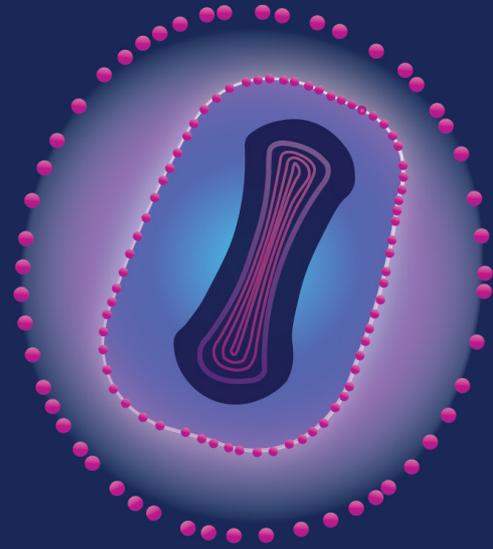
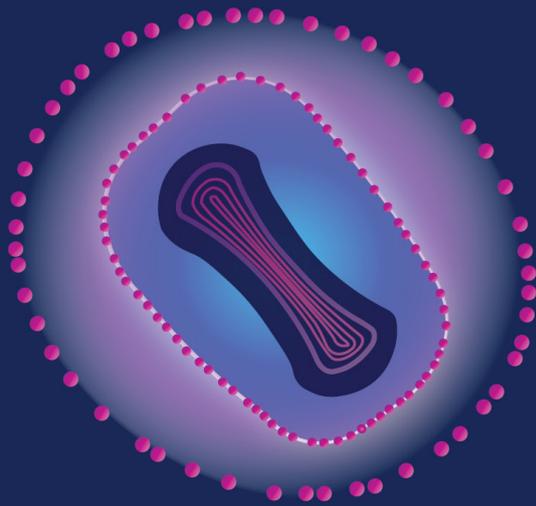


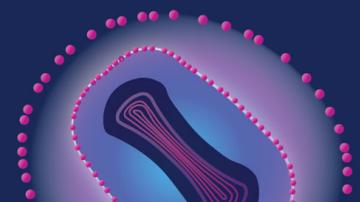
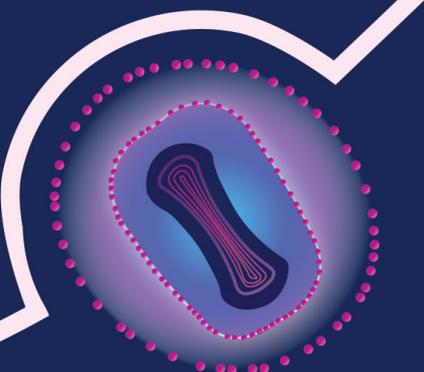
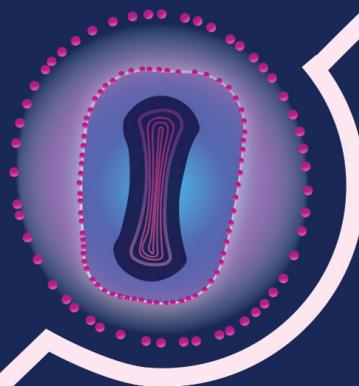


Organisation  
mondiale de la Santé



# PRISE EN CHARGE CLINIQUE, PRÉVENTION ET MAÎTRISE DE L'ORTHOPOXVIROSE SIMIENNE (VARIOLE DU SINGE)

.....  
Orientations provisoires pour une intervention rapide  
10 juin 2022





# **PRISE EN CHARGE CLINIQUE, PRÉVENTION ET MAÎTRISE DE L'ORTHOPOXVIROSE SIMIENNE (VARIOLE DU SINGE)**

.....

**Orientations provisoires pour une intervention rapide**

10 juin 2022

© **Organisation mondiale de la Santé 2022.**

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence CC BY-NC-SA 3.0 IGO.  
WHO reference number: WHO/MPX/Clinical\_and\_IPC/2022.1

# TABLE DES MATIÈRES

<b>Remerciements</b> . . . . .	<b>v</b>
<b>Abréviations</b> . . . . .	<b>vii</b>
<b>Résumé d'orientation</b> . . . . .	<b>ix</b>
<b>Résumé des recommandations</b> . . . . .	<b>x</b>
<b>1. Méthodologie</b> . . . . .	<b>1</b>
<b>2. Caractérisation clinique</b> . . . . .	<b>3</b>
2.1 Contexte . . . . .	3
2.2 Histoire naturelle et sévérité de la maladie . . . . .	3
2.3 Signes et symptômes . . . . .	3
2.4 Diagnostic différentiel . . . . .	4
2.5 Transmission et excrétion virale . . . . .	5
2.6 Femmes enceintes ou en post-partum . . . . .	6
2.7 Effets à moyen et long termes . . . . .	6
2.8 Résumé des soins cliniques et de la lutte anti-infectieuse . . . . .	6
<b>3. Dépistage, triage, isolement et évaluation clinique (trois recommandations)</b> . . . . .	<b>7</b>
<b>4. Prise en charge des cas d'orthopoxvirose simienne bénigne ou sans complications (neuf recommandations)</b> . . . . .	<b>10</b>
4.1 Considérations générales pour les soins communautaires . . . . .	10
4.2 Lutte anti-infectieuse dans la communauté . . . . .	11
4.3 Considérations cliniques . . . . .	13
4.4 Prise en charge clinique des lésions cutanées . . . . .	14
<b>5. Soins de santé mentale des patients atteints d'orthopoxvirose simienne (deux recommandations)</b> . . . . .	<b>16</b>
<b>6. Antiviraux et autres traitements (une recommandation)</b> . . . . .	<b>18</b>
6.1 Antiviraux . . . . .	18
6.2 Immunoglobuline . . . . .	19
<b>7. Lutte anti-infectieuse dans les établissements de santé (sept recommandations)</b> . . . . .	<b>20</b>
7.1 Aspects de la lutte anti-infectieuse chez les cas suspects d'orthopoxvirose simienne . . . . .	20
7.2 Aspects de la lutte anti-infectieuse chez les cas confirmés d'orthopoxvirose simienne . . . . .	21

<b>8. Éléments à prendre en compte pour certaines populations (neuf recommandations)</b> . . . . .	<b>24</b>
8.1 Soins des populations sexuellement actives (deux recommandations) . . . . .	24
8.2 Prise en charge des femmes pendant et après la grossesse (quatre recommandations) . . . . .	25
8.3 Prise en charge des nourrissons et des jeunes enfants atteints d'orthopoxvirose simienne (deux recommandations) . . . . .	27
8.4 Alimentation des nourrissons de mères atteintes d'orthopoxvirose simienne (une recommandation) . . . . .	28
<b>9. Prise en charge des patients à haut risque et des patients présentant des complications ou une orthopoxvirose simienne sévère (deux recommandations)</b> . . . . .	<b>29</b>
<b>10. Prise en charge des patients atteints d'orthopoxvirose simienne après la phase aiguë de l'infection (une recommandation)</b> . . . . .	<b>33</b>
<b>11. Prise en charge des patients décédés (une recommandation)</b> . . . . .	<b>34</b>
<b>12. Prise en charge des agents de santé exposés (une recommandation)</b> . . . . .	<b>35</b>
<b>13. Recueil de données normalisé et plateforme clinique de l'OMS</b> . . . . .	<b>36</b>
<b>14. Incertitudes et domaines de recherche</b> . . . . .	<b>37</b>
<b>Définitions</b> . . . . .	<b>38</b>
<b>Références bibliographiques</b> . . . . .	<b>40</b>
<b>Annexes</b>	
Annexe 1. Définition des cas de l'OMS pour l'épidémie d'orthopoxvirose simienne hors pays d'endémicité . . . . .	47
Annexe 2. Médicaments et posologies pour les traitements symptomatiques . . . . .	49
Annexe 3. Antimicrobiens recommandés et posologies en cas d'infections bactériennes cutanées . . . . .	51
Annexe 4. Récapitulatif des antiviraux homologués pour l'orthopoxvirose simienne . . . . .	52
Annexe 5. Parcours de soin clinique de l'orthopoxvirose simienne . . . . .	57

## REMERCIEMENTS

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) tient à remercier tous ceux qui, par leur collaboration, ont contribué à assurer la rapidité, l'efficacité, la fiabilité et la transparence de ce processus.

**Groupe de base de l'OMS responsable de la rédaction de ces orientations (dans l'ordre alphabétique) :** April Baller (Cheffe, Lutte anti-infectieuse, Renforcement de la préparation des pays, Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire) ; Vanessa Cramond (Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire) ; Janet V. Diaz (Cheffe, Groupe de la prise en charge clinique et des opérations, Renforcement de la préparation des pays, Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire) ; Krutika Kuppalli (unité Maladies émergentes et zoonoses, Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire) ; Marta Lado (Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire) ; Rosamund Lewis (Préparation mondiale contre les risques infectieux/unité Maladies émergentes et zoonoses, Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire) ; Julie Viry (administratrice de projets, Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire) ; Victoria Willet (unité Lutte anti-infectieuse, Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire). Nous tenons à remercier tout spécialement le Centre stratégique d'opérations sanitaires JW Lee pour son appui informatique lors de ces réunions (AEM/Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire).

**Comité d'orientation de l'OMS :** Benedetta Allegranzi (Responsable technique, Lutte anti-infectieuse, Services de santé intégrés) ; Lisa Askie (Département Assurance de la qualité des normes et des critères) ; Silvia Bertagnolio (Division Maladies transmissibles et non transmissibles) ; Mercedes Bonet-Semanas (Santé sexuelle et reproductive et recherche dans ce domaine) ; Astrid Chojnacki (Lutte anti-infectieuse, Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire, Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental) ; Landry Cihambanya (Lutte anti-infectieuse, Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire, Bureau régional de l'OMS pour la Région africaine) ; Georgio Commetti (Personnels de santé) ; Ana Paula Coutino Rehse (unité Gestion des risques infectieux, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe) ; Kirrily de Polnay (Département Nutrition et sécurité sanitaire des aliments) ; Meg Doherty (Programmes mondiaux de lutte contre le VIH, les hépatites et les IST) ; Luca Fontana (Logistique sanitaire et technique, Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire) ; Fahmy Hanna (Département Santé mentale et abus de substances psychoactives) ; Ivan Ianov (Santé au travail et sur les lieux de travail) ; Kathryn Johnston (Gestion des risques infectieux, Organisation panaméricaine de la santé [OPS]) ; Manish Kakkar (Prise en charge des cas, Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire, Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est) ; Edna Karra (Santé sexuelle et reproductive et recherche dans ce domaine) ; Chiori Kodama (Cheffe, Prise en charge des cas, Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire, Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale) ; Marta Lado Castro-Rial (Prise en charge des cas, Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire) ; Rosamund Lewis (Préparation mondiale contre les risques infectieux/unité Maladies émergentes et zoonoses, Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire) ; Stacey Mearns (UK Public Health Rapid Support Team, détachée auprès du Département Lutte anti-infectieuse de l'OMS, Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire) ; Antons Mozalevskis (Programme mondial de lutte contre la tuberculose) ; Deus Mumbangizi (Réglementation et préqualification) ; Pierre Yves Oger (WASH, Fonds des Nations Unies pour l'enfance [UNICEF]) ; Pilar Ramon Pardo (Département des maladies transmissibles et des déterminants environnementaux de la santé, OPS) ; Dina Pfeifer (Cheffe, Prise en charge des cas, Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe) ; Kamara Rashidatu (Cheffe, Prise en charge des cas, Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire, Bureau régional de l'OMS pour la Région africaine) ; Ludovic Reveiz (Département Données probantes et renseignements pour l'action en santé, OPS) ; Aparna Shah (Département Développement des systèmes de santé, Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est) ; Alice Simniceanu (unité Maladies émergentes et zoonoses, Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire) ; Valeska Stempliuk (OPS/Bureau de l'OMS pour la Jamaïque, les Bermudes et les Îles Caïmanes) ; Omar Sued (Département des maladies transmissibles et des déterminants environnementaux de la santé, OPS) ; Nishijima Takeshi (Chef, Prise en charge des cas, Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire, Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental) ; Maha Talaat (Résistance aux antimicrobiens et Lutte anti-infectieuse, Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale) ; Joao Toledo (Lutte anti-infectieuse, Services de santé intégrés) ; Wilson Were (Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent) ; Teodora Wi (Programmes mondiaux de lutte contre le VIH, les hépatites et les IST) ; Pushpa Wijesinghe (Cheffe, Prise en charge des cas, Programme

OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire, Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est ; Marjam Esmail (UNICEF) ; Jerome Pfaffman (UNICEF).

Nous remercions particulièrement le **groupe d'élaboration des lignes directrices (GDG)** pour ses commentaires et la révision de ce document : ses coprésidents Tochi Okwor (Nigeria Centre for Disease Control [Nigéria]) et Tom Fletcher (Liverpool School of Tropical Medicine, Royal Liverpool and Broadgreen University Hospitals, NHS Trust, service national de santé britannique, Liverpool [Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord]) ; Rodrigo Angerami (Hospital de Clínicas, Université de Campinas/ UNICAMP [Brésil]) ; Enrique Castro-Sánchez (University of West London, Imperial College London ; Universitat Oberta de Catalunya [Espagne]) ; Nizam Damani (Southern Health and Social Care Trust [Royaume-Uni]) ; Sindh Institute of Urology and Transplant Centre [Pakistan]) ; Jake Dunning (Head of Emerging Infections and Zoonoses, Public Health England) ; Candida Fernandes (Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central [Portugal]) ; Carole Fry (Agence de protection de la santé du Royaume-Uni) ; Lindsay Grayson (Université de Melbourne, Austin Health, Melbourne [Australie]) ; Lisa Hensley (Département de l'agriculture des États-Unis d'Amérique [États-Unis d'Amérique]) ; Thierry Kalonji (Ministère de la santé, Kinshasa [République démocratique du Congo]) ; Jason Kindrachuk (Université du Manitoba [Canada]) ; Aaron Kofman (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], Atlanta, Georgia [États-Unis d'Amérique]) ; Fernanda Lessa (CDC, Atlanta, Georgia [États-Unis d'Amérique]) ; Laurens Liesenborghs (Institut de Médecine Tropicale [Belgique]) ; Kalisvar Marimuthu (Centre national sur les maladies infectieuses, Tan Tock Seng Hospital [Singapour]) ; Placide Mbala (Institut national de recherche biomédicale [République démocratique du Congo]) ; Geeta Mehta (Lady Hardinge Medical College, New Delhi [Inde]) ; Marc Mendelson (Groote Schuur Hospital, Université du Cap [République sud-africaine]) ; Emmanuel Nakoune (Institut Pasteur de Bangui et Université de Bangui [République centrafricaine]) ; Pius Okong (Health Service Commission, Kampala [Ouganda]) ; Diamantis Plachouras (Centre européen de prévention et de contrôle des maladies) ; Anne Rimoin (UCLA Jonathan and Karin Fielding School of Public Health and Infectious Disease Division of the David Geffen School of Medicine [États-Unis d'Amérique]) ; Mitchell Schwaber (Centre national de contrôle des infections, Ministère de la santé [Israël]) ; Elena Sendagorta (Hôpital universitaire La Paz [Espagne]) ; Mark Sobsey (Gillings School of Global Public Health University of North Carolina at Chapel Hill [États-Unis d'Amérique]) ; Shalini Sri Ranganathan (Université de Colombo [Sri Lanka]) ; Julian Tang (University Hospitals Leicester [Royaume-Uni]) ; Margarida Tavares (centre hospitalier universitaire São João, Programme national de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et l'infection à VIH [Espagne]) ; Philippe Van de Perre (Université de Montpellier [France]) ; Laura Waters (University College London [Royaume-Uni]) ; Adesola Yinka (Nigeria Centre for Disease Control [Nigéria]).

Nous tenons à remercier tout spécialement les contributeurs suivants au projet de guide pratique sur l'orthopoxvirose simienne élaboré par l'OMS : Alexandra Hill, Rosamund Lewis, Nohelly Nombela, Bernard Onoja et Nikola Sklenovska, en étroite collaboration avec Andrea McCollum et Brett Peterson du service Poxvirus and Rabies (CDC des États-Unis d'Amérique), avec la participation des experts externes Jake Dunning, Placide Mbala et Dimie Ogoina.

Nous tenons à remercier tout spécialement Karren Staniforth (Consultant Clinical Scientist, UK Health Security Agency) ; Ginny Moore (Biosafety, Air and Water Microbiology Group, UK Health Security Agency) ; et Thomas Pottage (Biosafety, Air and Water Microbiology Group, UK Health Security Agency) pour leur analyse rapide de l'ajout de chlore lors du lavage du linge/de la literie des cas identifiés d'orthopoxvirose simienne, ce qui pourrait réduire de façon significative le risque de transmission.

## ABRÉVIATIONS

ABCD	airway, breathing, circulation, disability (voies aériennes, respiration, circulation, handicap)
ADN	acide désoxyribonucléique
ALT	alanine transaminase
AST	aspartate transaminase
ATU	autorisation temporaire d'utilisation
AVPU	conscience, voix, douleur, absence de réaction (échelle)
BC	bassin du Congo
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
Cl	chlore
DI	déclaration d'intérêts
ECG	électrocardiogramme
ECR	essai contrôlé randomisé
EMA	Agence européenne des médicaments
EPI	équipement de protection individuelle
FDA	Food and Drug Administration (Administration des États-Unis chargée des aliments et des médicaments)
FICR	Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
GDG	groupe d'élaboration des lignes directrices
HCO <sub>3</sub>	bicarbonates
Hg	hémoglobine
HSV	virus herpès simplex
IITT	Interagency Integrated Triage Tool (outil interinstitutions de triage intégré) (OMS/FICR)
IMC	indice de masse corporelle
IST	infection sexuellement transmissible
IV	voie intraveineuse
K	potassium
LGV	lymphogranuloma venereum
MEURI	protocole d'utilisation contrôlée en situation d'urgence d'interventions non homologuées
MR	multirésistant
MUAC	périmètre brachial à mi-hauteur (chez les enfants)
Na	sodium
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OPS	Organisation panaméricaine de la santé
PAS	pression artérielle systolique
PCR	amplification en chaîne par polymérase
PO	voie orale
PPE	prophylaxie postexposition
RNI	rapport normalisé international
RT-PCR	amplification en chaîne par polymérase en temps réel
SARM	Staphylococcus aureus résistant à la méticilline
SASM	Staphylococcus aureus sensible à la méticilline
SDRA	syndrome de détresse respiratoire aiguë
SpO <sub>2</sub>	saturation en oxygène
TAAN	test d'amplification des acides nucléiques

TARV	traitement antirétroviral
TCC	thérapie cognitivo-comportementale
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH	virus de l'immunodéficience humaine

# RÉSUMÉ D'ORIENTATION

Douze ans après la découverte du nouvel orthopoxvirus dans un laboratoire danois en 1958, le premier cas d'orthopoxvirose simienne humaine a été identifié en 1970 chez un garçon de neuf mois en République démocratique du Congo (1,2). Depuis lors, la majeure partie des cas ont été signalés en Afrique du Centre et de l'Ouest (1). Les éruptions observées lors de l'orthopoxvirose simienne ne sont pas spécifiques de la maladie et peuvent évoquer diverses maladies infectieuses, telles que les infections à virus varicelle-zona et à virus herpès simplex ou encore la syphilis. Au 6 juin 2022, 1002 cas confirmés en laboratoire d'orthopoxvirose simienne au total avaient été notifiés à l'OMS par 29 États Membres d'Europe et d'Amérique du Nord, s'étendant ainsi à quatre régions OMS. Aucun décès n'avait été déclaré. À ce jour, cette épidémie d'orthopoxvirose simienne touche essentiellement les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les principaux cas ont été identifiés chez des hommes dans le cadre de consultations en soins primaires et en santé sexuelle pour des symptômes semblables à ceux observés lors d'autres infections sexuellement transmissibles (IST). Pour obtenir les nombres de cas les plus à jour, visitez le site Web (en anglais) (3).

Cette épidémie touchant plusieurs pays, l'OMS a élaboré des lignes directrices provisoires pour la prise en charge clinique, la prévention et la maîtrise de l'orthopoxvirose simienne. Pour plus d'informations, reportez-vous à la section 1 relative à la méthodologie.

## Public cible

Ce document prétend fournir des orientations provisoires aux cliniciens, chefs des groupes des bâtiments, agents de santé et praticiens en lutte anti-infectieuse y compris, mais pas uniquement, ceux exerçant dans des centres de consultation en soins primaires, santé sexuelle, maladies infectieuses et santé uro-génitale, des services d'urgence, des cabinets dentaires, des services de maternité et des services de pédiatrie, d'obstétrique et gynécologie ou des établissements de soins aigus prodiguant des soins aux cas suspects ou confirmés d'orthopoxvirose simienne. Dans ce document, pour plus de facilité, nous désignerons les patients ayant fait l'objet d'une évaluation et entrant dans le parcours de soins cliniques de l'orthopoxvirose simienne comme des « suspects », ce qui inclut les deux groupes épidémiologiques (les cas suspects et les cas probables).

# RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS

## Dépistage, triage, isolement et évaluation clinique

### Recommandations de l'OMS :

- Au premier point de contact avec le système de santé, procéder au dépistage et au triage de toutes les personnes consultant pour une éruption et de la fièvre ou une adénopathie, conformément à l'adaptation locale de la définition du cas de l'OMS (6), afin d'identifier les cas suspects ou confirmés d'orthopoxvirose simienne.
- Après le dépistage et l'isolement, effectuer le triage des cas suspects d'orthopoxvirose simienne au moyen d'un outil normalisé (tel que l'outil Interagency Integrated Triage Tool de l'OMS/la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge [FICR]), puis évaluer les patients pour déterminer leurs facteurs de risque et identifier les cas sévères.
- Tester les patients en cas de suspicion d'orthopoxvirose simienne.

## Prise en charge des cas d'orthopoxvirose simienne bénigne ou sans complications

### Recommandations de l'OMS :

- Les cas suspects ou confirmés d'orthopoxvirose simienne présentant une maladie bénigne, sans complication, et peu susceptibles d'en développer ultérieurement, peuvent être placés en isolement à domicile pendant toute la durée de la période infectieuse, à condition que l'évaluation du domicile établisse que les mesures de lutte anti-infectieuse y sont respectées.
- Une évaluation du domicile doit être réalisée lorsque la décision est prise d'isoler et de prendre en charge une personne atteinte d'orthopoxvirose simienne suspectée ou confirmée bénigne, sans complications, à son domicile.
- Un patient atteint d'orthopoxvirose simienne bénigne sans complications pris en charge à domicile doit être placé en isolement dans une zone séparée des autres membres du ménage, à distance des pièces communes du domicile (c'est-à-dire dans une pièce ou une zone séparée par un rideau ou une cloison).
- La prudence est de mise lors de la manipulation et du nettoyage du linge et des surfaces et pendant l'élimination des déchets.
- Administrer un traitement symptomatique aux patients atteints d'orthopoxvirose simienne, par exemple des antipyrétiques en cas de fièvre et des analgésiques en cas de douleur.
- Évaluer l'état nutritionnel des patients atteints d'orthopoxvirose simienne, qui doivent recevoir une alimentation et une réhydratation adéquates.
- Informer les patients qui présentent une orthopoxvirose simienne bénigne des signes et symptômes de complications justifiant des soins d'urgence.
- Mettre en place un traitement conservateur des lésions éruptives adapté à leur stade afin de soulager l'inconfort, d'accélérer la cicatrisation et de prévenir les complications telles que les infections secondaires ou l'exfoliation.
- L'antibiothérapie ou l'antibioprophylaxie est déconseillée chez les patients atteints d'orthopoxvirose simienne bénigne. Cependant, l'apparition d'une infection bactérienne secondaire (telle que cellulite, abcès) des lésions doit être surveillée et, le cas échéant, traitée au moyen d'antibiotiques actifs contre la flore cutanée normale, y compris *Streptococcus pyogenes* et *Staphylococcus aureus* sensible à la méticilline (SASM).

## Recommandations de l'OMS : soins de santé mentale des patients atteints d'orthopoxvirose simienne

### Recommandations de l'OMS :

- Identifier et évaluer rapidement l'anxiété et les symptômes dépressifs dans le contexte de l'orthopoxvirose simienne. Adopter des stratégies de soutien psychosocial et des interventions de premier recours pour prendre en charge toute anxiété et tout symptôme dépressif d'apparition récente.
- Les stratégies de soutien psychosocial doivent être utilisées en première intention pour la prise en charge des troubles du sommeil dans une situation de stress aigu.

### Antiviraux et autres traitements

- Chez les patients atteints d'orthopoxvirose simienne, il est préférable d'utiliser les antiviraux dans le cadre d'essais contrôlés randomisés (ECR) recueillant des données cliniques et des résultats de manière normalisée, afin d'établir rapidement des données d'efficacité et de sécurité. Lorsque cela n'est pas possible, les antiviraux peuvent être utilisés dans le cadre d'un protocole d'autorisation temporaire d'utilisation (ATU), tel que le protocole MEURI (utilisation contrôlée en situation d'urgence d'interventions non homologuées) (3).

## Lutte anti-infectieuse dans les établissements santé

### Recommandations de l'OMS :

- Appliquer les précautions contre la transmission par contact et gouttelettes pour tout cas suspect d'orthopoxvirose simienne. Outre les précautions contre la transmission par contact et gouttelettes, des précautions contre la transmission aérienne doivent être mises en œuvre en cas de suspicion d'infection par le virus varicelle-zona (varicelle) jusqu'à ce que celle-ci soit exclue.
- Appliquer les précautions contre la transmission par contact et gouttelettes pour tout cas confirmé d'orthopoxvirose simienne. Des masques de protection respiratoire doivent être utilisés en sus des précautions contre la transmission par contact et gouttelettes.
- Appliquer les précautions contre la transmission aérienne si des actes générant des aérosols sont pratiqués.
- Nettoyer et désinfecter conformément aux lignes directrices du pays ou de l'établissement de santé les zones de l'établissement fréquemment utilisées par le patient ou donnant lieu à des activités de soins ainsi que le matériel utilisé pour les soins.
- Le linge, les blouses d'hôpital, les serviettes et tout autre article en tissu doivent être manipulés et collectés avec précaution.
- Tous les liquides biologiques et déchets solides provenant de patients atteints d'orthopoxvirose simienne doivent être traités comme des déchets infectieux.
- Des mesures doivent être prises pour faciliter les interactions entre les patients atteints d'orthopoxvirose simienne placés en isolement et leurs familles et visiteurs afin de favoriser le bien-être.

