

AVIS

relatif aux mesures de prévention actualisées vis-à-vis de l'infection due au virus monkeypox pour les personnes se rendant dans la zone d'épidémie (voyageurs et professionnels de santé dans le cadre de missions humanitaires)

2 septembre 2024

Le 14 août 2024, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), a estimé que la recrudescence actuelle d'infection à virus monkeypox (MPXV) en République démocratique du Congo (RDC) et dans un nombre croissant de pays d'Afrique subsaharienne constituait une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) au titre du Règlement sanitaire international 2005 (RSI)¹².

Dans ce contexte, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi par courriel en date du 26 août 2024 (Cf. annexe 1) par la Direction générale de la santé (DGS) afin de disposer de mesures de prévention actualisées vis à vis de l'infection à MPXV pour les personnes se rendant dans la zone d'épidémie (voyageurs, professionnels de santé en particulier dans le cadre de missions humanitaires) ainsi que vis-à-vis de la vaccination.

Afin de répondre à cette saisine, le HCSP a sollicité le groupe de travail (GT) habituellement en charge des recommandations sanitaires aux voyageurs, aidé du Centre national de référence-Laboratoire expert (CNR) Orthopoxvirus (Cf.annexe 2), qui s'est réuni le 30 août 2024.

Concomitamment, la Haute autorité de santé (HAS), saisie pour une actualisation de ses recommandations pour la vaccination contre MPXV dans la population française, a rendu son avis le 29 août 2024 [1].

Dans son argumentation, le HCSP a pris en compte les éléments suivants :

¹ Une USPPI est définie dans le RSI comme un « événement extraordinaire, qui constitue un risque pour la santé publique d'autres États en raison de la propagation internationale d'une maladie, et qui nécessite potentiellement une réponse internationale coordonnée ».

² [Le Directeur général déclare une urgence de santé publique de portée internationale pour la flambée de variole simienne \(mpox\) \(who.int\)](#)

1. Les données épidémiologiques disponibles à ce jour

- Dans le monde³⁴

L'infection à MPXV (mpox) est endémique dans les zones forestières d'Afrique centrale et occidentale. Il existe deux types génomiquement distincts de MPXV : le clade I, à l'origine présent dans le bassin du Congo (Afrique centrale), et le clade II appelé clade d'Afrique de l'Ouest, dont le lignage IIb a été responsable de l'épidémie de mpox en 2022-2023 en Europe et dans le monde.

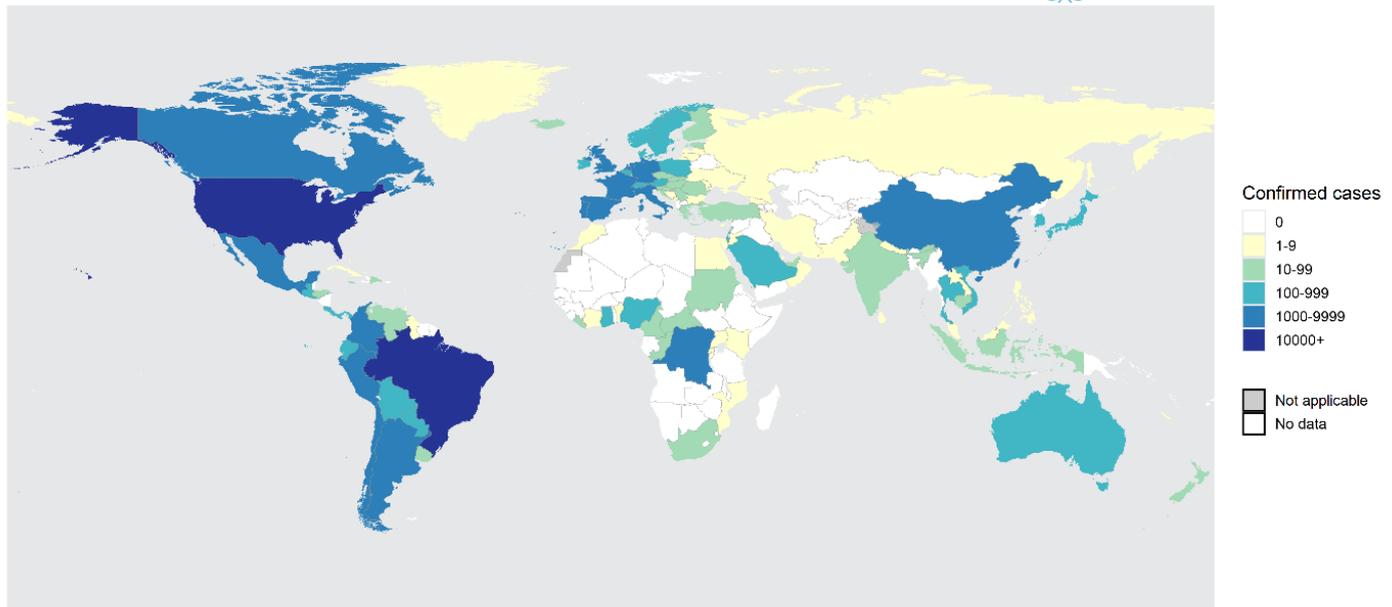
Les différences génétiques entre les génomes viraux des deux clades pourraient expliquer les différences de clairance virale et de pathogénèse. Le clade I a été associé à une maladie plus grave et à une mortalité plus élevée (taux de létalité jusqu'à 10% en absence de soins adéquats [2]). Il pourrait être à l'origine de séquelles chez certains survivants [3].

En juillet 2022, l'épidémie de mpox qui a touché plusieurs pays avait donné lieu à une première déclaration d'USPPI car elle s'était propagée rapidement, par contact étroit avec des personnes infectées, le plus souvent dans des pays où le virus n'avait jamais été observé auparavant. La transmission s'est faite majoritairement entre hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). La fin de cette USPPI a été actée en mai 2023 après une campagne de vaccination auprès des sujets à risque et une baisse soutenue du nombre de cas dans le monde. Lors de cette épidémie mondiale liée au lignage IIb, 99 176 cas et 208 décès ont été enregistrés. Cent vingt-deux pays ont été concernés, dont seulement 7 en Afrique ayant antérieurement rapporté des cas de mpox (voir Figure 1).

Figure 1. Cas de mpox rapportés du 1^{er} janvier 2022 au 31 juillet 2024⁵

Total mpox cases

from 1 Jan 2022, as of 31 Jul 2024



The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of WHO concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Health Organization
Map Production: WHO Health Emergencies Programme
© WHO 2024. All rights reserved.

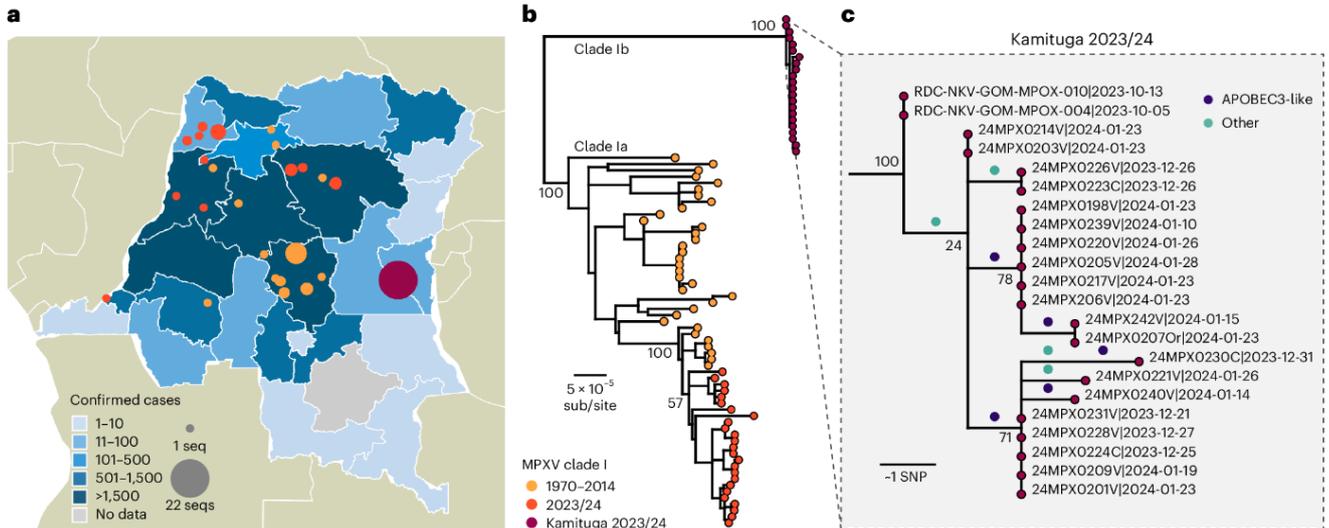
³ https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/

