

Cas de Monkeypox en Europe, définitions et conduite à tenir

25 mai 2022

Ce document est à destination des professionnels de santé pour les investigations épidémiologiques autour des cas suspects, probables et confirmés de Monkeypox, leur prise en charge et la recherche des personnes contacts à risque.

Les infections à virus Monkeypox (MKP) sont des maladies à déclaration obligatoire (DO) (« Orthopoxviroses dont la variole »). Les autres virus concernés par cette DO sont la variole, les infections par la Vaccine, et les infections par le virus cowpox.

Des cas confirmés de MKP non importés de pays rapportant habituellement des cas (Bassin du fleuve Congo, RDC, Cameroun et Nigeria) ont été notifiés début mai 2022 par les autorités sanitaires portugaises et anglaises. Depuis le 18/05/2022 plusieurs pays européens, l’Australie, les Etats Unis et le Canada¹ ont également rapporté des cas confirmés ou suspects. A ce jour, ces cas sont survenus principalement, mais pas uniquement, chez des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), sans liens directs avec des personnes de retour de zone endémique. **Ce document a pour vocation de compléter et préciser la DO.** Il décrit les définitions de cas, adaptées pour cet épisode, de personnes-contacts à risque, et la conduite à tenir pour limiter la diffusion du virus.

Cette situation est atypique du fait de la circulation du virus dans des pays où celui-ci est habituellement absent. Cela n’exclut pas la possibilité de cas importés en France depuis des pays endémiques.

Les premiers cas suspects doivent être signalés à l’ARS (*Cf. infra*). Tous les cas confirmés ou probables de MKP doivent faire l’objet d’une fiche de DO envoyée sans délai à l’ARS. La fiche est disponible sur le site de Santé publique France : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-a-declaration-obligatoire/liste-des-maladies-a-declaration-obligatoire>

Ces définitions et conduites à tenir sont susceptibles d’évoluer avec la situation nationale et internationale, en particulier en fonction du nombre et des caractéristiques des cas.

¹ Cette situation est susceptible d’évoluer très rapidement et des cas confirmés ou suspects pourraient être identifiés dans un nombre croissant de pays (<https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/epidemiological-update-monkeypox-outbreak>).

1. Définitions de cas (mise à jour du 24/05/2022)

Un cas **suspect** est une personne ayant présenté :

- Une éruption vésiculeuse évocatrice de MKP², précédée ou non d'une fièvre ressentie ou mesurée (>38°C); ou
- Une pneumonie ou encéphalite sans cause identifiée avec une histoire d'éruption vésiculeuse évocatrice de MKP en début de maladie.

Un cas **probable** d'infection par le virus MKP est une personne présentant une éruption vésiculeuse évocatrice de MKP², précédée ou non d'une fièvre ressentie ou mesurée (>38°C), avec :

- au-moins l'une des expositions suivantes dans les 3 semaines précédant le début des signes :
 - Contact à risque avec un cas confirmé ou probable en France, ou un cas confirmé dans un autre pays ; ou
 - Retour d'un voyage en zone endémique ; ou
 - Partenaires sexuels multiples ou anonymes, quelle que soit l'orientation sexuelle ; ou
 - Homme ayant des rapports sexuels avec des hommes ;

OU

- un résultat positif en qPCR générique du genre Orthopoxvirus, sans exposition à risque identifiée

Un cas **confirmé** d'infection par le virus MKP est une personne avec :

- un résultat positif de qPCR ou RT-PCR spécifique du virus MKP, ou
- un résultat positif en qPCR générique du genre Orthopoxvirus, et un résultat de séquençage partiel spécifique du virus MKP, ou
- un résultat positif en qPCR générique du genre Orthopoxvirus chez une personne présentant au moins l'une des expositions suivantes dans les 3 semaines précédant le début des signes :
 - Contact à risque avec un cas confirmé ou probable en France, ou un cas confirmé dans un autre pays ; ou
 - Retour d'un voyage en zone endémique ; ou
 - Partenaires sexuels multiples ou anonymes, quelle que soit l'orientation sexuelle ; ou
 - Homme ayant des rapports sexuels avec des hommes.

2. Définitions des personnes-contact

Personne-contact à risque

Toute personne ayant eu un **contact physique direct non protégé** (Cf. infra mesures de protection efficaces) 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,

² Phase d'éruption cutanée en une seule poussée : macules, puis papules, vésicules, pustules puis croûtes

ou partage d'ustensiles de toilettes, ou 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** (Cf. infra mesures de protection efficaces) à **moins de 2 mètres pendant 3 heures** avec un cas probable ou confirmé symptomatique (ex. ami proche ou intime, 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, ...).

Personne-contact à risque négligeable :

- Toute personne ayant eu un contact à risque tel que décrit ci-dessus en présence de mesures de protection efficaces respiratoires portées par le cas **ou** le contact, et de mesures de protection efficaces contact portées par la personne-contact. Les mesures de protection efficaces vis-à-vis du contact physique direct sont le port de gants étanches (latex, nitrile, caoutchouc), et vis-à-vis du contact respiratoire sont les masques chirurgicaux et FFP2, et les hygiaphones.
- Toute autre situation.

3. Conduite à tenir

3.1 Cas suspects

Tout cas suspect doit bénéficier d'une consultation médicale et d'un test diagnostique réalisé par qPCR ou RT-PCR selon les modalités décrites dans la fiche Coreb. L'obtention du résultat doit être rapide.

En cas de cluster de cas suspects, seuls les 3 cas les plus récents doivent être testés.

