



HAL
open science

Avis relatif à la conduite à tenir pour les cas confirmés d'infection à Monkeypox virus (MPXV) à risque de forme grave et pour les personnes contacts à risque d'infection par MPXV

Bruno Pozzetto, Éric Billaud,, Nicole Vernazza-Licht, Christian Chidiac, Céline Cazorla, Jean-Marc Chapplain, Thierry Debord, Christian Devaux, Alban Dhanani, Olivier Ferraris, et al.

► **To cite this version:**

Bruno Pozzetto, Éric Billaud,, Nicole Vernazza-Licht, Christian Chidiac, Céline Cazorla, et al.. Avis relatif à la conduite à tenir pour les cas confirmés d'infection à Monkeypox virus (MPXV) à risque de forme grave et pour les personnes contacts à risque d'infection par MPXV : AVIS du HCSP. 2022. hal-04241738

HAL Id: hal-04241738

<https://hal.science/hal-04241738>

Submitted on 18 Jan 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVIS

relatif à la conduite à tenir pour les cas confirmés d'infection à Monkeypox virus (MPXV) à risque de forme grave et pour les personnes contacts à risque d'infection par MPXV

09 juin 2022

En complément de l'avis du 24 mai 2022 [1], le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi par courriel en date du 1^{er} juin 2022, par la Direction générale de la santé (DGS) pour émettre des recommandations complémentaires relatives à la conduite à tenir spécifique pour les personnes à risque de forme grave (enfants, femmes enceintes, personnes immunodéprimées), cas confirmés de l'infection à Monkeypox (MPXV) ou contacts à risque d'un cas. Les recommandations porteront notamment sur les précautions renforcées à mettre en œuvre en termes de prise en charge, de suivi et d'isolement.

Dans le même temps, la DGS a saisi respectivement l'Anses sur le risque de transmission croisée du virus entre l'Homme et le monde animal en France et la mission COREB nationale, en lien avec les sociétés savantes concernées, sur les aspects dermatologiques du MPXV (diagnostic différentiel, prise en charge dermatologique des lésions).

Table des matières

1. Les données épidémiologiques actualisées en France.....	2
2. La fiche COREB actualisée au 3 juin 2022 (Mission COREB nationale)	3
3. Les recommandations vaccinales (HAS)	3
4. Les différents messages DGS-Urgent, CORUSS	3
5. Les considérations du HCSP, complémentaires de son avis du 24 mai 2022	4

Le HCSP a pris en compte les éléments suivants :

1. Les données épidémiologiques actualisées et messages de Santé publique France au 7 juin 2022¹

En France, 66 cas confirmés de Monkeypox ont été rapportés en France : 48 en Ile-de-France, 8 en Occitanie, 5 en Auvergne-Rhône-Alpes, 2 en Normandie, 1 dans les Hauts-de-France, 1 en Centre-Val-de-Loire et 1 en Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca).

Sur 66 cas confirmés au 7 juin 2022 14h, 61 ont fait l'objet d'une investigation, un a refusé celle-ci, un demeure injoignable et 3 sont en cours d'investigation. Tous les cas investigués sont des hommes, âgés entre 22 et 63 ans (âge médian : 35 ans). Parmi les cas investigués, 3 sont immunodéprimés, un a été hospitalisé mais ne l'est plus à ce jour ; aucun n'est décédé.

A ce jour, comme dans les autres pays d'Europe, ces cas sont survenus majoritairement, mais pas exclusivement, chez des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), sans lien direct avec des personnes de retour de zone endémique.

Parmi les cas investigués, 28 ont voyagé à l'étranger avant le début de leurs symptômes, dont certains dans plusieurs pays différents : 14 voyages sont ainsi rapportés en Espagne, 4 en Belgique, 4 en Allemagne, 1 au Portugal, 1 au Royaume-Uni, 1 au Pays-Bas, 1 au Maroc, 1 en Inde, 1 en Suisse, 1 aux États-Unis et 1 au Mali. Ces voyages ne constituent pas obligatoirement l'origine de la contamination.