⁴ [Mpox \(europa.eu\)](#)

⁵ Source OMS : https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/

Très récemment, un nouveau lignage du clade I dénommé clade Ib a été identifié dans la province du Sud-Kivu, principalement dans le secteur sanitaire de la ville minière de Kamituga à l'est du pays.

Figure 2. Cas confirmés de mpox en République démocratique du Congo [2].



a, Carte de la RDC avec les provinces colorées selon le nombre de cas signalés. Les génomes MPXV disponibles sont indiqués par des cercles colorés (31 janvier 2024). Ceux-ci sont placés au centre de la ville, de la zone de santé ou de la province selon la précision de la localisation enregistrée.

b, Phylogénie du maximum de vraisemblance des génomes du clade I, y compris ceux de la présente étude (indiqués comme échantillons 2023/24 et Kamituga), avec d'autres génomes précédemment séquencés accessibles sur GenBank.

c, Détail du cluster Kamituga avec des mutations reconstruites indiquées sur les branches. Les mutations sont colorées selon qu'elles sont cohérentes avec la désamination d'APOBEC3 (bleu foncé) ou non (vert). sub/site : substitutions par site.

L'*Africa Center for diseases control and prevention* (Africa CDC) publie des rapports hebdomadaires détaillés qui sont une source d'information complémentaire du site de l'OMS cité ci-dessus et qui sont consultables à l'adresse : <https://africacdc.org/download/africa-cdc-weekly-event-based-surveillance-report-august-2024/>

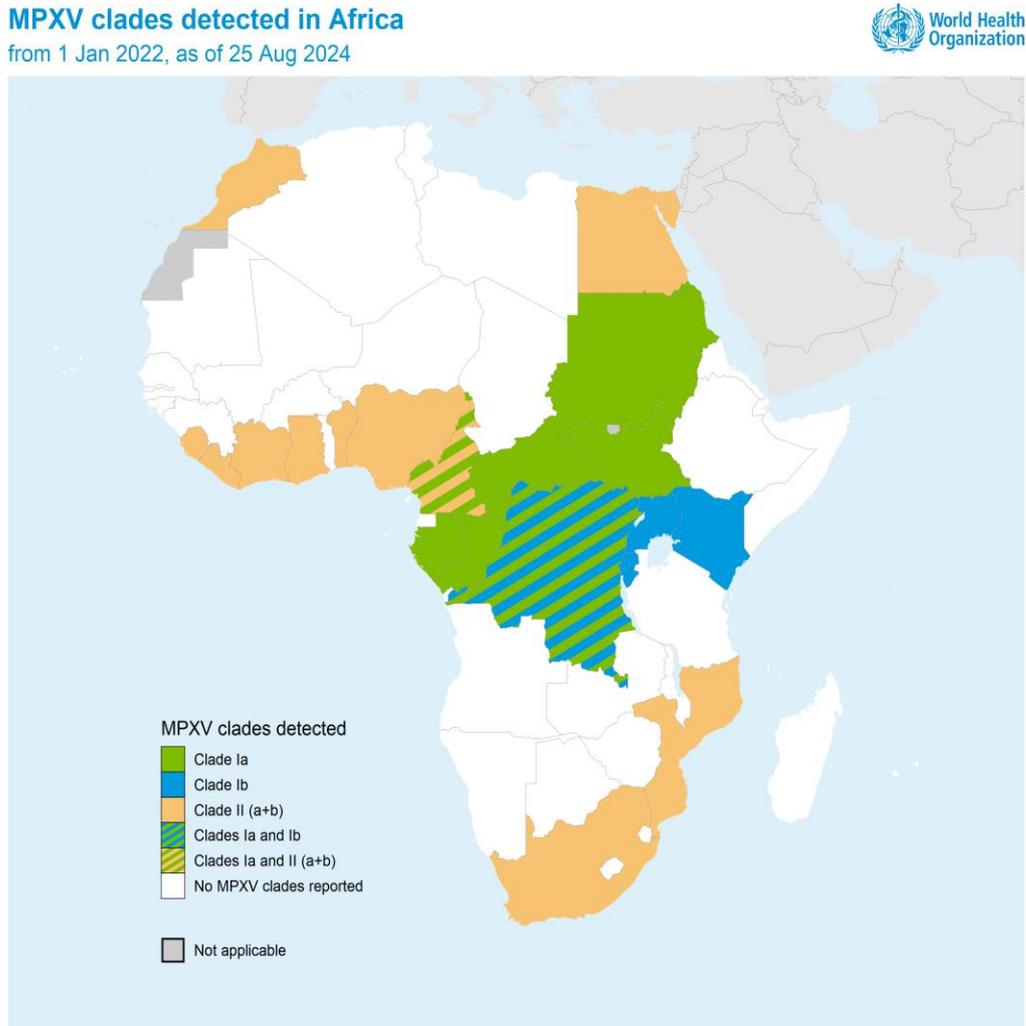
L'épidémie touche différentes populations avec une majorité de cas chez les enfants et chez les jeunes adultes. Au 23 août 2024, plus de 66 % des cas suspects de mpox et 82 % des décès en RDC concernaient des personnes de moins de 15 ans, 73% étaient des hommes, et il s'agit essentiellement de souches de lignage Ia qui proviennent d'un réservoir zoonotique (rongeurs principalement) [4]. En parallèle, la circulation de souches de lignage Ib a été observée en 2023-2024 dans la région de Kamituga, province du Sud Kivu en RDC.

La particularité de ces cas, représentés en rouge sur la Figure 2b et plus en détails sur la Figure 2c, est liée à une distribution populationnelle très différente des cas associés au clade Ia : les enfants de moins de 15 ans ne représentent que 15% des sujets, l'âge moyen des patients est de 22 ans, les deux sexes sont représentés en proportion quasi-égale et les travailleurs du sexe représentent 29% des patients. Les souches sont porteuses de mutations APOBEC-3 (Figure 2c) qui sont une signature de la transmission interhumaine du virus, probablement par le biais des réseaux de prostitution.

Cet évènement correspond à une adaptation du clade I à l'humain, ce qui avait déjà été constaté pour le lignage Ib du clade II dans la population des HSH en 2022-2023 [2].

Des cas confirmés de mpox du clade I, notamment de clade Ib, ont également été signalés dans des pays voisins tels que le Rwanda, l'Ouganda, le Burundi, le Kenya, la République Centrafricaine et la République du Congo (pays colorés en vert ou en bleu sur la Figure 3).

Figure 3. Pays d'Afrique dans lesquels des souches de virus monkeypox de clade I et/ou clade II ont été détectées (WHO).