## Soins des populations sexuellement actives

### Recommandations de l'OMS :

- Il doit être conseillé à tous les patients d'éviter les relations sexuelles jusqu'à la formation de croûtes sur TOUTES les lésions cutanées, détachement des croûtes et formation d'une nouvelle couche épidermique en dessous.
- Par principe de précaution, l'OMS suggère d'utiliser systématiquement des préservatifs lors des activités sexuelles (rapports oraux/anaux/vaginaux passifs et actifs) pendant les 12 semaines qui suivent le rétablissement pour éviter toute transmission potentielle de l'orthopoxvirose simienne.

## Prise en charge des femmes pendant et après la grossesse

### Recommandations de l'OMS :

- Les femmes enceintes ou dont la grossesse a pris fin récemment qui sont atteintes d'orthopoxvirose simienne bénigne ou sans complications peuvent ne pas nécessiter de soins aigus à l'hôpital ; un suivi dans un établissement de santé peut néanmoins être privilégié. Les femmes atteintes d'une maladie sévère ou avec complications doivent être admises dans un établissement de santé, car elles nécessitent des soins de support optimisés ou des interventions visant à améliorer la survie maternelle et fœtale.
- Les femmes enceintes ou dont la grossesse a pris fin récemment qui présentent une orthopoxvirose simienne doivent avoir accès à des soins qualifiés, respectueux et centrés sur la femme, notamment à une prise en charge par une sage-femme, obstétricale, gynécologique, du fœtus et du nouveau-né, ainsi qu'à des interventions de santé mentale et soutien psychosocial, avec la possibilité de prendre en charge les complications maternelles et néonatales.
- Le mode d'accouchement doit être personnalisé en fonction des indications obstétricales et des préférences de la femme. L'OMS recommande de ne déclencher le travail ou de ne pratiquer de césarienne que si la situation médicale le justifie, en fonction de l'état de santé de la mère et du fœtus.
- Après avoir guéri de l'orthopoxvirose simienne, les femmes enceintes et celles dont la grossesse a pris fin récemment doivent pouvoir recevoir des soins prénatals, postnatals ou liés à l'avortement systématiquement prévus, le cas échéant, et y être encouragées. Des soins supplémentaires doivent être fournis en cas de complications.

## Prise en charge des nourrissons et des jeunes enfants atteints d'orthopoxvirose simienne

### Recommandations de l'OMS :

- Les nouveau-nés de mères atteintes d'orthopoxvirose simienne doivent faire l'objet d'une surveillance étroite pour détecter tout signe d'exposition ou d'infection congénitales ou périnatales potentielles. Les mères et les nourrissons ou les jeunes enfants peuvent également être contaminés lors de contacts rapprochés.
- Les enfants exposés à l'orthopoxvirose simienne doivent bénéficier du schéma vaccinal complet correspondant à leur âge, conformément au calendrier de vaccination systématique national, avec des vaccinations à jour, dans la mesure du possible.

## Alimentation des nourrissons de mères atteintes d'orthopoxvirose simienne

### Recommandations de l'OMS :

- Les modes d'alimentation des nourrissons, notamment l'arrêt éventuel de l'allaitement lorsque la mère est atteinte d'orthopoxvirose simienne, doivent être évalués au cas par cas, en tenant compte de la condition physique générale de la mère et de la sévérité de la maladie, celles-ci pouvant avoir un impact sur le risque de transmission de la mère au nourrisson

## Prise en charge des patients à haut risque et des patients présentant des complications ou une orthopoxvirose simienne sévère

### Recommandations de l'OMS :

- Les patients à haut risque de complications (c'est-à-dire les jeunes enfants, les femmes enceintes et les personnes immunodéprimées) et les patients atteints d'orthopoxvirose simienne sévère ou avec complications doivent être hospitalisés pour bénéficier d'un suivi plus étroit et de soins cliniques dans des conditions d'isolement appropriées afin de prévenir la transmission du virus.
- Des soins de support optimisés doivent être prodigués aux patients qui développent des complications ou une maladie sévère.

## Prise en charge des patients atteints d'orthopoxvirose simienne après la phase aiguë de l'infection

### Recommandations de l'OMS :

- Les cas suspects ou confirmés d'orthopoxvirose simienne doivent avoir accès à des soins de suite. Il doit être conseillé à tous les patients atteints d'orthopoxvirose simienne (et à leurs aidants) de surveiller la persistance des symptômes, l'apparition de nouveaux symptômes ou la modification de symptômes existants. Le cas échéant, un avis médical doit être demandé, conformément au parcours de soins national (local).

## Prise en charge des défunts

### Recommandations de l'OMS :

- Les restes humains de personnes décédées qui étaient atteintes d'orthopoxvirose simienne doivent être manipulés en appliquant les mesures de lutte anti-infectieuse appropriées.

## Prise en charge des agents de santé exposés

- L'OMS recommande la mise en place d'un plan d'évaluation et de prise en charge pour le personnel exposé à l'orthopoxvirose simienne dans le cadre de son activité professionnelle.

## Recueil de données normalisé et plateforme clinique de l'OMS



# 1. MÉTHODOLOGIE

Ces lignes directrices provisoires d'intervention rapide ont été élaborées conformément aux normes et aux méthodes décrites dans le document (en anglais) *WHO Handbook for guideline development (4)*. Le contenu initial s'inspire d'une version préliminaire des chapitres portant sur les soins cliniques et la lutte anti-infectieuse du guide pratique sur l'orthopoxvirose simienne (non publié, voir le chapitre « Remerciements »). Ces chapitres ont été convertis en recommandations pratiques indicatives par le comité d'orientation de l'OMS, sous la direction de l'unité Prise en charge clinique et opérations, et par l'équipe de lutte anti-infectieuse du Département Renforcement de la préparation des pays (Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire). Le comité d'orientation de l'OMS s'est réuni le 25 mai 2022 pour s'accorder sur la portée des lignes directrices et de la version préliminaire des orientations contenant les recommandations indicatives.

**Lignes directrices connexes :** dans la mesure du possible, les recommandations rapides ont été élaborées en s'appuyant sur des lignes directrices de l'OMS déjà publiées (voir les références bibliographiques).

**Calendrier :** ce document est publié sous le titre *Prise en charge clinique, prévention et maîtrise de l'orthopoxvirose simienne : orientations provisoires pour une intervention rapide*. Il est proposé d'actualiser ces orientations deux mois après leur publication et de les convertir en lignes directrices reposant sur l'approche GRADE en conformité avec les normes de fiabilité en vigueur.

## Approche par étapes

**Étape 1. Suivi des données :** pour établir les recommandations cliniques, une recherche exhaustive a été réalisée en ligne sur PubMed avec les critères suivants : « monkeypox », « orthopoxvirus OR poxvirus », « clinical outcomes », « maternal outcomes », « immunosuppression » AND « antivirals OR therapeutic ». Des études contrôlées randomisées, des études de cohorte, une méta-analyse, des études de cas et des articles de revue ont été passés en revue. Compte tenu des délais serrés et du vaste champ d'application des lignes directrices, la méthodologie GRADE officielle n'a pas pu être appliquée (questions PICO ; revues systématiques ; documents officiels portant sur les valeurs et les préférences ; et intégration de réflexions sur les coûts, les ressources et la faisabilité).

Les orientations provisoires proposant des recommandations en matière de lutte anti-infectieuse ont été élaborées en tenant compte des précautions contre la transmission. Ces orientations ont été transmises à un groupe d'experts spécialisés dans la lutte anti-infectieuse et les maladies infectieuses, qui a demandé un examen rapide de la littérature. L'unité technique a alors effectué une recherche documentaire rapide sur PubMed au moyen des mots-clés « monkeypox », « orthopoxvirus OR poxvirus » AND « transmission ». Les revues systématiques et les articles pertinents ont été pris en compte dans l'examen. Le 25 mai 2022, une consultation a été organisée avec les experts en lutte anti-infectieuse et en maladies infectieuses de toutes les régions OMS afin de discuter des mesures de lutte anti-infectieuse. Les résultats de la recherche documentaire rapide ont en outre été partagés lors de cette réunion. Le 24 mai 2022, l'OMS a accueilli une réunion du réseau clinique pour collecter des informations sur les caractéristiques cliniques et la prise en charge clinique auprès des cliniciens ayant récemment pris en charge des patients.

**Étape 2. Réunion du groupe d'élaboration des lignes directrices (GDG) :** les 27, 28 et 30 mai 2022, l'OMS a réuni un groupe d'experts constitué de prestataires de santé pluridisciplinaires ayant une expérience dans la lutte anti-infectieuse et dans la prise en charge clinique des patients atteints de zoonoses émergentes, d'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH), d'IST et d'état septique. En amont de la réunion, les orientations provisoires ont été transmises au groupe avec les références bibliographiques primaires utilisées pour leur élaboration. L'unité technique a recueilli et analysé les déclarations d'intérêts (DI) et n'a identifié aucun conflit d'intérêts parmi les membres du GDG. Outre la distribution d'un formulaire de DI, le processus de DI a été décrit par le Secrétariat de l'OMS au cours de la réunion et les membres du GDG ont eu l'occasion de déclarer tout intérêt non cité dans le formulaire. Aucun conflit verbal n'a été déclaré. Les recherches sur le Web n'ont permis d'identifier aucun autre intérêt susceptible d'influer sur l'objectivité et l'indépendance des personnes participant à l'élaboration des recommandations.

**Étape 3. Formulation des recommandations finales :** la réunion du GDG a été dirigée par deux présidents externes. Les recommandations indicatives provisoires avaient été transmises au groupe au préalable et la discussion s'est poursuivie jusqu'à ce

qu'un consensus soit atteint. Les points suivants du cadre de travail menant des données probantes à la prise de décision ont été abordés : effets bénéfiques et néfastes, faisabilité, considérations de ressources, équité, et valeurs et préférences des patients. Les discussions ont reposé sur les données disponibles, de très faible qualité (études d'observation de petite taille), et sur les avis d'experts. Le principe de précaution a par ailleurs été appliqué en raison de la quantité limitée de données disponibles et des incertitudes actuelles concernant les modes de transmission et les risques potentiels pour les agents de santé et le public. Le projet de document a été communiqué pour examen au GDG de manière itérative après chaque réunion. Le comité d'orientation de l'OMS a prédéfini des règles de vote à appliquer pour le cas où un consensus net ne serait pas atteint. La majorité simple serait alors appliquée pour déterminer la valence de la recommandation.

**Étape 4. Examen, publication et diffusion :** le document final a été soumis au Comité d'examen des lignes directrices dans le cadre d'une procédure accélérée et approuvé par Mike Ryan (Directeur exécutif, Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire).

L'OMS s'efforcera d'actualiser ces orientations pour aboutir à des lignes directrices normalisées, conformes à l'approche GRADE, dans les 8 à 12 semaines suivant la publication.

## 2. CARACTÉRISATION CLINIQUE

### 2.1 Contexte

L'orthopoxvirose simienne est une zoonose due à un virus du genre *Orthopoxvirus* de la famille des *Poxviridés*. La forme humaine de la maladie a été identifiée pour la première fois en 1970 chez un garçon de neuf mois en République démocratique du Congo. Depuis lors, la majeure partie des cas ont été signalés en Afrique du Centre et de l'Ouest (1,2). Il existe deux clades connus d'orthopoxvirus simien, un en Afrique de l'Ouest et l'autre dans la région du bassin du Congo (BC) (5). Le clade du BC s'avère historiquement plus virulent, avec un taux de létalité compris entre 1 % et 10 % (2,6,7), alors que le clade d'Afrique de l'Ouest est associé à un taux de mortalité global plus faible, inférieur à 3 % (7,8). Selon des données récentes, le taux de létalité dans cette région serait de 1,4 % (9). Il importe de noter que la mortalité peut varier considérablement selon le contexte.

### 2.2 Histoire naturelle et sévérité de la maladie

La période d'incubation de l'orthopoxvirose simienne est généralement de 6 à 13 jours après l'exposition, mais peut aller de 5 à 21 jours (10). Si la plupart des personnes malades se rétablissent en quelques semaines, des complications sévères et des séquelles ont été signalées plus fréquemment chez les personnes non vaccinées contre la variole que chez les patients vaccinés (74 % contre 39,5 %) (11). On ne sait pas avec certitude s'il existe un déclin de l'immunité conférée par le vaccin antivariolique au cours du temps ; des études indiquent toutefois une efficacité proche de 85 % de ce vaccin contre l'orthopoxvirose simienne (12). Des antécédents de vaccination antivariolique étant susceptibles d'entraîner une évolution plus bénigne de la maladie, il est important de vérifier l'état vaccinal de toutes les personnes exposées à l'orthopoxvirose simienne (9). La présence d'une cicatrice sur le haut d'un des bras est généralement la preuve que l'on a été vacciné contre la variole. Les personnes âgées de plus de 40 à 50 ans (selon le pays) ont pu être vaccinées contre la variole avant que les campagnes de vaccination mondiales aient pris fin, l'OMS ayant déclaré l'éradication de la maladie en 1980 (1). Certains personnels de laboratoire ou agents de santé ont également pu recevoir le vaccin.

À ce jour, la plupart des décès signalés concernent de jeunes enfants et des personnes immunodéprimées, par exemple en cas d'infection par le VIH mal maîtrisée (8,11,13). Une étude récente menée en République démocratique du Congo a signalé trois décès chez des patients de moins de 12 ans inclus dans une cohorte de 216 patients. Par comparaison aux personnes survivantes, les patients décédés présentaient un taux sanguin plus élevé d'acide désoxyribonucléique (ADN) de l'orthopoxvirus simien, un nombre maximal plus important de lésions cutanées et des taux plus élevés d'aspartate transaminase (AST) et d'alanine transaminase (ALT) à l'admission (9).

### 2.3 Signes et symptômes

L'orthopoxvirose simienne peut causer différentes manifestations cliniques. La phase clinique initiale dure habituellement un à cinq jours et peut se manifester par de la fièvre, des céphalées, des douleurs dorsales, des douleurs musculaires, un manque d'énergie et des adénopathies – un signe distinctif de cette maladie (9). Survient ensuite une seconde phase, généralement un à trois jours après que la fièvre a cédé, qui se caractérise par l'apparition d'une éruption (12,14,15). L'éruption évolue en plusieurs stades consécutifs – macules, papules, vésicules, pustules, ombilication, puis formation de croûtes et desquamation sur une période de deux à trois semaines. Les lésions mesurent de 0,5 à 1 cm de diamètre et leur nombre varie de quelques-unes à plusieurs milliers (1,2). L'éruption présente généralement une distribution centrifuge et se propage du visage vers la paume des mains et la plante des pieds. Elle peut toucher les muqueuses buccales, la conjonctive, la cornée et/ou l'appareil génital (2,11,16). Lors des épidémies actuelles dans les pays d'Europe et d'Amérique du Nord, des lésions touchant en premier lieu les organes génitaux ont été observées, mais des informations complémentaires sont nécessaires (17). Les patients peuvent développer des adénopathies – décrites chez 98,6 % des cas dans une cohorte de plus de 200 patients atteints d'orthopoxvirose simienne en République démocratique du Congo (2,9). Les ulcérations buccales sont fréquentes et peuvent perturber la prise d'aliments et de boissons, conduisant à une déshydratation et à une malnutrition (14,18). Une inflammation des muqueuses pharyngées, conjonctives et génitales est également possible (10,14).

Dans une récente étude d'observation prospective de grande ampleur décrivant l'histoire naturelle de l'orthopoxvirose simienne chez 216 patients en République démocratique du Congo, l'éruption (96,8 %), le malaise (85,2 %) et les maux de gorge (78,2 %) ont été décrits comme les symptômes cliniques les plus fréquents. Les résultats les plus couramment retrouvés lors de l'examen clinique étaient l'éruption typique de l'orthopoxvirose simienne (99,5 %), les adénopathies (98,6 % – la région cervicale étant la plus fréquemment touchée [85,6 %], suivie de la région inguinale [77,3 %]) et les lésions de la bouche et de la gorge (28,7 %) (9).

Bien que cela soit peu fréquent, les patients atteints d'orthopoxvirose simienne peuvent développer des complications sévères susceptibles de mettre la vie en danger. Ainsi, la convergence des lésions cutanées entraîne une sensibilité aux infections bactériennes de la peau et des tissus mous, telles que la cellulite, les abcès et les infections nécrosantes des tissus mous imposant une prise en charge méticuleuse des plaies ; l'accumulation sous-cutanée de liquide lors de la formation des croûtes peut conduire à une déplétion intravasculaire et à un état de choc ; et l'exfoliation peut imposer un parage chirurgical des plaies et des greffes de peau (14,15,18). D'autres complications, plus rares, incluent la pneumonie et la détresse respiratoire sévères, les infections de la cornée pouvant conduire à une perte de la vision, une perte d'appétit, des vomissements et une diarrhée pouvant provoquer une grave déshydratation, des anomalies électrolytiques et un état de choc, des adénopathies cervicales susceptibles d'entraîner des abcès rétropharyngiens ou une défaillance respiratoire, l'état septique, le choc septique, l'encéphalite et le décès (8–11,13–15).

Des études de faible ampleur s'intéressant aux anomalies biologiques chez les patients atteints d'orthopoxvirose simienne montrent que la leucocytose, des taux élevés de transaminases, de faibles taux d'azote uréique sanguin et une hypoalbuminémie sont fréquents au cours de la maladie. Par ailleurs, une lymphocytose et une thrombopénie ont été observées chez plus d'un tiers des patients évalués (2,9,18).

## 2.4 Diagnostic différentiel

L'éruption associée à l'orthopoxvirose simienne est semblable à celle qui est observée lors d'autres maladies infectieuses ou affections, notamment l'infection à virus varicelle-zona (varicelle), l'infection à virus herpès simplex (HSV), la syphilis primaire ou secondaire, la gonococcie disséminée, la fièvre aphteuse, le chancre mou, le lymphogranuloma venereum (LGV), le granulome inguinal, le molluscum contagiosum, la rougeole, la gale, les rickettsioses, le chikungunya, la maladie à virus Zika, la dengue, la vascularite et d'autres infections bactériennes de la peau et des tissus mous.

L'éruption provoquée par le virus varicelle-zona est souvent confondue avec celle de l'orthopoxvirose simienne. Néanmoins, lors de la varicelle, l'éruption évolue généralement plus vite, est distribuée de manière plus centrale par rapport à la distribution centrifuge de l'orthopoxvirose simienne, présente simultanément plusieurs stades de développement (contrairement à l'orthopoxvirose, où un seul stade prédomine) et les patients ne présentent en général aucune lésion sur la paume des mains et la plante des pieds (2,11). D'autre part, les patients infectés par le virus varicelle-zona ne présentent pas d'adénopathies, qui sont caractéristiques de l'orthopoxvirose simienne (11). Malgré les différences cliniques entre ces deux maladies, une étude menée en République démocratique du Congo a mis en évidence une co-infection par l'orthopoxvirus simien et le virus varicelle-zona avec une incidence de 10 à 13 % (19,20). Les patients concernés ont décrit une fatigue, des frissons, des céphalées et des myalgies. Chez ces personnes, les signes et symptômes d'ulcérations buccales, d'adénopathie axillaire, de toux ou de maux de gorge étaient moins fréquents. En outre, le nombre de lésions était plus élevé chez ces patients qu'en cas d'infection isolée par le virus varicelle-zona, mais les éruptions étaient moins nombreuses que chez les patients atteints uniquement d'orthopoxvirose simienne, ce qui laisse penser qu'une co-infection par ces deux virus pourrait moduler la sévérité de l'infection globale et justifie des investigations plus poussées (19,20).

## 2.5 Transmission et excrétion virale

Bien que l'orthopoxvirus simien circule depuis des décennies dans le règne animal, avec une propagation occasionnelle à l'être humain, il existe peu de données sur la transmission de ce virus et son excrétion virale. Les informations disponibles laissent penser qu'une transmission est possible de l'animal à l'être humain, entre les êtres humains, ainsi que des environnements contaminés à l'être humain. À ce jour, la plupart des informations disponibles proviennent de pays d'Afrique du Centre et de l'Ouest, les autres régions OMS contribuant aux données dans une moindre mesure (18).

L'orthopoxvirus simien est transmis des animaux infectés aux humains par contact direct ou indirect (12). La transmission peut se faire à l'occasion de morsures ou de griffures ou lors d'activités telles que la chasse, le dépouillage, le piégeage, la cuisson, la manipulation des carcasses ou la consommation d'animaux, comme des primates, des rongeurs terrestres, des antilopes, des gazelles et des écureuils (14). L'ampleur de la circulation virale au sein des populations animales n'est pas connue avec précision et d'autres études sont en cours (11).

La transmission interhumaine survient par contact direct avec une peau infectée ou des lésions cutanéomuqueuses, notamment par contact en face à face, peau à peau, bouche à bouche ou entre la bouche et la peau et par contact avec les gouttelettes respiratoires (et peut-être par les aérosols à faible portée nécessitant un contact proche prolongé) (2,21,22). Le virus pénètre ensuite dans l'organisme par la peau lésée ou les muqueuses (p. ex., buccales, pharyngées, oculaires et génitales) ou par les voies respiratoires (21,23). La période infectieuse peut varier, mais les patients sont généralement considérés comme contagieux jusqu'à la formation de croûtes sur les lésions cutanées, détachement des croûtes et formation d'une nouvelle couche épidermique en dessous. Une transmission est également possible de l'environnement à l'être humain à partir de vêtements ou de linge contaminés par des particules cutanées contagieuses (on parle alors également de transmission par contagés). Ces particules, si elles sont agitées, peuvent se disperser dans l'air et être inhalées, se déposer sur une peau lésée ou des muqueuses et conduire à une transmission et une infection. Un cas avéré d'infection d'un agent de santé a été publié, avec une transmission probable de l'orthopoxvirus simien par contact avec de la literie contaminée (15,24). Un modèle de virus de la variole a persisté dans l'environnement et sur différents types de surfaces pendant un à 56 jours, selon la température et l'humidité de la pièce (25,26). Cependant, les données relatives à la contamination des surfaces et à la transmission par contagés, sauf à partir du linge contaminé, sont actuellement limitées (15). Les virus de la variole présentent généralement une résistance importante aux conditions environnementales et une forte stabilité environnementale (25,26). Aucune information sur la présence du virus dans les eaux usées n'a été trouvée lors de notre recherche documentaire.

Une étude récente, publiée en mai 2022 au Royaume-Uni, a présenté la caractérisation clinique, la cinétique virale, ainsi que les résultats positifs aux tests PCR (amplification en chaîne par polymérase) et la réponse aux antiviraux chez sept patients infectés par l'orthopoxvirus simien entre 2018 et 2021. Le test PCR a mis en évidence de l'ADN viral dans les lésions cutanées et les échantillons des voies respiratoires supérieures chez les sept patients. De l'ADN viral a été détecté dans le sang de six patients, ainsi que dans les urines de quatre patients et dans les abcès cutanés d'un patient. Une autre étude récente, publiée en mai 2022, portant sur la caractérisation clinique de 216 patients diagnostiqués entre 2007 et 2011 en République démocratique du Congo laisse penser que l'ADN de l'orthopoxvirus simien peut être détecté dans le sang et les voies respiratoires supérieures avant l'apparition de l'éruption et que la charge virale plasmatique maximale pourrait être atteinte très tôt au cours de la maladie (9). Les données laissent également entendre que les croûtes contiennent des quantités significatives d'ADN viral jusqu'à ce qu'elles se détachent et lorsqu'elles tombent, quantités supérieures à celles trouvées dans le sang et la gorge (9). Soulignons que l'infectivité virale des échantillons n'a pas été déterminée. La signification de ces résultats en matière de transmission virale et de période infectieuse demeure à ce jour incertaine (12). D'autres informations sont requises pour mieux comprendre les autres modes de transmission possibles et la persistance par contact avec d'autres liquides biologiques (tels que le lait maternel, le sperme, les sécrétions vaginales, le liquide amniotique ou le sang) ainsi que la transmission par les gouttelettes respiratoires et les aérosols.

Dans les pays actuellement touchés par l'épidémie et parmi les cas d'orthopoxvirose simienne notifiés, la transmission semble survenir essentiellement par contact physique rapproché, y compris sexuel (oral, vaginal et anal).

## 2.6 Femmes enceintes ou en post-partum

La transmission in utero de l'orthopoxvirose simienne a été décrite comme une transmission de la mère à l'enfant par contact direct (27,28). Ces données proviennent d'une série de cas longitudinale décrivant l'issue de la grossesse chez quatre femmes enceintes : naissance d'un nourrisson en bonne santé chez une femme, avortement spontané précoce chez deux patientes et mort foetale chez une femme, l'enfant mort-né étant couvert d'une éruption diffuse dont le lien avec l'orthopoxvirose simienne a été confirmé par test virologique. Ceci laisse supposer que l'orthopoxvirose simienne peut aboutir à une issue défavorable pour le fœtus, comme un décès ou un avortement spontané (9,28). La corrélation entre la sévérité de la maladie chez la mère et ces issues est incertaine (28,29).

## 2.7 Effets à moyen et long termes

Des informations supplémentaires sont requises concernant les caractéristiques cliniques des effets à moyen et long termes de l'orthopoxvirose simienne. Selon une étude, plus de 90 % des personnes survivant à l'orthopoxvirose simienne ne présentent aucune complication, qu'elles aient été vaccinées ou non contre la variole (14). Parmi les personnes qui développent des complications à long terme, les séquelles les plus fréquentes sont la défiguration due aux cicatrices cutanées et la cécité (11,14,30). Des cicatrices gaufrées peuvent apparaître. On parle alors de « peau grêlée » dans le langage courant (11,14). Les données laissent également supposer que les patients sont exposés à des complications psychiatriques (15).

## 2.8 Résumé des soins cliniques et de la lutte anti-infectieuse

La prise en charge des cas suspects ou confirmés d'orthopoxvirose simienne repose sur une identification précoce des suspects, une mise en œuvre rapide des mesures de lutte anti-infectieuse appropriées, une recherche des agents pathogènes probables pour confirmer le diagnostic, une prise en charge symptomatique des patients atteints d'orthopoxvirose bénigne ou sans complications ainsi qu'un suivi et un traitement des complications et des affections potentiellement mortelles telles que la déshydratation sévère, la pneumonie sévère et l'état septique. Les traitements spécifiques de l'orthopoxvirose simienne sont pour l'heure expérimentaux et sont autorisés dans le cadre d'ECR (de préférence) ou de protocoles d'ATU. La mise en œuvre de mesures de lutte anti-infectieuse appropriées, notamment de mesures de prévention technique et administrative et l'utilisation d'équipements de protection individuelle (EPI), est essentielle pour atténuer et maîtriser la transmission de l'orthopoxvirose simienne dans les établissements de santé et dans la communauté (31). Tous les patients atteints d'orthopoxvirose simienne doivent recevoir des soins respectueux, centrés sur le patient, afin de maintenir la dignité, le respect de la vie privée et la confidentialité.