La majorité des cas est non fébrile avec souvent moins de 5 lésions au niveau des mains et des membres, de la région génitale, de l'anus et parfois du visage².

La plupart des cas investigués déclarent ne pas pouvoir identifier la personne qui les aurait contaminés. Enfin, 3 des cas investigués sont des cas secondaires, dont 2 non vaccinés et en cours d'investigation, de cas confirmés en France.

Compte tenu de ce qui a été observé en Europe sur la maladie, une communication ciblée a été rapidement mise en œuvre en direction des personnes HSH. Les messages rappellent les modes de transmission, les symptômes, la conduite à tenir en cas de symptômes. Ces messages sont actuellement diffusés en digital sur le site [Sexosafe](#) dédié aux HSH et *via* les réseaux sociaux. En parallèle, sur le terrain, des affiches, des flyers et des fiches-conseils ont été diffusés grâce aux acteurs associatifs, aux agences régionales de santé (ARS) et aux équipes de Sexosafe présentes sur le terrain. Les actions de prévention s'adapteront à l'évolution de la situation.

Au niveau international, selon les dernières données du CDC : *Centers for Disease Control and Prevention* (au 6 juin 2022³), 1 019 cas dans 29 pays ont été identifiés au 6 juin 2022 dont 852 en Europe (dont 302 au Royaume-Uni, 198 en Espagne, 153 au Portugal, 65 en Allemagne et 51 en France) et 167 cas hors d'Europe (dont 80 cas au Canada).

¹ Santé publique France. Disponible sur <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/cas-de-monkeypox-point-de-situation-au-7-juin-2022>. Consulté le 09 juin 2022.

² Enquête flash COREB, juin 2022.

³ CDC. Disponible sur <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/response/2022/world-map.html>. Consulté le 08 juin 2022.

2. La fiche COREB actualisée au 3 juin 2022 (Mission COREB nationale) [2]

La mission COREB nationale précise dans une fiche réflexe (i) comment repérer et établir un diagnostic clinique (signes cliniques, exposition, diagnostic différentiel), (ii) comment protéger l'entourage d'un cas suspect, possible ou confirmé et enfin (iii) comment prendre en charge les cas et établir leur diagnostic biologique. Ces recommandations sont en accord avec celles du HCSP dans son avis du 24 mai 2022 [1].

3. Les recommandations vaccinales (HAS) [3]

La Haute Autorité de santé (HAS) a rendu le 20 mai 2022 un avis recommandant la vaccination contre la variole des adultes dont le contact avec une personne infectée par le MPXV est considéré comme à risque de transmission, y compris les professionnels de santé exposés sans mesure de protection individuelle. La HAS recommande que la vaccination réactive se déroule préférentiellement dans les 4 jours suivant l'exposition à risque, et jusqu'à 14 jours maximum.

Les personnes contacts à risque sont identifiées par les ARS dans le cadre des investigations réalisées autour des cas probables et confirmés d'infection par le MPXV. Ces investigations sont réalisées en lien avec les équipes d'hygiène et de santé au travail pour les personnes contacts à risque de transmission en milieu de soins. Des personnes contacts à risque non identifiées dans le cadre du contact-tracing peuvent également solliciter une vaccination et se voir proposer cette vaccination après un avis médical spécialisé.

Le vaccin mis à disposition pour ces personnes est actuellement la spécialité IMVANEX® commercialisée par le laboratoire Bavarian Nordic et utilisant une souche non répliquative chez l'Homme mais répliquative en culture cellulaire dénommée MVA (pour *Modified Vaccinia virus Ankara*). Les effets indésirables de ce vaccin sont très atténués par rapport à ceux des vaccins antivarioliques de première et deuxième générations.