The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of WHO concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Health Organization
Map Production: WHO Health Emergencies Programme
© WHO 2024. All rights reserved.

À ce jour, la Suède, la Thaïlande et le Pakistan ont signalé chacun un cas importé de mpox clade Ib. Le cas diagnostiqué en Suède avait voyagé en Afrique dans une zone où circule le virus [5].

Au total, les zones de circulations active du mpox est disponible sur le [site actualisé de l'OMS](#) avec des données parfois plus réactives sur le [site de l'Africa CDC](#).

- En Europe et en France

Depuis l'épidémie de 2022 dans l'UE/EEE, une circulation à plus faible niveau du virus de clade II se poursuit ; la grande majorité des cas concerne des HSH.

En France, le nombre mensuel de cas rapportés a varié entre 12 et 26 entre janvier et juin 2024. Du 1^{er} janvier au 30 juin, un total de 107 cas de mpox a ainsi été signalé à Santé publique France (SpF) via la déclaration obligatoire (DO) des orthopoxviroses. Parmi ces 107 cas signalés, cinq n'ont pas été confirmés virologiquement. Tous les cas concernaient des personnes majeures d'âge compris entre 18 et 65 ans (médiane : 36 ans), et un seul concernait une personne de sexe féminin. Une augmentation du nombre de cas a été notée en avril/mai en Auvergne-Rhône-Alpes et en mai/juin en Île-de-France [6]. À noter que des cas sont survenus en 2024 chez des personnes vaccinées, y compris par schéma complet en 2022, suggérant la brièveté de la protection conférée par les vaccins de 3^{ème} génération, constat partagé par le dernier avis de la HAS sur la vaccination contre le MPXV [7].

À ce jour, seuls des virus de clade II ont été identifiés en France et aucun décès n'a été observé.

2. Les avis antérieurs du HCSP sur l'infection à MPXV

Le HCSP a publié en 2022 plusieurs avis dans le contexte de l'émergence du clade II du MPXV :

- avis relatif à la conduite à tenir autour d'un cas suspect, probable ou confirmé d'infection à monkeypox virus (24 mai 2022) [8] ;
- 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 (9 juin 2022) [9] ;
- avis relatif aux mesures de prévention vis-à-vis de l'infection à monkeypox virus (8 juillet 2022) [10] ;
- révision du plan de lutte contre la variole (16 décembre 2022) [11] ;
- un article récapitulant les recommandations du HCSP vis-à-vis des patients suspects ou atteints de mpox a été publié dans *Clinical Microbiology and Infection* en 2022 [12]

Par ailleurs, dans l'édition 2024 des recommandations sanitaires aux voyageurs, un nouveau chapitre sur le mpox rappelle l'importance de la vaccination pour les personnes à très haut risque d'exposition lors de voyage à destination de zones où circule le virus [13].

3. Les données sur la transmission

Dans sa forme africaine, l'infection à MPXV est une zoonose. Les cas sont observés à proximité des forêts tropicales humides où se trouvent des animaux porteurs du virus. Ces animaux peuvent être des rongeurs tels que des écureuils, des rats braconniers de Gambie, des loirs, mais aussi des primates non humains (même si, malgré son nom, ces animaux ne semblent pas représenter un réservoir majeur pour le MPXV). La transmission peut se faire par contact direct avec le sang, les fluides corporels ou les lésions de la peau ou des muqueuses d'animaux infectés ; par exemple par une morsure ou une griffure ou lors de la préparation ou la consommation de viande de brousse insuffisamment cuite. Il peut s'ensuivre une transmission interhumaine limitée à partir des personnes infectées. Cette transmission zoonotique est bien décrite et occupe une place importante dans la transmission du clade Ia, notamment pour la contamination des enfants.

Pour le clade Ib, il n'existe pas de données sur le mode exact de transmission (par simples contacts cutanés rapprochés ou par le biais de rapports sexuels) mais les données épidémiologiques (nombre élevé de personnes en situation de prostitution/travailleuses du sexe parmi les victimes, proportion équilibrée d'hommes et de femmes) et virologiques (signature APOBEC-3 parmi les mutations observées, signature virologique d'une transmission interhumaine du virus) disponibles sont en faveur d'une transmission principalement interhumaine, notamment à l'occasion de rapports hétérosexuels, même si des enfants ont également été contaminés.

Les souches de clade I isolées antérieurement forment un cluster avec ces dernières, ce qui plaide pour l'adaptation à l'espèce humaine d'une souche zoonotique pour établir le lignage Ib [2].

Ainsi la majorité des cas ont résulté d'une transmission interhumaine :

- principalement par transmission directe, par contacts étroits avec des lésions cutanées (vésicules, croûtes, ...) ou muqueuses d'une personne malade (muqueuses buccales, génitales, conjonctives, voire cornée) ou des liquides biologiques ;
- lors de contacts intimes (baisers, caresses, relations sexuelles génitales et/ou oro-génitales).

En dehors de ces modes transmission majoritaires bien établis, des éléments sont à prendre en considération dans l'évaluation du risque de transmission du MPXV :

- D'une façon générale la transmission des orthopoxvirus par aérosols fait l'objet de discussions. La plupart des experts s'accordent pour dire que, s'il existe, ce mode de transmission est très marginal. Il semble qu'il faille un contact en face à face sans masque relativement prolongé pour observer des transmissions par ce biais. En 2022, un avis des CDCs (Centers for Disease Control and Prevention) a tranché sur la non-infectiosité des aérosols [14] mais des experts avancent qu'il est peut-être un peu tôt pour conclure sur ce mode de transmission [15] Pour MPXV des lésions muqueuses précédant les lésions cutanées, il a été envisagé que MPXV puisse être transmis au début de l'infection par aérosol de particules issues des voies respiratoires ou de la salive à l'occasion d'un contact face à face prolongé, d'où un risque de contamination observé lors de contacts étroits avec un cas [16]. Cette voie de transmission est toutefois considérée comme minoritaire.
- Une transmission est possible au cours de la grossesse, *via* le placenta, ou de l'accouchement lors de contacts avec les liquides biologiques sans que le risque ait été bien quantifié.
- Une transmission indirecte est également possible par des objets (linge, vêtements, objets de toilette ou de cuisine, sex-toys, ...) contaminés par un sujet infecté, notamment à partir de fragments de lésions cutanées ou de croûtes. En effet, la contamination de l'environnement autour d'un cas est importante. On note ainsi la présence de l'ADN viral sur 60% des surfaces dans la chambre de patients [17]. De plus, des particules viables de MPXV peuvent être détectées sur les surfaces domestiques au moins 15 jours après leur contamination [18]. Enfin, la transmission par l'inhalation de squames ou de croûtes remises en suspension lors de la manipulation de draps a été évoquée dans un cas nosocomial [7].
- La virémie et la virurie peuvent être observées mais à des niveaux très faibles ce qui rend le risque de transmission par contact direct avec le sang et les urines limité [19–21].
- Des données récentes font discuter que les personnes infectées puissent transmettre MPXV avant l'apparition des symptômes [22]. Une autre étude a révélé que 53 % de la transmission s'est produite pendant la période présymptomatique [23].
- La période de contagiosité dure jusqu'à ce que toutes les lésions cutanées se soient recouvertes de croûtes et qu'une réépithélialisation se soit produite (jusqu'à décrustation) [24].
- Des infections asymptomatiques ont été signalées. Des études ont montré qu'entre 1,3 % et 6,5 % des personnes infectées n'ont jamais identifié de symptômes [25]. Le rôle des cas asymptomatiques dans la transmission n'est actuellement pas clairement défini.
- De rares cas de transmission liée à la participation à des rassemblements ou en milieu professionnel impliquant des contacts peau à peau ont été rapportés [26].