### 3. DÉPISTAGE, TRIAGE, ISOLEMENT ET ÉVALUATION CLINIQUE (TROIS RECOMMANDATIONS)

**L'OMS recommande, au premier point de contact avec le système de santé, de procéder au dépistage et au triage de toutes les personnes consultant pour une éruption et de la fièvre ou une adénopathie, conformément à l'adaptation locale de la définition du cas de l'OMS (en anglais, [↗](#)) (voir l'annexe 1), afin d'identifier les cas suspects ou confirmés d'orthopoxvirose simienne.**

#### Remarques :

- Un questionnaire simplifié et un protocole de dépistage dérivé des définitions du cas de l'OMS adaptés au contexte épidémiologique local peuvent être mis en œuvre au point d'entrée dans le système de santé (ou pendant la recherche des contacts) afin de dépister les patients répondant à ces critères. Par exemple, durant cette épidémie, ces mesures peuvent être appliquées notamment dans le cadre des consultations en soins primaires, santé sexuelle, maladies infectieuses, santé uro-génitale, dermatologie, maternité et pédiatrie et dans les services d'urgence.
- En fonction des parcours de coordination nationaux (locaux), la télémédecine peut être envisagée en tant que méthode de dépistage des patients.
- Des masques médicaux et du produit hydroalcoolique doivent être mis à la disposition des patients qui se présentent dans les zones de dépistage. Des affiches doivent être installées pour rappeler les règles d'hygiène respiratoire et d'hygiène des mains et expliquer comment mettre un masque médical bien ajusté en cas de symptômes respiratoires.
- Les activités de dépistage doivent être réalisées en respectant une distance d'au moins un mètre avec les patients, en appliquant une méthode « sans contact ». Lorsqu'il est impossible de mettre en œuvre ou de maintenir ces mesures, l'établissement doit réaliser une estimation des risques afin de déterminer le niveau d'EPI requis conformément aux recommandations de lutte anti-infectieuse dans les établissements de santé en présence de cas d'orthopoxvirose simienne (voir la section 7 relative à la lutte anti-infectieuse). Les agents de santé effectuant le dépistage doivent respecter les cinq indications de l'hygiène des mains (31,32) ([↗](#)).
- Les concentrations de patients doivent être évitées pendant l'attente et une distance d'au moins un mètre doit être maintenue entre les patients (32).
- Les personnes symptomatiques qui satisfont la définition du cas suspect d'orthopoxvirose simienne entrent dans le parcours de soins cliniques correspondant. Elles doivent recevoir immédiatement un masque médical bien ajusté et être placées en isolement dans une pièce bien ventilée où elles seront seules. Si aucune chambre individuelle bien aérée n'est disponible, regrouper les patients dont le diagnostic clinique est similaire, et en fonction des facteurs de risque épidémiologiques, en maintenant une séparation spatiale (au moins un mètre entre les patients). Les cas suspects ne doivent pas être regroupés avec les cas confirmés (voir la section 7 sur la lutte anti-infectieuse).
- Selon la situation épidémiologique locale, envisager de mettre en place une surveillance de l'orthopoxvirose simienne dans le service de soins hospitaliers.

**Après le dépistage et l'isolement, l'OMS recommande d'effectuer le triage des cas suspects d'orthopoxvirose simienne au moyen d'un outil normalisé (tel que l'outil Interagency Integrated Triage Tool de l'OMS/la FICR), puis d'évaluer les patients pour déterminer leurs facteurs de risque et identifier les cas sévères.**

**Remarques :**

- Le triage consiste à attribuer un niveau de priorité aux patients après le dépistage en tenant compte de critères spécifiques (par exemple, la sévérité). Il peut être mis en œuvre dans n'importe quel point d'accès au système de santé, aussi bien avant l'entrée dans le parcours de soins qu'en établissement (33). Le triage peut également être mis en place dans les services d'hospitalisation, dans le cadre du suivi des patients.
- Le triage fondé sur l'acuité des symptômes consiste à répartir les patients et à leur attribuer un niveau de priorité en tenant compte de la sévérité estimée. Il permet d'identifier les patients nécessitant des actes médicaux immédiats et ceux qui peuvent patienter ou doivent être transférés vers une destination particulière en fonction de leur état de santé (33).
- L'outil Interagency Integrated Triage Tool (IITT) est un nouvel instrument de triage qui propose un ensemble intégré de protocoles pour le triage systématique des adultes et des enfants. Cet outil, axé sur un système de triage à trois niveaux, est fourni dans le document de l'OMS Clinical Care For Severe Acute Respiratory Infection: Toolkit (en anglais, 🌐) (33).
- L'évaluation clinique doit se concentrer sur l'identification des signes et symptômes de maladie sévère ou accompagnée de complications et des patients présentant des facteurs de risque de maladie sévère (voir le Tableau 3.1).

**Tableau 3.1. Facteurs de risque et résultats cliniques corrélés à une maladie sévère et à une issue défavorable (d'après des études d'observation non contrôlées de faible ampleur)**

<b>Groupes de patients exposés à un risque élevé de formes sévères de la maladie ou de complications</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfants, femmes enceintes, personnes immunodéprimées, par exemple, personnes vivant avec le VIH dont la maladie est insuffisamment stabilisée (5,6,10,11,13,26).</li> <li>• Bien que les données soient insuffisantes, les patients atteints d'affections cutanées chroniques (telles que la dermatite atopique) ou aiguës (brûlures) pourraient également présenter un risque plus élevé de complications, telles que les infections bactériennes (33).</li> </ul>
<b>Manifestations cliniques des complications</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nausées et vomissements (11,16), adénopathie cervicale douloureuse provoquant une dysphagie, ingestion orale insuffisante, douleurs oculaires, troubles de la vision, hépatomégalie, état septique, déshydratation, détresse respiratoire/pneumonie et/ou confusion.</li> </ul>
<b>Anomalies biologiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux élevés de transaminases hépatiques (AST et/ou ALT), faible taux d'azote uréique sanguin, faible taux d'albumine, numération leucocytaire élevée ou faible numération plaquettaire (16).</li> </ul>
<b>Score de sévérité des lésions cutanées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• D'après les données accumulées sur la variole (28,94):               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Bénignes (&lt;25 lésions cutanées)</li> <li>– Modérées (25 99 lésions cutanées)</li> <li>– Sévères (100 250 lésions cutanées)</li> <li>– Très sévères (&gt;250 lésions cutanées).</li> </ul> </li> </ul>

**L'OMS recommande de tester les patients en cas de suspicion d'orthopoxvirose simienne.****Remarques :**

- Les tests de l'orthopoxvirose simienne doivent être effectués dès que possible pour confirmer le diagnostic (voir Laboratory testing for the monkeypox virus: interim guidance [en anglais, [🔗](#)], mis à jour le 23 mai 2022).
- Dans les zones touchées par d'autres infections endémiques entraînant des éruptions et de la fièvre ou des adénopathies ou si les patients présentent des facteurs de risque d'autres maladies, les patients fébriles doivent être dépistés et traités conformément aux protocoles habituels (par exemple, dépistage des IST telles que la syphilis, les infections à HSV et à VIH chez les personnes sexuellement actives ; test de diagnostic du paludisme dans les zones d'endémie en cas de fièvre ; et test de diagnostic d'autres maladies infectieuses selon le contexte clinique et épidémiologique local) (voir la section 2) (9,34,35). Une co-infection est possible (voir la section 1), mais sa prévalence est inconnue à ce jour (13,19). Les cas de co-infection touchent jusqu'à 13 % des patients en République démocratique du Congo.

## 4. PRISE EN CHARGE DES CAS D'ORTHOPOXVIROSE SIMIENNE BÉNIGNE OU SANS COMPLICATIONS (NEUF RECOMMANDATIONS)

### 4.1 Considérations générales pour les soins communautaires

Les ministères de la Santé et les partenaires intersectoriels aux niveaux national et infranational doivent aider les communautés et d'autres acteurs à identifier et fournir les ressources nécessaires, mettre en œuvre des stratégies de communication sur les risques qui contribueront à y faire face et s'inspirer d'autres situations afin de trouver des solutions pour garantir que les mesures de lutte anti-infectieuse sont respectées et assurer ainsi la sécurité des soins dans les lieux de prise en charge (36).

**L'OMS recommande que les cas suspects ou confirmés d'orthopoxvirose simienne présentant une maladie bénigne, sans complications, et peu susceptibles d'en développer ultérieurement, puissent être placés en isolement à domicile pendant toute la durée de la période infectieuse, à condition que l'évaluation du domicile établisse que les mesures de lutte anti-infectieuse y sont respectées.**

#### Justification :

- Le comité d'orientation a confirmé que l'isolement à domicile des patients présentant une forme bénigne ou sans complications d'orthopoxvirose simienne était acceptable, à condition que des mesures de lutte anti-infectieuse puissent être mises en œuvre pour réduire le risque de transmission et que cette solution soit privilégiée par les patients et par les systèmes de santé pour réduire le fardeau hospitalier. Les autorités sanitaires nationales ou infranationales peuvent recommander un isolement dans un équipement collectif ou un établissement de santé selon les résultats de leur analyse du rapport bénéfices/risques.

#### Considérations cliniques :

- La décision d'isoler un patient et d'effectuer son suivi à domicile doit être prise au cas par cas et doit dépendre de la sévérité clinique de la maladie, de la présence de complications, des soins requis, des facteurs de risque de maladie sévère et de la possibilité d'orienter le patient vers une hospitalisation en cas de détérioration de son état de santé.
- Les patients placés en isolement à domicile doivent être ambulatoires, avoir des apports alimentaires et hydriques satisfaisants, être en mesure de se nourrir, se laver et s'habiller et ne nécessiter qu'une assistance minimale d'un aidant.
- Une admission en établissement de santé doit être envisagée pour les patients à risque plus élevé de maladie sévère, tels que les enfants, les femmes enceintes ou les patients immunodéprimés, pour permettre un suivi plus étroit compte tenu du risque de détérioration clinique.
- L'isolement en établissement de santé des populations vulnérables partageant le domicile du patient doit être examiné si les mesures de lutte anti-infectieuse adéquates ne peuvent pas être respectées (36). Les personnes vulnérables du ménage qui doivent être identifiées en raison de leur risque élevé d'issue défavorable en cas d'infection par l'orthopoxvirus simien incluent les jeunes enfants, les femmes enceintes et les personnes immunodéprimées, notamment celles vivant avec le VIH ne recevant pas de traitement antirétroviral (TARV) (7,8,13,15,28). Bien que les données soient insuffisantes, les patients atteints d'affections cutanées chroniques (telles que la dermatite atopique) ou aiguës (brûlures) pourraient également présenter un risque plus élevé de complications (37).

**L'OMS recommande de réaliser une évaluation du domicile lorsque la décision est prise d'isoler et de prendre en charge une personne atteinte d'orthopoxvirose simienne suspectée ou confirmée bénigne, sans complications, à son domicile.**

**Remarques concernant la lutte anti-infectieuse :**

- Un agent de santé qualifié doit déterminer si le domicile concerné est adapté à l'isolement d'un patient atteint d'orthopoxvirose simienne et à l'administration de soins à ce patient et émettre des recommandations dans ce sens, en évaluant notamment si le patient et/ou d'autres membres du ménage peuvent prendre les dispositions nécessaires et présentent les aptitudes requises (voir l'annexe 5). Ceci inclut l'aptitude à respecter l'isolement à domicile. Un accès limité ou inexistant à l'eau, aux services d'assainissement ou au matériel nécessaire à l'hygiène personnelle et des difficultés à maintenir l'isolement et les mesures de lutte anti-infectieuse exposent le ménage et les membres de la communauté à des risques. Cette évaluation peut être réalisée lors de la première consultation ou par téléphone ou télémédecine et ne nécessite pas de visite à domicile.
- Le patient et la personne désignée pour l'accompagner dans l'auto-prise en charge doivent être sensibilisés aux risques de transmission. La personne désignée doit de préférence avoir été vaccinée contre la variole ou l'orthopoxvirose simienne et ne doit en aucun cas faire partie d'un groupe à haut risque.
- Si les mesures adéquates d'isolement et de lutte anti-infectieuse ne peuvent pas être appliquées au domicile, l'isolement peut être organisé, avec le consentement éclairé du patient et l'accord de l'aidant et des membres du ménage, dans un établissement de santé ou toute autre infrastructure désignée (36).
- Si des personnes vulnérables (à haut risque de complications, voir le Tableau 3.1) sont présentes au sein du ménage et ne peuvent pas être tenues à distance du patient, l'agent de santé doit proposer de faire le nécessaire pour trouver un autre lieu où le patient sera placé en isolement, dans la mesure du possible.

## 4.2 Lutte anti-infectieuse dans la communauté

**L'OMS recommande qu'un patient atteint d'orthopoxvirose simienne bénigne sans complications pris en charge à domicile soit placé en isolement dans une zone séparée des autres membres du ménage, à distance des pièces communes du domicile (c'est-à-dire dans une pièce ou une zone séparée par un rideau ou une cloison).**

**Remarques :**

- Les patients atteints d'orthopoxvirose simienne pris en charge à domicile doivent être aptes à assurer leur auto-prise en charge. Le suivi clinique doit faire appel à des méthodes autres que les visites en présentiel (par exemple, télémédecine, téléphone).
- Une personne doit être désignée pour accompagner dans son auto-prise en charge le patient atteint d'orthopoxvirose simienne bénigne sans complications. Cette personne doit de préférence être en bonne santé, elle ne doit pas présenter de maladies chroniques sous-jacentes et doit avoir été vaccinée contre la variole ou l'orthopoxvirose simienne. Les tâches requises peuvent notamment inclure la préparation des repas, les courses alimentaires et la récupération des médicaments.
- Le patient atteint d'orthopoxvirose simienne doit demeurer dans une pièce bien ventilée (par exemple, dotée de fenêtres pouvant être ouvertes fréquemment) qui lui est réservée, à distance des autres membres du ménage.
- Les membres du ménage comme le patient atteint d'orthopoxvirose simienne doivent se laver fréquemment les mains à l'eau et au savon ou au moyen d'un produit hydroalcoolique. En outre, les membres du ménage doivent éviter d'entrer dans la pièce.
- Si la personne désignée qui accompagne le patient dans l'auto-prise en charge doit entrer dans la zone d'isolement, elle doit se tenir à une distance d'au moins un mètre du patient. Si cette distance ne peut pas être respectée, la personne désignée doit porter un masque médical bien ajusté et des gants jetables. Elle doit se laver les mains soit à l'eau et au savon, soit avec un produit hydroalcoolique avant et après tout contact avec le patient ou son environnement immédiat et avant de mettre des gants et après les avoir enlevés.
- Certains objets, tels que la vaisselle, le linge, les serviettes, les appareils électroniques ou le lit, doivent être réservés à la seule utilisation de la personne malade. Les articles personnels ne doivent pas être utilisés par d'autres personnes.

- Le patient atteint d'orthopoxvirose simienne doit porter un masque médical bien ajusté et couvrir ses lésions lorsqu'il se trouve à proximité immédiate d'autres personnes et lorsqu'il quitte la zone d'isolement qui lui est réservée (par exemple, pour aller aux toilettes).
- Si un agent de santé doit prodiguer des soins à domicile à des personnes atteintes d'orthopoxvirose simienne, il doit porter un EPI approprié (gants, blouse, protection oculaire et masque de protection respiratoire), respecter les règles d'hygiène des mains (conformément aux « 5 indications » de l'OMS et avant de mettre et après avoir enlevé l'EPI) et nettoyer et désinfecter le matériel utilisé pour les soins du patient.
- Si des personnes atteintes d'orthopoxvirose simienne consultent un médecin en dehors de leur domicile, il leur est conseillé d'informer au préalable le praticien ou l'établissement concerné (pour que les précautions contre la transmission puissent être mises en œuvre), de porter un masque médical bien ajusté, de bien couvrir toutes leurs lésions et d'éviter tout contact rapproché, notamment dans les transports publics bondés.
- Les patients atteints d'orthopoxvirose simienne pris en charge à domicile doivent rester en isolement et éviter tout contact rapproché jusqu'à la formation de croûtes sur les lésions cutanées, détachement des croûtes et formation d'une nouvelle couche épidermique en dessous.

**L'OMS recommande de faire preuve de prudence lors de la manipulation et du nettoyage du linge et des surfaces et pendant l'élimination des déchets.**

**Remarques :**

- Le linge et la literie doivent être retirés et enroulés avec précaution pour éviter la dispersion des particules infectieuses des lésions et des liquides biologiques. Le linge et la literie ne doivent pas être secoués. Seul le patient atteint d'orthopoxvirose simienne doit manipuler et laver sa literie, ses vêtements, etc.
- Le linge, les serviettes et les vêtements du patient atteint d'orthopoxvirose simienne doivent être lavés séparément de ceux des autres membres du ménage. Les vêtements et le linge de la personne malade peuvent être réutilisés après lavage au savon et à l'eau, de préférence chaude (>60 °C), ou après trempage dans du chlore\* si l'eau chaude n'est pas accessible (25,26,38).
- La vaisselle, les ustensiles et les surfaces du domicile, notamment les meubles, lits, toilettes ou sols, ou tout élément touché par le patient, doivent être nettoyés au savon et à l'eau et désinfectés régulièrement (par exemple, au moyen d'un désinfectant ménager usuel ou de produits javellisés). Il faut accorder une attention particulière aux surfaces fréquemment touchées.
- Les surfaces doivent être nettoyées avec une éponge ou une serpillère humide. Le balayage à sec doit être évité, car il faciliterait la dispersion des particules. Dans la mesure du possible, les tapis et tissus d'ameublement doivent être nettoyés à sec. L'utilisation de l'aspirateur est déconseillée.
- Les déchets de soins, tels que les pansements et les EPI, doivent être placés dans des sacs solides et solidement fermés avant d'être collectés et éliminés ultérieurement par les services municipaux de gestion des déchets. Si ces services ne sont pas disponibles, l'enfouissement en toute sécurité ou la combustion contrôlée peuvent être des solutions de remplacement provisoires, si elles sont conformes avec les politiques locales, jusqu'à ce que des mesures plus durables et plus respectueuses de l'environnement puissent être mises en place.

\* Les recherches sur l'orthopoxvirus simien faisant défaut, la concentration précise de chlore et l'atténuation possible des risques sont mal définies. Néanmoins, d'après les données concernant d'autres virus, il est établi que l'ajout de chlore devrait limiter la contamination résiduelle, ce qui pourrait s'avérer particulièrement utile lorsque la désinfection thermique, la dilution et l'action mécanique sont insuffisantes (39-41).

## 4.3 Considérations cliniques

### 4.3.1 Douleur et nutrition

**L'OMS recommande d'administrer un traitement symptomatique aux patients atteints d'orthopoxvirose simienne, par exemple des antipyrétiques en cas de fièvre et des analgésiques en cas de douleur.**

**Remarques relatives au traitement symptomatique de la douleur :**

- Les céphalées et les douleurs liées aux éruptions cutanées, aux lésions buccales, oculaires et génitales et au gonflement des ganglions lymphatiques ainsi que les douleurs musculaires généralisées sont fréquentes. Le prurit occasionné par les éruptions peut également être irritant. Voir les médicaments courants utilisables en annexe 2.
- La bouche doit être rincée au moins quatre fois par jour avec de l'eau salée propre en cas de lésions buccales (42). Envisager l'utilisation d'un antiseptique oral (p. ex., bain de bouche contenant de la chlorhexidine) pour maintenir les lésions propres ou d'un anesthésique local (p. ex., lidocaïne visqueuse) (43).
- Une prise en charge des symptômes et des soins de support sont essentiels pour maintenir une alimentation et une hydratation adéquates. En cas de lésions génitales ou ano-rectales, des bains de siège tièdes (eau et bicarbonate de soude ou sel d'Epsom pour faciliter la cicatrisation et le lavage de la région péri-anale) et/ou de lidocaïne par voie topique peuvent être utilisés en traitement symptomatique (42).

**L'OMS recommande d'évaluer l'état nutritionnel des patients atteints d'orthopoxvirose simienne, qui doivent recevoir une alimentation et une réhydratation adéquates.**

**Remarques (principales mesures) :**

- Évaluer l'état nutritionnel et hydrique de tous les patients atteints d'orthopoxvirose simienne soit à l'admission dans un établissement de santé, soit lors de la consultation en ville. L'apport nutritionnel peut être insuffisant en raison de lésions oropharyngées et/ou d'adénopathies cervicales douloureuses. L'aide nutritionnelle est une intervention importante (9).
  - **Chez l'adulte :** antécédents de perte d'appétit ou d'amaigrissement, poids corporel, taille, calcul de l'indice de masse corporelle (IMC), recherche de signes de malnutrition (tels que fonte musculaire, œdème nutritionnel, etc.) ; un outil normalisé peut être utilisé (par exemple, l'outil universel de dépistage de la malnutrition (44)) (44).
  - **Chez l'enfant :** voir ci-dessus ; plus périmètre brachial à mi-hauteur (MUAC) (6-59 mois). Un spécialiste en nutrition ou un clinicien formé à la nutrition doit évaluer les enfants et toute malnutrition sévère.
  - Voir la classification des stades de déshydratation dans le Tableau 9.2.
- Les patients doivent être incités à s'alimenter quotidiennement, car ils ont besoin d'un apport suffisant en énergie (kcal) et en nutriments essentiels en sus des liquides et électrolytes. Si l'état du patient lui permet d'ingérer des aliments, lui proposer des aliments thérapeutiques riches en éléments nutritifs, en particulier si le patient est un enfant ou qu'il est à risque de malnutrition, conformément à la section 10.1 du Mémento de soins hospitaliers pédiatriques de l'OMS (45).
- Si la prise de nourriture n'est pas tolérée, en déterminer le motif et administrer le traitement approprié. Par exemple, si l'alimentation est perturbée par des nausées ou des vomissements, un médicament antiémétique peut améliorer la capacité à se nourrir ; si une asthénie est en cause, un prestataire de santé doit prêter assistance au patient lors de la prise de nourriture ; ou, si la prise de nourriture est tolérée, mais gênée en raison des douleurs occasionnées par les lésions buccales ou par une adénopathie cervicale, soulager la douleur.
- Mettre en place une supplémentation en vitamine A conformément aux recommandations standard, en particulier chez les enfants n'ayant reçu aucune dose récente. Cette vitamine joue un rôle essentiel à toutes les étapes de la cicatrisation des plaies et dans la santé oculaire (48).

### 4.3.2 Suivi

**L'OMS recommande d'informer les patients qui présentent une orthopoxvirose simienne bénigne des signes et symptômes de complications justifiant des soins d'urgence.**

**Remarques :**

- Des communications entre le patient et des agents de santé qualifiés doivent être mises en place pendant la durée des soins à domicile.
- Le suivi à domicile des patients et des aidants peut être assuré par des agents communautaires qualifiés ou des équipes de proximité, par téléphone, télémédecine ou courriel, d'abord quotidiennement (dans la mesure du possible), puis selon les besoins cliniques après les évaluations initiales. L'acceptation des évaluations médicales par le patient doit également être prise en compte.
- Les patients atteints d'orthopoxvirose simienne et leur famille doivent être informés des signes et symptômes de complications et de la manière d'identifier une dégradation de leur état de santé nécessitant un avis médical. Les patients doivent notamment contacter immédiatement leur soignant en cas d'aggravation ou de multiplication des lésions, d'intensification des douleurs, de fièvre persistante, de nausées ou vomissements, de réduction de la prise de nourriture, de symptômes visuels, de difficultés à respirer, ou encore de vertiges ou de confusion.
- Si une femme enceinte a opté pour les soins à domicile, elle doit être informée des signes à surveiller chez la mère, le fœtus et le nouveau-né et de consulter en cas d'aggravation de la maladie ou d'apparition de signes inquiétants. Les interventions d'auto-prise en charge doivent être encouragées.
- Sensibiliser les femmes aux comportements favorables à la santé notamment en matière de régime alimentaire, d'activité physique, d'apport en micronutriments, d'usage de tabac, d'alcool et d'autres substances psychoactives, conformément aux recommandations de l'OMS sur les soins prénatals (50) et postnatals (en anglais) (50) (49,50).
- Chez les femmes devant faire appel à des services d'avortement, envisager d'autres types de prestations de services, notamment l'autogestion de l'avortement médicamenteux jusqu'à 12 semaines de gestation, les femmes ayant accès à des informations précises et à un dispensateur de soins à tous les stades du processus, conformément au document de l'OMS Abortion care guideline (en anglais, 51) (51).

## 4.4 Prise en charge clinique des lésions cutanées

**L'OMS recommande un traitement conservateur des lésions éruptives adapté à leur stade afin de soulager l'inconfort, d'accélérer la cicatrisation et de prévenir les complications telles que les infections secondaires ou l'exfoliation.**

**Remarques :**

- Conseiller au patient de ne pas se gratter.
- Les patients doivent être informés de la nécessité de garder les lésions cutanées propres et sèches pour éviter toute infection bactérienne. Ils doivent se laver les mains au savon et à l'eau ou utiliser un produit hydroalcoolique avant et après avoir touché les éruptions cutanées pour prévenir les infections. Les lésions peuvent ensuite être nettoyées délicatement avec de l'eau stérile ou une solution antiseptique. Les éruptions ne doivent pas être couvertes, mais laissées à l'air libre afin de sécher.
- En cas de complications des lésions cutanées, telles qu'une exfoliation ou une suspicion d'infection plus profonde des tissus mous (pyomyosite, abcès, infection nécrosante), un spécialiste doit être consulté (spécialiste en soins des plaies, spécialiste en maladies infectieuses et/ou chirurgien). Seul un expert vêtu de l'EPI approprié peut procéder au parage des plaies cutanées (21).
- La prise en charge optimale des lésions cutanées est mal définie et nécessite des recherches plus poussées.