4. Les différents messages DGS-Urgent, CORRUSS [4]

Précision sur la conduite à tenir pour les cas et les contacts : Conformément à la conduite à tenir élaborée par Santé publique France (« Cas d'infection par le MPXV en Europe : définitions et conduite à tenir » en date du 25 mai 2022), **seules les personnes symptomatiques cas suspects d'infection par le MPXV présentant une éruption vésiculeuse caractéristique doivent être testées.** Le diagnostic repose sur un prélèvement de lésions cutanées (croûtes, écouvillon sec en frottant plusieurs vésicules, voire biopsie) ou un prélèvement oropharyngé³ en cas de poussée éruptive dans la bouche ou la gorge. Le message DGS-Urgent n°2022_55 [5] précédent précise le circuit de prélèvement et d'analyse. Les personnes asymptomatiques se présentant spontanément pour un test ou une vaccination doivent être orientées vers leur médecin traitant (ou le SAMU-Centre 15) afin de bénéficier d'une consultation ou téléconsultation avec un infectiologue, si elles ont effectivement été en contact à risque avec une personne cas confirmé ou probable d'infection par le MPXV. Pour rappel, l'infection à MPXV est une maladie à déclaration obligatoire (MDO). Dans la situation actuelle, cette déclaration est essentielle pour mieux documenter la maladie.

³ Mission COREB nationale. <https://www.coreb.infectiologie.com/UserFiles/File/20220603-fichemonkeypox-vfdocx.pdf> (consulté le 09 juin 2022)

5. Les considérations du HCSP, complémentaires de son avis du 24 mai 2022 [1]

- La définition d'une forme grave d'infection à MPXV a été précisée dans l'avis du HCSP du 24 mai 2022 [1]. Une forme bénigne d'infection à MPXV, c'est-à-dire ne répondant pas à la définition d'une forme grave, peut évoluer vers une forme grave, notamment si la personne atteinte présente des facteurs de risque tels que précisés dans l'avis du HCSP du 24 mai 2022 (immunodépression, grossesse, jeune âge).
- A ce stade de l'épidémie et des connaissances sur le virus, les modes de transmission et les populations cibles, plusieurs stratégies de contrôle et de surveillance de l'épidémie pourraient être adoptées :
 - 1) **L'élimination de l'épidémie sur le territoire national** ; tous les patients dès la suspicion doivent pour cet objectif être identifiés et isolés strictement chez eux avant leur transfert en ESR (établissement de santé de référence) ou dans d'autres structures (à préciser) par des équipes dédiées (par analogie avec les agents biologiques de classe 4). **L'objectif global serait alors d'éteindre l'épidémie le plus rapidement possible et d'éviter la constitution d'un réservoir autochtone humain ou animal.**
 - 2) **Le contrôle actif de l'épidémie dans le but de limiter la circulation du virus dans les populations à risque de forme grave** :
 - isolement à domicile et surveillance active des patients présentant une forme bénigne de l'infection par une équipe médicale dédiée (télémédecine ou visite à domicile) avec possibilité d'hébergement en structure *ad hoc* pour les personnes à risque de forme grave ou celles évoquant des difficultés à s'isoler strictement à domicile,
 - hospitalisation des patients présentant une forme grave de l'infection.**Une surveillance active serait alors mise en œuvre par une organisation territoriale *ad hoc* avec téléconsultations ou visites à domicile régulières.**
 - 3) **Une surveillance de l'épidémie, sans les interventions décrites ci-dessus**, comprenant la poursuite :
 - de la déclaration obligatoire (intégrée aux trois stratégies),
 - de l'auto-surveillance (surveillance passive) des patients et de l'information des populations cibles dans le seul but de suivre, comprendre et prévenir l'évolution de l'épidémie**Une auto-surveillance à domicile comprend la surveillance de la température et de l'état cutané et des muqueuses (apparition de fièvre, éruption cutanée vésiculeuse, atteinte muqueuse) par le patient lui-même sans intervention d'une personne extérieure.**

Recommandations du HCSP relatives aux cas d'infection à MPXV bénins survenant dans la communauté et à leurs contacts.

