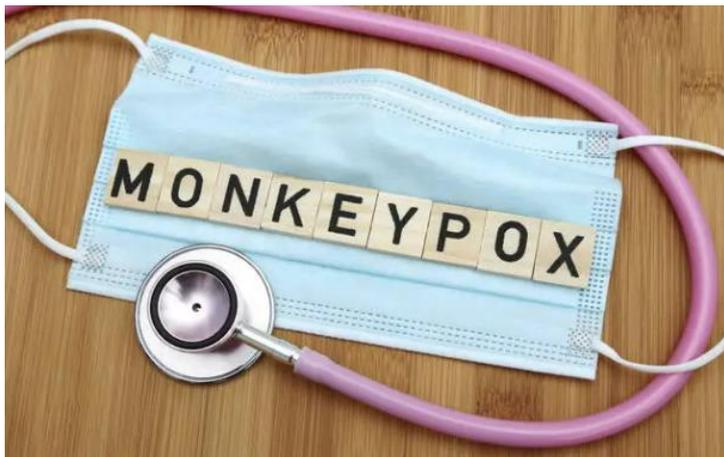
*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



**Monkeypox  
Données épidémiologiques**

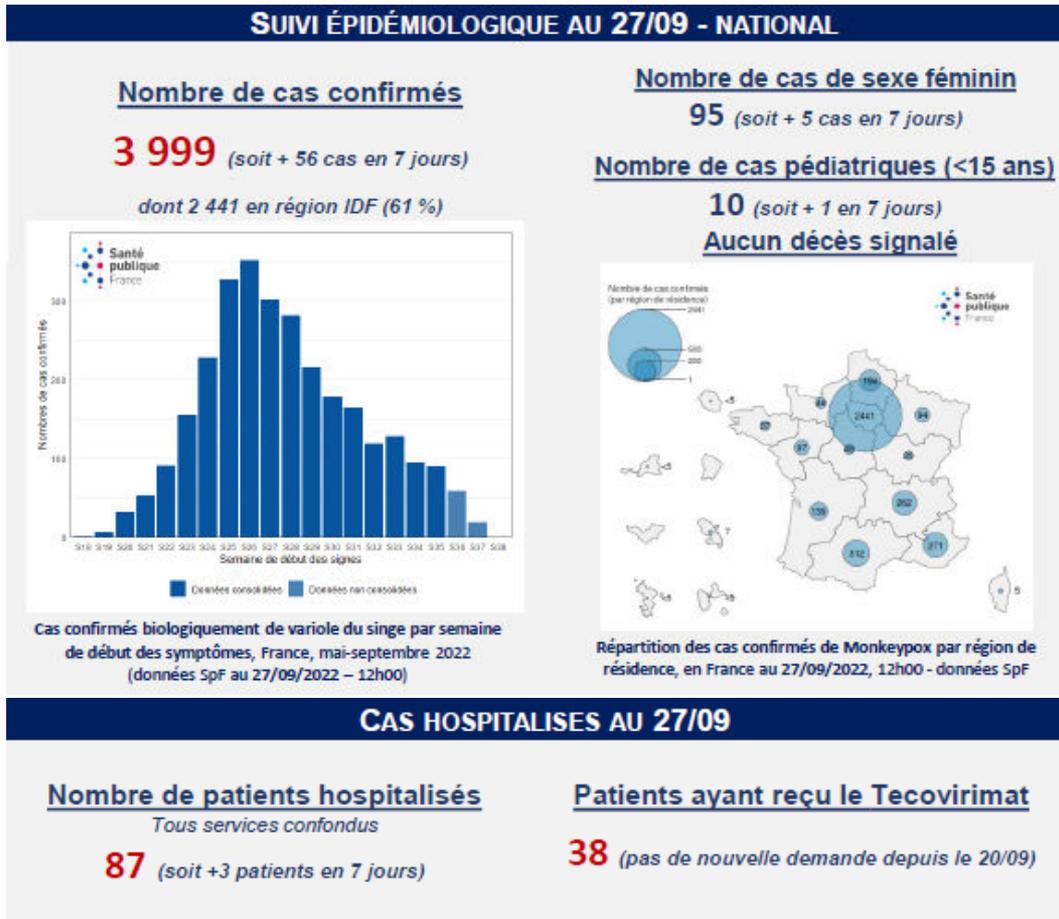
**Définition de cas et circuit de prise en charge des  
patients en région**

**Mercredi 5 octobre**



# POINT ÉPIDÉMIOLOGIQUE : National

<https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/cas-de-variole-du-singe-point-de-situation-au-27-septembre-2022>



# POINT EPIDEMIOLOGIQUE : Régional

---

Au 30 septembre :

- 204 cas confirmés/probables :
  - 133 dans le 59,
  - 33 dans le 62,
  - 22 dans le 80,
  - 10 dans le 60,
  - 6 dans le 02
- 199 hommes et 5 femmes
- Age moyen de 38 ans
- 8 hospitalisations connues, 4 commandes de Tecovirimat pour forme grave
- Description des cas semblable à la tendance nationale.