**L'OMS recommande de ne pas utiliser l'antibiothérapie ou l'antibioprophylaxie chez les patients atteints d'orthopoxvirose simienne sans complications. Cependant, l'apparition d'une infection bactérienne secondaire (telle que cellulite, abcès) des lésions doit être surveillée et, le cas échéant, traitée au moyen d'antibiotiques actifs contre la flore cutanée normale, y compris *Streptococcus pyogenes* et *Staphylococcus aureus* sensible à la méticilline (SASM).**

#### Remarques :

- Les patients atteints d'orthopoxvirose simienne peuvent présenter une inflammation des lésions cutanées conduisant à un érythème bénin et/ou une hyperpigmentation cutanée – aucun traitement antimicrobien n'est alors nécessaire (10). L'utilisation empirique ou prophylactique des antibiotiques doit être découragée, car elle augmente le risque d'apparition et de transmission de bactéries multirésistantes (MR) et expose les personnes à un risque d'effets secondaires des antibiotiques, tels que la diarrhée à *Clostridium difficile*. Les infections par des bactéries MR sont plus difficiles à traiter et sont associées à une hausse de la morbidité et de la mortalité (52–54).
- Des infections bactériennes secondaires de lésions cutanées ont été fréquemment signalées en tant que complications de l'orthopoxvirose simienne et un suivi étroit des patients est nécessaire (10,13,16,21).
- Un prélèvement par écouvillon sur une infection cutanée superficielle n'a pas d'utilité, sauf si le patient a été hospitalisé pendant une longue durée et qu'il existe une suspicion d'infection par un micro-organisme MR. Les signes d'infection bactérienne incluent l'érythème, l'induration, la chaleur, l'intensification des douleurs, des liquides de drainage purulents, des écoulements malodorants ou une fièvre récidivante. Voir les antibiotiques par voie orale possibles en annexe 3. Dans certains cas, en fonction des facteurs de risque individuels, d'une colonisation connue ou de la prévalence locale, l'instauration d'un traitement contre les infections communautaires à *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline peut être envisagée.
- Chez les patients présentant une surinfection bactérienne des lésions d'orthopoxvirose simienne, un abcès peut se former, c'est-à-dire une accumulation de pus dans le derme ou le tissu sous-cutané, le plus souvent dû aux bactéries cutanées (*Streptococcus* spp. et *Staphylococcus* spp.) (55). Un abcès peut se manifester sous la forme d'un nodule brillant, rouge et douloureux, avec ou sans fluctuation. Il peut s'accompagner d'une cellulite périphérique, de fièvre et d'une intensification de la douleur au niveau du foyer infectieux.
  - Un abcès est traité par incision et drainage en conditions d'asepsie, par un agent de santé qualifié adoptant les mesures de lutte anti-infectieuse appropriées, afin de prévenir les complications associées aux abcès non traités telles que l'ostéomyélite, l'arthrite septique, la pyomyosite, l'état septique et l'état de choc. La localisation de l'abcès dans l'organisme (p. ex., à proximité des principaux vaisseaux sanguins), sa taille et sa complexité peuvent parfois justifier une incision et un drainage au bloc opératoire. Les liquides doivent être aspirés et envoyés au laboratoire pour mise en culture et analyse microbiologique afin de choisir une thérapie antimicrobienne la plus ciblée possible (55).
- La décision d'instaurer un traitement antimicrobien doit reposer sur l'évaluation clinique de chaque patient et sur les profils de résistance aux antimicrobiens locaux. En l'absence d'amélioration clinique ou si l'infection continue à se propager, réévaluer le patient et le schéma antibiotique afin d'apporter les ajustements qui pourraient être nécessaires. Se reporter au document de l'OMS Essential Medicines List: antibiotic book (en anglais) (🔗) pour plus d'informations sur le choix des antimicrobiens et leur bonne utilisation (56).

## 5. SOINS DE SANTÉ MENTALE DES PATIENTS ATTEINTS D'ORTHOPOXVIROSE SIMIENNE (DEUX RECOMMANDATIONS)

**L'OMS recommande d'identifier et d'évaluer rapidement l'anxiété et les symptômes dépressifs dans le contexte de l'orthopoxvirose simienne et d'instaurer des stratégies de soutien psychosocial de base et des interventions de premier recours pour prendre en charge toute anxiété ou tout symptôme dépressif d'apparition récente.**

### Remarques :

- L'épidémie d'orthopoxvirose simienne peut avoir un impact mental et psychosocial important, notamment (42,57):
  - Peur de la maladie ou du décès, perte du sens de la vie ou perte de foi.
  - Isolement physique et social des membres de la famille ou de la communauté.
  - Stigmatisation liée au diagnostic et au retour dans la vie communautaire.
  - Cicatrices et handicap (p. ex., cécité) associés à la maladie.
- Les patients atteints d'orthopoxvirose simienne doivent recevoir de manière systématique des soins compassionnels, respectueux, centrés sur la personne ; il convient en parallèle de veiller à la protection adéquate des membres du ménage, des visiteurs et des agents de santé.
- Des compétences de base en soutien psychosocial sont essentielles à la prise en charge de tous les patients et font partie intégrante des soins à prodiguer. Les patients et les membres de leur famille doivent être informés sur l'orthopoxvirose simienne et incités à préserver leur calme lorsqu'une personne malade se présente dans un établissement de santé. Ils doivent être sensibilisés aux modes de transmission de la maladie et informés des précautions à prendre pour éviter sa propagation. Des points réguliers sur l'état de santé du patient doivent être faits auprès de la famille, qui recevra en outre un complément d'information.
- Dans l'idéal, un psychologue, un travailleur social ou un infirmier spécialisé en santé psychosociale parlant couramment la langue du patient doit intervenir dès l'annonce de la maladie pour éclairer le patient sur le déroulement de la période d'isolement. Si cela n'est pas possible, des infirmières généralistes du centre de santé doivent être formées au soutien psychosocial de base et encadrées, au moyen de matériels d'information normalisés (document de l'OMS Les premiers secours psychologiques (58) et guide de compétences élémentaires dans le domaine psychosocial du Comité permanent interorganisations (59) (58,59) avec les objectifs suivants :
  - Offrir des soins et un soutien pratique non intrusifs.
  - Évaluer les besoins et les préoccupations.
  - Contribuer à satisfaire les besoins essentiels (aliments, eau, information).
  - Écouter les patients et leur famille, sans les pousser à s'exprimer.
  - Fournir des informations précises sur l'état de santé du patient et le plan de traitement, dans un langage accessible et non technique, le manque d'information pouvant être une source majeure de stress.
  - Aider les personnes à répondre aux préoccupations et besoins urgents et les épauler pour la prise de décision, selon les besoins.
  - Réconforter les patients et leur famille tout en les aidant à maintenir leur calme. Les informer que la grande majorité des patients atteints d'orthopoxvirose simienne survivent et qu'un rétablissement est probable.
  - Aider les personnes à obtenir des informations, des services et un soutien social. Il est important d'informer sur l'orthopoxvirose simienne, car cela contribue à rectifier les idées reçues, à transmettre des messages clairs sur les comportements favorables à la santé et à améliorer la compréhension de la maladie.

- Encourager les patients et leurs aidants à appliquer des outils de gestion du stress et d'auto-assistance reposant sur des bases factuelles, tels que le guide de gestion du stress de l'OMS intitulé Gestion des problèmes (PM+) (60).
- Une fois rétablis, les patients peuvent souffrir de cicatrices persistantes ou d'une défiguration entraînant une détresse psychologique. Un soutien psychologique et social doit être intégré aux soins de suite et apporté par une équipe de soins pluridisciplinaire.
- De brèves interventions psychologiques reposant sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), sur la gestion de problèmes et sur la formation à la relaxation, peuvent être envisagées chez les personnes qui manifestent des symptômes de dépression (61). Réfléchir à un soutien mental à distance (à savoir, thérapie par téléphone) lorsque l'accès aux services habituels est interrompu.
- Si les symptômes anxieux ou dépressifs persistent après le rétablissement de l'orthopoxvirose simienne, un trouble anxieux ou dépressif sous-jacent peut être soupçonné. Un professionnel de la santé mentale doit alors être consulté, et ce trouble doit faire l'objet d'une prise en charge appropriée. Se reporter au Guide d'intervention humanitaire mhGAP (GIH-mhGAP) : prise en charge clinique des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les situations d'urgence humanitaire (62,63).
- Il est important d'interroger la personne sur ses idées ou planifications d'actes d'automutilation ou de comportement auto-agressif, en particulier pendant la flambée d'orthopoxvirose simienne, en raison de facteurs de risque d'automutilation ou de comportement auto-agressif et d'actes suicidaires, tels que le sentiment d'isolement, la perte d'un proche, la perte d'emploi, les pertes financières et le désespoir. Retirer les moyens possibles d'automutilation ou de comportement auto-agressif, déclencher un soutien psychosocial, effectuer un suivi de la personne et consulter un professionnel de la santé mentale si nécessaire. Se reporter au Guide d'intervention humanitaire mhGAP (GIH-mhGAP) : prise en charge clinique des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les situations d'urgence humanitaire (62,63).
- Pour assurer des soins polyvalents, en fonction de l'évaluation initiale, mettre la personne en relation avec des services d'aide à l'emploi, de formation et sociaux (y compris des services d'hébergement) et d'autres secteurs pertinents après sa sortie de l'hôpital (64).
- Une TCC axée sur les traumatismes, une désensibilisation et reprogrammation par les mouvements oculaires ou des interventions de gestion du stress doivent être envisagées chez les adultes atteints de troubles post-traumatiques (58,62).

**L'OMS recommande les stratégies de soutien psychosocial en tant qu'interventions de première intention pour la prise en charge des troubles du sommeil dans une situation de stress aigu.**

**Remarques :**

- Les conseils d'hygiène du sommeil (notamment, éviter l'utilisation de psychostimulants tels que la caféine, la nicotine ou l'alcool) et la gestion du stress (par exemple les techniques de relaxation et les pratiques de pleine conscience) permettent de réduire efficacement les troubles du sommeil et peuvent être proposés. Des interventions psychologiques reposant sur les principes de la TCC peuvent également être envisagées.
- Chez les personnes hospitalisées pour une orthopoxvirose simienne, d'autres causes d'insomnie peuvent inclure les facteurs environnementaux (par exemple, trop de lumière et de bruit la nuit), l'anxiété, la toux persistante, le délire, l'agitation ou la douleur. Les causes sous-jacentes doivent être identifiées et prises en charge en priorité, avant de recourir à des agents hypnotiques.

## 6. ANTIVIRAUX ET AUTRES TRAITEMENTS (UNE RECOMMANDATION)

### 6.1 Antiviraux

Chez les patients atteints d'orthopoxvirose simienne, il est préférable d'utiliser les antiviraux dans le cadre d'ECR recueillant des données cliniques et des résultats de manière normalisée, afin d'établir rapidement des données d'efficacité et de sécurité. Lorsque cela n'est pas possible, les antiviraux peuvent être utilisés dans le cadre d'un protocole d'ATU, tel que le protocole MEURI (3).

#### Remarques :

- Compte tenu de l'offre limitée en antiviraux, leur utilisation peut être envisagée chez les personnes à risque de maladie sévère ou celles présentant ou développant ultérieurement une orthopoxvirose simienne sévère. L'utilisation optimale des antiviraux, y compris en prophylaxie post-exposition (PPE), devra être reconsidérée dans l'attente d'informations complémentaires.
- L'OMS a mis au point un cahier d'observation normalisé, accessible sur sa plateforme clinique (en anglais) (3) pour secondar les États Membres dans le recueil, la gestion et l'analyse des données afin d'accélérer notre compréhension de la caractérisation clinique et de la réponse aux traitements. Pour plus d'informations, voir notre site Web (en anglais) (3).
- Le técovirimat a été homologué par l'Agence européenne des médicaments (EMA) pour le traitement de la variole, de l'orthopoxvirose simienne, de la variole de la vache (cowpox), et pour le traitement des complications liées au virus de la vaccine, et a été homologué par la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis et par Santé Canada pour le traitement de la variole (65–67). L'efficacité du técovirimat a été évaluée lors d'études effectuées chez des animaux infectés par des doses létales d'orthopoxvirus, lors d'études portant sur les effets du médicament sur le corps humain et lors d'études portant sur l'absorption, le métabolisme et l'élimination du médicament chez l'être humain et l'animal (études de pharmacodynamie et de pharmacocinétique) (65,68,69).
- Le técovirimat inhibe la formation de l'enveloppe de l'orthopoxvirus simien en ciblant la protéine virale p37 qui est fortement conservée parmi les orthopoxvirus (69). Il est disponible sous forme de gélules à libération immédiate administrées par voie orale deux fois par jour pendant 14 jours (65,70). Une formulation intraveineuse a été homologuée par la FDA des États-Unis le 19 mai 2022 (71). Les études précliniques laissent supposer que le técovirimat est efficace chez les primates (15).
- Une étude récente menée au Royaume-Uni a décrit une patiente ayant obtenu des résultats négatifs au test PCR sur des échantillons de sang et des voies respiratoires supérieures 48 heures après le début du traitement ; la négativité s'était maintenue à 72 heures. Ses bilans hématologique, rénal et hépatique restaient dans les limites de la normale, et elle a pu sortir de l'hôpital pour poursuivre ses soins à domicile (15). Les effets secondaires notifiés du técovirimat incluent les céphalées, les nausées, les douleurs abdominales et les vomissements (70,72). Il s'agit d'un inducteur faible du cytochrome P450, qui peut donc présenter des interactions avec d'autres médicaments métabolisés par cette voie (15,74). Des études complémentaires sont nécessaires pour évaluer son innocuité et son efficacité en tant que traitement de l'orthopoxvirose simienne sur le terrain (15,74).
- Le **brincidofovir** a été homologué par l'EMA et la FDA dans le traitement de la variole et présente une activité antivirale avérée contre les virus à ADN bicaténaire, dont les poxvirus (73,75). Il inhibe la réplication de l'orthopoxvirus simien en stoppant la synthèse de l'ADN par la polymérase et est disponible sous forme de comprimés ou de suspension buvable administrés aux patients à raison de deux doses espacées d'une semaine (11). Les effets secondaires signalés pour ce médicament incluent l'élévation des taux de transaminases hépatiques, la diarrhée, les nausées, les vomissements et les douleurs abdominales (73). Le brincidofovir est déconseillé chez la femme enceinte en raison du risque de toxicité embryofœtale. Les femmes en âge de procréer doivent éviter toute grossesse et utiliser une méthode de contraception efficace pendant une période d'au moins deux mois après la dernière dose (15). Cet antiviral a été utilisé dans trois cas d'orthopoxvirose simienne notifiés au Royaume-Uni depuis 2018. Tous les patients traités ont vu leur taux de transaminases

augmenter et aucun d'entre eux n'a achevé le traitement complet (15). Aucune corrélation constante n'a été établie entre l'administration du brincidofovir et les paramètres cliniques ou virologiques (15).

- Le **cidofovir** a été homologué par la FDA pour le traitement des infections à cytomégalovirus (76). Il inhibe la réplication de l'orthopoxvirus simien en neutralisant l'ADN polymérase et est administré par voie intraveineuse (11). Des études de laboratoire et animales ont mis en évidence une activité contre les poxvirus (75). Une toxicité rénale et des anomalies électrolytiques associées au cidofovir ont été signalées (79).
- **NIOCH-14** est un composé chimique de synthèse fabriqué par le Centre étatique de recherche en virologie et biotechnologie VECTOR depuis 2001 (79,80). NIOCH 14 est un analogue du técovirimat présentant une activité comparable contre les orthopoxvirus (79,80). Les épreuves infectantes menées chez l'animal pour l'orthopoxvirose simienne qui comparaient NIOCH 14 et le técovirimat ont mis en évidence une réduction significative de la production de virus dans les poumons des animaux infectés sept jours après l'infection par rapport aux témoins (79,80). Compte tenu du faible nombre de patients traités, l'efficacité thérapeutique de ce traitement de l'orthopoxvirose simienne est incertaine.

Il s'agit d'un domaine en pleine évolution. Pour obtenir des informations actualisées sur les traitements et le document d'orientation Schéma directeur de l'OMS, visiter le site Web (en anglais) [🌐](#). Pour plus de précisions, voir l'annexe 4.

## 6.2 Immunoglobuline

L'immunoglobuline antivaccin est constituée d'anticorps prélevés chez des personnes ayant reçu le vaccin contre la variole. On ne sait pas si une personne exposée à l'orthopoxvirose simienne ou atteinte d'une infection sévère tirerait un bénéfice de l'immunoglobuline antivaccin – celle-ci ne doit donc être utilisée que dans le contexte d'une recherche clinique avec recueil de données prospectif (81,82).

## 7. LUTTE ANTI-INFECTIEUSE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE (SEPT RECOMMANDATIONS)

La mise en œuvre de mesures de lutte anti-infectieuse appropriées est essentielle pour atténuer et maîtriser les risques de transmission de l'orthopoxvirose simienne dans les lieux de soins et dans les communautés (31,83). Il convient avant tout de hiérarchiser les mesures de prévention pour réduire le risque d'exposition à l'orthopoxvirose simienne dans les lieux de soins. Des éléments relatifs à l'application de mesures de prévention techniques et administratives et à l'utilisation d'EPI ont donc été intégrés dans les recommandations présentées.

Lorsque les programmes de lutte anti-infectieuse sont limités ou inexistants au niveau national, il est essentiel de s'assurer que des normes de lutte anti-infectieuse de base sont mises en place à l'échelle nationale et au niveau des établissements de santé pour assurer une protection et une sécurité minimales aux patients, aux agents de santé, aux aidants et aux visiteurs et protéger ainsi la communauté. L'OMS a émis des recommandations concernant les mesures de lutte anti-infectieuse minimales requises (82) au niveau national et dans les établissements de soins. Il est essentiel de satisfaire ces exigences minimales et de mettre en place des programmes de lutte anti-infectieuse plus solides et plus complets reposant sur les Lignes directrices sur les principales composantes des programmes de prévention et de contrôle des infections au niveau national et au niveau des établissements de soins de courte durée (84) dans l'ensemble des systèmes de santé de tous les pays, afin de pérenniser les efforts de lutte contre les maladies infectieuses émergentes et les efforts de prévention des infections associées aux soins et de la résistance aux antimicrobiens (81).

**Les agents de santé doivent appliquer systématiquement les mesures de précaution standard et effectuer une estimation des risques pour déterminer si des précautions supplémentaires sont nécessaires. Les précautions standard sont les suivantes :**

- Hygiène des mains
- Hygiène respiratoire et règles d'hygiène en cas de toux
- Placement du patient
- Équipement de protection individuelle
- Technique aseptique
- Sécurité des injections et prévention des traumatismes par objets piquants ou tranchants
- Nettoyage et désinfection de l'environnement
- Gestion des draps et du linge
- Décontamination et retraitement des articles et matériels de soins réutilisables
- Gestion des déchets

### 7.1 Aspects de la lutte anti-infectieuse chez les cas suspects d'orthopoxvirose simienne

**L'OMS recommande d'appliquer les précautions contre la transmission par contact et gouttelettes pour tout cas suspect d'orthopoxvirose simienne. Outre les précautions contre la transmission par contact et gouttelettes, des précautions contre la transmission aérienne doivent être mises en œuvre en cas de suspicion d'infection par le virus varicelle-zona (varicelle) jusqu'à ce que celle-ci soit exclue.**

**Remarques :**

- Les agents de santé doivent appliquer les mesures d'hygiène des mains conformément aux « 5 indications de l'hygiène des mains » définies par l'OMS, notamment avant de mettre et après avoir enlevé l'EPI.
- En cas de suspicion d'infection par le virus varicelle-zona (varicelle), placer le patient dans une chambre de précautions aériennes équipée de sanitaires ou de toilettes réservées au patient.

- Si aucune chambre de ce type n'est disponible, placer le patient dans une chambre individuelle bien ventilée équipée de sanitaires ou de toilettes réservées au patient et garder la porte fermée.
- Les agents de santé doivent porter l'EPI suivant : gants, blouse, masque de protection respiratoire (p. ex., N95, FFP2) et protection oculaire.
- Des affiches doivent être placées à l'entrée des salles et zones d'isolement pour signaler qu'un patient fait l'objet de précautions contre la transmission par contact/gouttelettes/aérienne. Ces affiches doivent en outre préciser les EPI obligatoires pour les agents de santé et l'ordre dans lequel ils doivent être enfilés.
- En l'absence de suspicion d'infection par le virus varicelle-zona (varicelle), placer le patient dans une chambre individuelle bien ventilée équipée de sanitaires ou de toilettes réservées au patient.
  - Les agents de santé doivent porter les EPI recommandés pour les cas confirmés (gants, blouse, masque de protection respiratoire [p. ex., N95, FFP2] et protection oculaire).
- Les agents de santé doivent être formés à la manière de mettre et de retirer les EPI en toute sécurité.
- Utiliser des articles chaussants dédiés pouvant être décontaminés. Les surchaussures jetables sont déconseillées (84–86).
- Demander au patient de porter un masque médical bien ajusté et de respecter les règles d'hygiène respiratoire et les précautions en cas de toux lorsqu'il doit être transporté.
- Éviter tout déplacement inutile des cas suspects. Si le cas suspect doit être déplacé ou transporté dans l'établissement ou hors de l'établissement, veiller au maintien des précautions contre la transmission (par gouttelettes/par contact/aérienne), placer un masque médical bien ajusté sur le patient et couvrir ses lésions.
- L'établissement/service d'hospitalisation/unité de destination doit être informé des précautions nécessaires contre la transmission et de la nécessité de préparer la zone d'isolement ou désignée dans l'attente de l'arrivée du patient.

## 7.2 Aspects de la lutte anti-infectieuse chez les cas confirmés d'orthopoxvirose simienne

**L'OMS recommande d'appliquer les précautions contre la transmission par contact et gouttelettes pour tout cas confirmé d'orthopoxvirose simienne. Des masques de protection respiratoire doivent être utilisés en sus des précautions contre la transmission par contact et gouttelettes.**

**Justification :** dans le cadre de l'épidémie actuelle touchant plusieurs pays et compte tenu de l'évolution des données sur les modes de transmission, les informations disponibles à ce jour sont insuffisantes pour appuyer une recommandation d'appliquer systématiquement des précautions contre la transmission aérienne. Bien qu'il ne s'agisse pas du mode de transmission prédominant, le groupe a admis que des incertitudes demeuraient concernant les risques de transmission par aérosols et pour les agents de santé prodiguant des soins directs aux cas confirmés d'orthopoxvirose simienne. Le comité d'orientation a donc voté en faveur de l'utilisation de masques de protection respiratoire dans les pièces bien aérées en tant que mesure de protection supplémentaire.

Le comité a souligné que les modes de transmission de l'orthopoxvirose simienne et la sévérité de la maladie doivent être mieux compris et doivent faire partie des priorités de recherche.

L'OMS actualisera ces orientations sous peu (8 à 12 semaines) pour tenir compte des nouvelles données disponibles.

### Remarques :

- Les agents de santé doivent appliquer les mesures d'hygiène des mains conformément aux « 5 indications de l'hygiène des mains » (4), définies par l'OMS, notamment avant de mettre et après avoir enlevé l'EPI.
- Placer le patient dans une chambre individuelle bien ventilée équipée de sanitaires ou de toilettes réservées au patient.
- Si aucune chambre individuelle n'est disponible, envisager de regrouper les cas confirmés tout en respectant une distance d'au moins un mètre entre les patients (83).
- Des affiches doivent être placées à l'entrée des salles/zones d'isolement pour signaler que des précautions contre la transmission par contact/gouttelettes sont nécessaires.

- Porter un EPI, notamment : des gants, une blouse, un masque de protection respiratoire (p. ex., N95, FFP2) et une protection oculaire.
- Utiliser des articles chaussants dédiés pouvant être décontaminés. Les surchaussures jetables sont déconseillées (84–86).
- Les agents de santé doivent être formés à la manière de revêtir et de retirer les EPI en toute sécurité.
- Couvrir les lésions exposées lorsque d'autres personnes se trouvent dans la pièce, si le patient le supporte.
- Éviter tout déplacement inutile des cas confirmés. Si le patient doit être déplacé ou transporté dans l'établissement ou hors de l'établissement, veiller au maintien des précautions contre la transmission, placer un masque médical bien ajusté sur le patient et couvrir ses lésions (à condition que le patient le supporte).
- L'établissement/service d'hospitalisation/unité de destination doit être informé des précautions nécessaires contre la transmission et de la nécessité de préparer la zone d'isolement ou désignée dans l'attente de l'arrivée du patient.
- Ces précautions doivent être maintenues jusqu'à la formation de croûtes sur les lésions, détachement des croûtes et formation d'une nouvelle couche épidermique en dessous.
- Les cas sévères (y compris les personnes immunodéprimées) susceptibles de présenter une excrétion virale prolongée par les voies respiratoires supérieures devront être évalués afin de déterminer à quel moment les précautions contre la transmission pourront être levées.

**L'OMS recommande d'appliquer les précautions contre la transmission aérienne si des actes générant des aérosols sont pratiqués.**

**Remarques :**

- Les actes générant des aérosols doivent être pratiqués dans une chambre de précautions aériennes. Si une telle chambre n'est pas disponible ou si cela n'est pas faisable, pratiquer les actes générant des aérosols dans une chambre individuelle bien ventilée, porte fermée.
- Les agents de santé doivent porter un masque de protection respiratoire (p. ex., N95, FFP2) ainsi qu'une protection oculaire, une blouse et des gants lorsqu'ils pratiquent des actes générant des aérosols.

**L'OMS recommande de nettoyer et désinfecter conformément aux lignes directrices du pays ou de l'établissement de santé les zones de l'établissement fréquemment utilisées par le patient ou donnant lieu à des activités de soins\* ainsi que le matériel utilisé pour les soins.**

**Remarques :**

- Les agents de santé doivent porter un EPI (gants [résistants], blouse, masque de protection respiratoire [p. ex., N95, FFP2] et protection oculaire) lors du nettoyage et de la désinfection du matériel utilisé pour les soins des patients et des zones de soins ou des pièces d'isolement utilisées pour les cas suspects ou confirmés d'orthopoxvirose simienne.
- Utiliser des articles chaussants dédiés pouvant être décontaminés. Les surchaussures jetables sont déconseillées (84–86)
- Les surfaces doivent d'abord être nettoyées au détergent et à l'eau, puis désinfectées au moyen d'un désinfectant homologué à activité virucide (appliquer les lignes directrices nationales ou celles en vigueur dans l'établissement). Les désinfectants doivent être préparés et appliqués sur les surfaces en respectant les instructions du fabricant (87).
- Pour éviter toute contamination croisée, toujours commencer le nettoyage par les zones les plus propres et l'achever par la zone la plus sale, en progressant de haut en bas.
- Une attention particulière doit être portée aux toilettes et aux surfaces fréquemment touchées (88).
- Utiliser du matériel de soins jetable ou réservé au patient et le nettoyer et le désinfecter avant de l'utiliser sur d'autres patients.