Il est recommandé que les cas suspects présentant une forme clinique grave soient hospitalisés avec mise en place de mesures de protection contact + air jusqu'à l'obtention du résultat du test.

Les cas suspects présentant des formes cliniques non graves doivent rester isolés à leur domicile dans l'attente du résultat.

La recherche des personnes-contact à risque ne doit pas être mise en œuvre à ce stade et la DO ne doit pas être réalisée. Le signalement des premiers cas suspects auprès de l'ARS devra cependant être réalisé.

En cas de test positif, le cas suspect devient un cas confirmé (Cf. ci-dessous).

3.2 Cas probables

- Les cas probables contacts à risque d'un cas confirmé ne nécessitent pas d'être confirmés biologiquement. Dans les autres situations, les cas probables doivent bénéficier d'un test diagnostique. En cas de test positif, le cas probable devient un cas confirmé (Cf. *infra*) et une DO doit être envoyée sans délai à l'ARS. En cas de test négatif, le cas est exclu.
- Pour chaque cas probable non testé, une fiche de DO doit également être adressée sans délai à l'ARS.

- Les cas probables doivent faire l'objet d'une investigation destinée à déterminer l'origine la plus probable de leur contamination (questionnaire à venir). Leurs personnes-contacts à risque doivent être listées et prises en charge par l'ARS dans le cadre du contact tracing (Cf. infra). Les cas probables peuvent aussi informer leurs personnes-contacts pour les sensibiliser, et les informer qu'elles seront contactées par l'ARS.
- Les cas probables doivent s'isoler à domicile pour une durée de 3 semaines à partir de leur date de début des signes si leur état clinique ne nécessite pas une hospitalisation. Un arrêt de travail ou une autorisation de télétravail à temps plein peut leur être délivrée par leur médecin traitant.
- Les cas probables doivent s'isoler des autres personnes au sein du domicile, et ne doivent pas partager leurs vêtements, leur linge de maison et literie ou leur vaisselle avec d'autres personnes. Ils doivent porter un masque chirurgical et ne pas avoir de contact physique avec d'autres personnes.

Les cas sont régulièrement appelés par l'ARS afin de vérifier le respect de l'isolement et en cas d'aggravation de les orienter vers la régulation du SAMU. 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 l'isolement. Il leur est cependant recommandé de s'abstenir de rapports sexuels jusqu'à 21 jours après le début des symptômes.

Les déchets tels que les croûtes des vésicules doivent être conservés dans des sacs-poubelles dédiés. Un nettoyage soigneux du domicile comportant les surfaces, 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 ne pas hésiter à prendre contact sans délai avec le Samu Centre 15.

3.3 Cas confirmés

- En cas de test positif, la personne devient un cas confirmé. Il est recommandé alors d'envoyer l'ADN viral au CNR pour enrichir la collection biologique nationale, et déterminer le clade viral.
- Pour chaque cas confirmé, une fiche de DO doit être adressée sans délai à l'ARS.
- Les cas confirmés doivent faire l'objet d'une investigation destinée à déterminer l'origine la plus probable de leur contamination (questionnaire à venir). Leurs personnes-contacts à risque doivent être listées et prises en charge par l'ARS dans le cadre du contact tracing (Cf. infra).
- Les cas confirmés doivent s'isoler à domicile pour une durée de 3 semaines à partir de leur date de début des signes si leur état clinique ne nécessite pas une hospitalisation. Un arrêt de travail ou une autorisation de télétravail à temps plein peut leur être délivrée par leur médecin traitant.

- Les cas confirmés doivent s'isoler des autres personnes au sein du domicile, et ne doivent pas partager leurs vêtements, leur linge de maison et literie ou leur vaisselle avec d'autres personnes. Ils doivent porter un masque chirurgical et ne pas avoir de contact physique avec d'autres personnes.

Les cas sont appelés au moins deux fois par semaine par l'ARS afin de vérifier le respect de l'isolement et en cas d'aggravation de les orienter vers la régulation du SAMU. 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 l'isolement. Il leur est cependant recommandé de s'abstenir de rapports sexuels jusqu'à 21 jours après le début des symptômes.

Les déchets tels que les croûtes des vésicules doivent être conservés dans des sacs-poubelles dédiés. Un nettoyage soigneux du domicile comportant les surfaces, 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 ne pas hésiter à prendre contact sans délai avec le Samu Centre 15.

3.4 Personnes contacts à risque

La recherche des personnes-contacts à risque est à effectuer pour les cas probables et confirmés.

Une vaccination post-exposition avec un vaccin de 3^e génération doit être proposée aux personnes adultes contacts à risque. Il doit être administré idéalement dans les 4 jours après le contact à risque et au maximum 14 jours plus tard selon le schéma recommandé par la HAS³. Les modalités pratiques de vaccination seront définies par le ministère de la Santé en lien avec les ARS. La balance bénéfice-risque sera évaluée par le professionnel de santé proposant la vaccination.

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 probable ou confirmé, la fièvre signant le début de la contagiosité et étant plus précoce que l'éruption. En cas de fièvre ou d'éruption, les personnes-contacts à risque ne doivent pas se rendre chez leur médecin ou aux urgences mais sont invitées à appeler le SAMU centre 15.

Les bénéfices de cette surveillance sont de pouvoir mettre en place des mesures barrières dès le début de la fièvre (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.

L'ARS réalisera un suivi téléphonique au moins deux fois par semaine afin de vérifier l'absence de symptômes.

³ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3340419/fr/monkeypox-vacciner-les-adultes-et-professionnels-de-sante-apres-une-exposition-a-la-maladie