- La transmission à la suite d'un contact avec des animaux a été décrite avec certains lignages dans les zones où le réservoir animal existe et le virus circule (Afrique subsaharienne).
- Le risque de transmission par les aliments n'a jamais été observé à ce jour (hormis pour la viande de brousse issue d'animaux contaminés) [27].

À ce jour, concernant le clade Ib récemment émergent, il persiste des incertitudes importantes quant aux principales voies de transmission, à la transmissibilité, à la gravité et à l'histoire naturelle de la maladie. Cependant, les premières données décrivent des atteintes principalement cutanéomuqueuses survenant dans les suites de relations hétérosexuelles et/ou à l'occasion de contacts étroits avec une personne malade, avec un taux de létalité en Afrique plus faible que celui décrit avec le clade Ia.

4. La sensibilité du MPXV aux antiseptiques

Les poxvirus présentent une résistance très prononcée au dessèchement et une tolérance à la température et au pH plus élevée comparativement aux autres virus enveloppés. Ces caractéristiques ont un impact important sur leur persistance dans l'environnement. Les virus du genre *Orthopoxvirus* sont connus pour avoir une stabilité durable dans l'environnement. Malgré ces caractéristiques, les poxvirus sont sensibles aux désinfectants courants (désinfectants virucides à la norme EN14476) : (Cf. annexe 3). Cependant, ils peuvent être moins sensibles aux désinfectants organiques que les autres virus enveloppés [18].

5. L'existence d'un vaccin contre MPXV

La vaccination contre MPXV est actuellement possible avec le vaccin « antivariolique » de troisième génération, en fait efficace sur d'autres orthopoxvirus structurellement proches comme MPXV. Le vaccin actuellement disponible en France est le vaccin IMVANEX du Laboratoire Nordic A/S, à partir de la souche Modified Vaccine Ankara - Bavarian Nordic (MVA-BN). Le même vaccin est aussi commercialisé aux États-Unis sous le nom de JYNNEOS et au Canada sous le nom d'IMVAMUNE. Une ou deux doses se sont avérées capables de prévenir le Mpxv et éviter une hospitalisation, avec une efficacité de l'ordre de 70-90% pour deux doses [28]. Il n'existe pas encore de données d'efficacité contre le nouveau clade Ib, mais une efficacité est attendue au regard de l'immunité croisée procurée par le vaccin MVA-BN contre les orthopoxvirus.

La RCP de l'AMM du vaccin MVA-BN précise qu'il est préférable d'éviter la vaccination d'une femme enceinte, mais que celle-ci peut être envisagée si le bénéfice est considéré supérieur au risque pour la femme et le fœtus. Chez les moins de 18 ans, le RCP indique l'absence de données. Cependant des données rassurantes s'accumulent. Les résultats d'une étude chez les 12-17 ans est en cours d'évaluation par l'EMA pour un élargissement de l'AMM dans cette tranche d'âge.

Ce vaccin est actuellement accessible dans certains centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic du VIH, des hépatites et des infections sexuellement transmissibles (Cegidd) et dans des centres de vaccinations habilités recensés sur les sites <https://www.sante.fr/mpox> et <https://www.monkeypox-info-service.fr>. Les éléments de logistiques sont à prendre en compte (transport du vaccin congelé, respect de la chaîne du froid, etc.)

Dans son avis du 29/08/2024 [1], la HAS confirme les recommandations de vacciner **en pré exposition** avec le vaccin MVA-BN (IMVANEX ou JYNNEOS) les personnes à haut risque d'exposition en France, à savoir :

- Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) rapportant des partenaires sexuels multiples et les personnes trans rapportant des partenaires sexuels multiples ;
- Les personnes en situation de prostitution/travailleuses du sexe ;
- Les professionnels des lieux de consommation sexuelle, quel que soit le statut de ces lieux ;
- Les partenaires ou les personnes partageant le même lieu de vie que celles à très haut risque d'exposition susmentionnées

La HAS précise également que la vaccination peut être envisagée dans les Cegidds chez des mineurs appartenant à ces populations à risque.

Elle recommande aussi une vaccination réactive autour des cas (vaccination **post-exposition**).

La HAS recommande un rappel chez les sujets vaccinés en 2022 (deux ans après la dernière dose) du fait d'une baisse d'efficacité rapide, alors que l'effet boost est anticipé important pour la protection contre MPOX, quel que soit le clade. Elle rappelle l'absence d'indication vaccinale chez les personnes ayant un antécédent de mpox. Les modalités de reprise / rattrapage vaccinal sont également clarifiées.

6. Les recommandations de prévention à l'international

Les experts du HCSP ont pris connaissance des recommandations (Cf. annexe 5) émises par :

- les CDCs américains [[Clade I : la variole simienne en République démocratique du Congo et dans les pays voisins - Niveau 2 - Niveau 2 - Précautions renforcées - Conseils de santé aux voyageurs | Santé des voyageurs | CDC](#)]
- les CDC voyageurs : [Your Health | Mpox | Poxvirus | CDC](#)
- l'European Centre for Disease Prevention and Control (eCDC) [[Fiche d'information à l'intention des professionnels de la santé sur la variole simienne \(europa.eu\)](#)] et Epidemiological update: Mpox due to monkeypox virus clade I [<https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/epidemiological-update-mpox-due-monkeypox-virus-clade-i>]
- l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : [Monkeypox \(who.int\)](#)
- les autorités de santé du Canada [Mpox : Conseils à l'intention des voyageurs – Voyage.gc.ca](#)

En conséquence, le HCSP rappelle l'importance :

- de sensibiliser les cliniciens et tous les professionnels de la santé aux cas possibles de mpox associés au clade I dans le cadre de voyages, ainsi qu'à la possibilité de différentes présentations cliniques, de transmission par voie sexuelle et non sexuelle et de groupes touchés différents par rapport aux éclosions précédentes ;
- d'informer sur les centres de vaccination contre MPXV (coordonnées disponibles sur : sante.fr/monkeypox).

Le HCSP recommande que soit élaborée et actualisée une liste des pays et des zones de circulation active du MPXV en vue d'aider les professionnels de la médecine du voyage et du travail à prendre les meilleures décisions relatives à l'évaluation du risque pour les voyageurs et expatriés et aux indications vaccinales détaillées ci-dessous. Cette liste sera aussi utile à la gestion des cas suspects. Dans l'attente, les sites actualisés de l'OMS et de l'Africa CDC peuvent être utilisés à cette fin :

OMS : https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/

Africa CDC : <https://africacdc.org/resources/>.

Le HCSP considère que les voyageurs les plus à risque de mpox dans le contexte actuel sont :

- les voyageurs ayant des pratiques sexuelles à risque telles que définies dans les avis antérieurs indépendamment de la destination ;
- les soignants et les travailleurs humanitaires se rendant dans une zone de circulation active du MPXV de clade I (a et/ou b), en particulier la République démocratique du Congo et les pays limitrophes de la région des grands lacs ;
- les personnes originaires des zones à risque partant rendre visite à la famille et à leurs connaissances (aussi appelés « *visiting friends and relatives* » ou « VFR ») dans une zone de circulation active du MPXV de clade I (a et/ou b) ;

Le HCSP considère que les voyageurs à faible risque de mpox dans le contexte actuel sont :

- tous les autres voyageurs.

Le HCSP souligne que les personnes les plus à risque de forme grave sont les enfants, les femmes enceintes (pour le fœtus), et les voyageurs immunodéprimés se rendant dans les zones à risque.