# DEFINITION DE CAS

---

<https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/cas-de-variole-du-singe-point-de-situation-au-27-septembre-2022>

## Patient suspect = signes cliniques évocateurs uniquement

- éruption cutanée ou muqueuse génitale, anale ou buccale, évocatrice de MKP, isolée (sans autre signes simultanés), précédée ou accompagnée d'une fièvre ressentie ou mesurée (>38°C), d'adénopathies ou d'une odynophagie.

## Cas possible = signes cliniques évocateurs + exposition à risque d'infection

- retour d'un voyage dans un pays d'Afrique où le virus circule habituellement ; ou Partenaires sexuels multiples, quelle que soit l'orientation sexuelle ; ou Homme ayant des rapports sexuels avec des hommes

## Cas probable = signes cliniques évocateurs + contact à risque d'un cas confirmé

## Cas confirmé = qPCR ou RT-PCR spécifique Monkeypox ou générique Orthopoxvirus

# DEFINITION DE CAS : personne contact à risque

---

Toute personne ayant eu un **contact physique direct non protégé sans notion de durée avec la peau lésée ou les fluides biologiques d'un cas probable ou confirmé symptomatique**, quelles que soient les circonstances y compris rapport sexuel, actes de soin médical ou paramédical, ou un contact physique indirect par le partage d'ustensiles de toilette, ou le contact avec des textiles (vêtements, linge de bain, literie) ou de la vaisselle sale utilisés par le cas probable ou confirmé symptomatique.

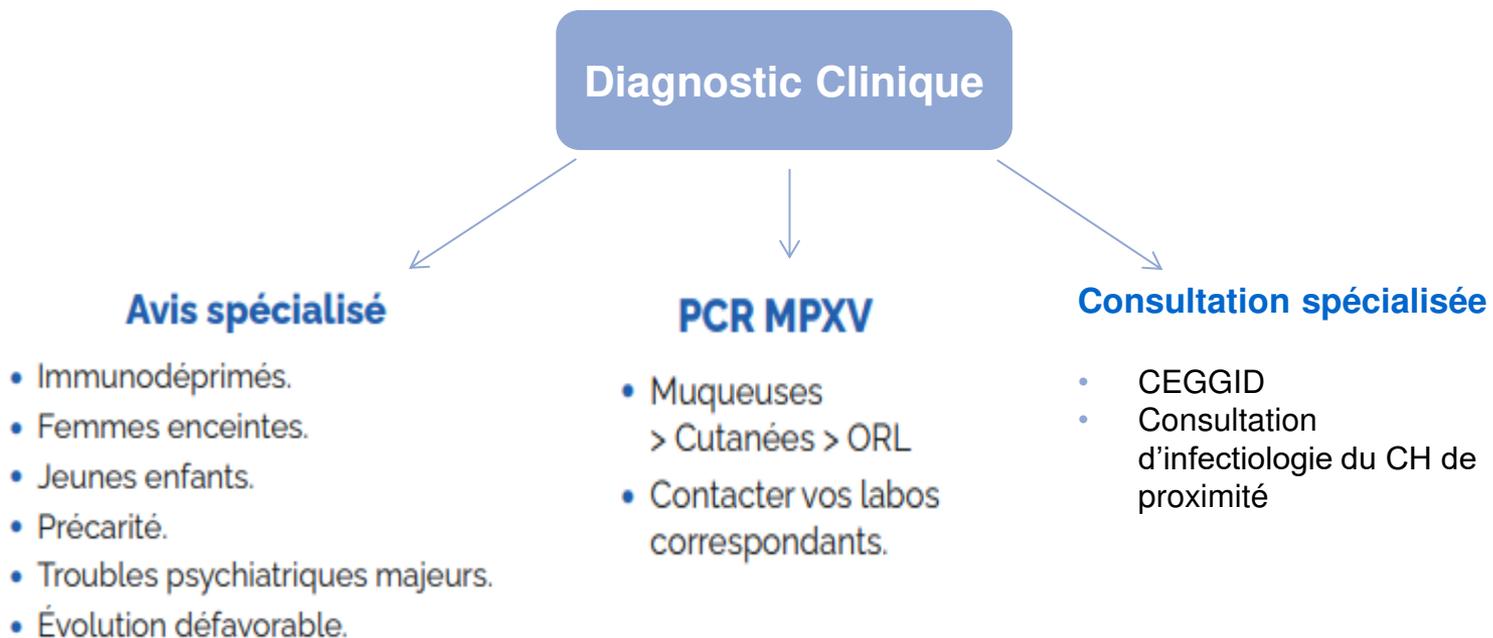
Toute personne ayant eu un **contact non protégé à moins de 2 mètres pendant 3 heures avec un cas probable ou confirmé symptomatique** (ex. ami proche ou intime, partenaire sexuel habituel même en l'absence de rapports sexuels, personnes partageant le même lieu de vie sans lien intime, voisin pour un transport de longue durée, personnes partageant le même bureau, acte de soin ou d'hygiène, même classe scolaire, salle de TD universitaire, club de sport pour les sports de contacts, salles de sports, ...).

