

Quelques exemples de Maladies infectieuses émergentes ou ré-émergentes pour lesquelles il existe un risque professionnel par AES rapporté dans la littérature.

						AES potentiellement contaminants Publiés	Contaminatio n de l'agent	Risque transmission après AES en phase virémique	Traitement Post Exposition
Maladie		Zone à risque	Transmission/ Présence du vecteur en France métropolitaine	Traitement spécifique	Vaccin				
PATIENT						SOIGNANT			
Fièvres hémorragiques virales									
Virus Ebola	Incubation 2 à 21 jours Zoonose mais Transmission inter humaine Incubation 5 à 12 jours Syndrome Grippal Vomissements, diarrhées, éruptions, atteinte rénale, hépatique, hémorragies, Gravite+++	Afrique centrale Afrique subsaharienne	Chauve-souris puis primates puis homme Contagiosité +++ interhumaine Sang Liquides biologiques	Ac Monoclonaux	Oui ERVEBO Vaccination « en anneaux »	OUI Piqure aiguille creuse ^{1, 2}	Non	Très élevé	OUI -Vaccin ³ , -Anticorps monoclonaux ⁴
Marburg	Incubation 5 à 10 Jours,, Syndrome grippal Odynophagie Rash cutané Troubles digestifs, diarrhées Dyspnée sans toux Signes hémorragiques	Afrique centrale et australe	Chauve souris ? Zoonose : rongeurs Homme Transmission interhumaine possible	Pas de Traitement	NON	NON RETROUVE	–	–	NON
Lassa	Incubation 6 à 21jours Syndrome grippal Toux Syndrome hémorragique	Afrique de l'Ouest	Zoonose Rongeurs Transmission interhumaine	Pas de traitement Ribavirine ?	Non	NON RETROUVE	–	–	NON
Crimée Congo	Incubation 2 à 14 jours Formes asymptomatiques++ Syndrome grippal, diarrhées, douleurs abdominales Phase hémorragique	Afrique, Asie, Pourtour méditerranéen	Vecteur : Tique +++ Zoonose : Animaux (lapins, ovins, bovins,caprins, equidés..). Homme Transmission interhumaine Possible par contact Sang, liquides biologiques PRESENCE DU VECTEUR EN France métropolitaine (avec détection du virus dans la tique mais pas de cas autochtone)	Ribavirine	Non	OUI Nombreuses publications Piqure aiguille creuse ^{5, 6, 7}	Oui	Très élevé	OUI Ribavirine ⁸ +++

Maladie		Zone à risque	Transmission/ Présence du vecteur en France metropolitaine	Traiteme nt spécifi que	Vaccin	AES potentiellement contaminants Publiés	Contaminatio n de l'agent	Risque transmission après AES en phase virémique	Traitement Post Exposition
	PATIENT					SOIGNANT			
Arboviroses transmises par Aedes sp.									
Dengue	Incubation 4 à 7 jours. Syndrome grippal++ Céphalées ++ éruption maculeuse transitoire. Possibilité de formées sévères, en particulier en cas de réinfection plusieurs sérotypes mais pas d'immunité croisée	Tout le globe Zones intertropicales+++ Bouffées épidémiques Cas autochtones en France	Moustique +++ Aedes sp. dont Aedes albopictus (moustique tigre) Pas de contamination interhumaine mais transmission materno-foetale, Et post transfusionnelle PRESENCE DU VECTEUR EN France métropolitaine	Pas de traitemen t	Oui QDENG A	OUI Plusieurs publications ^{9, 10} (Une dizaine de cas)	Oui	Élevé	NON
Maladie à virus Oropouche	Syndrome grippal Nausées Vomissements Rares cas de méningites et meningoencephalite	Amérique centrale et Amérique du Sud Extension géographique++ (europe , USA..)	Vecteurs: moucheron++ Moustiques ? Hôte : singes, oiseaux Homme En règle : Pas de transmission interhumaine Mais Possible transmission maternofoetale et par voie sexuelle PRESENCE DU VECTEUR EN France métropolitaine	Pas de traitemen t	NON	NON retrouvé	-	-	NON
Zika	Incubation : 3 à 12 jours Syndrome grippal Eruption cutanée Formes asymptomatiques Possibilité de formes graves neurologiques	Tout le globe Cas autochtones en France	Vecteur : Moustique Aedes sp. dont le moustique tigre Pas de transmission interhumaine mais transmission materno foetale responsables de malformations fœtales (microcéphalies+++) PRESENCE DU VECTEUR EN France métropolitaine	Pas de traitemen t	Non	Oui ¹¹ , rares publications	Oui	Élevé	NON