\* Les zones de soins des patients incluent, par exemple, les services de consultation externe, les salles d'attente, les sanitaires, les chambres et l'environnement des patients.

**L'OMS recommande que le linge, les blouses d'hôpital, les serviettes et tout autre article en tissu soient manipulés et collectés avec précaution.**

**Remarques :**

- Soulever et rouler le linge avec précaution. Ne pas secouer le linge et les draps.
- Le linge et les draps doivent être placés avec précaution dans le conteneur ou le sac dédié pour être transportés vers la blanchisserie.
- Le linge peut être lavé en machine à l'eau chaude (>60 °C) avec de la lessive et séché selon la méthode habituelle, de préférence en étant soumis à une forte chaleur (25,26,38). Si le lavage en machine n'est pas possible et que de l'eau chaude n'est pas disponible, le linge peut être trempé dans une grande cuve, en le remuant avec un bâton, sans faire d'éclaboussures. Le linge peut être mis à tremper dans du chlore\*, rincé à l'eau propre et étendu jusqu'à ce qu'il soit complètement sec.
- Les blanchisseurs doivent respecter les mesures de précaution standard et de lutte contre la transmission, notamment :
  - réduire la manipulation au minimum, et en particulier ne pas secouer les draps et le linge ;
  - porter des gants, un tablier ou une blouse, un masque de protection respiratoire (p. ex., N95, FFP2) et une protection oculaire.

\* Les recherches sur l'orthopoxvirus simien étant insuffisantes, la concentration précise de chlore et l'atténuation possible des risques sont mal définies. Néanmoins, d'après les données concernant d'autres virus, il est établi que l'ajout de chlore devrait limiter la contamination résiduelle, ce qui pourrait s'avérer parti-culièrement utile lorsque la désinfection thermique, la dilution et l'action mécanique sont insuffisantes (39–41).

**L'OMS recommande que tous les liquides biologiques et déchets solides provenant de patients atteints d'orthopoxvirose simienne soient traités comme des déchets infectieux.**

**Remarques :**

- Les déchets doivent être triés (déchets généraux, déchets infectieux et déchets perforants) et placés dans les bacs appropriés sur le point d'utilisation (89).
- La gestion et l'élimination des déchets (y compris des EPI) doivent se faire conformément à la réglementation locale sur les déchets infectieux.
- Veiller à ce que les agents de santé portent un EPI approprié (p. ex., gants, blouse, masque de protection respiratoire [tel que N95, FFP2], protection oculaire) pendant la manipulation des déchets.

**L'OMS recommande de prendre des mesures pour faciliter les interactions entre les patients atteints d'orthopoxvirose simienne placés en isolement et leurs familles et visiteurs afin de favoriser le bien-être.**

**Remarques :**

- Les visiteurs et les aidants doivent appliquer les règles d'hygiène des mains appropriées avant d'entrer dans la chambre du patient et après en être sortis. Ils doivent recevoir des instructions sur la manière d'utiliser l'EPI contre la transmission par contact et gouttelettes et être étroitement encadrés lorsqu'ils mettent et retirent cet EPI.
- Les personnes vulnérables doivent être sensibilisées aux risques pour pouvoir décider en connaissance de cause de rendre visite ou non au patient.
- D'autres modes de communication, tels que la vidéoconférence, doivent être proposés.

## 8. ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE POUR CERTAINES POPULATIONS (NEUF RECOMMANDATIONS)

### 8.1 Soins des populations sexuellement actives (DEUX recommandations)

**L'OMS recommande de conseiller à tous les patients d'éviter les relations sexuelles jusqu'à la formation de croûtes sur TOUTES les lésions cutanées, détachement des croûtes et formation d'une nouvelle couche épidermique en dessous.**

**Justification :**

- Le GDG a reconnu que le contact direct avec la peau infectée ou des lésions cutanéomuqueuses peut augmenter le risque de transmission et que s'abstenir de toute activité sexuelle pendant la période infectieuse freinerait la transmission. Par ailleurs, on ne sait pas si le virus peut se transmettre par voie sexuelle. Des recherches sont en cours.

**Remarques :**

- Pour les patients sexuellement actifs : en cas de suspicion d'orthopoxvirose simienne chez des personnes présentant une éruption, une co-infection par d'autres IST doit également être envisagée. Les éléments suivants doivent être réunis chez les patients :
  - Antécédents sexuels complets.
  - Examen clinique complet, en adoptant les mesures de lutte anti-infectieuse appropriées et en portant une attention particulière aux points suivants :
    - adénopathies ;
    - éruption touchant les muqueuses buccales, les organes génitaux, la région ano-génitale et d'autres zones de la peau ;
    - tests de diagnostic de l'infection à VIH, de la syphilis et de l'herpès génital et dépistage des IST, conformément aux lignes directrices de l'OMS *Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections* (en anglais) (34) ;
    - incitation des patients à utiliser systématiquement des préservatifs pendant les activités sexuelles pour prévenir l'infection à VIH et les autres IST ; les patients doivent néanmoins être sensibilisés au fait que l'utilisation de préservatifs n'empêche pas à elle seule de contracter et de transmettre la maladie.
- Les personnes vivant avec le VIH, en particulier lorsque la maladie est mal contrôlée, qui sont également atteintes d'orthopoxvirose simienne peuvent être exposées à un risque plus élevé de maladie sévère. D'après les données disponibles, ces personnes pourraient être à risque d'ulcérations génitales, d'infections bactériennes secondaires et d'une prolongation de la durée de la maladie (13).
  - Si un diagnostic d'orthopoxvirose simienne est posé chez une personne vivant avec le VIH, celle-ci doit poursuivre son TARV.
  - Chez les personnes vivant avec le VIH dont le diagnostic d'infection à VIH est récent, l'OMS recommande d'instaurer un TARV le plus tôt possible, dans un délai de sept jours maximum, conformément aux lignes directrices de l'OMS *Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach* (en anglais) (90). Les personnes présentant un faible nombre de CD4 sont probablement plus exposées aux complications de l'orthopoxvirose simienne et doivent donc commencer le TARV en priorité (13).
  - Si les diagnostics d'orthopoxvirose simienne et d'infection à VIH sont posés en même temps, les problèmes les plus urgents doivent être pris en charge et un traitement de l'orthopoxvirose simienne doit être instauré (voir la section 6). Il convient de noter que les antiviraux contre l'orthopoxvirose simienne présentent d'importantes interactions médicamenteuses avec les antiviraux utilisés pour traiter l'infection à VIH.
  - Les personnes vivant avec le VIH sous TARV présentant une suppression de la charge virale plasmatique ne sont pas considérées comme immunodéprimées (90).

**Par principe de précaution, l'OMS suggère d'utiliser systématiquement des préservatifs pendant les activités sexuelles (rapports oraux/anaux/vaginaux passifs et actifs) pendant les 12 semaines qui suivent le rétablissement pour éviter toute transmission potentielle de l'orthopoxvirose simienne.**

**Remarques :**

- Une détection d'ADN d'orthopoxvirus simien dans les liquides biologiques après cicatrisation des lésions cutanées a été mise en évidence dans de petites séries de cas. Cela génère des incertitudes quant à la persistance du virus dans les liquides biologiques, tels que le sperme, les sécrétions vaginales, la salive et le sang, et au risque de transmission ultérieure.
- Les présentes orientations ayant été rédigées dans un contexte d'urgence et la situation évoluant rapidement, le principe de précaution est appliqué pour cette intervention de santé publique. Elles seront actualisées lorsque des informations complémentaires seront disponibles et que les modes de transmission seront mieux compris.

## 8.2 Prise en charge des femmes pendant et après la grossesse (4 recommandations)

**Selon l'OMS, les femmes enceintes ou dont la grossesse a pris fin récemment qui sont atteintes d'orthopoxvirose simienne bénigne ou sans complications peuvent ne pas nécessiter de soins aigus à l'hôpital ; un suivi dans un établissement de santé peut néanmoins être privilégié. L'OMS recommande que les femmes atteintes d'une maladie sévère ou avec complications soient admises dans un établissement de santé, car elles nécessitent des soins de support optimisés et/ou des interventions visant à améliorer la survie maternelle et fœtale.**

**Remarques :**

- Une petite quantité de données laisse penser que l'infection par le virus de l'orthopoxvirose simienne chez la femme enceinte pourrait conduire à une transmission verticale et à une issue défavorable pour le fœtus, telle qu'un avortement spontané ou une mortinaissance (9,28,29,91). Des recherches et données supplémentaires sont requises dans ce domaine.
- Compte tenu de ces risques potentiels, une prise en charge en établissement de santé doit être envisagée chez les femmes enceintes atteintes d'orthopoxvirose simienne bénigne/sans complications afin de surveiller plus étroitement la progression de la maladie et, si des complications survenaient, de les identifier et les traiter au moyen de soins de support optimisés (voir la section 4 pour plus d'informations).
- Donner des conseils aux femmes sur un régime alimentaire sain, la mobilité et l'exercice physique, l'apport en micronutriments pour elles-mêmes et leur nourrisson, le tabagisme et le tabagisme passif, la consommation d'alcool et d'autres substances psychoactives, conformément aux lignes directrices de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive (46) et aux recommandations de l'OMS concernant les soins à la mère et au nouveau-né pour une expérience postnatale positive (en anglais) (47) (49,50).
- Donner des conseils aux femmes conformément à la section 8.1.

**L'OMS recommande que les femmes enceintes ou dont la grossesse a pris fin récemment qui présentent une orthopoxvirose simienne aient accès à des soins qualifiés, respectueux et centrés sur la femme, notamment à une prise en charge par une sage-femme, obstétricale, gynécologique, du fœtus et du nouveau-né, ainsi qu'à des interventions de santé mentale et soutien psychosocial, avec la possibilité de prendre en charge les complications maternelles et néonatales.**

**Remarques :**

- Les soins qualifiés, respectueux et centrés sur la femme font référence à des soins organisés pour toutes les femmes et prodigués à toutes les femmes dans le respect de leur dignité, de leur vie privée et de la confidentialité, qui garantissent l'absence de préjudice et de maltraitance et permettent un choix éclairé. Pendant le travail et l'accouchement, cela inclut un accompagnant de leur choix, le traitement de la douleur, la mobilité pendant le travail et le choix de la position d'accouchement.
- L'accompagnant doit être dépisté selon la définition du cas de l'OMS pour l'orthopoxvirose simienne (voir l'annexe 1).
- Si l'accompagnant est atteint d'une orthopoxvirose simienne suspectée ou confirmée, convenir d'un autre accompagnant en bonne santé avec l'accord de la femme. Insister auprès de tous les accompagnants sur l'importance des mesures de lutte anti-infectieuse pendant le travail, l'accouchement et le séjour postnatal de la femme et du nouveau-né dans l'établissement de santé. Proposer en outre une formation à l'utilisation de l'EPI et restreindre les déplacements au sein de l'établissement de santé.

**L'OMS recommande de personnaliser le mode d'accouchement en fonction des indications obstétricales et des préférences de la femme. L'OMS recommande en outre de ne déclencher le travail ou de ne pratiquer de césarienne que si la situation médicale le justifie, en fonction de l'état de santé de la mère et du fœtus.**

**Remarques :**

- La décision de procéder à un accouchement d'urgence ou à une interruption de grossesse est particulièrement difficile et se fonde sur de nombreux facteurs, notamment l'âge gestationnel, la sévérité de l'état de la mère ainsi que la viabilité et le bien-être du fœtus.
- Les interventions visant à accélérer le travail et l'accouchement (par exemple, prolongation de la phase de travail, épisiotomie, extraction instrumentale) ne doivent être entreprises que si la situation médicale le justifie, en fonction de l'état de santé de la mère et du fœtus, conformément aux recommandations de l'OMS sur les soins per-partum (92).
- Le clampage tardif du cordon ombilical (au plus tôt une minute après la naissance) est recommandé, car il est favorable à la bonne santé de la mère et du nourrisson et à une nutrition adéquate. Aucune donnée factuelle ne montre qu'un clampage tardif du cordon ombilical augmente le risque de transmission virale de la mère au nouveau-né. Les effets bénéfiques avérés d'un clampage retardé d'au moins une à trois minutes l'emportent sur les effets néfastes théoriques et non établis.
- Des décisions personnalisées doivent être prises concernant le report du déclenchement planifié (programmé) ou de la césarienne chez les femmes enceintes chez lesquelles une orthopoxvirose simienne bénigne est suspectée ou confirmée (93).
- Le placenta et les tissus ou liquides liés à la grossesse, tels que le liquide amniotique ou les liquides et tissus fœtaux, doivent être éliminés en respectant les protocoles de lutte anti-infectieuse spécifiques aux matières potentiellement infectieuses (voir la section 7).

**L'OMS recommande que, après avoir guéri de l'orthopoxvirose simienne, les femmes enceintes et celles dont la grossesse a pris fin récemment puissent recevoir des soins prénatals, postnatals ou liés à l'avortement systématiquement prévus, le cas échéant, et y être encouragées. Des soins supplémentaires doivent être fournis en cas de complications.**

**Remarques :**

- Une petite quantité de données laisse penser que l'infection par le virus de l'orthopoxvirose simienne chez la femme enceinte pourrait conduire à une transmission verticale et à une issue défavorable pour le fœtus, telle qu'un avortement spontané ou une mortinaissance (9,28,29,91). Des recherches et données supplémentaires sont requises dans ce domaine.
- Bien que de nouvelles informations se fassent jour, les femmes enceintes atteintes d'orthopoxvirose simienne ou en cours de rétablissement doivent recevoir des informations sur le risque d'issue défavorable de la grossesse et des conseils si elles le demandent ou le souhaitent.
- Les choix et les droits des femmes en matière de soins de santé sexuelle et procréative doivent être respectés, notamment l'accès à la contraception et à un avortement sécurisé, conformément au document de l'OMS Abortion care guideline (en anglais) (51).
- Les femmes enceintes atteintes d'orthopoxvirose simienne doivent être informées que le risque de transmission par exposition aux liquides ou tissus liés à la grossesse, comme le liquide amniotique, le placenta ou les tissus fœtaux, est inconnu. Des instructions sur la manière de manipuler les échantillons potentiellement infectieux doivent être fournies (voir la section 7).
- Donner des conseils aux femmes sur les pratiques sexuelles à moindre risque (voir la section 8.1).
- Toutes les femmes enceintes atteintes d'orthopoxvirose simienne confirmée et leurs nourrissons doivent faire l'objet d'un suivi par l'intermédiaire des registres nationaux pour identifier tout signe de complication (voir la section 13).

### 8.3 Prise en charge des nourrissons et des jeunes enfants atteints d'orthopoxvirose simienne (2 recommandations)

**L'OMS recommande que les nouveau-nés de mères atteintes d'orthopoxvirose simienne fassent l'objet d'une surveillance étroite pour détecter tout signe d'exposition congénitale ou périnatale ou d'infection potentielles. Les mères et les nourrissons ou les jeunes enfants peuvent également être contaminés lors de contacts rapprochés.**

**L'OMS recommande que les enfants exposés à l'orthopoxvirose simienne bénéficient du schéma vaccinal complet correspondant à leur âge, conformément au calendrier de vaccination systématique national, avec des vaccinations à jour, dans la mesure du possible.**

**Remarques :**

- Le mode de transmission de l'orthopoxvirose simienne chez l'enfant est identique à celui observé chez l'adulte : de l'animal à l'être humain, entre êtres humains et d'un environnement contaminé à l'être humain, la plupart des informations provenant de pays d'Afrique du Centre et de l'Ouest (5).
- Les enfants ne doivent pas dormir dans le même lit ou la même chambre qu'une personne atteinte d'orthopoxvirose simienne et ne doivent pas utiliser la même vaisselle pour se nourrir ou s'hydrater.
- D'après des études de faible ampleur et des études de cas, les enfants pourraient être plus exposés aux risques de maladie sévère, notamment à l'encéphalite et à l'état septique, ainsi qu'au risque de décès que les adultes (9–11,16,28).
- Ceci est particulièrement important lorsque l'orthopoxvirose simienne a pu être transmise par morsure ou griffure d'un animal ou lorsque la barrière cutanée a été endommagée. Non seulement le risque de maladie sévère est plus élevé chez l'enfant, mais une infection endommageant la barrière cutanée pourrait également constituer un risque de maladie sévère (23).
- Compte tenu de ces risques potentiels, une prise en charge en établissement de santé doit être envisagée chez les jeunes enfants afin de surveiller la progression de la maladie et, si des complications survenaient, de les identifier et les traiter au moyen de soins de support optimisés. Les jeunes enfants ne doivent pas être placés en isolement seuls. Une personne (un

parent ou un aidant) en bonne santé et qui n'est pas à haut risque doit être présente pour prodiguer des soins à l'enfant malade en adoptant les mesures de lutte anti-infectieuse appropriées (voir la section 7.2).

- Un vaccin contenant une anatoxine tétanique adapté à l'âge doit être administré aux nourrissons et aux enfants n'ayant pas reçu tous les vaccins pédiatriques recommandés ainsi qu'à toute personne n'ayant pas achevé le calendrier de vaccination antitétanique recommandé.

## 8.4 Alimentation des nourrissons de mères atteintes d'orthopoxvirose simienne (une recommandation)

**L'OMS recommande que les modes d'alimentation des nourrissons, notamment l'arrêt éventuel de l'allaitement lorsque la mère est atteinte d'orthopoxvirose simienne, soient évalués au cas par cas, en tenant compte de la condition physique générale de la mère et de la sévérité de la maladie, celles-ci pouvant avoir un impact sur le risque de transmission de la mère au nourrisson.**

### Remarques :

- On ne sait actuellement pas si le virus de l'orthopoxvirose simienne ou les anticorps dirigés contre lui passent dans le lait maternel.
- Les risques connus d'une privation de la protection conférée par l'allaitement et de la détresse liée à la séparation de la mère et du nourrisson doivent avoir plus de poids lors du calcul du rapport risques/bénéfices que le risque potentiel inconnu d'infection du nourrisson par l'orthopoxvirus simien.
- La priorité doit être donnée aux paramètres favorisant la survie du nourrisson tout en veillant à un apport nutritionnel adéquat (par exemple, en évitant les maladies diarrhéiques liées à l'utilisation de lait maternisé contaminé lors d'une préparation avec de l'eau non potable ou dans de mauvaises conditions d'hygiène).
- L'apparition de signes et symptômes d'orthopoxvirose simienne doit être surveillée chez les nourrissons dont la mère est infectée, principalement dans le but de mettre en place des soins de support précoces pour éviter le développement d'une maladie sévère et une issue défavorable.
- Les mères atteintes d'orthopoxvirose simienne doivent adopter des mesures générales de lutte anti-infectieuse lorsqu'elles touchent ou alimentent leur nourrisson, notamment se laver les mains avant et après chaque allaitement, porter un masque (dans la mesure du possible) et couvrir les lésions de l'aréole et des zones en contact direct avec le nourrisson. Si les lésions ne touchent qu'un seul sein, la mère peut extraire le lait du sein porteur de lésions de l'aréole et le jeter, et allaiter le nourrisson avec l'autre sein. La mère et le nourrisson doivent dans tous les cas être surveillés étroitement pour détecter tout signe et symptôme de l'orthopoxvirose simienne et recevoir les soins appropriés.
- Si le nourrisson est âgé de moins de six mois et qu'il a été séparé de sa mère atteinte d'orthopoxvirose simienne, il doit être nourri avec le lait d'une donneuse ou des substituts appropriés du lait maternel, en tenant compte de la faisabilité, de la sécurité, de la durabilité, du contexte culturel, de l'acceptabilité pour la mère et de la mise à disposition d'un tel service.
- Lorsque du lait maternel provenant d'une donneuse ou des substituts appropriés du lait maternel ne sont pas disponibles pour les nourrissons âgés de 6 à 23 mois, du lait pasteurisé entier d'origine animale peut être utilisé, avec des aliments de complément, dans le cadre d'un régime alimentaire équilibré.
- Une aide globale pour la relactation doit être fournie aux mères qui ont interrompu l'allaitement en raison de l'orthopoxvirose simienne (ou pour tout autre motif) afin de rétablir la fabrication de lait maternel et de poursuivre l'allaitement.
- Si un substitut de lait maternel est utilisé en tant qu'alimentation de substitution, il est essentiel de suivre la croissance et le développement du nourrisson ainsi que l'apparition d'autres maladies ou de signes et symptômes de l'orthopoxvirose simienne.
- Si la mère d'un nourrisson ou d'un jeune enfant a été exposée à l'orthopoxvirose simienne, mais ne présente aucun symptôme évocateur d'une infection, ne pas séparer le nourrisson ou l'enfant de sa mère. L'allaitement doit être poursuivi, tout en mettant en place une surveillance étroite pour détecter les signes et symptômes d'orthopoxvirose simienne.

## 9. PRISE EN CHARGE DES PATIENTS À HAUT RISQUE ET DES PATIENTS PRÉSENTANT DES COMPLICATIONS OU UNE ORTHOPOXVIROSE SIMIENNE SÉVÈRE (DEUX RECOMMANDATIONS)

L'OMS recommande d'hospitaliser les patients à haut risque de complications (c'est-à-dire les jeunes enfants, les femmes enceintes et les personnes immunodéprimées) et les patients atteints d'orthopoxvirose simienne sévère ou avec complications pour bénéficier d'un suivi plus étroit et de soins cliniques dans des conditions d'isolement appropriées afin de prévenir la transmission du virus.

### Remarques :

- Voir le Tableau 9.1 pour l'évaluation systématique à réaliser chez les patients hospitalisés.

**Tableau 9.1 Constantes vitales et faciès clinique à contrôler systématiquement**

<b>Évaluation des constantes vitales et de la douleur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Température, fréquence cardiaque, pression artérielle, fréquence respiratoire, saturation en oxygène périphérique, niveau de conscience à l'aide de l'échelle d'alerte, de voix, de douleur, d'absence de réaction (AVPU), glycémie en milieu hospitalier, et poids corporel et taille pour calculer l'IMC et le MUAC des enfants</li> <li>• Échelle de la douleur</li> </ul>
<b>État général</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le patient est-il capable de manger et de boire sans assistance ?</li> <li>• Le patient est-il capable de s'asseoir et de marcher seul ?</li> <li>• Le patient a-t-il présenté un amaigrissement récent depuis le début des symptômes ?</li> </ul>
<b>Caractérisation de l'éruption</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stade de l'éruption : macules, papules, vésicules, pustules, formation de croûtes, exfoliation</li> <li>• Localisation de l'éruption (visage, bras, torse, organes génitaux, jambes, muqueuses)</li> <li>• Nombre de lésions (28,94): <ul style="list-style-type: none"> <li>– Bénignes (&lt;25 lésions cutanées)</li> <li>– Modérées (25-99 lésions cutanées)</li> <li>– Sévères (100-250 lésions cutanées)</li> <li>– Très sévères (&gt;250 lésions cutanées)</li> </ul> </li> <li>• En cas d'exfoliation : pourcentage de la surface corporelle touchée (un pourcentage &gt;10 % doit alerter)</li> </ul>
<b>Présence d'une infection secondaire bactérienne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cellulite, abcès, pyomyosite, infection nécrosante des tissus mous</li> </ul>
<b>État neurologique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AVPU, convulsions, coma</li> </ul>
<b>État d'hydratation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présence d'une déshydratation : légère, modérée ou sévère (voir le Tableau 9.2 pour de plus amples détails)</li> </ul>
<b>Signes d'hypoperfusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pouls, force du pouls, remplissage capillaire</li> <li>• Diurèse (&gt;0,5 ml/kg/h = satisfaisante chez l'adulte ; 1,0 ml/kg/h chez l'enfant)</li> <li>• Marbrures de la peau</li> </ul>
<b>Système respiratoire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fréquence respiratoire, saturation en oxygène (SpO<sub>2</sub>), signes de détresse respiratoire</li> </ul>
<b>Évaluation nutritionnelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modification de l'appétit, amaigrissement, poids corporel, taille, calcul de l'IMC, MUAC chez l'enfant</li> <li>• Signes de malnutrition – utilisation d'un outil normalisé (par exemple, l'outil universel de dépistage de la malnutrition) </li> </ul>
<b>Tests en laboratoire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sodium (Na), potassium (K), bicarbonates (HCO<sub>3</sub>), azote uréique [sanguin], créatinine, AST, ALT, glucose, numération leucocytaire, hémoglobine (Hg), plaquettes, temps de Quick/rapport normalisé international (RNI), chlore (Cl), calcium, albumine</li> </ul>

Source : ce tableau a été adapté à partir du document de l'OMS Soins de supports optimisés pour la maladie à virus Ebola (57) et inclut des informations issues du Mémento de soins hospitaliers pédiatriques de l'OMS (45).

**Tableau 9.2 Classification des déshydratations**

	Légère (déplétion plasmatique de 3-5 %)	Modérée (déplétion plasmatique de 6-9 %)	Sévère (déplétion plasmatique >10 %)
Pouls	Normal	Rapide	Rapide et faible ou filant
Pression artérielle systolique	Normale	Normale à faible	Faible
Muqueuses buccales	Légèrement sèches	Sèches	Desséchées
Texture de la peau	Normale	—	Pli cutané
Diurèse	Normale Adulte (> 0,5 mL/kg/hr) Enfant (> 1 mL/kg/hr)	Réduite Adulte (< 0.5 mL/kg/hr) Enfant (≤1 mL/kg/h) × 3 heures	Très faible ou anurie (<0,5 ml/kg/h x 3 heures)
Fréquence respiratoire	Inchangée	Augmentée	Augmentée
Entrées et sorties	Sorties > entrées	Sorties > entrées	Sorties >> entrées
Autres	Augmentation de la soif	Augmentation de la soif	Chez le nourrisson, fontanelle déprimée, peau froide

Source : ce tableau a été adapté à partir du document de l'OMS Soins de supports optimisés pour la maladie à virus Ebola (57).

**L'OMS recommande de prodiguer des soins de support optimisés aux patients qui développent des complications ou une maladie sévère.**

**Remarques :**

- Voir le Tableau 9.3.

