

Conduite à tenir devant un cas de Monkeypox en établissement pénitentiaire – 13/09/2022

Textes de référence :

[Avis HAS du 20 mai 2022 relatif à la vaccination contre Monkeypox](#)

[Avis HCSP du 9 juin 2022 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 MPVX](#)

[Définitions et conduite à tenir de Santé publique France du 8 septembre 22](#)

[Avis HCSP du 8 juillet 2022 relatif aux mesures de prévention vis-à-vis de l'infection à Monkeypox virus](#)

[Avis n°2022.0039/AC/SESPEV du 7 juillet 2022 du collège de la Haute Autorité de santé relatif à la vaccination contre le virus Monkeypox en préexposition des personnes à haut risque d'exposition \(has-sante.fr\)](#)

[Fiches d'information de l'ANSM sur les vaccins à destination des patients et des professionnels de santé https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/monkeypox](https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/monkeypox)

Définition :

La variole du singe ou Monkeypox virus est une maladie due à un virus qui circule habituellement en Afrique centrale et de l'Ouest et, depuis mai 2022, dans différents pays du monde et notamment en Europe. Elle peut être transmise par des rongeurs ou des primates (d'où son nom). Elle se transmet aussi entre personnes, en particulier la famille et les proches. Le virus est apparenté à la variole mais le Monkeypox est moins grave.

Les personnes immuno-déprimées, les PVVIH et les femmes enceintes et les jeunes enfants seraient plus à risque de développer une forme grave de la maladie.

Causes :

Le virus se transmet par contact direct avec la peau ou les muqueuses (bouche, rapports sexuels), ainsi que par les gouttelettes (salive, éternuements, postillons...) d'une personne malade. On peut également se contaminer au contact des croûtes tombées et de l'environnement du malade (litière, vêtements, vaisselle, linge de bain...).

Il est important que les personnes malades respectent un isolement de 21 jours (ou jusqu'à la chute des croûtes) pendant toute la durée de la maladie.

Signes cliniques :

Dans la majorité des cas, les malades ont des symptômes légers, qui vont disparaître en 2 à 4 semaines (généralement 3 semaines) :

- Fièvre ;
- Maux de tête (céphalées) ;
- Courbatures notamment dans le dos ;
- Ganglions dans le cou ou à l'aîne ;
- Après 1 à 3 jours, ou concomitamment, apparition de boutons sur le visage, puis très rapidement sur tout le corps, jusqu'aux paumes des mains et plantes de pieds, et qui se transforment en croûtes puis tombent. La guérison est sans séquelles avec des soins appropriés.

Tout cas suspect doit bénéficier d'une consultation médicale et d'un test diagnostic.

Mesures de prévention

Pour les personnels, en présence d'une personne malade, le HCSP recommande :

- Respect des précautions standards ;
- Port de gants, port du masque, surblouse à manches longues, lunettes de protection systématiques. Tous les équipements de protection individuelle (EPI) doivent être mis en place avant d'entrer dans la chambre du patient et doivent être jetés avant de quitter la chambre d'isolement ;
- Hygiène des mains : solution hydro-alcoolique et/ou lavage simple des mains si souillures ;
- Les précautions complémentaires doivent être maintenues jusqu'à décrustation de l'ensemble des lésions cutanées et cicatrisation complète.

Pour les détenus infectés, il est recommandé :

La personne détenue doit être isolée médicalement dans une cellule d'un quartier ou d'un secteur adapté, seule, et les codétenus également.

Cet isolement dure pendant 21 jours à partir de la date de début des signes, ou jusqu'à la guérison complète des lésions cutanées et muqueuses. Cette période de 3 semaines doit en effet être étendue si les lésions de la peau ou des muqueuses ne sont pas complètement cicatrisées à son terme.

Si l'isolement strict n'est pas possible, les cas confirmés doivent limiter leurs interactions aux activités de plein air sans partage d'équipement et sans contact physique. Lors des sorties éventuelles (promenades), ils doivent porter des vêtements

couvrant les lésions cutanées, et des gants en cas de lésions sur les mains, et un masque chirurgical dans l'espace public.

Ils ne doivent pas partager ni mélanger leurs vêtements, leur linge ou leur vaisselle avec d'autres personnes.

Ils ne doivent pas fréquenter les parloirs et les différents ateliers ou activités de groupe. Les permissions doivent être évitées.

Les cas confirmés sont suivis par l'USMP. Il pourra être proposé en outre de réaliser pour ces cas une téléconsultation avec un infectiologue à J14 du début des signes, et en cas de guérison (cicatrisation complète de toutes les lésions) de les libérer de leur isolement.

Un nettoyage soigneux de la cellule comportant les surfaces, les poignées de porte, les interrupteurs, la literie, les vêtements et la vaisselle doit être réalisé en fin d'isolement.