	PATIENT					SOIGNANT			
Chinkuguya	Incubation 7jours Syndrome grippal Myalgies+++ Arthralgies +++ Eruption cutanée Formes atypiques severes possible, notamment chez les sujets agés	Afrique Subsaharienne Asie Océan indien Caraïbes Amérique latine Cas autochtones : Italie, France métropolitaine	Moustique +++ <i>Aedes sp.</i> dont <i>Aedes albopictus</i> (moustique tigre) Pas de transmission interhumaine mais transmission materno fœtale possible PRESENCE DU VECTEUR EN France métropolitaine	Pas de traitemen t	Oui IXCHIQ	Cas anciens de transmission en laboratoires AES : possible contamination d'1 IDE	—	—	NON
Encephalites virales									
West Nile Virus	Syndrome grippal Formes sévères possibles : Méningite Méningoencéphalite Syndrome de Guillain Barré	Afrique États unis d'Amérique Pourtour méditerranéen dont Sud de la France (Camargue) Europe centrale Cas autochtones en Europe (dont la France) et en Grèce	Vecteur : moustique commun Hôte : Oiseaux migrateurs Zoonose : chevaux Homme Pas de transmission interhumaine PRESENCE DU VECTEUR EN France métropolitaine	Pas de traitemen t	Non	Non retrouve	-	-	NON
Variole et autres orthopoxvirus									
MPOX	Maladie éruptive cutanéomuqueuse : papule, vésicule, au stade pustule et croûte, accompagnées parfois de fièvre et d'adénopathies et de douleurs notamment en cas de lésions muqueuses.	- Clade 1 : endémique en Afrique centrale (particulièrement Congo). La transmission interhumaine est assez limitée Depuis 2024 augmentation des infections à clade 1 en Afrique, -Clade 2 : responsable d'une pandémie ayant débuté en 2022 (essentiellement chez les HSH par contact cutanéomuqueux et sexuel)	Zoonose : singes et rongeurs, Hommes Transmission interhumaine par contact prolongé direct physique cutanéomuqueux avec une personne infectée (tel que relations sexuelles) et par l'intermédiaire d' inoculation de liquides biologiques.	Pas de traitemen t	OUI	Oui , nombreuses publications ¹²	Oui	Oui	Oui : vaccin