Les recommandations figurant ci-dessous correspondent à la stratégie 2 décrite ci-dessus. La stratégie 1 d'élimination de l'épidémie ne semble pas actuellement pertinente du fait de la nécessité qu'elle implique d'un recours systématique à l'hospitalisation, dans le contexte actuel de tensions hospitalières, de l'absence de gravité apparente des premiers cas et du manque de connaissances sur le risque de mutation du virus et de constitution d'un réservoir autochtone humain ou animal. Cette stratégie 1 pourrait néanmoins devenir prioritaire en fonction de l'évolution des connaissances et avant que la dynamique de l'épidémie ne devienne trop intense.

Une surveillance sans autre intervention n'est pas recommandée à ce stade de l'épidémie, du fait du caractère émergent du MPXV en dehors des zones d'endémie.

Le HCSP rappelle qu'en l'état actuel des connaissances seuls les patients symptomatiques sont contagieux dès le début des prodromes.

De façon générale

- **L'isolement des patients infectés et la surveillance des personnes contacts sont à la base de la stratégie proposée par le HCSP.**
- L'isolement à domicile est recommandé prioritairement pour les personnes infectées pour lesquelles un avis médical spécialisé (infectiologue référent REB) a statué que cette mesure était cliniquement appropriée, après une évaluation documentée, avec mise en place d'un soutien psychologique, socio-économique à l'isolement et médical si besoin [6].
- Les personnes présentant une forme cliniquement grave ou compliquée (encéphalite, surinfection bactérienne respiratoire ou cutanée) doivent être hospitalisées pour prise en charge médicale adéquate [1].
- Le risque de contamination par l'environnement doit être maîtrisé par l'aération régulière de la pièce où séjourne la personne infectée, l'aspiration des poussières et le lavage régulier des sols et des surfaces, le lavage du linge en contact avec le corps de la personne infectée (si possible à 60 °C pendant 30 minutes avec une lessive habituelle). Il convient d'éviter de partager des objets ou les sanitaires ; leur nettoyage régulier et systématique après chaque contact avec la personne infectée est recommandé en utilisant un détergent habituel.
- Le transport éventuel depuis le domicile vers les établissements de santé doit se faire par transport personnel individuel ou par un personnel formé aux risques biologiques en prenant soin de désinfecter le véhicule au terme du transport.
- Une communication proactive par les autorités sanitaires sur les risques de l'infection et de sa transmission doit être menée pour accroître la sensibilisation tant des personnes à risque de forme grave que du grand public par la diffusion de conseils régulièrement actualisés au fur et à mesure de l'acquisition de nouvelles données. Les messages de communication sur les risques doivent souligner que le MPXV se transmet par contact étroit et direct entre les personnes, en particulier au sein d'un même foyer, y compris à l'occasion de rapports sexuels (l'infection pouvant se présenter comme une infection ano-génitale vésiculeuse) ou par le biais d'objets partagés. Il convient de maintenir un équilibre entre l'information aux personnes les plus exposées (population dans laquelle le virus a initialement circulé) et la communication au grand public qui doit rappeler notamment qu'actuellement, les données relatives au niveau de diffusion du virus dans la population générale sont encore très fragmentaires.

➤ **De façon spécifique, il est recommandé :**

Dans tous les cas, pour les personnes présentant une infection à MPXV

- D'éviter tout contact étroit (tout contact physique direct non protégé, relations sexuelles, partage de textiles ou d'objets, partage d'une chambre ou d'un lit...) avec des personnes de son entourage. Veiller à écarter du lieu de résidence du cas les personnes à risque de forme grave de l'infection [1].
- De recouvrir si possible d'un pansement ou d'un linge les lésions cutanées en fonction de leur localisation et de porter un masque chirurgical en cas de présence d'un tiers à domicile et en cas de sortie du domicile jugée indispensable. De ne pas se gratter les lésions pour ne pas se ré inoculer le virus.
- D'éloigner du lieu de résidence de la personne infectée les animaux de compagnie (mammifères) afin de prévenir le risque d'une transmission homme-animal⁴.