Les personnes les plus à risque de forme clinique grave (personnes immunodéprimées, femmes enceintes, jeunes enfants) doivent particulièrement prêter attention à l'apparition de toute aggravation et faire l'objet d'une surveillance médicale rapprochée.

Le transport éventuel depuis l'établissement pénitentiaire vers les établissements de santé doit se faire par un personnel formé aux risques biologiques en prenant soin de désinfecter le véhicule au terme du transport.

Pour l'environnement, le HCSP recommande :

Le HCSP recommande dans son avis du 8 juillet 2022 plusieurs mesures concernant le nettoyage et la désinfection de l'environnement autour d'un cas. En cas de survenue d'un cas, il est ainsi recommandé de procéder à la désinfection des surfaces qui ont été régulièrement touchées (poignées de portes, interrupteurs...) par le cas avec des produits appropriés (lingettes désinfectantes par exemple) en utilisant des agents biocides et désinfectants et des temps de contact montrés efficaces sur les orthopoxvirus. Les personnes réalisant ces opérations de nettoyage doivent porter un masque chirurgical et des gants jetables et se laver les mains ensuite avec de l'eau et du savon.

Les produits efficaces sur le virus Monkeypox sont :

- L'éthanol 70 % (≤ 1 minute),
- L'acide peracétique 0,2 % (≤ 10 minutes),
- Le peroxyde d'hydrogène 14,4 %,
- Les produits iodés 0,04-1 %,
- L'hypochlorite de sodium 0,25-2,5 % (1 minute),
- Le glutaraldéhyde (10 minutes).

Pour les supports, il est donc possible d'utiliser les produits désinfectants à base d'alcool et l'hypochlorite de sodium (produit Normes 14476).

Conduite à tenir autour d'un cas confirmé de Monkeypox en établissements pénitentiaires et pour les personnes contacts

En cas de survenue d'un cas dans un milieu pénitentiaire, il est recommandé:

- De prévenir l'ARS ;
- D'impliquer l'UMSP dans la gestion de l'alerte, et pour organiser la prise en charge du cas en lien avec l'ARS (confirmation possible du diagnostic en lien avec un service d'infectiologie, réalisation d'un test de diagnostic, transmission de la déclaration obligatoire à l'ARS...) ;
- De définir les personnes contacts à risque (co-détenus, agents pénitentiaires, visiteurs...) et les contacts les plus à risque de forme grave (personnes immunodéprimées notamment) auxquels seront proposés une autosurveillance et des contacts médicaux réguliers pour ceux à risque de forme grave ;
- De renforcer le nettoyage habituel et l'aération des locaux pour les malades et les cas suspects.

Le cas doit être placé en éviction dès connaissance du diagnostic (biologique ou clinique) pour une durée de 21 jours. Il ne doit pas fréquenter les parloirs et les différents ateliers ou activités de groupe. Les permissions doivent être évitées.

La recherche des personnes-contacts à risque est à effectuer pour les cas probables et confirmés, et pour les cas possibles qui ne sont pas testés en raison d'un diagnostic clinique certain et de l'exclusion des diagnostics alternatifs. Elle est à réaliser à partir de la date de début des signes du cas index. La recherche de personnes contacts en détention est réalisée par l'USMP en lien avec l'ARS ; la recherche des éventuelles personnes contacts hors détention est effectuée par l'ARS (l'administration pénitentiaire pourra transmettre les coordonnées de ces personnes contacts à l'ARS).

Il n'y a pas de mesure de quarantaine des personnes contacts ni de réalisation de test.

Il est recommandé aux personnes contacts à risque de **surveiller deux fois par jour leur température pendant 3 semaines après le dernier contact à risque avec le cas**, la fièvre signant le début de la contagiosité et étant souvent plus précoce que l'éruption. En cas de fièvre ou d'éruption, les personnes-contacts à risque sont invitées à contacter l'UMSP, leur médecin, un centre de santé ou le SAMU centre 15.

Les bénéfices de cette surveillance pour les personnes contacts sont de pouvoir mettre en place des mesures barrières dès le début des symptômes (isolement, masque) mais aussi de pouvoir bénéficier plus vite d'un test diagnostique si cela s'avère nécessaire et d'une prise en charge en cas de positivité.

Définition des personnes contacts

Les personnes contacts sont définies comme suit :

- 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, ...).

Vaccination des personnes contacts

Une vaccination post-exposition avec un vaccin de 3ème génération doit être proposée aux personnes contacts à risque d'un cas de Monkeypox. Le vaccin doit être administré idéalement dans les 4 jours après la date du premier contact à risque et au maximum 14 jours plus tard selon le schéma recommandé par la HAS. Cependant, si le premier contact à risque remonte à plus de 14 jours et qu'il existe des dates ultérieures de contact à risque rapportées, la vaccination peut être proposée dans les délais impartis à partir de la date de dernier contact. La balance bénéfice-risque individuelle sera évaluée par le professionnel de santé proposant la vaccination qui recommandera au cas par cas la vaccination à la personne-contact. Celle-ci est libre d'accepter ou non la vaccination.

