

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Arrêté du 18 septembre 2024 modifiant l'arrêté du 22 août 2011 relatif à la notification obligatoire des maladies infectieuses et autres maladies mentionnées à l'article D. 3113-7 du code de la santé publique et modifiant l'arrêté du 30 décembre 2022 fixant la liste des centres nationaux de référence, des centres nationaux de référence-laboratoires associés et des centres nationaux de référence-laboratoires experts pour la lutte contre les maladies transmissibles

NOR : TSSP2424608A

La ministre du travail, de la santé et des solidarités,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 3113-1, L. 1413-3, R. 3113-2 et D. 1413-50 ;

Vu l'arrêté du 22 août 2011 relatif à la notification obligatoire des maladies infectieuses et autres maladies mentionnées à l'article D. 3113-7 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du 30 décembre 2022 fixant la liste des centres nationaux de référence, des centres nationaux de référence-laboratoires associés et des centres nationaux de référence-laboratoires experts pour la lutte contre les maladies transmissibles ;

Vu l'avis du comité des centres nationaux de référence en date du 21 août 2024 ;

Vu la proposition de la directrice générale de l'Agence nationale de santé publique en date du 27 août 2024,

Arrête :

Art. 1^{er}. – L'annexe 15 de l'arrêté du 22 août 2011 susvisé est remplacée par l'annexe du présent arrêté.

Art. 2. – L'arrêté du 30 décembre 2022 susvisé est ainsi modifié :

1° L'article 1^{er} est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« 39. Centre national de référence Orthopoxvirus

« CNR : Unité de Virologie, Institut de Recherche Biomédicale des Armées (IRBA), Brétigny-sur-Orge. » ;

2° Les deux derniers alinéas de l'article 2 sont supprimés.

Art. 3. – Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 18 septembre 2024.


Pour la ministre et par délégation :

La directrice générale adjointe de la santé,

S. SAUNERON

ANNEXE

République française

Médecin ou biologiste déclarant (tampon) Nom : Hôpital/service : Adresse : Téléphone : Télécopie : Signature :	Si notification par un biologiste Nom du clinicien : Hôpital/service : Adresse : Téléphone : Télécopie	Maladie à déclaration obligatoire  Orthopoxviroses dont la variole N°
--	---	---

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

Diagnostic biologique positif négatif non réalisé

 Technique utilisée PCR Microscopie électronique TROD Sérologie Date du prélèvement

 Diagnostic d'espèce Variole Cowpox Monkeypox Autre orthopoxvirose, préciser _____

 Pour le virus Monkeypox : Clade (1, 2, etc) / _____ / nsp non réalisé Sous-clade (a, b, etc) / _____ / nsp non réalisé

 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 probable 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

Médecin ou biologiste déclarant (tampon) Nom : Hôpital/service : Adresse : Téléphone : Télécopie : Signature :	Si notification par un biologiste Nom du clinicien : Hôpital/service : Adresse : Téléphone : Télécopie :	ARS (signature et tampon)
--	---	----------------------------------

Maladie à déclaration obligatoire (Art L 3113-1, R 3113-1, R 3113-2, R 3113-5, R 3113-7 du Code de la santé publique)

Information individuelle des personnes - Droit d'accès et de rectification pendant 12 mois par le médecin déclarant (loi du 6 janvier 1978) - Centralisation des informations à Santé publique France