⁴ Gouvernement du Canada. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/biosecurite-biosurete-laboratoire/fiches-techniques-sante-securite-agents-pathogenes-evaluation-risques/orthopoxvirus-simien.html>. Consulté le 09 juin 2022

Pour les personnes présentant une forme bénigne d'infection à MPXV

- D'isoler le patient à domicile jusqu'à guérison (décrustation totale des lésions cutanées avec retour à une peau saine) si les conditions permettent le maintien à domicile et si le patient est bien informé et apte à suivre les mesures à respecter vis-à-vis de personnes contacts potentielles et à réaliser correctement la surveillance clinique adaptée à son statut (cf. avis du HCSP du 24 mai 2022)
 - **Patient sans facteur de risque de forme grave** : auto-surveillance (surveillance passive) des signes cliniques avec un appel au minimum hebdomadaire de l'ARS. Un numéro de téléphone sera indiqué au patient pour appel en cas d'aggravation des symptômes.
 - **Patient avec facteur de risque de forme grave** : surveillance active des signes cliniques par des appels systématiques pluri-hebdomadaires associés à des déplacements à domicile de l'équipe médicale dédiée (organisation ARS).
- Si les conditions d'isolement et de prise en charge à domicile ne peuvent être correctement assurées :
 - de privilégier l'isolement dans une structure dédiée *ad hoc* [6].
 - de discuter la possibilité d'une hospitalisation transitoire pour surveillance clinique et de s'assurer, notamment chez les patients présentant des facteurs de risque de forme grave, de l'absence de complication et de l'évolution favorable à court terme avec dans ces cas retour à domicile ou dans une structure *ad hoc* satisfaisant.

Pour toutes les personnes contacts

- De mettre en œuvre, sous la coordination de l'ARS, par les équipes REB référentes, les équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) et les services de santé au travail pour les contacts des cas hospitalisés :
 - leur identification,
 - l'évaluation de leur risque (négligeable ou non) d'être infecté,
 - l'évaluation du risque d'évolution vers une forme grave en tenant compte d'un antécédent avéré de vaccination contre la variole (personnes nées avant 1977, carnet de vaccination ou cicatrice gaufrée caractéristique),
 - la logistique à mettre en œuvre pour la réalisation de tests diagnostiques virologiques de confirmation si la personne contact devient symptomatique.
- De ne pas placer en éviction les personnes contacts.
- De discuter la vaccination selon les recommandations de la HAS en vigueur.
- De demander aux personnes contacts de surveiller l'apparition de signes cliniques (fièvre, éruption cutanée vésiculeuse...) pendant les 21 jours qui suivent le dernier contact avec la personne infectée.
- D'écarter les personnes contacts à risque de forme grave du domicile de la personne infectée.
- De prévenir les personnes contacts de la nécessité de s'isoler et de contacter immédiatement le SAMU-centre 15 en cas d'apparition de signes cliniques.

Pour les enfants infectés

- D'appliquer les mêmes dispositions d'isolement et les mêmes mesures de prévention que pour les adultes.
- De maintenir les liens interindividuels entre les parents et leurs enfants infectés, notamment en cas d'isolement hors du domicile.
- D'écarter du contact direct avec l'enfant infecté toute personne de l'entourage familial à risque de forme grave (femme enceinte par ex.), en lui recommandant de ne pas s'occuper directement de lui.
- En cas d'isolement à domicile, d'isoler l'enfant dans une chambre seule si possible ou de réduire le nombre de personnes présentes au domicile, en confiant par exemple si cela est possible la fratrie à des proches tout en poursuivant la surveillance des contacts familiaux.

En cas de survenue d'un cas dans un milieu scolaire ou une collectivité d'enfants :

- D'impliquer les intervenants médico-sociaux de ces collectivités (médecin scolaire, médecin de crèche, infirmiers et psychologues scolaires, service de PMI : protection maternelle infantile ...) dans la gestion de la crise sous la coordination de l'ARS.
- D'informer rapidement l'ensemble des parents des enfants de la collectivité, en les rassurant sur la possibilité de transmission (pas de transmission s'il s'agit d'un contact avec un enfant contact, risque faible de transmission en l'absence de contacts physiques étroits directs avec un cas confirmé) et en proposant une auto-surveillance.
- De définir les contacts à risque élevé (camarades proches, même section ou classe, partage de vêtements) et les contacts les plus à risque de forme grave (enfants immunodéprimés) auxquels sera proposée une surveillance par les parents, et par des contacts médicaux réguliers.
- De renforcer le nettoyage habituel et l'aération des locaux.
- D'identifier la survenue de cas groupés et d'adapter les mesures.
- De ne pas fermer la collectivité sauf en cas de survenue de plusieurs cas.