Les vaccins pouvant être utilisés sont le vaccin IMVANEX et le vaccin JYNNEOS, qui sont interchangeables. Le schéma vaccinal comprend 2 doses à 28 jours d'intervalle minimum (ou 1 dose unique pour les personnes ayant déjà été vaccinées contre la variole, et 3 doses pour les personnes immunodéprimées).

Pour en savoir plus sur les vaccins : Fiches d'information de l'ANSM sur les vaccins à destination des patients et des professionnels de santé <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/monkeypox>

Les modalités de la vaccination devront être organisées en lien avec l'ARS de la région de rattachement, qui pourra mobiliser les doses de vaccins et définira si la vaccination est organisée au sein de l'établissement ou à l'extérieur sur extraction médicale (effecteurs possibles de la vaccination : USMP, équipe mobile hospitalière, CEGIDD, autre centre de vaccination), pour les personnes détenues contacts à risque.

Dans le cas d'un mineur, la HAS recommande que la vaccination ne soit envisagée qu'au cas par cas, après une évaluation stricte des bénéfices et des risques pour le mineur concerné, dans le cadre d'une décision médicale partagée, et avec le consentement d'un des parents (ou du responsable légal).

Vaccination en pré-exposition

Une vaccination peut être proposée en préexposition par les vaccins (Imvanex et Jynneos) aux personnes à très haut risque d'exposition selon la définition donnée par la HAS dans son avis rend le 8 juillet - Avis n°2022.0039/AC/SESPEV du 7 juillet 2022 du collège de la Haute Autorité de santé relatif à la vaccination contre le virus Monkeypox en préexposition des personnes à haut risque d'exposition (has-sante.fr) .

Si des personnes sont éligibles à la vaccination au sein de l'établissement et souhaitent accéder à cette vaccination, les modalités de la vaccination devront être organisées en lien avec l'ARS de la région de rattachement qui sera en mesure d'organiser la mobilisation des doses de vaccins et les modalités de vaccination (sur extraction médicale ou au sein de l'établissement).

Si elle n'a pas déjà été proposée dans l'établissement, la vaccination en pré-exposition pourra notamment être proposée et organisée lors de la survenue d'un cas au sein de l'établissement, pour assurer la vaccination en même temps que celle des personnes contacts à risque.

Traitement

Les soins à apporter aux boutons et croûtes pour les personnes malades

Le traitement est symptomatique, il repose sur la prévention de la surinfection, du traitement de la douleur, et de la prévention des cicatrices inesthétiques.

- Lavage (eau + savon), rinçage, éviter les bains corps entier
- Seules les crèmes cicatrisantes contenant du sulfate de cuivre ou de zinc peuvent être appliquées pour éviter la formation de croûtes importantes, et limiter le risque de surinfection et de cicatrices inesthétiques.
Ne pas appliquer en cas de surinfection
- Si surinfection (rougeur, douleur, œdème) : application d'un antiseptique (type chlorhexidine aqueuse) et avis médical
- En cas de prurit, penser à couper les ongles courts pour diminuer les lésions de grattage
- Après les soins effectuer une friction des mains avec un gel ou solution hydro alcoolique
- Penser à appliquer un écran solaire pour éviter la pigmentation des cicatrices, après guérison des boutons.

Le traitement des douleurs et des démangeaisons pour les personnes concernées

- Un traitement local à base d'anesthésiant, des bains de bouche et/ou des bains de siège
- Un traitement général :
 - Paracétamol, PAS d'anti-inflammatoire (Ibuprofene®, advil®, nurofen®...)
 - Si douleur persistante : tramadol, codeïne – seuls ou associés au paracétamol ou de la morphine si nécessaire
 - Des anti-histaminiques sédatifs pourront être prescrits en cas de démangeaisons insomniantes

Une antibiothérapie pourra être nécessaire dans certains cas ainsi qu'une recherche de co-Infections Sexuellement Transmissibles (IST).

Une consultation de santé sexuelle (dépistages, Prep, ...) doit être envisagée dès la guérison de l'infection.

Conduite à tenir en cas de survenue d'une chaîne de transmission au sein d'un établissement pénitentiaire

En règle générale, il convient de s'en tenir au strict respect des mesures d'isolement des cas et de surveillance des personnes contacts à risque.

L'établissement alerte sans délai l'ARS de la survenue de cas rapprochés dans le temps. Les mesures de gestion sont déterminées en fonction de la situation et d'une analyse partagée entre les différents acteurs prenant part à la gestion de la situation (établissement pénitentiaire, ARS, Préfecture, établissement de santé).