Mesures de protection efficaces : port de gants étanches (latex, nitrile, caoutchouc), masques chirurgicaux et FFP2, et hygiaphones.

# PRISE EN CHARGE INITIALE D'UN CAS

## Cas suspect /possible

[https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3361191/fr/reponses-rapides-infection-par-le-virus-monkeypox-prise-en-charge-en-medecine-de-1er-recours](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3361191/fr/reponses-rapides-infection-par-le-virus-monkeypox-prise-en-charge-en-medecine-de-1er-recours)



Dans l'attente des résultats : isolement

# Sites de prélèvement

<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/monkeypox-symptomes-depistage-et-vaccination>



# Lieux de consultation spécialisée

---

## ☐ Aisne :

- CH de Saint Quentin (urgences, CEGIDD et service médical) : Dr BENTAYEB, Dr DUCZMANSKI-MARTY
- CH de Soissons : Dr HACHEMI
- Polyclinique HPSC de Saint-Quentin, CH de Laon, CH de Chauny, CH de Péronne, CH d'Hirson, CH de Vervins → lien avec l'infectiologue du CHSQ

## ☐ Nord :

- CHRU Lille : Pr FAURE, Dr FAURE E, Dr VUOTTO, Dr SALMON
- CH Tourcoing (CEGIDD) : Dr ROBINEAU, Dr ALFANDARI
- CH de Dunkerque : Dr VILHOP, Dr DEHECQ
- CH de Valenciennes : Dr ETTAHAR, Dr FONTIER
- CH de Roubaix
- CH de Douai
- CH de Denain
- CH de Cambrai Dr COEHLO

## ☐ Pas-de Calais :

- CH de Lens (CEGIDD) : Dr BAZUS / CH de Béthune : mutualisation avec le CH de Lens
- CH de Boulogne : Dr CHOPIN
- CH d'Arras : Dr DOZIER
- CHAM

## ☐ Oise :

- CHICN (Compiègne) : Dr BOURAS, Dr LECAPITAINE
- GHPSO (Creil) : Dr CORDIER
- CH Beauvais : Dr BARRUET

## ☐ Somme

- CHU Amiens (CEGIDD et service médical) : Pr LANNOIX

# CONFIRMATION DU CAS

## Cas probable/confirmé

---

- ❑ Cas confirmé et cas probable → **Déclaration Obligatoire** à adresser au PFR de l'ARS :
  - [ars-hdf-signal@ars.sante.fr](mailto:ars-hdf-signal@ars.sante.fr)
  - Fax : 03 62 72 88 75
  
- ❑ **Isolement** dès l'apparition des symptômes (J1), jusqu'à cicatrisation des lésions et au minimum 21 jours.
  
- ❑ Fiche de recommandations à remettre au patient :  
*<https://www.coreb.infectiologie.com/fr/prendre-en-charge-les-patients-fiches-pratiques.html>*
  
- ❑ **Identification des personnes contact à risque** :
  - Contact warning réalisé par le patient (contagieux dès les 1ers symptômes)  
[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/flyer\\_cas\\_confirmes\\_mkp\\_120822\\_vdef.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/flyer_cas_confirmes_mkp_120822_vdef.pdf)
  - Pas d'isolement mais surveillance des symptômes (T°x2/j) pendant 3 semaines après le DDC
  - Vaccination préventive : idéalement dans les 4 j suivant la DDC, sinon jusqu'à 14 jours après la DDC