Pour les personnes voyageant à destination des zones où circule le MPXV, le HCSP recommande :

1. Avant le départ

1.1. Informations essentielles

- D'informer les voyageurs à destination des zones de circulation active avérée ou potentielle de l'existence d'une épidémie de mpox, de ses modes de transmissions, du risque pour le voyageur (faible pour la majorité des voyageurs, pouvant être plus élevé en cas de contact avec des personnes malades ou de rapports sexuels) et de l'importance de respecter les mesures d'hygiène standard et les mesures barrières au cours du voyage, à savoir :
 - éviter les contacts directs ou rapprochés avec des personnes malades ou susceptibles d'être infectées par MPXV ou des objets ou des linges susceptibles d'avoir été contaminés ;
 - se laver régulièrement les mains à l'eau et au savon ou utiliser du gel hydroalcoolique ;
 - ne pas partager la literie ou les serviettes avec des personnes qui pourraient être infectées par MPXV.
- D'aider le voyageur à identifier les correspondants médicaux susceptibles d'être sollicités en cas de survenue de symptômes au cours du voyage (service de santé du pays de destination, médecine du travail, etc.).

- D'informer les voyageurs sur la conduite à tenir en cas de symptômes après le retour de zone d'endémie (isolement à domicile et appel du 15 en notifiant précisément la ou les zones de voyage).
- D'informer les voyageurs immunodéprimés, les enfants et les femmes enceintes ou allaitantes des risques spécifiques d'infection par le MPXV et de leur déconseiller le voyage à destination d'une zone de circulation active.
- Il est cependant utile de rappeler ici que les autorités n'ont pas prononcé de restriction de voyage vers les pays où une circulation active du MPXV de clade I est signalée.
- De contracter, dans la mesure du possible, une assurance rapatriement sanitaire ([Assurances - Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères \(diplomatie.gouv.fr\)](#)).

1.2. Vaccination préventive contre les orthopoxviroses

- De mettre à disposition le vaccin contre le MPXV dans les centres de vaccinations internationales et de conseils aux voyageurs.
- De fournir toutes les recommandations actuelles pour la vaccination préventive des personnes les plus à risque d'exposition (voir avis de la HAS du 29 août 2024) et d'œuvrer à la vaccination des personnes à haut risque à l'occasion des consultations pré-voyage indépendamment de leur destination : les HSH ayant des partenaires sexuels multiples, les personnes trans ayant des partenaires sexuels multiples, personnes en situation de prostitution/travailleuses du sexe, les professionnels des lieux de consommation sexuelle et les partenaires occasionnels ou les personnes partageant le même lieu de vie que les personnes à très haut risque d'exposition au virus.
- De proposer la vaccination contre MPXV par un vaccin antivariolique de troisième génération aux populations à risque listées *infra* se rendant dans une zone de circulation active du MPXV de clade I (a et/ou b) évaluée sur la base des données les plus récentes de l'OMS consultables [ici](#) :
 - professionnels de santé, y compris les personnels de laboratoire, à risque d'exposition ;
 - et autres travailleurs humanitaires à risque d'exposition partant en mission dans ces zones.
- De considérer la vaccination contre MPXV pour les personnes originaires des zones de circulation active du virus MPXV de clade I (a et/ou b), résidentes en France et retournant au pays pour rendre visite à leur famille ou leurs connaissances (VFR). La décision de vacciner tiendra compte de la destination, de l'intensité de la circulation du MPXV sur le lieu de séjour, du niveau de proximité avec la population locale, de la durée du séjour, de la notion de cas dans l'entourage immédiat et du niveau attendu d'application des mesures barrières (littératie en santé, conditions de logement, etc.).
- De considérer la vaccination des voyageurs immunodéprimés qui décideraient de maintenir leur voyage à destination des zones de circulation active du MPXV de clade I (a et/ou b) et susceptibles d'être exposés au risque.
- D'autoriser la vaccination des personnes souhaitant être vaccinées en cas de séjour en zone d'enzootie et d'exposition à la faune sauvage dans les zones de circulation active du MPXV.
- De ne pas proposer la vaccination aux autres voyageurs, même ceux à destination des zones à risque.

- D'éviter dans la mesure du possible la vaccination des femmes enceintes ou allaitantes et des enfants dans une indication de vaccination préventive, dans l'attente de plus de données de sécurité.
- De ne pas s'interdire de vacciner si le délai avant le départ ne permet pas de réaliser la deuxième dose de vaccin contre le MPXV.
- De ne pas administrer la deuxième dose dans un délai inférieur à 28 jours.
- D'éviter dans la mesure du possible de co-administrer d'autres vaccins durant le schéma vaccinal avec le MVA-BN et de respecter un délai de 28 jours avant ou après un autre vaccin vivant atténué, mais, en cas de départ imminent, de réaliser les autres vaccinations du voyageur à n'importe quel intervalle (par analogie aux recommandations existantes pour les autres vaccins du voyageur).

2. Au cours du séjour

- De respecter les mesures barrières : hygiène des mains et évitement de contacts avec des personnes infectées ou des animaux, ou avec des objets potentiellement infectés (comme les vêtements, le linge de maison ou la vaisselle des personnes infectées). **L'efficacité de la vaccination n'étant pas de 100%, le respect des mesures barrière est essentiel même pour les personnes vaccinées.**
- D'éviter d'avoir des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels dans les zones de circulation active du virus.
- En cas de contact à risque, de s'isoler, de prendre un avis médical immédiat qui évaluera l'indication et la faisabilité d'une vaccination post exposition (Cf. annexe 4), et de surveiller l'apparition de symptômes compatibles avec le mpox (fièvre, éruption cutanée avec vésicules) dans les 21 jours suivant le contact à risque.