-
- ¹ Robinson L. From clinician to suspect case: my experience after a needle stick in an Ebola treatment unit in Sierra Leone. *Am J Trop Med Hyg*. 2015 Feb;92(2):225-226. doi: 10.4269/ajtmh.14-0769. Epub 2014 Dec 15. PMID: 25510717; PMCID: PMC4347316.
- ² Lai L, Davey R, Beck A, Xu Y, Suffredini AF, Palmore T, Kabbani S, Rogers S, Kobinger G, Alimonti J, Link CJ Jr, Robinson L, Ströher U, Wolcott M, Dorman W, Uyeki TM, Feldmann H, Lane HC, Mulligan MJ. Emergency postexposure vaccination with vesicular stomatitis virus-vectored Ebola vaccine after needlestick. *JAMA*. 2015 Mar 24-31;313(12):1249-55. doi: 10.1001/jama.2015.1995. PMID: 25742465; PMCID: PMC4874522.
- ³ Lai L, Davey R, Beck A, Xu Y, Suffredini AF, Palmore T, Kabbani S, Rogers S, Kobinger G, Alimonti J, Link CJ Jr, Robinson L, Ströher U, Wolcott M, Dorman W, Uyeki TM, Feldmann H, Lane HC, Mulligan MJ. Emergency postexposure vaccination with vesicular stomatitis virus-vectored Ebola vaccine after needlestick. *JAMA*. 2015 Mar 24-31;313(12):1249-55. doi: 10.1001/jama.2015.1995. PMID: 25742465; PMCID: PMC4874522.
- ⁴ Synthèse et actualisation des avis du Haut Conseil de Sante Publique relatifs à la maladie à Virus Ebola, 17 mars 2022. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1228>
- ⁵ Celikbas AK, Dokuzoğuz B, Baykam N, Gok SE, Eroğlu MN, Midilli K, Zeller H, Ergonul O. Crimean-Congo hemorrhagic fever among health care workers, Turkey. *Emerg Infect Dis*. 2014 Mar;20(3):477-9. doi: 10.3201/eid2003.131353. PMID: 24564994; PMCID: PMC3944849.
- ⁶ Leblebicioglu H, Sunbul M, Guner R, Bodur H, Bulut C, Duygu F, Elaldi N, Cicek Senturk G, Ozkurt Z, Yilmaz G, Fletcher TE, Beeching NJ. Healthcare-associated Crimean-Congo haemorrhagic fever in Turkey, 2002-2014: a multicentre retrospective cross-sectional study. *Clin Microbiol Infect*. 2016 Apr;22(4):387.e1-387.e4. doi: 10.1016/j.cmi.2015.11.024. Epub 2016 Jan 20. PMID: 26806137; PMCID: PMC5023843.
- ⁷ Fazlalipour M, Jalali T, Hewson R, Pouriayevali MH, Salehi-Vaziri M. Crimean-Congo haemorrhagic fever among healthcare workers in Iran 2000-2023, a report of National Reference Laboratory. *BMC Infect Dis*. 2024 Nov 18;24(1):1312. doi: 10.1186/s12879-024-10199-1. PMID: 39558265; PMCID: PMC11571530.
- ⁸ Ergönül Ö, Keske Ş, Çeldir MG, Kara İA, Pshenichnaya N, Abuova G, Blumberg L, Gönen M. Systematic Review and Meta-analysis of Postexposure Prophylaxis for Crimean-Congo Hemorrhagic Fever Virus among Healthcare Workers. *Emerg Infect Dis*. 2018 Sep;24(9):1642-1648. doi: 10.3201/eid2409.171709. PMID: 30124196; PMCID: PMC6106438.
- ⁹ Morgan C, Paraskevopoulou SM, Ashley EA, Probst F, Muir D. Nosocomial transmission of dengue fever via needlestick. An occupational risk. *Travel Med Infect Dis*. 2015 May-Jun;13(3):271-3. doi: 10.1016/j.tmaid.2015.03.016. Epub 2015 Apr 16. PMID: 25936825.
- ¹⁰ Lee C, Jang EJ, Kwon D, Choi H, Park JW, Bae GR. Laboratory-acquired dengue virus infection by needlestick injury: a case report, South Korea, 2014. *Ann Occup Environ Med*. 2016 Apr 7;28:16. doi: 10.1186/s40557-016-0104-5. PMID: 27057314; PMCID: PMC4823875.
- ¹¹ Hills SL, Morrison A, Stuck S, Sandhu K, Mason KL, Stanek D, Gabel J, Osborne MA, Schroeder BA, Rico E, Drenzek CL, Gallagher GR, Fiddner J, Heberlein-Larson LA, Brown CM, Fischer M. Case Series of Laboratory-Associated Zika Virus Disease, United States, 2016-2019. *Emerg Infect Dis*. 2021 May;27(5):1296-1300. doi: 10.3201/eid2705.203602. PMID: 33900178; PMCID: PMC8084508.
- ¹² <https://www.geres.org/autres-pathogenes/monkeypox/>