**Tableau 9.3 9.3 Prise en charge clinique des complications et des formes sévères d'orthopoxvirose simienne**

Complication	Traitement
<b>Exfoliation cutanée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les patients présentant de nombreuses éruptions peuvent développer une exfoliation (comparable à des brûlures superficielles dans les cas sévères) qui peut être importante et entraîner une déshydratation et des pertes protéiques (21).</li> <li>• Estimer le pourcentage de peau touchée et envisager un traitement tel que celui appliqué aux brûlures.</li> <li>• Minimiser les pertes insensibles et favoriser la cicatrisation cutanée.</li> <li>• Assurer une hydratation et une alimentation adéquates.</li> <li>• Obtenir une consultation auprès de personnes compétentes, telles qu'un chirurgien, un dermatologue et/ou un spécialiste en soin des plaies.</li> <li>• Procéder au parage des plaies au chevet du patient ou au bloc opératoire, au besoin.</li> <li>• Envisager une greffe cutanée dans les cas rares et sévères.</li> </ul>
<b>Infection nécrosante des tissus mous</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Affection potentiellement mortelle des tissus mous profonds qui touche l'aponévrose musculaire et entraîne une nécrose, une destruction tissulaire et une toxicité systémique. Elle doit être soupçonnée en présence d'un œdème, d'une crépitation, d'écoulements malodorants ou de douleur disproportionnée par rapport à l'aspect de l'infection. Bien qu'elle puisse être provoquée par l'orthopoxvirus simien, d'autres agents pathogènes bactériens doivent également être envisagés. Instaurer un traitement par antibiotiques à large spectre efficaces contre <i>Staphylococcus</i> sp. et <i>Streptococcus</i> sp. Consulter un chirurgien pour cette urgence chirurgicale (55).</li> <li>• Se reporter au document de l'OMS Essential Medicines List: antibiotic book (en anglais) (56) pour obtenir des conseils sur le choix des antibiotiques adaptés et leur bonne utilisation (56).</li> </ul>

Complication	Traitement
<b>Pyomyosite</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cette affection, qui est liée à la formation de pus dans le muscle, doit être suspectée lorsque le patient présente une douleur à la palpation. Bien qu'elle puisse être due à l'orthopoxvirus simien, elle est couramment provoquée par des bactéries de la flore cutanée, telles que <i>Staphylococcus</i> sp. ou <i>Streptococcus</i> sp. (45,56). Une échographie peut être utilisée pour faciliter le diagnostic. Effectuer des prélèvements pour hémoculture, instaurer un traitement par antibiotiques à large spectre et procéder à une incision chirurgicale et un drainage. Envoyer un échantillon pour une analyse microbiologique et une mise en culture qui orienteront la sélection du traitement antimicrobien (55).</li> <li>• Se reporter au document de l'OMS Essential Medicines List: antibiotic book (en anglais) (📖) pour obtenir des conseils sur le choix des antibiotiques adaptés et leur bonne utilisation (56).</li> </ul>
<b>Adénopathie cervicale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peut toucher jusqu'à 85,65 % des patients présentant une adénopathie (9).</li> <li>• Lorsqu'une adénopathie cervicale volumineuse est associée à de multiples lésions oropharyngées, les patients peuvent être à risque de complications, notamment de défaillance respiratoire et d'abcès rétropharyngiens. Les patients présentent également un risque de déshydratation en raison d'une réduction des apports alimentaires et hydriques (9,21).</li> <li>• Obtenir une consultation auprès de spécialistes compétents, tels qu'un chirurgien, un anesthésiste et des cliniciens spécialisés en maladies infectieuses. Sous leur supervision, des stéroïdes peuvent être utilisés dans les cas sévères (9).</li> </ul>
<b>Lésions oculaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les cicatrices cornéennes et la perte de la vision font partie des séquelles les plus lourdes de l'orthopoxvirose simienne (11,21,30,42).</li> <li>• Les patients peuvent présenter des symptômes oculaires non spécifiques tels qu'une conjonctivite.</li> <li>• Soins oculaires, avec évaluation par un ophtalmologue (42).</li> <li>• Antibiotiques/antiviraux ophtalmiques, s'ils sont indiqués en cas de co infection.</li> <li>• Supplémentation en vitamine A, en particulier chez les enfants souffrant de malnutrition (45).</li> <li>• Soins oculaires de bonne qualité, incluant une lubrification oculaire et des bandeaux oculaires protecteurs imprégnés de solution salée (45).</li> <li>• Les pommades à base de stéroïdes doivent être évitées (elles peuvent prolonger la présence de l'orthopoxvirus simien dans les tissus oculaires) (21,95).</li> <li>• Un collyre à base de trifluridine (parfois utilisé contre d'autres infections oculaires à orthopoxvirus ou à herpès virus) peut être envisagé pour accélérer la résolution des symptômes et prévenir les conséquences à long terme liées à la formation de cicatrices, lorsque ce traitement est disponible (21,30,95,96).</li> </ul>
<b>Pneumonie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise en charge conformément au document de l'OMS <i>Clinical care for severe acute respiratory infection toolkit</i> (en anglais) (📖).</li> <li>• Se reporter au document de l'OMS Essential Medicines List: antibiotic book (en anglais) (📖) pour obtenir des conseils sur le choix des antibiotiques adaptés et leur bonne utilisation (56).</li> </ul>
<b>Syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oxygène, ventilation non invasive, ventilation mécanique.</li> <li>• Prise en charge conformément au document de l'OMS <i>Clinical care for severe acute respiratory infection toolkit</i> (en anglais) (📖).</li> </ul>
<b>Déshydratation sévère</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une déshydratation sévère et un choc hypovolémique peuvent survenir chez les patients atteints d'orthopoxvirose simienne en raison d'une perte de volume intravasculaire due à des éruptions étendues et/ou à des pertes gastro-intestinales importantes liées à la diarrhée et aux vomissements, associés à des apports oraux insuffisants.</li> <li>• La déshydratation sévère est traitée au moyen de techniques de réanimation, avec injection intraveineuse ou intraosseuse de liquides en un ou plusieurs bolus, avec une surveillance étroite de la réaction au remplissage vasculaire. Un apport liquidien adéquat par voie intraveineuse (IV) correspond au volume qui corrige les signes d'hypovolémie. Voir le Mémento de soins hospitaliers pédiatriques (📖) (21,45).</li> </ul>
<b>État septique et choc septique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'état septique et le choc septique diffèrent d'une déshydratation sévère en ce qu'ils découlent d'une réponse immunitaire à une infection. La prise en charge de l'état septique impose l'identification précoce de l'infection, sa prise en charge et des soins de support, notamment une réanimation liquidienne, afin de maintenir la perfusion des organes pour limiter et prévenir toute lésion supplémentaire des organes. La prise en charge peut également s'appuyer sur des vasopresseurs et des mesures de lutte contre l'infection (21).</li> <li>• Pour plus d'informations sur l'état septique, voir le document de l'OMS <i>Clinical care for severe acute respiratory infection toolkit</i> (en anglais) (📖) (33).</li> <li>• Se reporter au document de l'OMS <i>Essential Medicines List: antibiotic book</i> (en anglais) (📖) pour obtenir des conseils sur le choix des antibiotiques adaptés et leur bonne utilisation (56).</li> </ul>

Complication	Traitement
<b>Encéphalite</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Envisager une ponction lombaire de liquide céphalorachidien pour rechercher d'autres affections pouvant être traitées.</li><li>• Surveiller et évaluer les voies aériennes, la respiration, la circulation et le handicap (protocole ABCD) et administrer des traitements d'urgence.</li><li>• Surveiller l'état neurologique (échelle AVPU).</li><li>• Supprimer les convulsions au moyen d'anti-épileptiques (42).</li><li>• Antibiotiques/antiviraux, s'ils sont indiqués en cas de co-infection.</li><li>• Se reporter au document de l'OMS <i>Essential Medicines List: antibiotic book</i> (en anglais) (43) pour obtenir des conseils sur le choix des antibiotiques adaptés et leur bonne utilisation (56).</li></ul>
<b>Aspects nutritionnels</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Évaluer l'état nutritionnel de tous les patients. Si la prise de nourriture est limitée en raison d'une asthénie, un prestataire de santé doit aider le patient à s'alimenter. Si le patient ne supporte pas la prise de nourriture par voie orale, une nutrition entérale doit être envisagée. La mise en place d'une sonde nasogastrique par un agent qualifié pourrait être envisagée pour alimenter le patient par cette voie. Vérifier que la sonde nasogastrique est correctement positionnée avant d'administrer des aliments pour éviter toute fausse route.</li><li>• Procéder avec prudence chez les patients exposés à un risque au moment de la réalimentation (état critique, faible IMC, ration alimentaire réduite &gt;5 jours, antécédents d'alcoolisme ou traitement par les médicaments suivants : insuline, chimiothérapie, antiacides ou diurétiques) et mettre en place une nutrition entérale progressive sous surveillance étroite.</li><li>• Les patients dont le niveau de conscience est réduit sont à risque de fausse route et ne devraient pas être forcés à s'alimenter. En cas de malnutrition sévère, voir les lignes directrices publiées par l'OMS (43) (42,45,47).</li></ul>

## 10. PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS D'ORTHOPOXVIROSE SIMIENNE APRÈS LA PHASE AIGÜE DE L'INFECTION (UNE RECOMMANDATION)

**L'OMS recommande que les cas suspects ou confirmés d'orthopoxvirose simienne aient accès à des soins de suite. Il doit être conseillé à tous les patients (et à leurs aidants) atteints d'orthopoxvirose simienne de surveiller la persistance des symptômes, l'apparition de nouveaux symptômes ou la modification de symptômes existants. Le cas échéant, un avis médical doit être demandé, conformément au parcours de soins national (local).**

### Remarques :

- Des parcours de soins nationaux (locaux) coordonnés doivent être mis en place. Ils peuvent inclure des prestataires de soins primaires (p. ex., des médecins généralistes), des spécialistes compétents (p. ex., spécialistes en santé sexuelle et en maladies infectieuses, dermatologues, chirurgiens, spécialistes du soin des plaies), des prestataires de soins de santé mentale et psychosociale, des nutritionnistes et des services sociaux pour les patients et leur famille.
- La prise en charge doit être personnalisée en fonction des besoins des patients et coordonnée. Les interventions peuvent inclure une éducation, des conseils relatifs aux stratégies d'autogestion, un soutien et une éducation pour les aidants, des groupes de soutien, la gestion du stress, l'atténuation de la stigmatisation et le traitement à domicile et/ou la prise en charge par des spécialistes.

## 11. PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DÉCÉDÉS (UNE RECOMMANDATION)

**L'OMS recommande que les restes humains de personnes décédées qui étaient atteintes d'orthopoxvirose simienne soient manipulés en appliquant les mesures de lutte anti-infectieuse appropriées.**

**Remarques :**

- La manipulation du corps de la personne décédée doit être réduite au strict minimum.
- Appliquer les règles d'hygiène des mains et porter un EPI protégeant contre la transmission par contact et gouttelettes (gants, blouse, masque de protection respiratoire [p. ex., N95, FFP2] et protection oculaire), car les patients décédés présentant des éruptions non cicatrisées peuvent rester infectieux.
- Prendre les mesures voulues pour contenir toute fuite de liquide biologique.
- Le corps doit être placé dans un tissu ou une enveloppe et transféré à la morgue le plus rapidement possible.
- La dignité des défunts, leurs traditions culturelles et religieuses, et leurs familles doivent être respectées et protégées. La famille et les amis peuvent venir voir le corps après qu'il a été préparé pour l'enterrement, conformément aux coutumes locales. Ils ne doivent ni toucher ni embrasser le corps et doivent se laver les mains avec de l'eau et du savon ou un produit hydroalcoolique après s'être recueillis devant le corps (97,98).

## 12. PRISE EN CHARGE DES AGENTS DE SANTÉ EXPOSÉS (UNE RECOMMANDATION)

**L'OMS recommande la mise en place d'un plan d'évaluation et de prise en charge pour le personnel exposé à l'orthopoxvirose simienne dans le cadre de son activité professionnelle.**

**Remarques :**

- Ces plans doivent se conformer aux politiques nationales ou infranationales. Le terme « national » désigne une entité gouvernementale de niveau national et le terme « infranational », une entité gouvernementale d'un niveau inférieur (quelle que soit l'organisation politique, financière et administrative du pays) intervenant dans la gestion des personnels de santé dans le contexte de l'orthopoxvirose simienne.
- Les agents de santé doivent signaler aux autorités responsables de la lutte anti-infectieuse, de la santé au travail et de la santé publique toute exposition potentielle afin de bénéficier d'une évaluation médicale et de recevoir des instructions concernant leur suivi.
- Les agents de santé exposés au virus dans le cadre professionnel (c'est-à-dire qui ne portaient pas l'EPI approprié) peuvent continuer à travailler s'ils sont asymptomatiques, mais doivent être placés sous surveillance active pour détecter l'apparition de symptômes éventuels dans les 21 jours qui suivent l'exposition. Il leur est en outre demandé de ne pas intervenir auprès des patients vulnérables.
- Les agents de santé qui ont été exposés à un cas confirmé d'orthopoxvirose simienne doivent bénéficier d'une évaluation médicale, et les interventions possibles dans le cadre d'un protocole de recueil de données prospectif ou d'un essai clinique doivent être examinées (vaccination ou PPE).

## 13. RECUEIL DE DONNÉES NORMALISÉ ET PLATEFORME CLINIQUE DE L'OMS

Le groupe de cas d'orthopoxvirose simienne continuant de s'étendre dans différentes régions OMS, il est important de cerner le faciès clinique, les facteurs de pronostic et les issues chez les patients pour orienter les lignes directrices de prise en charge clinique et éclairer les décisions de santé publique. La Plateforme clinique mondiale de l'OMS (en anglais) ([🌐](#)) recueille des données cliniques anonymisées de patients et a été utilisée pour approfondir les connaissances sur divers agents pathogènes émergents, tels que le virus Ebola et le virus responsable de la COVID 19. Afin de mieux comprendre les cas actuels, nous avons mis au point un cahier d'observation et nous invitons les États Membres à alimenter cette plateforme.

Les objectifs de la plateforme sont les suivants :

- Décrire les caractéristiques cliniques de l'orthopoxvirose simienne.
- Évaluer les variations de caractéristiques cliniques de l'orthopoxvirose simienne.
- Identifier la corrélation entre les caractéristiques cliniques de l'orthopoxvirose simienne et les symptômes.
- Décrire l'évolution dans le temps des caractéristiques cliniques de l'orthopoxvirose simienne.

## 14. INCERTITUDES ET DOMAINES DE RECHERCHE

- Transmission :
  - Déterminer si la maladie présente une phase pré-symptomatique ou asymptomatique.
  - Comprendre les voies de transmission interhumaine pour inclure des études portant sur les corrélations entre la dynamique et la trajectoire virales et la mise en culture du virus dans divers liquides biologiques et pour déterminer leur impact sur la transmission, les périodes infectieuses, les sous-groupes de manifestation de la maladie et de sévérité de la maladie.
  - Établir le risque de zoonose en retour et de contaminations de l'être humain à l'animal.
  - Histoire naturelle de la maladie : sévérité de la maladie et facteurs de risque de maladie sévère dans différentes sous-populations (nouveau-nés, enfants et personnes jeunes, personnes immunodéprimées, femmes enceintes et personnes âgées).
- Co-infection : autres virus (virus varicelle-zona, VIH), IST (notamment, infection par le HSV, syphilis, chancre mou, LGV) et autres, parasitoses (paludisme, dengue, filariose), etc. Déterminer si la co-infection a un impact sur la transmission, la sévérité de la maladie.
- Meilleurs soins symptomatiques pour la peau, prise en charge des éruptions, nutrition.
- Meilleur ensemble de soins optimisé pour les complications telles que les complications oculaires, les infections du système nerveux central.
- Conséquences à long terme chez les patients rétablis, y compris les mères et les nourrissons, les personnes immunodéprimées. Existe-t-il un syndrome post-viral ?
- Efficacité et sécurité des traitements, y compris chez les femmes enceintes et allaitantes et les enfants.
- Catégories de risques d'exposition des agents de santé et PPE.
- Sensibilité de l'orthopoxvirus simien aux désinfectants et propriétés virucides des désinfectants (c.-à-d. principes actifs et concentrations, temps de contact).
- Stabilité du virus dans l'environnement et sur les surfaces.
- Prélèvement d'eaux usées et prévision des tendances épidémiques pour adapter la riposte.
- Modes de ventilation optimaux pour réduire la transmission de la maladie.
- Durée des précautions contre la transmission imposant le maintien des patients en isolement (moment auquel ces précautions peuvent être levées).
- Effets des soins à domicile (leçons à en tirer, modèles de soins, etc.).
- Caractérisation de l'évolution du virus.

## DÉFINITIONS

**Actes générant des aérosols :** gestes connus pour produire des aérosols qui ont été systématiquement associés à une augmentation du risque de transmission d'agents pathogènes. La liste actuelle des actes reconnus comme générant des aérosols par l'OMS inclut l'aspiration d'échantillons des voies respiratoires, la bronchoscopie, l'intubation et la réanimation cardio-respiratoire (99,100).

**Agent de santé :** personne exerçant des activités dont l'objet essentiel est d'améliorer la santé. Sont compris les prestataires de services de santé (comme les médecins, les professionnels des soins infirmiers obstétricaux), les professionnels de la santé publique, les techniciens (laboratoire, santé, médical et non médical), le personnel d'aide à la personne, les guérisseurs et les praticiens de la médecine traditionnelle. Sont compris également le personnel de gestion et le personnel de soutien, comme le personnel chargé du nettoyage, les chauffeurs, le personnel administratif des hôpitaux, les cadres de santé des districts et les travailleurs sociaux, ainsi que d'autres groupes professionnels réalisant des activités liées à la santé. Ce groupe comprend les personnes qui travaillent dans des établissements ou des structures de soins aigus, de soins de longue durée, de santé publique, de soins communautaires ainsi que d'autres professionnels œuvrant dans les secteurs de la santé et des soins sociaux (102):

**Chambre de précautions aériennes (chambre d'isolement en cas d'infection à transmission aérienne) :** chambre présentant un débit de ventilation élevé et où la direction du flux d'air est contrôlée, qui permet d'assurer le confinement des infections à transmission aérienne et des infections respiratoires aiguës dues à un nouvel agent susceptible de poser un risque pour la santé publique. Ces chambres peuvent être ventilées naturellement ou mécaniquement (99):

- **Chambre de précautions aériennes ventilée naturellement :** le flux d'air doit être dirigé vers des zones exemptes de passage, ou doit assurer une dilution rapide de l'air contaminé dans les zones environnantes et à l'air libre ; le débit de ventilation moyen doit être de 160 l/s par patient.
- **Chambre de précautions aériennes ventilée mécaniquement :** une pression négative est créée pour contrôler la direction du flux d'air ; le débit de ventilation doit être d'au moins 12 renouvellements d'air par heure.

Une telle chambre équivaut aux chambres d'isolement en cas d'infection à transmission aérienne décrites par les CDC.

**Masque de protection respiratoire :** également connu sous le nom de « masque respiratoire filtrant ». Type d'équipement de protection individuelle dont la partie placée sur le visage intègre un filtre ou constitue le moyen de filtrage et permet un ajustement parfait sur le visage à elle seule. Les masques de protection respiratoire concilient filtration, respirabilité et ajustement. Alors que les masques médicaux filtrent les gouttelettes de 3 micromètres, les masques de protection respiratoire de type N95 et FFP2 doivent filtrer des particules ou des matières particulaires de 0,075 micromètre sur toute leur surface grâce à leur caractère parfaitement ajustable. Les masques de protection respiratoire FFP2 européens, d'après la norme EN 149, filtrent au moins 94 % des particules de chlorure de sodium et les gouttelettes d'huile de paraffine (100):

**Transmission aérienne :** propagation d'un agent infectieux causée par la dissémination de noyaux de condensation demeurant infectieux longtemps et sur de longues distances lorsqu'ils sont en suspension dans l'air. On distingue la transmission aérienne systématique et la transmission aérienne préférentielle ou opportuniste (99):

- **Transmission aérienne systématique :** agents pathogènes transmis uniquement par dépôt de noyaux de condensation en conditions naturelles (par exemple, tuberculose pulmonaire).
- **Transmission aérienne préférentielle :** agents pathogènes dont la transmission peut emprunter de multiples voies, mais qui sont transmis principalement par des noyaux de condensation (par exemple, rougeole et varicelle).
- **Transmission aérienne opportuniste :** agents provoquant naturellement une maladie en empruntant d'autres voies, mais qui peuvent, dans certaines circonstances, être transmis par des particules d'aérosols fines (101).

Définition tirée du document Infection prevention and control of epidemic-and pandemic-prone acute respiratory infections in health care (en anglais, OMS, 2014). L'OMS tiendra une consultation internationale en 2022 pour affiner cette définition.

**Transmission par contact :** propagation d'un agent infectieux due à un contact physique entre un hôte sensible et des personnes ou des objets contaminés. La transmission par contact direct inclut le contact direct entre surfaces corporelles comme le transfert physique de micro-organismes entre une personne infectée ou colonisée et un hôte sensible. La transmission par contact indirect suppose un contact entre un hôte sensible et un objet intermédiaire contaminé (par exemple, des mains) qui porte et transfère les micro-organismes (99).

**Transmission par gouttelettes :** propagation d'un agent infectieux due à la dissémination de gouttelettes. Les gouttelettes sont principalement générées par une personne (source) infectée lorsqu'elle tousse, éternue ou parle. La transmission survient lorsque ces gouttelettes contenant des micro-organismes sont propulsées (en général à <1 m) dans l'air et se déposent sur les conjonctives ou les muqueuses de la bouche, du nez, de la gorge ou du pharynx d'une autre personne. Il s'agit essentiellement (à >99 %) de grosses gouttelettes parcourant de faibles distances (<1 m) qui ne restent pas en suspension dans l'air. Aucune ventilation et aucun traitement de l'air particuliers ne sont donc nécessaires pour prévenir la transmission par gouttelettes (99).

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Jezek Z, Grab B, Szczeniowski MV, Paluku KM, Mutombo M. Human monkeypox: secondary attack rates. *Bull World Health Organ.* 1988;66(4):465–70 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2844429>, consulté le 9 juin 2022).
2. Brown K, Leggat PA. Human monkeypox: current state of knowledge and implications for the future. *Trop Med Infect Dis.* 2016;1(1) (<http://dx.doi.org/10.3390/tropicalmed1010008>, consulté le 9 juin 2022).
3. Lignes directrices pour la gestion des questions éthiques lors des flambées de maladies infectieuses. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/275799>, consulté le 9 juin 2022).
4. WHO handbook for guideline development. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/145714>, consulté le 9 juin 2022).
5. Bunge EM, Hoet B, Chen L, Lienert F, Weidenthaler H, Baer LR, et al. The changing epidemiology of human monkeypox – a potential threat? A systematic review. *PLoS Negl Trop Dis.* 2022;16(2):e0010141 (<https://journals.plos.org/plosntds/article/file?id=10.1371/journal.pntd.0010141&type=printable>, consulté le 9 juin 2022).
6. Li Y, Zhao H, Wilkins K, Hughes C, Damon IK. Real-time PCR assays for the specific detection of monkeypox virus West African and Congo Basin strain DNA. *J Virol Methods.* 2010;169(1):223–7 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.jviromet.2010.07.012>, consulté le 9 juin 2022).
7. Beer EM, Rao VB. A systematic review of the epidemiology of human monkeypox outbreaks and implications for outbreak strategy. *PLoS Negl Trop Dis.* 2019;13(10):e0007791 (<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0007791>, consulté le 9 juin 2022).
8. Yinka-Ogunleye A, Aruna O, Dalhat M, Ogoina D, McCollum A, Disu Y, et al. Outbreak of human monkeypox in Nigeria in 2017–18: a clinical and epidemiological report. *Lancet Infect Dis.* 2019;19(8):872–9 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1473309919302944>, consulté le 9 juin 2022).
9. Pittman PR, Martin JW, Placide M, Muyembe JJT, Wan Q, Reynolds M, et al. Clinical characterization of human monkeypox infections in the Democratic Republic of the Congo. *medRxiv.* 2022 (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.05.26.22273379v1>, consulté le 9 juin 2022).
10. Petersen E, Kantele A, Koopmans M, Asogun D, Yinka-Ogunleye A, Ihekweazu C, et al. Human monkeypox: epidemiologic and clinical characteristics, diagnosis, and prevention. *Infect Dis Clin North Am.* 2019;33(4):1027–43 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.idc.2019.03.001>, consulté le 9 juin 2022).
11. McCollum AM, Damon IK. Human monkeypox. *Clin Infect Dis.* 2014;58(2):260–7 (<http://dx.doi.org/10.1093/cid/cit703>, consulté le 9 juin 2022).
12. Damon IK. Smallpox, monkeypox, and other poxvirus infections. *Goldman's Cecil Medicine.* 2012;2:2117–21 (<http://dx.doi.org/10.1016/b978-1-4377-1604-7.00380-8>, consulté le 9 juin 2022).
13. Ogoina D, Iroezindu M, James HI, Oladokun R, Yinka-Ogunleye A, Wakama P, et al. Clinical course and outcome of human monkeypox in Nigeria. *Clin Infect Dis.* 2020;71(8):e210–4 (<http://dx.doi.org/10.1093/cid/ciaa143>, consulté le 9 juin 2022).
14. Damon IK. Status of human monkeypox: clinical disease, epidemiology and research. *Vaccine.* 2011;29 Suppl 4:D54–9 ([https://www.researchgate.net/publication/258043776\\_Human\\_Monkeypox](https://www.researchgate.net/publication/258043776_Human_Monkeypox), consulté le 9 juin 2022).
15. 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.* 2022 ([http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00228-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00228-6), consulté le 9 juin 2022).

