

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

DATE : 25/05/2022

REFERENCE : REPLY-MINSANTE n°2022_33

OBJET : ACTUALISATION : CAS D'INFECTIONS AUTOCHTONES PAR LE VIRUS MONKEYPOX

☒ **Pour action**

☒ **Pour information**

L'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) a publié un *Rapid risk assessment* le 23 mai 2022 et le HCSP a rendu le 24 mai 2022 son avis relatif à la conduite à tenir autour d'un cas suspect, probable ou confirmé d'infection à Monkeypox virus. **Le présent message actualise le MINSANTE n°2022-33 relatif aux cas d'infections autochtones par le virus Monkeypox transmis le 20 mai 2022, en accord avec ces avis.**

Mesdames, Messieurs,

Plusieurs cas d'infections autochtones à virus Monkeypox (MKP) ont récemment été signalés dans plusieurs pays d'Europe, en Amérique du Nord et en Australie, notamment chez des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH). Des cas suspects sont en cours d'investigation dans de nombreux pays. Il s'agit d'un phénomène inhabituel. **Plusieurs cas ont désormais été confirmés sur le territoire national.**

Pour l'ensemble des cas confirmés, les analyses ont mis en évidence un virus appartenant au clade "Afrique de l'ouest" du virus MKP¹, suggérant un lien initial avec le Nigéria, pays dans lequel le virus circule régulièrement depuis 2017. Hormis le cas signalé au Royaume-Uni le 7 mai dernier importé du Nigéria, les nouveaux cas signalés ne rapportent pas de voyage en Afrique ou de lien avec une personne au retour d'Afrique. A ce stade, les cas rapportés sont majoritairement bénins, et il n'y a pas de décès signalé.

L'infection à Monkeypox est une **maladie à déclaration obligatoire** au même titre que les autres orthopoxviroses. En complément de la DO pour les cas confirmés et probables, les **premiers cas suspects** devront également dans un premier temps être signalés à l'Agence régionale de santé².

1/ Investigations autour des cas, recherche des personnes contacts et mesures d'isolement

Les ARS auront la charge de mener les investigations autour des cas et le contact-tracing, en lien avec les cellules régionales de Santé publique France. A la suite de la publication du *Rapid risk assessment* de l'ECDC en date du 23 mai 2022, **les définitions de cas et la conduite à tenir pour la recherche des personnes contacts ont été mises à jour par SpF le 25/05** (<https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/cas-de-monkeypox-point-de-situation-au-23-mai-2022>). Les principales évolutions portent sur un ajustement des définitions de cas confirmé et de cas probable.

Les cas suspects doivent continuer d'être signalés par les professionnels de santé aux ARS², mais ne nécessitent plus d'être signalés au CORRUSS. Seuls les cas probables et confirmés doivent continuer à l'être via SISAC, en précisant les investigations menées, les actions mises en œuvre pour limiter le développement des clusters et les éventuelles difficultés

¹ Le virus MKP est un orthopoxvirus, dont deux clades principaux sont connus : Afrique de l'Ouest et Afrique Centrale (bassin du Congo).

² Déclaration à l'ARS possible en lien avec l'infectiologue qui accueille le patient pour la réalisation du prélèvement.

rencontrées dans la prise en charge des cas et des personnes contacts (multiples contacts pour un cas, refus d'isolement des cas, nombreux cas en lien avec un évènement ou un lieu...).

Hormis les patients avec des formes graves, les patients immunodéprimés, les femmes enceintes et les très jeunes enfants pour lesquels il conviendra d'être particulièrement vigilant, les cas de Monkeypox ne nécessitent pas d'hospitalisation systématique et feront l'objet d'une recommandation d'isolement à domicile.

Une surveillance téléphonique auprès des cas isolés à domicile et des personnes contacts devra être mise en place par les ARS (visant à vérifier le respect de l'isolement et l'évolution clinique pour les cas, et à s'assurer que les personnes contacts ne développent pas de symptômes, à réaliser *a minima* deux fois par semaine).