3. Au retour d'une zone de circulation active du mpox

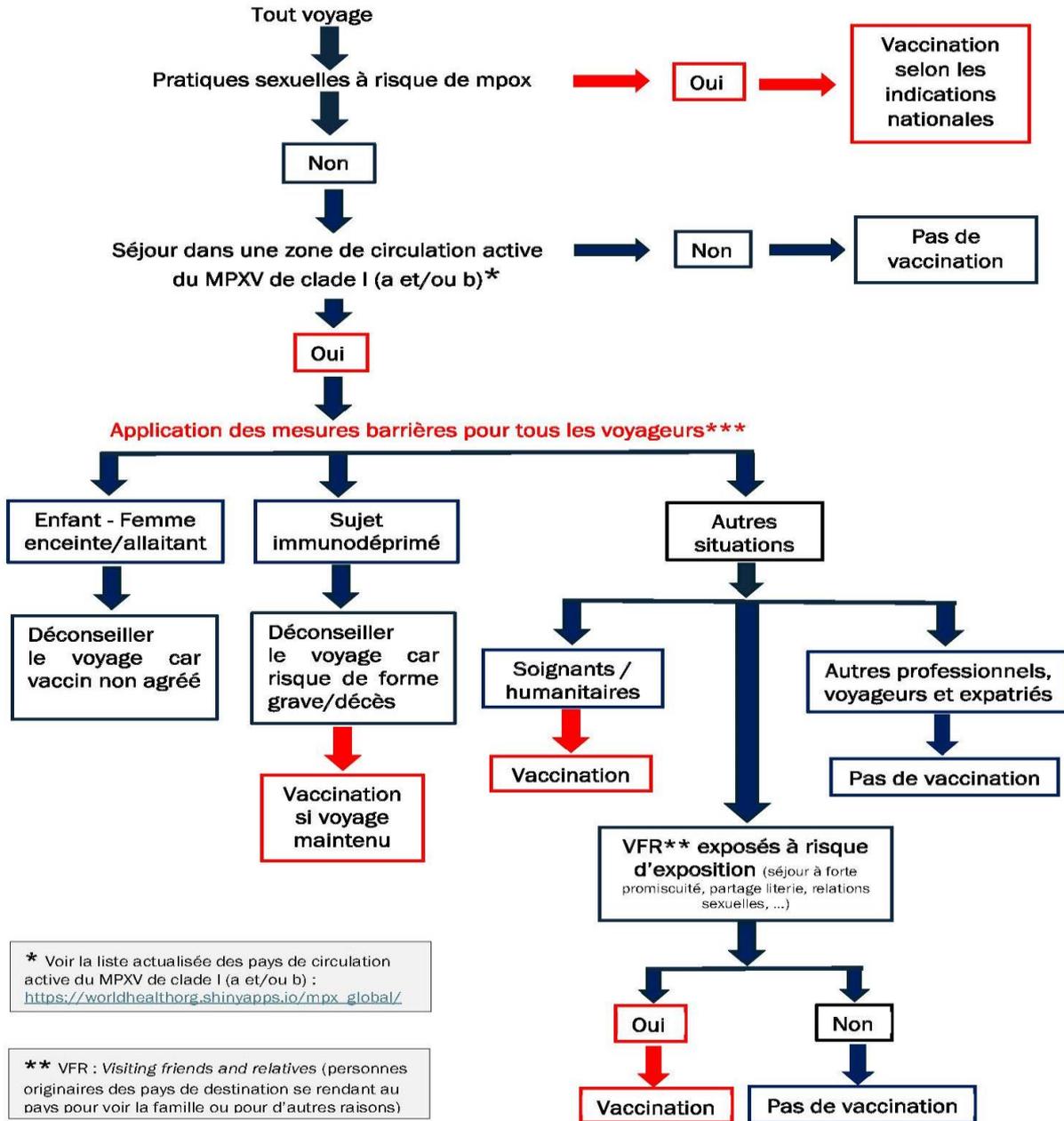
- En cas de contact à risque dans les 21 jours qui précèdent le retour, de s'isoler, de prendre un avis médical immédiat qui évaluera l'indication et la faisabilité d'une vaccination post exposition (Cf. annexe 4).
- De surveiller l'apparition de symptômes dans les 21 jours suivant le retour.
- En cas d'apparition de symptômes compatibles avec le mpox (fièvre, éruption cutanée avec vésicules) dans les 21 jours suivant le retour :
 - d'appeler le 15 en précisant le retour d'un pays à risque ;
 - de s'isoler immédiatement en attendant l'avis médical et d'éviter les contacts avec d'autres personnes ;
 - de s'abstenir de rapports sexuels dans l'attente de la confirmation diagnostique.

4. Pour les professionnels de santé partant en zone d'endémie, y compris les personnes ayant reçu un schéma vaccinal complet

- De rappeler les mesures de prévention en milieu de soins (précautions standards pour tous les soins, avec des précautions complémentaires contact et air pour la prise en charge des cas suspects ou avérés).

- Pour les cas confirmés ou suspects, d'éviter les activités susceptibles de remettre en suspension les matières séchées de lésions, de placer le patient en isolement jusqu'à la chute des croûtes et la réépidermisation, d'utiliser des EPI adaptés à savoir précautions air et contact, et d'utiliser des procédures de désinfection avec un désinfectant virucide à la norme EN14476 rappelé en annexe 3 et de gérer les déchets via une filière DASRI.
- De les informer sur l'existence de [fiches Coreb](#) précisant la conduite à tenir devant un cas de mpox en France.

Logigramme de vaccination des voyageurs en préexposition contre le MPXV :



* Voir la liste actualisée des pays de circulation active du MPXV de clade I (a et/ou b) : https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/

** VFR : *Visiting friends and relatives* (personnes originaires des pays de destination se rendant au pays pour voir la famille ou pour d'autres raisons)

*** Mesures barrière

- Eviter tout contact avec un animal sauvage, vivant ou mort, de type rongeur ou primate
- Ne pas ingérer de la viande de brousse
- Eviter les rassemblements à risque de contact cutané-muqueux (à défaut de vêtements couvrants)
- Rester à distance de sujets présentant des lésions cutanées compatibles avec le mpox.

5. Pour les entreprises et sociétés internationales, les organisations non gouvernementales internationales et les ambassades de France à l'étranger dans les zones de circulation active du virus, le HCSP recommande :

- De mettre en place une ligne téléphonique ou un système d'information pour les voyageurs, expatriés et travailleurs internationaux où ils pourront obtenir des informations adaptées au pays de résidence.
- D'établir une conduite à tenir pour les voyageurs, expatriés et travailleurs internationaux en cas de survenue de symptômes compatibles avec une infection par le MPXV
- D'œuvrer à rendre accessible la vaccination préventive et en post-exposition aux soignants et travailleurs humanitaires déjà présents dans les pays de circulation active du MPXV.

Le HCSP recommande d'entreprendre une réflexion à l'échelle européenne et mondiale pour uniformiser les recommandations vaccinales contre les orthopoxviroses à destination des voyageurs et des personnes à risque.

Il recommande aussi, sur la base d'une analyse des données récentes, d'envisager une disposition réglementaire permettant la vaccination préexposition ou post exposition au risque des femmes enceintes et des sujets de moins de 18 ans.

En dehors du cadre précis des voyageurs, le HCSP ne recommande pas la vaccination contre le MXPV pour les personnels en contact avec les personnes migrantes sur le territoire français, y compris dans les territoires ultramarins, au vu du risque considéré comme négligeable à ce jour.

Ces recommandations, élaborées sur la base des connaissances disponibles à la date de rédaction 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 2 septembre 2024 par le Président du Haut Conseil de la santé publique,

Références

1. HAS. Avis n° 2024.0058/AC/SESPEV du 29 août 2024 du collège de la Haute Autorité de santé relatif à la stratégie de vaccination contre le mpox. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3538025/fr/avis-n-2024-0058/ac/sespev-du-29-aout-2024-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-relatif-a-la-strategie-de-vaccination-contre-le-mpox
2. Vakaniaki EH, Kacita C, Kinganda-Lusamaki E, O'Toole Á, Wawina-Bokalanga T, Mukadi-Bamuleka D, et al. Sustained human outbreak of a new MPXV clade I lineage in eastern Democratic Republic of the Congo. Nat Med. 13 juin 2024;1-5.
3. Komakech A, Ajong BN, Kalala D, Efire N, Kacita C, Vakaniaki EH, et al. Africa should research the long-term sequelae of mpox. Lancet Glob Health. 17 juill 2024;S2214-109X(24)00288-2.
4. Centers for disease control and prevention. Africa CDC Epidemic Intelligence Weekly Report, August 2024. Africa CDC. Disponible sur: <https://africacdc.org/download/africa-cdc-weekly-event-based-surveillance-report-august-2024/>
5. Public health agency of Sweden. One case of mpox clade 1 reported in Sweden. 2024. Disponible sur: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/the-public-health-agency-of-sweden/communicable-disease-control/disease-information-about-mpox/one-case-of-mpox-clade-i-reported-in-sweden/>
6. SpF. Infection à virus Monkeypox en France. Janvier à juin 2024. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-transmissibles-de-l-animal-a-l-homme/monkeypox/documents/bulletin-national/infection-a-virus-monkeypox-en-france.-janvier-a-juin-2024>
7. Vaughan AM, Afzal M, Nannapaneni P, Leroy M, Andrianou X, Pires J, et al. Continued circulation of mpox: an epidemiological and phylogenetic assessment, European Region, 2023 to 2024. Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull. juill 2024;29(27):2400330.
8. HCSP. Conduite à tenir autour d'un cas suspect, probable ou confirmé d'infection à Monkeypox virus. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2022 mai. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1212>
9. HCSP. Conduite à tenir pour les personnes à risque de forme grave d'infection à Monkeypox virus. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2022 juin. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1216>
10. HCSP. Mesures de prévention vis-à-vis de l'infection à Monkeypox virus. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2022 juill. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1230>
11. HCSP. Révision du plan de lutte contre la variole (décembre 2022). Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2022 déc. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1278>
12. Lepelletier D, Pozzetto B, Chauvin F, Chidiac C, High Council for Public Health national working groups. Management of patients with monkeypox virus infection and contacts in the community and in healthcare settings: a French position paper. Clin Microbiol Infect Off Publ Eur Soc Clin Microbiol Infect Dis. déc 2022;28(12):1572-7.
13. HCSP. Recommandations sanitaires 2024 aux voyageurs. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2024 juin. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1379>