16. Weinstein RA, Nalca A, Rimoin AW, Bavari S, Whitehouse CA. Reemergence of monkeypox: prevalence, diagnostics, and countermeasures. *Clin Infect Dis.* 2005;41(12):1765–71 (<http://dx.doi.org/10.1086/498155>, consulté le 9 juin 2022).
17. UK Health Security Agency. Monkeypox cases confirmed in England – latest updates. Gov.uk. 2022 (<https://www.gov.uk/government/news/monkeypox-cases-confirmed-in-england-latest-updates>, consulté le 9 juin 2022).
18. Huhn GD, Bauer AM, Yorita K, Graham MB, Sejvar J, Likos A, et al. Clinical characteristics of human monkeypox, and risk factors for severe disease. *Clin Infect Dis.* 2005;41(12):1742–51 (<https://doi.org/10.1086/498115>, consulté le 9 juin 2022).
19. Hughes CM, Liu L, Davidson WB, Radford KW, Wilkins K, Monroe B, et al. A tale of two viruses: coinfections of monkeypox and varicella zoster virus in the Democratic Republic of Congo. *Am J Trop Med Hyg.* 2020;104(2):604–11 (<http://dx.doi.org/10.4269/ajtmh.20-0589>, consulté le 9 juin 2022).
20. Hoff NA, Morier DS, Kisalu NK, Johnston SC, Doshi RH, Hensley LE, et al. Varicella coinfection in patients with active monkeypox in the Democratic Republic of the Congo. *EcoHealth.* 2017;14(3):564–74 (<http://dx.doi.org/10.1007/s10393-017-1266-5>, consulté le 9 juin 2022).
21. Reynolds M, McCollum A, Nguete B, Lushima RS, Petersen B. Improving the care and treatment of monkeypox patients in low-resource settings: applying evidence from contemporary biomedical and smallpox biodefense research. *Viruses.* 2017;9(12):380 (<http://dx.doi.org/10.3390/v9120380>, consulté le 9 juin 2022).
22. Johnson RF, Dyal J, Ragland DR, Huzella L, Byrum R, Jett C, et al. Comparative analysis of monkeypox virus infection of cynomolgus macaques by the intravenous or intrabronchial inoculation route. *J Virol.* 2011;85(5):2112–25 (<http://dx.doi.org/10.1128/JVI.01931-10>, consulté le 9 juin 2022).
23. Reynolds MG, Yorita KL, Kuehnert MJ, Davidson WB, Huhn GD, Holman RC, et al. Clinical manifestations of human monkeypox influenced by route of infection. *J Infect Dis.* 2006;194(6):773–80 (<http://dx.doi.org/10.1086/505880>, consulté le 9 juin 2022).
24. Vaughan A, Aarons E, Astbury J, Brooks T, Chand M, Flegg P, et al. Human-to-human transmission of monkeypox virus, United Kingdom, October 2018. *Emerg Infect Dis.* 2020;26(4):782–5 (<http://dx.doi.org/10.3201/eid2604.191164>, consulté le 9 juin 2022).
25. Rheinbaben F v., Gebel J, Exner M, Schmidt A. Environmental resistance, disinfection, and sterilization of poxviruses. In: Mercer AA, Schmidt A, Weber O, editors. *Poxviruses*. Basel: Birkhäuser Basel; 2007:397–405 ([https://doi.org/10.1007/978-3-7643-7557-7\\_19](https://doi.org/10.1007/978-3-7643-7557-7_19), consulté le 9 juin 2022).
26. Wood JP, Choi YW, Wendling MQ, Rogers JV, Chappie DJ. Environmental persistence of vaccinia virus on materials. *Lett Appl Microbiol.* 2013;57(5):399–404 (<https://sfamjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/lam.12126>, consulté le 9 juin 2022).
27. Hobson G, Adamson J, Adler H, Firth R, Gould S, Houlihan C, et al. Family cluster of three cases of monkeypox imported from Nigeria to the United Kingdom, May 2021. *Euro Surveill.* 2021;26(32) (<http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.32.2100745>, consulté le 9 juin 2022).
28. Mbala PK, Huggins JW, Riu-Rovira T, Ahuka SM, Mulembakani P, Rimoin AW, et al. Maternal and fetal outcomes among pregnant women with human monkeypox infection in the Democratic Republic of Congo. *J Infect Dis.* 2017;216(7):824–8 (<http://dx.doi.org/10.1093/infdis/jix260>, consulté le 9 juin 2022).
29. Jamieson DJ, Jernigan DB, Ellis JE, Treadwell TA. Emerging infections and pregnancy: West Nile virus, monkeypox, severe acute respiratory syndrome, and bioterrorism. *Clin Perinatol.* 2005;32(3):765–76 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.clp.2005.04.008>, consulté le 9 juin 2022).
30. Hughes C, McCollum A, Pukuta E, Karhemere S, Nguete B, Shongo Lushima R, et al. Ocular complications associated with acute monkeypox virus infection, DRC. *Int J Infect Dis.* 2014;21:276–7 (<https://doi.org/10.1016/j.ijid.2014.03.994>, consulté le 9 juin 2022).

31. Adams J, Bartram J, Chantier Y. Normes essentielles en matière de santé environnementale dans les structures de soins. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44041>, consulté le 7 juin 2022).
32. Strengthening infection prevention and control in primary care: a collection of existing standards, measurement and implementation resources. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345276>, consulté le 9 juin 2022).
33. Clinical care for severe acute respiratory infection: toolkit: COVID-19 adaptation. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/352851>, consulté le 9 juin 2022).
34. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240024168>, consulté le 9 juin 2022).
35. WHO Guidelines for malaria. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/352687>, consulté le 9 juin 2022).
36. Soins à domicile pour les patients chez qui une COVID-19 est suspectée ou confirmée et prise en charge de leurs contacts. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333966>, consulté le 9 juin 2022).
37. Blackford S, Roberts DL, Thomas PD. Cowpox infection causing a generalized eruption in a patient with atopic dermatitis. *Br J Dermatol.* 1993;129(5):628–9 (<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2133.1993.tb00500.x>, consulté le 9 juin 2022).
38. Eau, assainissement, hygiène et gestion des déchets en rapport avec le SARS-CoV-2, le virus responsable de la COVID-19. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-IPC-WASH-2020.4>, consulté le 9 juin 2022).
39. Gerba CP, Kennedy D. Enteric virus survival during household laundering and impact of disinfection with sodium hypochlorite. *Appl Environ Microbiol.* 2007;73(14):4425–8 (<http://dx.doi.org/10.1128/AEM.00688-07>, consulté le 9 juin 2022).
40. Eterpi M, McDonnell G, Thomas V. Disinfection efficacy against parvoviruses compared with reference viruses. *J Hosp Infect.* 2009;73(1):64–70 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2009.05.016>, consulté le 9 juin 2022).
41. Rutala WA, Weber DJ. Uses of inorganic hypochlorite (bleach) in health-care facilities. *Clin Microbiol Rev.* 1997;10(4):597–610 (<http://dx.doi.org/10.1128/CMR.10.4.597>, consulté le 9 juin 2022).
42. National monkeypox public health response guidelines. Nigeria Centre for Disease Control; 2019 ([https://ncdc.gov.ng/themes/common/docs/protocols/96\\_1577798337.pdf](https://ncdc.gov.ng/themes/common/docs/protocols/96_1577798337.pdf), consulté le 9 juin 2022).
43. France K, Villa A. Acute oral lesions. *Dermatol Clin.* 2020;38(4):441–50 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.det.2020.05.005>, consulté le 9 juin 2022).
44. Malnutrition universal screening tool (MUST). In: Flynn M, Mercer D, editors. *Oxford handbook of adult nursing.* Oxford: Oxford University Press; 2018 ([https://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must\\_full.pdf](https://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_full.pdf), consulté le 9 juin 2022).
45. Mémento de soins hospitaliers pédiatriques (2e édition). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/187940>, consulté le 9 juin 2022).
46. IMAI district clinician manual. Hospital care for adolescents and adults: guidelines for the management of common illnesses with limited resources. Geneva: World Health Organization; 2012 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/77751>, consulté le 9 juin 2022).
47. Lignes directrices : mises à jour de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère chez le nourrisson et chez l'enfant. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/162815/9789242506327\\_fre.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/162815/9789242506327_fre.pdf?sequence=1), consulté le 9 juin 2022).

48. Zinder R, Cooley R, Vlad LG, Molnar JA. Vitamin A and wound healing. *Nutr Clin Pract*. 2019;34(6):839–49 (<http://dx.doi.org/10.1002/ncp.10420>, consulté le 9 juin 2022).
49. Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017 (<https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241549912>, consulté le 9 juin 2022).
50. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>, consulté le 9 juin 2022).
51. Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/349316>, consulté le 9 juin 2022).
52. Llor C, Bjerrum L. Antimicrobial resistance: risk associated with antibiotic overuse and initiatives to reduce the problem. *Ther Adv Drug Saf*. 2014;5(6):229–41 (<https://doi.org/10.1177/2042098614554919>, consulté le 9 juin 2022).
53. The 2019 WHO AWaRe classification of antibiotics for evaluation and monitoring of use. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/327957>, consulté le 9 juin 2022).
54. Duncan H, Hutchison J, Parshuram CS. The Pediatric Early Warning System score: a severity of illness score to predict urgent medical need in hospitalized children. *J Crit Care*. 2006;21(3):271–8 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2006.06.007>, consulté le 9 juin 2022).
55. Chapitre 10 : Pathologie médico-chirurgicale. Dans : Guide clinique et thérapeutique. Médecins Sans Frontières, 2021 (<https://medicalguidelines.msf.org/fr/viewport/CG/francais/abcès-cutané-18484448.html>, consulté le 9 juin 2022).
56. The WHO Essential Medicines List antibiotic book: improving antibiotic AWaRe. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/m/item/the-who-essential-medicines-list-antibiotic-book-improving-antibiotic-awareness>, consulté le 9 juin 2022).
57. Soins de support optimisés pour la maladie à virus Ebola. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325001>, consulté le 9 juin 2022).
58. Les premiers secours psychologiques : guide pour les travailleurs humanitaires sur le terrain. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44779>, consulté le 9 juin 2022).
59. Compétences élémentaires dans le domaine psychosocial – un guide de l'intervenant pour la COVID-19. Comité permanent interorganisations, 2020 (<https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidance-basic-psychosocial-skills-guide-covid-19-responders>, consulté le 9 juin 2022).
60. Gestion des problèmes Plus (PM+) : soutien psychosocial individuel pour adultes affectés par la détresse dans les communautés exposées à l'adversité. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/275831>, consulté le 9 juin 2022).
61. Faire ce qui compte en période de stress : un guide illustré. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336217>, consulté le 9 juin 2022).
62. Guide d'intervention humanitaire mhGAP (GIH-mhGAP) : prise en charge clinique des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les situations d'urgence humanitaire. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/180972>, consulté le 9 juin 2022).
63. Guide d'intervention mhGAP – Version 2.0. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549790>, consulté le 9 juin 2022).

64. mhGAP training manuals for the mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259161/WHO-MSD-MER-17.6-eng.pdf>, consulté le 9 juin 2022).
65. Tecovirimat SIGA. European Medicines Agency; 2021 (<https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/tecovirimat-siga>, consulté le 9 juin 2022).
66. FDA approves the first drug with an indication for treatment of smallpox. Silver Spring, MD: U.S. Food and Drug Administration; 2018 (<https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-first-drug-indication-treatment-smallpox>, consulté le 9 juin 2022).
67. SIGA announces health Canada regulatory approval of oral TPOXX®. SIGA Technologies Inc.; 2021 (<https://www.globenewswire.com/news-release/2021/12/01/2344305/9738/en/SIGA-Announces-Health-Canada-Regulatory-Approval-of-Oral-TPOXX.html>, consulté le 9 juin 2022).
68. Mucker EM, Goff AJ, Shamblyn JD, Grosenbach DW, Damon IK, Mehal JM, et al. Efficacy of tecovirimat (ST-246) in nonhuman primates infected with variola virus (smallpox). *Antimicrob Agents Chemother.* 2013;57(12):6246–53 (<http://dx.doi.org/10.1128/AAC.00977-13>, consulté le 9 juin 2022).
69. Grosenbach DW, Honeychurch K, Rose EA, Chinsangaram J, Frimm A, Maiti B, et al. Oral tecovirimat for the treatment of smallpox. *N Engl J Med.* 2018;379(1):44–53 (<http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1705688>, consulté le 9 juin 2022).
70. EMA. Tecovirimat-SIGA assessment report ([https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/tecovirimat-siga-epar-public-assessment-report\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/tecovirimat-siga-epar-public-assessment-report_en.pdf)); Summary of product characteristics ([https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/tecovirimat-siga-epar-product-information\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/tecovirimat-siga-epar-product-information_en.pdf), consulté le 9 juin 2022); European Medicines Agency; 2022.
71. SIGA receives approval from the FDA for intravenous (IV) formulation of TPOXX® (tecovirimat). SIGA; 2022 (<https://investor.siga.com/news-releases/news-release-details/siga-receives-approval-fda-intravenous-iv-formulation-tpoxr>, consulté le 9 juin 2022).
72. Russo AT, Grosenbach DW, Chinsangaram J, Honeychurch KM, Long PG, Lovejoy C, et al. An overview of tecovirimat for smallpox treatment and expanded anti-orthopoxvirus applications. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2021;19(3):331–44 (<http://dx.doi.org/10.1080/14787210.2020.1819791>, consulté le 9 juin 2022).
73. Tembexa (brincidofovir). Silver Spring, MD: U.S. Food and Drug Administration; 2021 ([https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/applletter/2021/214460Orig1s000ltr.pdf](https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/applletter/2021/214460Orig1s000ltr.pdf), consulté le 9 juin 2022).
74. Jezek Z, Marennikova SS, Mutumbo M, Nakano JH, Paluku KM, Szczeniowski M. Human monkeypox: a study of 2,510 contacts of 214 patients. *J Infect Dis.* 1986;154(4):551–5 (<http://dx.doi.org/10.1093/infdis/154.4.551>, consulté le 9 juin 2022).
75. Hutson CL, Kondas AV, Mauldin MR, Doty JB, Grossi IM, Morgan CN, et al. Pharmacokinetics and efficacy of a potential smallpox therapeutic, brincidofovir, in a lethal monkeypox virus animal model. *mSphere.* 2021;3;6(1) (<http://dx.doi.org/10.1128/mSphere.00927-20>, consulté le 9 juin 2022).
76. Fact sheet on cidofovir. Silver Spring: MD: U.S. Food and Drug Administration; 2000 ([https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/label/1999/020638s003lbl.pdf](https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/1999/020638s003lbl.pdf), consulté le 9 juin 2022).
77. Lea AP, Bryson HM. Cidofovir. *Drugs.* 1996;52(2):225–30 (<http://dx.doi.org/10.2165/00003495-199652020-00006>, consulté le 9 juin 2022).
78. De Clercq E. Cidofovir in the treatment of poxvirus infections. *Antiviral Res.* 2002;55(1):1–13 ([http://dx.doi.org/10.1016/s0166-3542\(02\)00008-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0166-3542(02)00008-6), consulté le 9 juin 2022).
79. Mazurkov OY, Kabanov AS, Shishkina LN, Sergeev AA, Skarnovich MO, Bormotov NI, et al. New effective chemically synthesized anti-smallpox compound NIOCH-14. *J Gen Virol.* 2016;97(5):1229–39 (<http://dx.doi.org/10.1099/jgv.0.00042257>, consulté le 9 juin 2022).

80. Mazurkov OY, Shishkina LN, Bormotov NI, Skarnovich MO, Serova OA, Mazurkova NA, et al. Estimation of absolute bioavailability of the chemical substance of the anti-smallpox preparation NIOCH-14 in Mice. *Bull Exp Biol Med.* 2020;170(2):207–10 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33263846/>, consulté le 9 juin 2022).
81. Vaccinia Immune Globulin. Silver Spring: MD: U.S. Food and Drug Administration; 2018 (<https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/approved-blood-products/vaccinia-immune-globulin-intravenous-human>, consulté le 9 juin 2022).
82. Wittek R. Vaccinia immune globulin: current policies, preparedness, and product safety and efficacy. *Int J Infect Dis.* 2006;10(3):193–201 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2005.12.001>, consulté le 9 juin 2022).
83. Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level. Geneva: Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/251730>, consulté le 9 juin 2022).
84. Hall S, Poller B, Bailey C, Gregory S, Clark R, Roberts P, et al. Use of ultraviolet-fluorescence-based simulation in evaluation of personal protective equipment worn for first assessment and care of a patient with suspected high-consequence infectious disease. *J Hosp Infect.* 2018;99(2):218–28 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2018.01.002>, consulté le 9 juin 2022).
85. Poller B, Hall S, Bailey C, Gregory S, Clark R, Roberts P, et al. “VIOLET”: a fluorescence-based simulation exercise for training healthcare workers in the use of personal protective equipment. *J Hosp Infect.* 2018;99(2):229–35 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2018.01.021>, consulté le 9 juin 2022).
86. Standard infection control precautions literature review: footwear. *Antimicrobial Resistance and Healthcare Associated Infection Scotland*; 2021 (<https://www.nipcm.hps.scot.nhs.uk/media/1667/2021-08-05-sicp-lr-footwear-v3.pdf>, consulté le 9 juin 2022).
87. Environmental cleaning in resource-limited settings. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2019 (<https://www.cdc.gov/hai/prevent/resource-limited/index.html>, consulté le 9 juin 2022).
88. Monkeypox multi-country outbreak. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2022 (<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Monkeypox-multi-country-outbreak.pdf>, consulté le 9 juin 2022).
89. Standard precautions: waste management. OpenWHO; 2022 (<https://openwho.org/courses/IPC-WM-EN>, consulté le 9 juin 2022).
90. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/342899>, consulté le 9 juin 2022).
91. Kisalu NK, Mokili JL. Toward understanding the outcomes of monkeypox infection in human pregnancy. *J Infect Dis.* 2017;216(7):795–7 (<http://dx.doi.org/10.1093/infdis/jix342>, consulté le 9 juin 2022).
92. Recommandations de l’OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l’accouchement. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/339794>, consulté le 9 juin 2022).
93. WHO recommendations: induction of labour at or beyond term. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/277233>, consulté le 9 juin 2022).
94. Fenner F, Henderson DA, Arita I, Jezek Z, Ladnyi ID. Smallpox and its eradication. Geneva: World Health Organization; 1988 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/39485>, consulté le 9 juin 2022).
95. Altmann S, Brandt CR, Murphy CJ, Patnaikuni R, Takla T, Toomey M, et al. Evaluation of therapeutic interventions for vaccinia virus keratitis. *J Infect Dis.* 2011;203(5):683–90 (<http://dx.doi.org/10.1093/infdis/jiq103>, consulté le 9 juin 2022).

96. Semba RD. The ocular complications of smallpox and smallpox immunization. *Arch Ophthalmol.* 2003;121(5):715–9 (<https://jamanetwork.com/journals/jamaophthalmology/fullarticle/415346>, consulté le 9 juin 2022).
97. Safe body handling and mourning ceremonies for COVID-19 affected communities: implementation guidance for national Red Cross and Red Crescent societies. Geneva: IFRC; 2019 ([https://preparecenter.org/wp-content/uploads/2020/07/COVID\\_MotD\\_IFRC-ICRC\\_July2020\\_web-1.pdf](https://preparecenter.org/wp-content/uploads/2020/07/COVID_MotD_IFRC-ICRC_July2020_web-1.pdf), consulté le 9 juin 2022).
98. Conduite à tenir en matière de lutte anti-infectieuse pour la prise en charge sécurisée du corps d'une personne décédée dans le contexte de la COVID-19 : orientations provisoires. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/334320>, consulté le 9 juin 2022).
99. Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory infections in health care. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/112656>, consulté le 9 juin 2022).
100. Infection prevention and control in the context of coronavirus disease (COVID-19): a living guideline. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/352339>, consulté le 9 juin 2022).
101. Atkinson J, Chartier Y, Pessoa-Silva CL, Jensen P, Li Y, Seto W-H. Ventilation naturelle et lutte contre les infections en milieu de soins. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44434/9789242547856\\_fre.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44434/9789242547856_fre.pdf), consulté le 9 juin 2022).
102. Rapport sur la situation dans le monde : 2006 : travailler ensemble pour la santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43433>, consulté le 9 juin 2022).

# ANNEXE 1. DÉFINITION DES CAS DE L'OMS POUR L'ÉPIDÉMIE D'ORTHOPOXVIROSE SIMIENNE HORS PAYS D'ENDÉMICITÉ (EN DATE DU 21 MAI 2022) (VOIR LES DÉFINITIONS LES PLUS RÉCENTES SUR LE SITE WEB)

## Cas suspect

Personne, quel que soit son âge, présentant une éruption aiguë inexpliquée hors pays d'endémicité de l'orthopoxvirose simienne

**ET**

un ou plusieurs des signes et symptômes suivants, depuis le 15 mars 2022 :

- céphalées
- survenue brutale de fièvre (>38,5 °C)**
- adénopathies (gonflement des ganglions lymphatiques)**
- myalgie (douleurs musculaires/corporelles)**
- douleurs dorsales
- asthénie (faiblesse profonde)

**ET**

chez lequel les causes fréquentes d'éruption aiguë n'expliquent pas le tableau clinique : varicelle-zona, zona, rougeole, herpès, infections bactériennes cutanées, gonococcie disséminée, syphilis primaire ou secondaire, chancre mou, lymphogranuloma venereum, granulome inguinal, molluscum contagiosum, réaction allergique (par exemple aux plantes) ; et toute autre cause fréquente d'éruption papulaire ou vésiculeuse pertinente localement.

*Remarque :* un résultat de laboratoire négatif pour les causes fréquentes de maladie éruptive susmentionnées n'est pas nécessaire pour classer un cas comme suspect.

## Cas probable

Personne satisfaisant la définition du cas suspect

**ET**

une ou plusieurs des conditions suivantes :

- existence d'un lien épidémiologique (exposition en face à face, y compris agents de santé ne portant pas d'EPI approprié ; contact physique direct avec la peau ou des lésions cutanées, y compris contact sexuel ; ou contact avec des éléments contaminés tels que les vêtements, la literie ou la vaisselle) avec un cas probable ou confirmé d'orthopoxvirose simienne dans les 21 jours précédant l'apparition des symptômes ;
- antécédents de voyage dans un pays d'endémicité de l'orthopoxvirose simienne<sup>1</sup> dans les 21 jours précédant l'apparition des symptômes ;
- plusieurs partenaires sexuels ou des partenaires non connus dans les 21 jours précédant l'apparition des symptômes ;
- résultat positif à un dosage sérologique de l'orthopoxvirus, en l'absence de vaccination contre la variole ou de toute autre exposition connue à des orthopoxvirus ;
- hospitalisation en raison de sa maladie.

<sup>1</sup> Pays d'endémicité de l'orthopoxvirose simienne : Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Libéria, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo et Sierra Leone. Au Ghana, l'orthopoxvirus simien a été identifié uniquement chez des animaux. La République du Bénin et la République du Soudan du Sud ont décrit des cas importés par le passé. Les pays déclarant actuellement des cas du clade d'Afrique de l'Ouest sont le Cameroun et le Nigéria ; le clade du bassin du Congo a quant à lui été notifié au Cameroun, en République centrafricaine et en République démocratique du Congo. En tenant compte de la définition du cas, tous les pays, à l'exception de ces quatre pays (Cameroun, République centrafricaine, République démocratique du Congo et Nigéria) doivent notifier les nouveaux cas d'orthopoxvirose simienne comme faisant partie de l'épidémie actuelle touchant plusieurs pays. Les pays d'Afrique centrale doivent également notifier les cas éventuels d'orthopoxvirose simienne provoqués par le clade d'Afrique de l'Ouest qu'ils ont identifiés.

### **Cas confirmé**

Cas satisfaisant la définition du cas suspect ou du cas probable

**ET**

chez lequel la présence de l'orthopoxvirus simien a été confirmée en laboratoire par détection de séquences uniques de l'ADN viral par test d'amplification en chaîne par polymérase en temps réel (RT PCR) et/ou séquençage.

### **Cas écarté**

Cas suspect ou probable pour lequel les tests de laboratoire par PCR et/ou séquençage effectués sur le liquide des lésions, les échantillons de peau ou les croûtes ont donné des résultats négatifs pour l'orthopoxvirus simien. À l'inverse, par exemple, un cas probable détecté de manière rétrospective pour lequel le test des lésions ne peut plus être réalisé dans les règles (c.-à-d. après la chute des croûtes) resterait classifié comme un cas probable.

## ANNEXE 2. MÉDICAMENTS ET POSOLOGIES POUR LES TRAITEMENTS SYMPTOMATIQUES

### Fièvre – paracétamol

- **Adultes** : 1 g par voie orale/intraveineuse (PO/IV) toutes les 6-8 heures. Dose maximale de 4 g toutes les 24 heures (ou 2 g en cas d'antécédents de maladie hépatique chronique).
- **Nouveau-nés** : une dose de 10-15 mg/kg par voie orale toutes les 6 heures. Dose maximale de 40 mg/kg/j ; une dose IV de 7,5 mg/kg toutes les 6 heures, dose maximale de 30 mg/kg/j.
- **Tous les autres enfants** : 10-15 mg/kg toutes les 6 heures, dose maximale de 60 mg/kg/j.

### Contrôle de la douleur légère – paracétamol

- **Adultes** : 1 g PO/IV toutes les 6-8 heures. Dose maximale de 4 g toutes les 24 heures (ou 2 g en cas d'antécédents de maladie hépatique chronique).
- **Enfants** : 10-15 mg/kg/dose par voie orale ou IV toutes les 4-6 heures au besoin, dose maximale habituelle de 60 mg/kg/j, mais qui peut être augmentée à 90 mg/kg/j pendant une courte période sous surveillance médicale.

### Contrôle de la douleur sévère – tramadol

- **Adulte** : 50-100 mg PO/IV toutes les 4-6 heures au besoin, dose maximale quotidienne de 400 mg/j.
- **Enfants >6 mois** : 1-2 mg/kg toutes les 4-6 heures, dose maximale de 400 mg/jour.

### Contrôle de la douleur sévère – morphine (une administration par voie orale doit être privilégiée si le patient le supporte ; utiliser uniquement des médicaments à libération immédiate pour soulager les douleurs aiguës)

- **Adultes** : une dose de 10 mg par voie orale toutes les 4 heures au besoin ; dose maximale de 60 mg/j. Une dose de 1-4 mg par voie sous-cutanée/IV toutes les 4 heures au besoin – contrôler la pression artérielle systolique [PAS] et la fréquence respiratoire avant d'administrer la morphine (retarder l'administration en cas de PAS ou de fréquence respiratoire faible).
- **Enfants** : une dose de 0,2-4 mg/kg/dose par voie orale toutes les 4 heures. Ajuster la dose à la douleur. Dose IV de 0,05-0,1 mg/kg/dose toutes les 4-6 heures au besoin.

### Antihistaminiques

- **Adultes** : loratadine 10 mg par voie orale une fois par jour.
- **Enfants (> 30 kg)** : loratadine 10 mg par voie orale une fois par jour.

### Nausées et vomissements

1. Ondansétron (associé à un allongement de l'intervalle QT ; il est donc important de prendre connaissance des autres médicaments susceptibles d'allonger l'intervalle QT et d'effectuer des contrôles réguliers par électrocardiogramme [ECG] dans la mesure du possible).

- **Adultes** : 8 mg PO toutes les 12 heures ou 4 mg IV toutes les 8 heures au besoin.
- **Enfants** : 0,15 mg/kg par voie orale ou 0,15 mg/kg IV toutes les 12 heures au besoin ; dose maximale de 8 mg.

2. Prométhazine

- **Adultes uniquement** : 12,5-25 mg par voie orale toutes les 4-6 heures au besoin (peut allonger l'intervalle QT).