En cas de survenue d'un cas dans une collectivité d'adultes (milieu professionnel, associatif, secteurs de soins...) :

- De rappeler le caractère bénin habituel de la maladie.
- D'identifier les cas contacts à risque élevé et notamment ceux à risque de forme grave, sous la coordination de l'ARS, par les équipes REB, les EOH en collaboration avec les services de santé (SST) au travail le cas échéant.
- De proposer aux cas contacts à risque élevé une auto-surveillance et, pour les personnes à risque de forme grave, une surveillance active en collaboration avec le service de santé au travail en milieu professionnel. Une vaccination peut également être discutée en suivant les recommandations de la HAS.
- De renforcer le nettoyage habituel et l'aération des locaux.
- D'identifier la survenue de cas groupés et d'adapter les mesures.
- De ne pas fermer la collectivité sauf en cas de survenue de plusieurs cas (sous réserve que cette fermeture soit possible).

Ces recommandations, élaborées sur la base des connaissances disponibles à la date de publication de cet avis, peuvent évoluer en fonction de l'actualisation des connaissances et des données épidémiologiques.

Avis rédigé par un groupe d'experts, membres ou non du Haut Conseil de la santé publique.

Validé le 9 juin 2022 par le Président du Haut Conseil de la santé publique

Tableau 1. Mesures de prévention, d'isolement et de surveillance des personnes présentant une forme bénigne d'infection à MPXV confirmée et des personnes contacts

Cas confirmé	Personne contact du cas confirmé
<p>Éviter les contacts avec son entourage et en particulier avec les personnes à risque de forme grave Éviter les contacts étroits avec les animaux de compagnie (mammifères)⁵</p> <p>Chez les adultes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Isoler le patient à domicile jusqu'à guérison (décrustation totale des lésions cutanées) si les conditions permettent le maintien à domicile et si le patient est bien informé et apte à suivre les mesures à respecter vis-à-vis de personnes contacts potentielles et à réaliser correctement la surveillance clinique adaptée à son statut (cf. avis du HCSP du 24 mai 2022). <ul style="list-style-type: none"> - Patient sans facteur de risque de forme grave : auto-surveillance (<u>surveillance passive</u>) des signes cliniques avec un appel au minimum hebdomadaire de l'Agence Régionale de santé (ARS). Un numéro de téléphone sera indiqué au patient par l'ARS, à contacter en cas d'aggravation des symptômes. - Patient avec facteur de risque de forme grave : <u>surveillance active</u> des signes cliniques par des appels systématiques pluri-hebdomadaires de l'équipe médicale REB référente désignée par l'ARS. - Éviter, dans la mesure du possible, de maintenir au domicile toute personne à risque de forme grave. ▪ Si les conditions d'isolement et de prise en charge à domicile ne peuvent être correctement assurées : <ul style="list-style-type: none"> - Privilégier l'isolement dans une structure dédiée <i>ad hoc</i> [6]. - Discuter la possibilité d'une hospitalisation transitoire pour surveillance clinique et de s'assurer, notamment chez les patients présentant des facteurs de risque de forme grave de l'absence de complication et de l'évolution favorable à court terme avec, dans ces cas, d'un retour à domicile ou dans une structure <i>ad hoc</i> satisfaisant. <p>Chez les enfants < 18 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Appliquer les mêmes dispositions d'isolement et les mêmes mesures de prévention que pour les adultes. ▪ Maintenir les liens interindividuels entre les parents et leurs enfants infectés, notamment en cas d'isolement hors du domicile. ▪ Ne pas s'occuper directement de l'enfant infecté et éviter d'être en contact physique avec lui lorsqu'on est une personne à risque de forme grave de ne pas s'occuper. ▪ En cas d'isolement à domicile, isoler l'enfant dans une chambre seule si possible ou réduire le nombre de personnes présentes au domicile, en confiant par exemple la fratrie à des proches tout en poursuivant la surveillance des contacts familiaux. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organiser sous la coordination de l'Agence Régionale de santé (ARS), par les équipes référentes REB, et les EOH et les SST pour les cas hospitalisés : <ul style="list-style-type: none"> - L'identification des personnes contacts et l'évaluation du risque (négligeable ou non) d'être infecté, - L'évaluation du risque de développer une forme grave en tenant compte d'un antécédent avéré de vaccination contre la variole (personnes nées avant 1977, carnet de vaccination ou cicatrice gaufrée caractéristique), - la logistique à mettre en œuvre pour la réalisation de tests diagnostiques virologiques de confirmation si la personne contact devient symptomatique. ▪ Ne pas placer en éviction les personnes contacts. ⁶ ▪ Demander aux personnes contacts de surveiller l'apparition de signes cliniques (fièvre, éruption cutanée vésiculeuse...) pendant les 21 jours qui suivent le dernier contact avec la personne infectée. ▪ Ecarter les personnes contacts à risque de forme grave du domicile de la personne infectée. ▪ Prévenir les contacts de la nécessité de s'isoler et de contacter immédiatement le SAMU-centre 15 en cas d'apparition de signes cliniques.

