

Avis n°2022.0037/AC/SESPEV du 16 juin 2022 du collège de la Haute Autorité de santé relatif à la vaccination des primovaccinés et des populations pédiatriques contre le virus Monkeypox

Le collège de la Haute Autorité de santé ayant valablement délibéré en sa séance du 16 juin 2022,

Vu les articles L.3111-1 du code de la santé publique et L.161-37 et suivants du code de la sécurité sociale ;

Vu la saisine de la Direction générale de la santé (DGS) du 9 juin 2022 ;

Vu l'avis de l'Agence nationale sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) du 15 juin 2022 concernant la vaccination contre le virus Monkeypox ;

ADOpte L'AVIS SUIVANT :

Dans le contexte de la diffusion du virus Monkeypox (MPX), la HAS a été saisie par le Directeur général de la santé le 9 juin 2022 afin de préciser la stratégie vaccinale à mettre en œuvre pour les personnes vaccinées contre la variole dans l'enfance et les populations pédiatriques ayant été en contact avec une personne infectée par le virus Monkeypox en France.

La HAS a pris en considération les éléments suivants :

- La situation épidémique en France et dans le monde concernant Monkeypox. Au 10 juin, 1269 cas confirmés ont été enregistrés au niveau mondial. À ce jour, l'épidémie concerne principalement l'Europe (783 cas enregistrés) et l'Amérique du Nord et, en particulier, le Royaume-Uni, le Portugal, l'Espagne.¹ **En France, au 14 juin 2022, 125 cas confirmés ont été rapportés, dont 91 en Ile-de-France. Tous les cas investigués (108 au total) sont des hommes, âgés de 20 à 63 ans (âge médian : 35 ans), dont 9 sont des cas secondaires, non vaccinés, et 7 concernent des sujets immunodéprimés.** À ce jour, en France comme dans les autres pays d'Europe, ces cas sont survenus majoritairement, mais pas exclusivement, chez des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), sans lien direct avec des personnes de retour de zone endémique. La majorité des cas ont rapportés des partenaires sexuels multiples. La plupart des cas investigués déclarent ne pas pouvoir identifier la personne qui les aurait contaminés.
- La définition des cas et des personnes contacts à risque selon Santé publique France (SpF)² identifiant notamment comme personne-contact à risque toute personne ayant eu un contact physique direct et non protégé, quelle que soit les circonstances y compris rapport sexuel, partage d'ustensiles de toilettes ou contact avec de la vaisselle ou des textiles (vêtements, linge de bain ou literie) et identifiant de ce fait des contacts à risque dans les cellules familiales ;
- L'avis n° 2022.0034/SESPEV du 20 mai 2022 du collège de la Haute Autorité de santé relatif à la vaccination contre Monkeypox³ recommandant la mise en œuvre d'une **stratégie vaccinale réactive en post-exposition avec uniquement le vaccin de 3ème génération Imvanex** (vaccin vivant atténué non-répliquatif de la souche Ankara [MVA-BN], du laboratoire Bavarian Nordic) administré idéalement dans les 4 jours après le contact à risque et au maximum 14 jours plus tard avec un schéma à deux doses (ou trois doses chez les sujets immunodéprimés), espacées de 28 jours, pour les personnes adultes contacts à

¹ WHO-MPX-Immunitization-2022.1-eng.pdf

² <https://www.santepubliquefrance.fr/media/files/maladies-a-declaration-obligatoire/definition-de-cas-cat-monkeypox>

³ [avis n2022.0034 sespev du 20 mai 2022 du college de la has relatif a la vaccination contre la variole du singe monkeypox vir.pdf \(has-sante.fr\)](#)

risque d'exposition au virus de Monkeypox tels que définis par Santé publique France, incluant les professionnels de santé exposés sans mesure de protection individuelle ;

Concernant les personnes antérieurement vaccinées contre la variole (dites « primovaccinées ») :

- L'avis de l'ANSM, qui fait suite à la saisine ministérielle du 9 juin 2022 précisant que, **bien que limitées, les données cliniques d'immunogénicité et de sécurité sont en faveur de l'intérêt d'une dose unique de rappel par les vaccins antivarioliques de 3^{ème} génération chez les sujets ayant reçu une primovaccination avec un vaccin de première génération dans l'enfance. L'ANSM souligne néanmoins qu'à ce jour, les données sont insuffisantes pour statuer pleinement sur le rapport bénéfique/risque.** L'acquisition de données supplémentaires lors d'études en vie réelle dans le cadre d'une vaccination réactive post-exposition est nécessaire. L'ANSM précise que ces études sont en projet au niveau national et en discussion pour être harmonisées à un niveau européen.
- La vaccination préventive contre la variole humaine, avec des vaccins de 1^{ère} génération, a été obligatoire en France de 1901 à 1978 en primovaccination avant l'âge de 2 ans avec des rappels à 11 et 21 ans et tous les 3 ans pour les voyageurs. L'obligation de primovaccination a été suspendue en 1979⁴, l'obligation de rappels a été supprimée en 1984⁵. Dans l'hypothèse du respect du calendrier vaccinal, les personnes âgées de moins de 43 ans aujourd'hui (soit la moitié de la population générale) n'ont jamais été vaccinées contre la variole, les personnes de 43 à 48 ans n'ont reçu qu'une seule dose et les personnes de 49 ans ou plus ont reçu au moins un rappel.
- Plusieurs études ont évalué la persistance de la réponse immunitaire chez les individus vaccinés contre la variole humaine 20 à 75 ans auparavant^{6,7,8}. Dans une étude qui a porté sur des sujets vaccinés à la naissance, à 8 ans et à 18 ans, les anticorps neutralisants se sont maintenus à un niveau stable pendant 30 ans⁹. Des anticorps ont été retrouvés jusqu'à 75 ans après une vaccination antivariolique^{10,11,12,13,14,15}, bien que certaines études aient montré que leur taux commence à décliner après 20 à 30 ans⁸.
- La durée de la réponse immunitaire pourrait être conditionnée au succès de la première vaccination antivariolique. Après primovaccination par un vaccin de 1^{ère} ou 2^{ème} génération, une lésion locale apparaît qui évolue vers une pustule puis une croûte qui en tombant laisse une cicatrice gaufrée indélébile. Le développement de lésions cutanées vésiculaires après la vaccination est en corrélation avec l'induction des réponses d'anticorps et de lymphocytes T^{8,16}. Des études menées dans le sous-continent indien comparant les taux d'attaque secondaires de variole humaine chez les contacts de cas en fonction de leur statut vaccinal ont abouti à des niveaux de protection conférés par une vaccination même ancienne variant entre 91 et 97 %¹⁷. Le statut vaccinal était déterminé sur la base de la présence d'une cicatrice, sans que l'on puisse déterminer le délai depuis la vaccination. D'autres études^{16,18} ont également utilisé la présence de cicatrice comme critère d'identification des sujets précédemment vaccinés contre la variole.