2/ Prise en charge des patients et circuit des prélèvements

La mission nationale COREB (Coordination Opérationnelle Risque Épidémique et Biologique) a également précisé le **25/05** certains points de sa **fiche réflexe pour la prise en charge médicale des cas et les mesures de protection à adopter** (la fiche actualisée est disponible sur <https://www.coreb.infectiologie.com/fr/monkeypox.html>), à la suite de l'avis du HCSP du 24 mai relatif à la conduite à tenir autour d'un cas suspect, probable ou confirmé d'infection à Monkeypox virus. Le HCSP a effet précisé dans son avis les mesures de précaution/prévention à mettre en place dans le cadre de la prise en charge d'un éventuel cas en établissement de santé d'une part, et les thérapeutiques disponibles contre le Monkeypox virus et la doctrine de recours à ces derniers (limitées à quelques indications et selon une expertise au cas par cas par décision collégiale).

Le circuit de **prise en charge des patients et des prélèvements** a été élaboré en lien avec SpF, la COREB et SAMU-Urgences de France ; des précisions visant à fluidifier le parcours diagnostique sont apportées ci-après :

- Les personnes avec des symptômes évocateurs d'une infection à Monkeypox, notamment des éruptions cutanées, peuvent appeler le SAMU-Centre 15 pour être orientées.
- Les professionnels de santé de ville qui reçoivent des patients avec des symptômes évocateurs d'une infection à Monkeypox peuvent également appeler le SAMU-Centre 15 (ou directement l'infectiologue référent) pour être appuyés dans la prise en charge de leurs patients, si nécessaire. Les régulations des SAMU-Centre 15 sont en lien avec les infectiologues référents pour classer le cas et, pour les cas suspects ou probables, organiser leur prise en charge. Des téléconsultations pourront ainsi être organisées, si nécessaire.
- Les prélèvements sont à organiser par ordre de priorité dans les établissements de santé de référence (ESR), en établissement de santé de proximité ou en ville (si l'ESR est trop éloigné du domicile du patient). A ce titre, pour faciliter l'orientation des patients pour le prélèvement lorsqu'il ne peut pas être réalisé en ESR, les ARS sont invitées à identifier les autres lieux possibles de prélèvement en établissement de santé de proximité ou en ville. Une cartographie pourra être élaborée et mise à disposition des professionnels et des régulations SAMU Centre 15. Pour les prélèvements réalisés en dehors des établissements en capacité de réaliser également l'analyse, leur envoi devra respecter la réglementation sur le transport de matière infectieuse code ONU UN3373 (triple emballage).
- Des consignes devront être données aux patients pour leur transport vers le lieu de prélèvement : privilégier un véhicule personnel, faire appel à une ambulance, utilisation des transports en commun à éviter (mesures de protection en cas d'utilisation des transports : friction régulière de solution hydro alcoolique, couvrir les lésions, port du masque).
- Les prélèvements seront analysés en première intention dans les ESR (les ESR disposent de kits de diagnostic générique pour les orthopoxvirus) ou dans les éventuels autres établissements de santé désignés par l'ARS. L'ouverture du diagnostic virologique à d'autres établissements doit répondre à un besoin (absence de capacité diagnostique dans une zone du territoire par exemple) et rester limitée compte-tenu de la réglementation en vigueur (réglementation MOT). Les laboratoires désignés devront être des laboratoires de type P3. Vous informerez le CORRUSS des établissements désignés à cet effet.
- En cas d'incapacité technique à réaliser les analyses en région, les prélèvements devront être orientés en priorité vers le CNR (fonctionnement la journée, pas la nuit). La CIBU (cellule d'intervention biologique d'urgence) pourra être mobilisée à la demande des ARS, après validation par la DGS, uniquement pour les situations nécessitant de confirmer ou infirmer le cas dans les plus brefs délais.
- Les premiers prélèvements positifs analysés par les ESR/ES désignés par les ARS doivent être confirmés par le CNR³ des orthopoxvirus (le CNR dispose d'une RT-PCR spécifique MKP). Cette confirmation par le CNR sera très prochainement levée.