⁵<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/biosecurite-biosurete-laboratoire/fiches-techniques-sante-securite-agents-pathogenes-evaluation-risques/orthopoxvirus-simien.html>

⁶ La définition de contact à risque négligeable et à risque élevé est précisée dans l'avis du HCSP du 24 mai 2022 <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1212>

Tableau 2. Mesures d'hygiène pour les personnes présentant une forme bénigne d'infection à MPXV confirmée, les personnes contacts et les professionnels de santé intervenant à domicile

Type de mesures	Cas confirmé	Contact du cas confirmé	Soignant à domicile (ou aidant à domicile)
Hygiène des mains	Oui régulièrement	Oui régulièrement, notamment après avoir eu des contacts avec l'environnement du cas	Oui à chaque occasion de soins, en entrant et en sortant du domicile
Port d'un masque chirurgical	Oui en présence d'autres personnes	Oui en cas de visite ponctuelle Non pour les contacts vivant sous le même toit	Non sauf si un APR de type FFP2 n'est pas disponible
Port d'un appareil de protection respiratoire (APR) de type FFP2	Non	Non	Oui à l'entrée du domicile avec retrait après la sortie du domicile
Équipement de protection individuelle	Non	Non	En cas de contact avec le patient : port de gants non stériles à UU ; port d'une surblouse de protection de la tenue ; port d'un tablier en cas de soins avec exposition aux liquides biologiques ou une muqueuse ou une peau lésée ; port de lunettes de protection en fonction des soins exposants ou non
Déchets issus des soins	Sans objet	Sans objet	Élimination dans un sac poubelle doublement emballé et déposé en poubelles publiques après 24 à 48 h de stockage dans un endroit dédié du domicile (placard, cave...) du fait de la résistance du MPXV dans l'environnement Élimination par le soignant des déchets relevant des DASRI (déchets d'activité de soins à risque infectieux)
Aération/ventilation du domicile	Il est difficile d'établir le niveau de la qualité de ventilation d'un domicile. L'aération des pièces par les ouvrants naturels (porte, fenêtres) environ 10 min toutes les heures permet un renouvellement d'air diminuant le risque infectieux aéroporté, en complément du niveau du système de ventilation équipant le domicile.		