14. Centers for disease control and prevention. CDC monkeypox response : transmission. CDC. 2016. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/media/releases/2022/0509-monkeypox-transmission.html>
15. Beeson A, Styczynski A, Hutson CL, Whitehill F, Angelo KM, Minhaj FS, et al. Mpox respiratory transmission: the state of the evidence. *Lancet Microbe*. avr 2023;4(4):e277-83.
16. WHO. Orthopoxvirose simienne [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mpox>
17. Gould S, Atkinson B, Onianwa O, Spencer A, Furneaux J, Grieves J, et al. Air and surface sampling for monkeypox virus in a UK hospital: an observational study. *Lancet Microbe*. déc 2022;3(12):e904-11.
18. Downie AW, Meiklejohn M, St Vincent L, Rao AR, Sundara Babu BV, Kempe CH. The recovery of smallpox virus from patients and their environment in a smallpox hospital. *Bull World Health Organ*. 1965;33(5):615-22.
19. Moore MJ, Rathish B, Zahra F. Mpox (Monkeypox). In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK574519/>
20. Guo L, Song R, Zhang Q, Li D, Chen L, Fang M, et al. Profiling of viral load, antibody and inflammatory response of people with monkeypox during hospitalization: a prospective longitudinal cohort study in China. *EBioMedicine*. août 2024;106:105254.
21. Adler H, Gould S, Hine P, Snell LB, Wong W, Houlihan CF, et al. Clinical features and management of human monkeypox: a retrospective observational study in the UK. *Lancet Infect Dis*. août 2022;22(8):1153-62.
22. Palich R, Burrell S, Monsel G, Nouchi A, Bleibtreu A, Seang S, et al. Viral loads in clinical samples of men with monkeypox virus infection: a French case series. *Lancet Infect Dis*. janv 2023;23(1):74-80.
23. Ward T, Christie R, Paton RS, Cumming F, Overton CE. Transmission dynamics of monkeypox in the United Kingdom: contact tracing study. *BMJ*. 2 nov 2022;379:e073153.
24. Mitjà O, Ogoina D, Titanji BK, Galvan C, Muyembe JJ, Marks M, et al. Monkeypox. *Lancet Lond Engl*. 7 janv 2023;401(10370):60-74.
25. De Baetselier I, Van Dijck C, Kenyon C, Coppens J, Michiels J, de Block T, et al. Retrospective detection of asymptomatic monkeypox virus infections among male sexual health clinic attendees in Belgium. *Nat Med*. nov 2022;28(11):2288-92.
26. Sharpe JD. Possible Exposures Among Mpox Patients Without Reported Male-to-Male Sexual Contact – Six U.S. Jurisdictions, November 1–December 14, 2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2023;72. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/wr/mm7235a2.htm>
27. Anses. Avis portant sur des recommandations relatives à la réduction du risque de transmission du virus Monkeypox (MPXV) lié à la manipulation et la consommation des denrées alimentaires. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. 2022. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/avis-de-lanses-portant-sur-des-recommandations-relatives-%C3%A0-la-r%C3%A9duction-du-risque-de-0>
28. Pischel L, Martini BA, Yu N, Cacesse D, Tracy M, Kharbanda K, et al. Vaccine effectiveness of 3rd generation mpox vaccines against mpox and disease severity: A systematic review and meta-analysis. *Vaccine*. 20 juin 2024;S0264-410X(24)00694-7.
29. SpF. Variole du singe: point de situation en France au 23 mars 2023. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2023/varirole-du-singe-point-de-situation-en-france-au-23-mars-2023>

Annexe 1 : saisine de la Direction générale de la santé

De : SAUNERON, Sarah (DGS)

Envoyé : lundi 26 août 2024 11:12

À : LEPELLETIER, Didier (DGS/SDAR/POCS-SGHCSP)

Objet : [Mpx] Saisine HCSP - Recommandations aux voyageurs (dont la vaccination)

Cher Président, Cher Didier,

Le 14 août 2024, le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a déclaré que la recrudescence actuelle du mpox sur le continent africain constitue une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) en vertu des dispositions du Règlement sanitaire international. Le principal foyer de transmission identifié se situe en République démocratique du Congo (RDC), totalisant plus de 95% des cas à l'heure actuelle, avec des souches appartenant au clade I, sous-clades Ia et Ib. Des cas confirmés de mpox, notamment de Clade Ib, ont aussi été signalés dans des pays voisins de la RDC tels que le Rwanda, l'Ouganda, le Burundi et le Kenya.

Le DG de l'OMS a résumé la situation en indiquant que plusieurs épidémies de mpox étaient en cours dans plusieurs pays d'Afrique, avec des nouveaux de risque différents.

Dans ce contexte, comme échangé en RSS le 21 août, nous souhaiterions disposer de vos **recommandations de prévention actualisées pour le mpox pour les personnes se rendant dans la zone d'épidémie** (voyageurs, professionnels de santé dans le cadre de missions humanitaires), **ainsi que vis-à-vis de la vaccination.**

La Haute Autorité de Santé est, quant à elle, saisie pour actualiser ses recommandations élaborées en 2022 s'agissant du **schéma vaccinal contre le mpox** et des **cibles de la vaccination préventive** sur le territoire national (cf. saisine en PJ). La réponse de la HAS est attendue pour le vendredi 30 août prochain.

Aussi, je vous remercie dans la mesure du possible de prendre en compte les nouvelles recommandations de la HAS pour élaborer votre avis.

L'ANSM a également été saisie par la DGS s'agissant de l'efficacité des vaccins de 3^{ème} génération contre le clade I du mpox. Les données collectées par l'ANSM vous seront également transmises pour la réponse à cette saisine.

Je souhaiterais disposer de votre avis **pour le mardi 3 septembre prochain.**

Mes services restent à votre disposition pour préciser ma demande en tant que de besoin.

Amitiés,
Sarah

Sarah Sauneron

Directrice générale adjointe de la santé
14 avenue Duquesne – 75007 Paris



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL
DE LA SANTÉ
ET DES SOLIDARITÉS**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction générale
de la santé

Annexe 2 : composition du groupe de travail

Thevy BOCHE, ministère de l'Europe et des affaires étrangères

Elsa BOHER, ANSM

François CARON, CS-MIME

Sophie FEGUEUX, SpF, observateur

Olivier FERRARIS, CNR-LE Orthopoxvirus

Cécile FICKO, CS-MIME, copilote

Julie FIGONI, SpF

Florence FOUQUE, CS-MIME

Jean-François GEHANNO, Service de médecine du travail, CHU de Rouen

Catherine GOJJON, médecin spécialiste des voyages

Sabine HENRY, CS-MIME, copilote

Chadi JBEILI, ministère de l'Europe et des affaires étrangères

Philippe MINODIER, CS-MIME

Henri PARTOUCHE, Cs-MIME

Bruno POZZETTO, CS-MIME

Christophe RAPP, hôpital américain de Paris

Nadia SAIDANI, CS-MIME

Nicolas VIGNIER, CS-MIME, pilote

Nicole VERNAZZA, CS MIME, HCSP

Secrétariat général du HCSP

Marc DURAND

Le 2 septembre 2024

Haut Conseil de la santé publique

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

www.hcsp.fr

Annexe 3. produits désinfectants efficaces sur MPXV [10]

Les produits efficaces sur MPXV 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 au domicile les produits désinfectants à base d'alcool et l'hypochlorite de sodium. Produit Normes 14476.