³ <https://www.defense.gouv.fr/sante/notre-expertise/les-centres-nationaux-de-reference-cnr/centre-national-de-reference-le-des-orthopoxvirus>

- Les patients avec des formes cliniques non graves seront isolés à domicile. Un arrêt de travail ou une autorisation à être placé en télétravail pourront leur être délivrés pour respecter cet isolement pendant 3 semaines après la date de début des signes.
- Les patients avec des formes graves seront adressés en première intention dans les ESR REB.

Un schéma en annexe 1 synthétise le circuit de diagnostic.

Nous vous demandons de bien vouloir prendre l'attache des ESR REB pour :

- Évaluer leur capacité d'analyse, et si nécessaire, augmenter cette capacité ;
- Vous assurer de la permanence d'un infectiologue référent.

3/ Information des professionnels de santé

Des messages DGS-Urgent et MARS ont été adressés aux professionnels de santé le 19 mai 2022 pour les informer de cette situation sanitaire, appeler à leur vigilance et diffuser les conduites à tenir. Les conduites à tenir actualisées leur sont également diffusées le 25 mai.

Nous vous demandons de relayer également ces informations et les mesures de prévention aux acteurs de santé locaux, notamment ceux pouvant être amenés à prendre en charge des cas, comme les CeGIDD et les partenaires associatifs.

4/ Stratégie de vaccination pour les personnes contacts à risque

La HAS a rendu un avis le 24 mai 2022 recommandant la **vaccination des adultes dont le contact avec une personne infectée est considérée comme à risque, y compris les professionnels de santé exposés sans mesure de protection individuelle**.

La stratégie vaccinale repose donc, actuellement, sur la possibilité pour les seules personnes contacts à risque identifiées dans le cadre du contact-tracing et des investigations menées par les ARS de se faire vacciner (investigations réalisées en lien avec les équipes d'hygiène et de santé au travail pour les contacts en milieu de soins).

L'ARS devra préciser à la personne contact les **enjeux de la vaccination**, notamment le bénéfice attendu et les risques connus⁴.

La HAS recommande que la vaccination réactive se déroule préférentiellement **dans les 4 jours suivant l'exposition à risque** (jusqu'à 14 jours maximum). Il convient donc que la vaccination soit proposée dès le premier échange avec la personne contact à risque.

Les personnes contacts à risque souhaitant bénéficier d'une vaccination devront être orientées par l'ARS vers la **consultation ou téléconsultation médicale préférentiellement d'un infectiologue de l'ESR**, visant à **évaluer la balance bénéfice-risque individuelle à la vaccination**. Si la balance bénéfice-risque est en faveur d'une vaccination et que le consentement du patient a été recueilli, l'infectiologue devra en informer l'ARS. L'ARS organisera alors les modalités opérationnelles de la vaccination (localisation et date de réalisation souhaitée de la vaccination) et sollicitera en amont le CORRUSS pour déstocker et livrer le nombre de doses requises à l'établissement réalisant la vaccination. L'ARS devra compléter le fichier Excel joint à ce message de demande de mobilisation des stocks stratégiques de l'Etat pour des vaccins antivarioliques de 3^{ème} génération. Des stocks limités (quelques dizaines de doses, conditionnement par boîtes de 20 doses) pourront être pré-positionnés dans les ESR, à la demande des ARS, et après validation du MSS.

Cette situation sanitaire étant inédite et évolutive, ces conduites à tenir sont susceptibles d'être régulièrement actualisés. Nous vous remercions pour votre mobilisation.

Pr. Jérôme SALOMON
Directeur Général de la
Santé

signé

⁴ Une fiche d'information sur la vaccination pour le patient et les professionnels de santé est en cours de rédaction par l'ANSM.

Annexe : Schéma récapitulatif du circuit de diagnostic :