Références

1. Haut Conseil de la santé publique. Avis du 24 mai 2022 relatif à la conduite à tenir autour d'un cas suspect, probable ou confirmé d'infection à Monkeypox virus [Internet]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1212>. Consulté le 06 juin 2022
2. Coordination opérationnelle - Risque épidémique et biologique (COREB). Monkeypox [Internet]. Disponible sur: <https://www.coreb.infectiologie.com/fr/monkeypox.html>. Consulté le 09 juin 2022.
3. Haute Autorité de santé. Avis n° 2022.0034/SESPEV du 20 mai 2022 du collège de la Haute Autorité de santé relatif à la vaccination contre Monkeypox [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-05/avis_n2022.0034_sespev_du_20_mai_2022_du_college_de_la_has_relatif_a_la_vaccination_contre_la_variole_du_singe_monkeypox_vir.pdf. Consulté le 06 juin 2022.
4. Ministère de la santé et de la prévention. CORRUSS_DGS-urgent_n2022_58_monkeypox_vaccination.pdf [Internet]. [cité 4 juin 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/_corruss_dgs-urgent_n2022_58_monkeypox_vaccination.pdf. Consulté le 06 juin 2022.
5. Ministère de la santé et de la prévention. corruss_actualisation_dgs-urgent_n_2022_55_-_cas_d_infections_autochtones_par_le_virus_monkeypox.pdf [Internet]. [cité 4 juin 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/corruss_actualisation_dgs-urgent_n_2022_55_-_cas_d_infections_autochtones_par_le_virus_monkeypox.pdf. Consulté le 06 juin 2022.
6. Haut Conseil de la santé publique. Rapport du 9 avril 2019 relatif à l'indication des interventions non pharmaceutiques pour limiter la diffusion des maladies transmissibles. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=717>. Consulté le 06 juin 2022.

Annexe 1 : saisine de la Direction générale de la santé en date du 1^{er} juin 2022

Monsieur le Président, cher Franck,

En complément de votre avis du 25 mai 2022 et comme indiqué en RSS ce jour, je souhaite que vous puissiez émettre des recommandations relatives à la conduite à tenir spécifique pour les personnes à risque de forme grave (enfants, femmes enceintes, personnes immunodéprimées), cas confirmés de l'infection à Monkeypox ou contacts à risque d'un cas. Vos recommandations porteront notamment sur les précautions renforcées à mettre en œuvre en termes de prise en charge, de suivi et d'isolement. Je souhaite pouvoir disposer de votre expertise pour le 8 juin 2022.

Je vous informe d'autre part que je saisis respectivement l'ANSES sur le risque de transmission croisée du virus entre l'Homme et le monde animal en France et la mission COREB nationale, en lien avec les sociétés savantes concernées, sur les aspects dermatologiques du MPX (diagnostic différentiel, prise en charge dermatologique des lésions).

Je vous remercie à nouveau pour la disponibilité des experts et des équipes du Haut Conseil.

Bien cordialement,

Dr Grégory EMERY

Directeur général adjoint de la santé

Ministère de la santé et de la prévention

14, avenue Duquesne – 75007 Paris

www.solidarites-sante.gouv.fr

Annexe 2 : composition du groupe de travail

Membres du HCSP, Commission Spécialisée « Maladies infectieuses, maladies émergentes »

- Éric BILLAUD
- Céline CAZORLA
- Christian CHIDIAC, pilote du GT
- Christian DEVAUX
- Florence FOUQUE
- Jean-François GEHANNO
- Bruno HOEN
- Sophie MATHERON
- Philippe MINODIER
- Elisabeth NICAND
- Henri PARTOUCHE
- Bruno POZZETTO, pilote du GT
- Christophe RAPP
- Matthieu REVEST
- France ROBLOT
- Nicole VERNAZZA

Membres du HCSP, Commission Spécialisée « Système de santé et sécurité des patients »

- Didier LEPELLETIER, pilote du GT

Experts extérieur

- Jean-Marc CHAPPLAIN, mission COREB nationale
- Alban DHANANI, ANSM
- Thierry DEBORD, infectiologue
- Olivier FERRARIS, CNR Orthopoxvirus
- Cécile FICKO, service de santé des armées
- Pierre GALLIAN, EFS

Personne auditionnée

Alexandra MAILLES, Santé publique France

SG HCSP

Sylvie FLOREANI

Avis produit par le HCSP

Le 9 juin 2022

Haut Conseil de la santé publique

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

www.hcsp.fr