### Dyspepsie

- **Adulte** : oméprazole 40 mg PO/IV toutes les 24 heures.
- **Enfant** : oméprazole : 5-10 kg : 5 mg une fois par jour ; 10-20 kg : 10 mg une fois par jour ; >20 kg : 20 mg une fois par jour.

### Diarrhée

- La diarrhée doit être prise en charge avec prudence. L'utilisation de ralentisseurs du transit n'est généralement pas recommandée étant donné le risque d'iléus.

### Anxiété

Ce symptôme peut apparaître principalement en raison du placement en isolement ou de l'aggravation des symptômes.

- Le traitement de première intention consiste à faire intervenir un conseiller en santé mentale.
- Dans les cas d'anxiété modérée à sévère, on peut envisager le diazépam, mais une évaluation de l'état mental du patient doit être réalisée au préalable. Les benzodiazépines ne doivent pas être administrées aux patients dont l'état de conscience est altéré.
  - **Adultes** : diazépam 5-10 mg PO toutes les 8 heures au besoin, tant que l'état de conscience n'est pas altéré. .
  - **Enfants** : diazépam 0,05-0,1 mg/kg PO toutes les 6 heures au besoin. Une surveillance continue par un soignant est indiquée pour garder l'enfant calme. Les sédatifs ne doivent être utilisés qu'en cas d'absolue nécessité pour réaliser des actes médicaux et des interventions.

### Agitation

Si le patient est agité et devient un danger pour lui-même, les prestataires de santé ou d'autres patients, envisager une pharmacothérapie.

- **Adultes** : diazépam 2 10 mg PO/IV toutes les 6 8 heures au besoin, tant que les voies aériennes du patient sont dégagées.
- **Adultes** : halopéridol 0,5 5 mg toutes les 4 6 heures au besoin.
- **Enfants > 6 years**: halopéridol 1 3 mg par voie intramusculaire toutes les 4 8 heures au besoin.
- **Enfants 3–6 years**: halopéridol PO 0,01 0,03 mg/kg une fois par jour
- L'halopéridol est associé à un allongement de l'intervalle QT ; il est donc important de prendre connaissance des autres médicaments susceptibles d'allonger l'intervalle QT et d'effectuer des contrôles réguliers par ECG dans la mesure du possible.

*Remarque* : l'utilisation de salicylés (tels que l'aspirine) est déconseillée chez les enfants et les adolescents âgés de moins de 18 ans en raison du risque de syndrome de Reye.

## ANNEXE 3. ANTIMICROBIENS RECOMMANDÉS ET POSOLOGIES EN CAS D'INFECTIONS BACTÉRIENNES CUTANÉES

Ces agents sont utilisés pour traiter l'impétigo, l'érysipèle et la cellulite dus à une bactérie. Ils ne doivent pas être employés dans le traitement des infections cutanées dues à des virus, des champignons ou des parasites ni en cas de fasciite nécrosante, de pyomyosite, d'infections sévères avec état septique et d'infections du site opératoire.

Pour plus d'informations sur les recommandations de l'OMS en matière de traitement antimicrobien, veuillez consulter les documents *The WHO Essential Medicines List antibiotic book: improving antibiotic AWaRe* (en anglais) [\(4\)](#) et *The WHO Essential Medicines List antibiotic book: infographics* (en anglais) [\(4\)](#).

### Adultes

Antibiotique	Dose
Cloxaciline (flucloxaciline)	500 mg par voie orale toutes les 8 heures
Céfalexine	500 mg par voie orale toutes les 8 heures
Amoxicilline-acide clavulanique	500 125 mg par voie orale toutes les 8 heures
En cas de suspicion d'infection communautaire à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méticilline (SARM), envisager le traitement suivant :	
Clindamycine	600 mg par voie orale toutes les 8 heures
Triméthoprim-sulfaméthoxazole	800 160 mg par voie orale toutes les 12 heures
Doxycycline	100 mg par voie orale toutes les 12 heures

Remarque : en cas d'allergie à la pénicilline ou aux bêta-lactamines, utiliser de la clindamycine ou du triméthoprim-sulfaméthoxazole.

### Enfants

Poids	Amoxicilline-acide clavulanique 40 50 mg/kg/dose du composant amoxicilline toutes les 12 heures OU 30 mg/kg/dose toutes les 8 heures par voie orale	Céfalexine 25 mg/kg/dose toutes les 12 heures par voie orale	Cloxaciline (flucloxaciline) chez le nouveau-né : 25 50 mg/kg/dose deux fois par jour ; chez l'enfant : 25 mg/kg/dose toutes les 6 heures
3 à <6 kg	250 mg d'amoxicilline/dose deux fois par jour	125 mg toutes les 12 heures	125 mg toutes les 6 heures
6 à <10 kg	375 mg d'amoxicilline/dose deux fois par jour	250 mg toutes les 12 heures	250 mg toutes les 6 heures
10 à <15 kg	500 mg d'amoxicilline/dose deux fois par jour	375 mg toutes les 12 heures	250 mg toutes les 6 heures
15 à <20 kg	750 mg d'amoxicilline/dose deux fois par jour	500 mg toutes les 12 heures	500 mg toutes les 6 heures
20 à <30 kg	1000 mg d'amoxicilline/dose deux fois par jour	625 mg toutes les 12 heures	750 mg toutes les 6 heures
>30 kg	Utiliser la dose adulte	Utiliser la dose adulte	Utiliser la dose adulte

Remarque : en cas de suspicion d'infection communautaire à SARM, envisager un traitement par clindamycine : nouveau-nés 5 mg/kg/dose toutes les 8 heures ; enfants 10 mg/kg/dose toutes les 8 heures.

## ANNEXE 4. RÉCAPITULATIF DES ANTIVIRAUX HOMOLOGUÉS POUR L'ORTHOPOXVIROSE SIMIENNE

	Técovirimat	Brincidofovir	Cidofovir
<b>Dose, voie d'administration, durée du traitement (adultes)</b> (65,66,71,73,76)	<p><b>Dose</b> <u>Voie orale</u> 600 mg PO toutes les 12 heures</p> <p><u>Voie intraveineuse*</u> De 3 kg à &lt;35 kg : 6 mg/kg toutes les 12 heures De 35 kg à &lt;120 kg : 200 mg toutes les 12 heures &gt;120 kg : 300 mg toutes les 12 heures</p> <p>*Doit être administré sur une durée de 6 heures</p> <p><b>Durée</b> 14 jours</p>	<p><b>Dose</b> <u>Voie orale</u> &lt;10 kg : 6 mg/kg 10-48 kg : 4 mg/kg &gt;48 kg : 200 mg (20 ml)</p> <p><b>Durée</b> Une fois par semaine pour 2 doses, administrées les jours 1 et 8</p>	<p><b>Dose</b> <u>Voie intraveineuse</u> 5 mg/kg IV une fois par semaine</p> <p>À administrer avec du probénécide par voie orale : 2 grammes 3 heures avant chaque dose et 1 gramme 2 et 8 heures après la fin de la perfusion</p> <p>Doit être administré avec au moins 1 l de sérum physiologique à 0,9 % sur une période de 12 heures avant chaque perfusion</p> <p><b>Durée</b> Une fois par semaine pendant 2 semaines, puis une semaine sur deux (d'après le traitement de la rétinite à CMV)</p>
<b>Dose, voie d'administration, durée du traitement (enfants)</b>	<p><b>Dose</b> <u>Voie orale</u> 13-25 kg : 200 mg toutes les 12 heures 25-40 kg : 400 mg toutes les 12 heures &gt;40 kg : 600 mg toutes les 12 heures</p> <p><u>Voie intraveineuse*</u> 3-35 kg : 6 mg/kg toutes les 12 heures 35-120 kg : 200 mg toutes les 12 heures &gt;120 kg : 300 mg toutes les 12 heures</p> <p>*Doit être administré sur une durée de 6 heures</p> <p><b>Durée</b> 14 jours</p>	<p><b>Dose</b> <u>Voie orale</u> &lt;10 kg : 6 mg/kg 10-48 kg : 4 mg/kg &gt;48 kg : 200 mg (20 ml)</p> <p><b>Durée</b> Une fois par semaine pour 2 doses, administrées les jours 1 et 8</p>	<p><b>Dose</b> <u>Voie intraveineuse</u> 5 mg/kg IV une fois par semaine</p> <p>À administrer avec du probénécide par voie orale : 2 grammes 3 heures avant chaque dose et 1 gramme 2 et 8 heures après la fin de la perfusion</p> <p>Doit être administré avec au moins 1 l de sérum physiologique à 0,9 % sur une période de 12 heures avant chaque perfusion.</p> <p><b>Durée</b> Une fois par semaine pendant 2 semaines, puis une semaine sur deux (d'après le traitement de la rétinite à CMV)</p>
<b>Formes galéniques et dosage</b>	<p><b>Gélules</b> : 200 mg, orange et noir (65)</p> <p><b>Voie intraveineuse</b> : injection IV d'une dose unique de 200 mg/20 ml (71)</p>	<p><b>Comprimés</b> : 100 mg, bleu, de forme ovale (73)</p> <p><b>Suspension</b> : suspension arôme citron-citron vert contenant 10 mg/ml (73)</p>	<p><b>Voie intraveineuse</b> : flacons à usage unique de 75 mg/ml pour perfusion intraveineuse (76)</p>

	<b>Técovirimat</b>	<b>Brincidofovir</b>	<b>Cidofovir</b>
<b>Utilisation pendant la grossesse</b>	Il n'existe aucune donnée concernant l'utilisation chez la femme enceinte (65,66)	Déconseillée  L'administration à des animaux de petite taille a entraîné une embryotoxicité, un fléchissement de la survie embryofœtale et/ou des anomalies structurelles. Dans la mesure du possible, il est recommandé d'utiliser un autre traitement (73)	Classe C pour la grossesse  Aucune étude bien contrôlée adéquate chez la femme enceinte (76)
<b>Utilisation pendant l'allaitement</b>	On ne sait pas si le médicament ou ses métabolites sont excrétés dans le lait maternel (65,66,70)	Lors des études effectuées chez des rates allaitantes, le brincidofovir a été détecté dans le lait, mais pas dans le plasma des petits allaités (73)	Inconnu (76)
<b>Dose, voie d'administration et durée pour la PEP (adulte)</b>	Pas de données	Pas de données	Pas de données
<b>Mécanisme d'action</b>	Inhibe l'activité de la protéine VP37 de l'orthopoxvirus et la formation de l'enveloppe virale (65,69,70,72)	Inhibe la synthèse de l'ADN par la polymérase (73)	Inhibe l'ADN polymérase (79,80)
<b>Homologation pour la variole</b>	Agence européenne des médicaments (2022) (65) Food and Drug Administration des États-Unis (2021) (66) Santé Canada (2021)(67)	FDA des États-Unis (2021) (73) EMA (2016)	CDC des États-Unis (ATU pour nouveau médicament expérimental)
<b>Homologation pour l'orthopoxvirose simienne</b>	Agence européenne des médicaments (2022) (65,70) CDC des États-Unis (protocole d'ATU pour nouveau médicament expérimental)	CDC des États-Unis (protocole d'ATU pour nouveau médicament expérimental)	CDC des États-Unis (ATU pour nouveau médicament expérimental)

Remarque : NIOCH 14 : analogue chimique du técovirimat (79,80).

	Técovirimat	Brincidofovir	Cidofovir
<b>Données sur les primates (en l'absence d'essais sur l'homme)</b>	<p>Les données obtenues chez les primates et de petits animaux ont mis en évidence une survie de 80-100 % avec la dose minimale efficace.</p> <p>Un retard d'instauration du traitement a été corrélé à une réduction de la survie.</p> <p>L'augmentation de la dose de médicament n'a pas amélioré la survie, mais a entraîné les effets suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• baisse de la charge virale circulante</li> <li>• réduction du nombre de lésions</li> <li>• diminution des signes cliniques d'infection</li> <li>• absence de réaction</li> <li>• dyspnée</li> <li>• fièvre</li> <li>• adénopathies (65,68–70)</li> </ul>	<p>Les études effectuées sur de petits animaux ont mis en évidence une amélioration statistiquement significative de la survie par rapport au placebo chez les sujets traités par brincidofovir (73)</p>	<p>Une baisse de sévérité de l'infection, avec une charge virale réduite dans le nez/les sinus et les poumons, a été mise en évidence dans les modèles animaux de petite taille (76). Taux de survie de 80-100 % (76)</p> <p><b>Cancérogenèse</b> Une étude de 26 semaines évaluant une injection sous-cutanée hebdomadaire chez des rats a été interrompue à 19 semaines en raison de l'apparition d'une masse palpable chez les femelles après l'administration de six doses. Ces masses ont été identifiées comme des adénocarcinomes mammaires. Lors d'une étude de toxicologie IV de 26 semaines chez le rat, une augmentation significative des cas d'adénocarcinome mammaire a été observée, ainsi qu'un nombre significatif de nouveaux cas de carcinome de la glande de Zymbal chez les rats mâles (76)</p> <p><b>Spermatogenèse</b> Le cidofovir a inhibé la spermatogenèse chez le rat et le singe. Aucun effet indésirable sur la fertilité des rats mâles (79,80)</p>

*Remarque* : NIOCH 14 : des études effectuées sur de petits animaux ont mis en évidence une réduction de la concentration virale dans les principaux organes cibles (poumons, trachée, nez) et les organes secondaires (cerveau, foie, reins, rate, pancréas) (79,80).

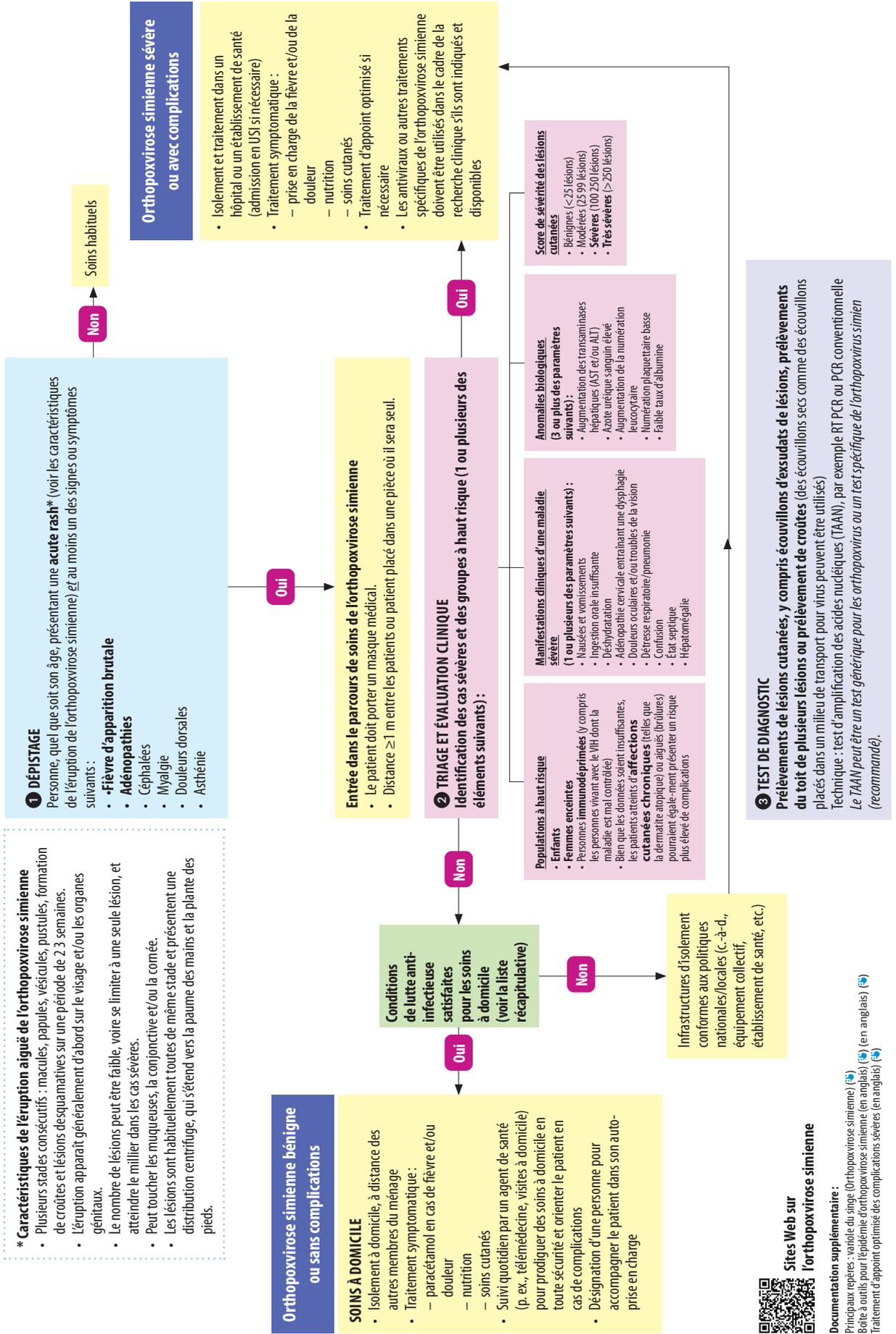
	Técovirimat	Brincidofovir	Cidofovir
<b>Essais cliniques chez l'être humain</b>	<p>Essai clinique de phase I : la coadministration avec le répaglinide a provoqué une hypoglycémie légère à modérée chez 10 patients sur 30 (65,66,70).</p> <p>Essai clinique de phase III : essai d'innocuité à accès élargi, 359 patients ont reçu du técovirimat et 90 un placebo.</p> <p>Événements indésirables : céphalées, nausées, douleur abdominale (15)</p> <p><b>Case report (15):</b> 1 patient: Blood and upper respiratory tract PCR negative 48 hours after starting drug Remained PCR negative at 72 hours Haematological, renal, and liver profiles remained normal Discharged home to complete therapy</p>	<p>Données de sécurité reposant sur l'utilisation du brincidofovir dans la prévention des infections à CMV et à adénovirus (15)</p> <p>CMX001 201 : étude de phase II contre placebo en double aveugle menée chez l'adulte dans la prévention des infections à CMV</p> <p>CMX001 202 : étude multicentrique de phase II randomisée en double aveugle contre placebo dans la prévention des infections à adénovirus</p> <p>CCMX001 301 : étude de phase III randomisée en double aveugle contre placebo et en groupes parallèles menée chez l'adulte dans la prévention des infections à CMV</p> <p><b>Études de cas (15):</b> 3 patients : Tous les patients ont vu leur taux de transaminases augmenter. Aucune corrélation constante entre l'administration du médicament et des paramètres cliniques ou virologiques.</p>	<p>Trois essais de phase II/III menés chez des patients infectés par le VIH et atteints de rétinite à CMV (76)</p> <p>Étude 105 : des patients atteints de rétinite à CMV ont été randomisés pour recevoir un traitement immédiat ou retardé jusqu'à la progression de la rétinite à CMV.</p> <p>Étude 106 : essai ouvert, 48 patients non encore traités atteints de rétinite à CMV ont été randomisés pour recevoir un traitement immédiat ou retardé jusqu'à la progression de la rétinite à CMV</p> <p>Étude 107 : essai ouvert, 100 patients atteints de rétinite récidivante à cytomegalovirus ont été randomisés pour recevoir une dose de 5 mg/kg une fois par semaine pendant 2 semaines, puis une dose de 5 mg/kg ou 3 mg/kg une semaine sur deux ; 26 patients sur 43 recevant la dose de 5 mg/kg et 21 patients sur 41 recevant la dose de 3 mg/kg ont arrêté le traitement en raison d'un événement indésirable, d'une maladie intercurrente, de la prise de médicaments interdits ou d'un retrait du consentement.</p>
<b>Toxicité/effets secondaires</b> (65,66,70,73,77)	<p>Bonne tolérance</p> <p>Très fréquent : céphalées</p> <p>Fréquent : vertiges, douleur abdominale haute, gêne abdominale, diarrhée, nausées, vomissements</p> <p><b>Interactions médicamenteuses :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Répaglinide</li> <li>• Oméprazole</li> <li>• Midazolam</li> <li>• Bupropione</li> <li>• Atorvastatine</li> <li>• Flurbiprofène</li> <li>• Méthadone</li> <li>• Darunavir</li> <li>• Maraviroc</li> <li>• Rilpivirine</li> <li>• Sildénafil</li> <li>• Tadalafil</li> <li>• Vardénafil</li> <li>• Voriconazole</li> <li>• Tacrolimus</li> </ul>	<p><b>Toxicité gastro-intestinale :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diarrhée</li> <li>• Nausées</li> <li>• Vomissements</li> <li>• Douleurs abdominales</li> </ul> <p><b>Toxicité hépatique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux de transaminases élevés</li> <li>• Taux de bilirubine totale élevé</li> </ul>	<p>Néphrotoxicité</p> <p>Neutropénie</p> <p>Pression intraoculaire diminuée</p> <p>Uvéite/iritis antérieur</p> <p>Acidose métabolique</p> <p>Nausées</p> <p>Fièvre</p> <p>Alopécie</p> <p>Myalgie</p> <p>Hypersensibilité au probénécide</p>

	Técovirimat	Brincidofovir	Cidofovir
<b>Suivi (constantes vitales)</b>	Soins cliniques habituels Aucun suivi plus étroit n'est nécessaire.	Soins cliniques habituels Aucun suivi plus étroit n'est nécessaire.	Surveiller étroitement la fonction rénale
<b>Suivi biologique minimal requis</b>	Hématologie Fonction rénale Fonction hépatique	Des tests hépatiques doivent être réalisés avant et pendant le traitement par brincidofovir à intervalles réguliers, selon les besoins cliniques.	Fonction rénale Hématologie Protéinurie  Dans les 48 heures précédant chaque dose
<b>Autres</b>	Formulation intraveineuse homologuée par la FDA des États-Unis le 19 mai 2022 pour la variole (71)	<p><b>Cancérogenèse</b> (73) Les études effectuées chez le rat ont mis en évidence de petites masses palpables dès 26 doses par voie orale à des niveaux d'exposition systémique inférieurs à ceux attendus chez l'être humain compte tenu de la dose recommandée de brincidofovir. Les masses ont été identifiées comme des adénocarcinomes mammaires, des carcinomes des cellules squameuses, des glandes de Zymbal, de l'utérus et de l'intestin grêle et des hémangiosarcomes des ganglions lymphatiques mésentériques et médiastinaux, du foie et de la cavité abdominale. Aucune tumeur n'a été observée chez le rat après l'administration de 9 doses par voie intraveineuse deux fois par semaine.</p> <p><b>Fécondité</b> (73) Les personnes en âge de procréer doivent utiliser une méthode de contraception efficace pendant le traitement et pendant au moins 2 mois après la dernière dose.</p> <p><b>Toxicité testiculaire</b> (73) En raison de la toxicité testiculaire observée chez l'animal, les hommes susceptibles d'engendrer un enfant dont les partenaires sont en âge de procréer doivent utiliser des préservatifs pendant le traitement et pendant au moins 4 mois après la dernière dose</p>	<p>Doit être co-administré avec le probénécide et un soluté salin de pré-hydratation par voie intraveineuse (76)</p> <p><b>Contre-indications</b> (76) Clairance de la créatinine <math>\leq 55</math> ml/min Créatinine <math>&gt; 1,5</math> mg/dl Protéinurie <math>\geq 100</math> mg/dl Patients recevant des agents potentiellement néphrotoxiques Ces agents doivent être interrompus au moins 7 jours avant le début du traitement. Hypersensibilité au cidofovir Hypersensibilité au probénécide ou à d'autres sulfonamides</p> <p><b>Spectre d'activité</b> (76) Virus de l'herpès (CMV, virus varicelle-zona) Virus JC</p>

# ANNEX 5. MONKEYPOX CLINICAL CARE PATHWAY

## Monkeypox (MPX) clinical care pathway – decision-making algorithm to be used at any health care point

For contacts of suspected or confirmed patients; please refer to WHO guidance *Surveillance, case investigation and contact tracing for monkeypox: interim guidance* (43).



### Liste récapitulative des conditions de lutte anti-infectieuse nécessaires aux soins à domicile des personnes atteintes d'orthopoxvirose simienne non sévère ou sans complications à mettre en œuvre au premier point de contact, soit au niveau du point d'accès aux soins, soit à distance par téléphone ou télé-médecine

- La personne atteinte d'orthopoxvirose simienne est apte à **effectuer son auto-prise en charge**.
- Une **personne a été désignée** pour accompagner la personne atteinte d'orthopoxvirose simienne dans son auto-prise en charge à domicile.
- La personne atteinte d'orthopoxvirose simienne et les membres du ménage **comprennent les risques de transmission**.
- Le domicile est doté d'un **accès à l'eau et d'installations sanitaires** adéquates (toilettes, accès à l'eau pour l'hygiène et le nettoyage).
- Le domicile est doté d'une **pièce séparée pouvant être aérée** (p. ex., avec fenêtres) pour l'isolement de la personne atteinte d'orthopoxvirose simienne ou celle-ci peut être tenue à l'écart des autres membres du ménage (au moyen d'un rideau ou d'une cloison, par exemple).
- **La présence de personnes vulnérables** (à haut risque de maladie sévère) dans le domicile a été abordée et la sécurité de toutes les personnes concernées a été confirmée.
- Les besoins psychosociaux supplémentaires de la personne atteinte d'orthopoxvirose simienne et des membres du ménage ont été identifiés.

Non

Discuter des autres possibilités sûres d'isolement et de prise en charge de la personne atteinte d'orthopoxvirose simienne conformes aux politiques nationales/locales (c.-à-d. équipements collectifs, établissement de santé, etc.)

Oui

#### Entrée dans le parcours de soins à domicile de l'orthopoxvirose simienne

- Informer la personne désignée et la personne atteinte d'orthopoxvirose simienne des mesures de lutte anti-infectieuse à appliquer.
- Prévoir les EPI appropriés pour l'aidant et la personne atteinte d'orthopoxvirose simienne (gants, masques médicaux, par exemple).
- Vérifier qu'un soutien social est disponible.
- Une surveillance et un suivi à distance par des agents de santé, au besoin (télé-médecine, par exemple), sont recommandés.
- Mettre à disposition un traitement symptomatique (paracétamol en cas de fièvre et de douleur, nutrition et soins de la peau).





Pour de plus amples informations, veuillez vous adresser à :

Réseau pour l'évaluation clinique des maladies émergentes et l'action  
Organisation mondiale de la Santé  
20 avenue Appia  
CH 1211 Genève 27  
Suisse

Courriel :  
[CMTM@who.int](mailto:CMTM@who.int)



[Orthopoxvirose simienne \(who.int\)](https://www.who.int)