Annexe 4 : Conduite à tenir en post exposition à un cas possible ou confirmé pour les voyageurs et expatriés

Selon SpF⁶, est considérée comme personne-contact à risque, toute personne ayant eu un contact 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 ayant eu 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 [29].

En l'absence de vaccination préventive, en cas de contact compatible avec la définition de contact à risque de SpF ou en cas d'immunodépression et de contact avec une personne contact à risque et de retour en France, une vaccination post-exposition avec le vaccin MVA-BN est indiquée dans l'idéal dans les 4 jours qui suivent le premier contact à risque et au plus tard dans les 14 jours conformément à l'avis de la HAS du 29 août 2024. Comme cela est précisé dans l'avis de la HAS, l'administration pendant la grossesse ou l'allaitement ne doit être envisagée que si les bénéfices potentiels sont supérieurs à tout risque potentiel pour la mère et le fœtus.

La conduite à tenir en cas de contact à risque devra être précisée dans les pays de destination, en particulier pour les personnels soignants et humanitaires et les expatriés, ainsi qu'après le retour en France. Un contact à risque sans possibilité d'accès à la vaccination dans le pays de destination devrait justifier un rapatriement sanitaire afin d'assurer l'accès à cette vaccination de la personne exposée.

⁶ <https://www.santepubliquefrance.fr/media/files/maladies-a-declaration-obligatoire/definition-de-cas-cat-mpox>

Annexe 5. Recommandations internationales disponibles à ce jour pour les voyageurs à destination des zones de circulation du MPXV de clade I.

	Recommandations disponibles pour les voyageurs à destination des pays de circulation active du clade I (02/09/2024)	Référence
ECDC	<p>Vaccination pour les voyageurs immunodéprimés, a fortiori parmi les groupes de population suivants : professionnels de santé, personnes qui vont visiter de la famille ou qui auront des contacts étroits avec la population dans des zones de circulation active du Clade I.</p> <p>ET :</p> <ul style="list-style-type: none"> Évitez tout contact avec des animaux sauvages dans les pays où le virus circule ; S'abstenir de toute activité impliquant un contact étroit, y compris sexuel ou autre, avec des personnes soupçonnées ou confirmées d'avoir la variole simienne. 	<p>Mise à jour épidémiologique : Variole simienne due au virus de la variole du singe de clade I (europa.eu)</p>
CDC États Unis	<p>Si vous voyagez en RDC ou dans les pays voisins, pour les personnes éligibles à la vaccination contre la variole simienne, recevez deux doses du vaccin à au moins 28 jours d'intervalle</p> <p>ET évitez :</p> <ul style="list-style-type: none"> tout contact étroit avec des personnes qui présentent des signes et des symptômes de la variole simienne, y compris celles qui ont des lésions cutanées ou génitales. tout contact avec des animaux sauvages (vivants ou morts), tels que les petits mammifères, y compris les rongeurs (rats, écureuils), et les primates non humains (singes, singes). tout contact avec des matériaux contaminés utilisés par des personnes malades (tels que des vêtements, de la literie ou des matériaux utilisés dans des établissements de santé) ou qui sont entrés en contact avec des animaux sauvages. de manger ou de préparer de la viande d'animaux sauvages (viande de brousse) ou d'utiliser des produits (crèmes, lotions, poudres) dérivés d'animaux sauvages. 	<p>Clade I : la variole simienne en République démocratique du Congo et dans les pays voisins - Niveau 2 - Niveau 2 - Précautions renforcées - Conseils de santé aux voyageurs Santé des voyageurs CDC</p>
Australie	<p>À ce jour, pas de recommandation de vaccination pour les personnes se rendant dans des régions où circule le MPXV de clade I qui ne répondent pas aux indications actuelles au vaccin.</p>	<p>Mpox : Conseils à l'intention des voyageurs – Voyage.gc.ca</p> <p>INTERIM STATEMENT ON THE USE OF VACCINES FOR PREVENTION OF MPOX IN 2024 (health.gov.au)</p>
Autriche	<p>Le comité national de vaccination (NIG) recommande actuellement la vaccination mpox exclusivement aux personnes à risque, qui sont mentionnées comme suit dans le plan de vaccination autrichien actuel au chapitre mpox :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les personnes ayant un comportement individuel à risque (personnes ayant des contacts sexuels changeant fréquemment, en particulier les hommes avec des partenaires du même sexe), le personnel des laboratoires spécialisés travaillant avec des orthopoxvirus (travail avec des échantillons provenant de personnes infectées par le mpox ou le virus lui-même), 	<p>https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Impfung-gegen-Affenpocken.html</p>

	Recommandations disponibles pour les voyageurs à destination des pays de circulation active du clade I (02/09/2024)	Référence
	<ul style="list-style-type: none"> le personnel de santé exposé à un risque très élevé d'exposition à des personnes atteintes de mpox ou aux orthopoxvirus (services/ambulances/ordinations désignés pour le diagnostic et le traitement des personnes infectées par le MPXV . <p>En outre, la vaccination peut être envisagée pour les voyageurs ayant des contacts intensifs et prolongés avec la population locale (p. ex. les collaborateurs d'organisations humanitaires) dans les pays concernés. La vaccination de la population générale n'est actuellement ni recommandée ni prévue.</p>	
Canada	<p>Actuellement, le vaccin mpox n'est pas systématiquement recommandé aux voyageurs sans exposition connue au mpox, à moins qu'ils ne répondent aux critères de risque élevé.</p> <p>Lorsqu'ils voyagent à l'étranger, les individus doivent prendre des mesures pour réduire leur risque, notamment en évitant tout contact avec une personne présentant des symptômes de mpox ou pouvant avoir été exposée au mpox.</p>	Mpox : Conseils à l'intention des voyageurs – Voyage.gc.ca
Royaume-Uni	<p>Vaccination proposée aux personnes les plus susceptibles d'être exposées :</p> <ul style="list-style-type: none"> Travailleurs de la santé soignant des patients atteints de la variole simienne confirmée ou suspectée Les hommes gais, bisexuels ou ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, qui ont plusieurs partenaires, qui participent à des relations sexuelles en groupe ou qui fréquentent des lieux de sexe sur place (le personnel de ces lieux est également admissible) Les personnes qui ont été en contact étroit avec une personne atteinte de la variole simienne. <p>Le programme de vaccination est disponible pour les personnes éligibles qui voyagent régulièrement dans d'autres pays pour avoir des relations sexuelles, en complément des mesures de prévention suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> Ne pas partager la literie ou les serviettes avec des personnes qui pourraient avoir la variole simienne. ne pas avoir de contact étroit (à moins de 1 mètre) avec des personnes susceptibles d'avoir la variole simienne ; ne pas s'approcher d'animaux sauvages ou errants, y compris les animaux qui semblent malades ou morts, lors de déplacements en Afrique de l'Ouest, en Afrique centrale ou en Afrique de l'Est. ne pas manger ou toucher de la viande d'animaux sauvages lors de déplacements en Afrique de l'Ouest, centrale ou orientale 	Variole simienne -NHS (www.nhs.uk)

Avis produit par le HCSP

Le 2 septembre 2024

Haut Conseil de la santé publique

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

www.hcsp.fr