<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b> Nom : _____ Hôpital/service : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Télécopie : _____ Signature : _____	<b>Si notification par un biologiste</b> Nom du clinicien : _____ Hôpital/service : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Télécopie : _____	Maladie à déclaration obligatoire  <b>Orthopoxviroses dont la variole</b> N° 12218*03  Important : tous les cas suspects de variole sont à signaler immédiatement par tout moyen approprié (téléphone, télécopie...) au médecin de l'ARS avant même confirmation ou envoi de cette fiche. Pour les autres orthopoxviroses, seuls les cas confirmés ou probables (voir définitions dans l'encadré) sont à signaler.
---	--	---

Initiale du nom :  Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ (A établir par l'ARS) Date de la notification : \_\_\_\_\_  
 Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ (A établir par l'ARS) Date de la notification : \_\_\_\_\_  
 Sexe :  M  F Date de naissance : \_\_\_\_\_ Code postal du domicile du patient : \_\_\_\_\_

Date des premiers signes cliniques \_\_\_\_\_

Hospitalisation :  oui  non  nsp

Si oui, motif :

Douleur  Complications  Traitement sous ATU  Aide sociale  Pathologie concomitante

Si complication, préciser :

Atteinte oculaire  Eruption généralisée  Atteinte cartilagineuse  
 Dermo hypodermite ou nécrose cutanée  Infection virale disséminée  
 Autre, préciser \_\_\_\_\_

Evolution :  Guérison  En cours  Décès

Confirmation biologique du diagnostic  oui  non  nsp

Technique utilisée  PCR  Microscopie électronique  TROD  Sérologie Date du prélèvement \_\_\_\_\_

Diagnostic d'espèce  Variole  Cowpox  Monkeypox  Autre orthopoxvirose, préciser \_\_\_\_\_

Site du prélèvement  Lésion cutanée, préciser le site : \_\_\_\_\_  Enanthème  
 Prélèvement oropharyngé  Prélèvement sanguin  Autre, préciser \_\_\_\_\_

Origine possible de la contamination

Contact avec au moins un cas humain d'orthopoxvirose (cas index)  oui, cas confirmé  oui, cas non confirmé  non  nsp

Lien du cas avec le(s) cas index :  Cercle familial  Même domicile  Cercle amical  Cercle professionnel  Partenaire(s) sexuel(s)  
 Milieu de soin  Collectivité hors soins, préciser \_\_\_\_\_  Autre, préciser \_\_\_\_\_

Date du premier contact avec la personne possiblement à l'origine de la contamination \_\_\_\_\_

Profession du cas : \_\_\_\_\_

Séjour à l'étranger dans les trois dernières semaines :

oui  non  nsp Si oui, préciser le(s) pays \_\_\_\_\_ Date de retour \_\_\_\_\_

Contact avec un animal malade ou à risque de transmettre un orthopoxvirus :

oui  non  nsp Si oui, préciser l'espèce(s) animale(s) concernée(s) \_\_\_\_\_

L'orthopoxvirose de l'animal était-elle  suspectée  confirmée  nsp

Vaccination antivariolique du patient

Avant 1984  oui  non  nsp

Après 2002  oui  non  nsp Si oui, nombre de doses reçues \_\_\_\_\_ Date de la dernière dose \_\_\_\_\_

Contexte de la vaccination :  Contact d'un cas  Contact d'un contact  Vaccination préventive, préciser la raison \_\_\_\_\_

Infection antérieure par un orthopoxvirus  oui  non  nsp Si oui, lequel \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Confirmation microbiologique de l'épisode antérieur  oui  non  nsp

Autre(s) cas dans l'entourage (confirmé(s) ou non) :

oui  non  nsp Si oui, nombre (si moins de 10) \_\_\_\_\_ - 10 ou plus ..... Remplir une fiche pour chaque cas suspecté ou confirmé

<b>Orthopoxviroses</b> <input type="checkbox"/> Cas confirmé : signes cliniques évocateurs et confirmation biologique ou histopathologique <input type="checkbox"/> Cas probable : signes cliniques évocateurs et lien épidémiologique avec un cas confirmé
---

## Intervention à la réception de la DO

Initialement : investigation de l'ensemble des cas de MKP pour

- mieux comprendre la maladie (définir les modes de transmission, repérer les communautés à risque..),
- limiter/freiner l'épidémie (mesures préventives chez les contacts dont proposition de la vaccination)

Actuellement : investigation recentrée sur les femmes/enfants/situations sensibles (collectivités)/cas graves (recensement des complications, mise à disposition du traitement par TECOVIRIMAT)