⁴ Loi 79-520 du 2 juillet 1979 relative à la vaccination antivariolique

⁵ Loi 84-404 du 30 mai 1984 relative à la vaccination antivariolique

⁶ Bricaire et al. Evaluation des réponses immunitaires résiduelles chez des sujets volontaires avant et après revaccination contre la variole [Evaluation of residual immune response against human pox virus before and after revaccination in healthy volunteers]. Bull Acad Natl Med. 2006 Apr-May;190(4-5):1035-46; discussion 1046-9. French. PMID: 17195626.

⁷ Kim et al. The persistence of humoral and cellular immunities more than three decades after smallpox vaccination. Clin Microbiol Infect. 2007 Jan;13(1):91-3. doi: 10.1111/j.1469-0691.2006.01576.x. PMID: 17184294.

⁸ Hsieh et al. Age distribution for T cell reactivity to vaccinia virus in a healthy population. Clin Infect Dis. 2004 Jan 1;38(1):86-9. doi: 10.1086/380460. Epub 2003 Dec 8. PMID: 14679452

⁹ el-Ad et al. The persistence of neutralizing antibodies after revaccination against smallpox. J Infect Dis. 1990 Mar;161(3):446-8. doi: 10.1093/infdis/161.3.446. PMID: 2155973.

¹⁰ Bricaire et al. Evaluation des réponses immunitaires résiduelles chez des sujets volontaires avant et après revaccination contre la variole [Evaluation of residual immune response against human pox virus before and after revaccination in healthy volunteers]. Bull Acad Natl Med. 2006 Apr-May;190(4-5):1035-46; discussion 1046-9. French. PMID: 17195626.

¹¹ Kim et al. The persistence of humoral and cellular immunities more than three decades after smallpox vaccination. Clin Microbiol Infect. 2007 Jan;13(1):91-3. doi: 10.1111/j.1469-0691.2006.01576.x. PMID: 17184294.

¹² Hsieh et al. Age distribution for T cell reactivity to vaccinia virus in a healthy population. Clin Infect Dis. 2004 Jan 1;38(1):86-9. doi: 10.1086/380460. Epub 2003 Dec 8. PMID: 14679452

¹³ Hammarlund et al. Duration of antiviral immunity after smallpox vaccination. Nat Med. 2003 Sep;9(9):1131-7. doi: 10.1038/nm917. Epub 2003 Aug 17. PMID: 12925846

¹⁴ Hatakeyama S, Moriya K, Sijo M et al. Persisting humoral antiviral immunity within the Japanese population after the discontinuation in 1976 of routine smallpox vaccinations. Clin Diagn Lab Immunol 2005; 12: 520–524

¹⁵ Eichner M. Analysis of Historical Data Suggests Long-lasting Protective Effects of Smallpox Vaccination, *American Journal of Epidemiology*, Volume 158, Issue 8, 15 October 2003, Pages 717–723, <https://doi.org/10.1093/aje/kwg225>

¹⁶ Frey et al. Dose-related effects of smallpox vaccine. N Engl J Med, Vol. 346, No. 17 ; April 25, 2002

¹⁷ Fenner et al. Smallpox and its eradication P.591. World Health Organisation Geneva 1988.

¹⁸ [IMVANEX, Common name - modified vaccinia ankara virus \(europa.eu\)](#)

- Les données relatives aux taux de séroconversion après administration d'Imvanex chez les personnes précédemment immunisées contre la variole (avec un vaccin basé sur le virus de la vaccine tel qu'utilisé jusqu'en 1984) sont limitées. Dans trois essais cliniques¹⁹ menés entre 2005 et 2010 incluant 270 sujets au total, les sujets sains précédemment immunisés contre la variole ayant reçu une dose unique d'Imvanex ont présenté des taux de séroconversion (définie par une augmentation d'un facteur deux au moins des titres initiaux) entre 73,4% (IC95% 60,9-84,2) et 78,5% (IC95% 72,2-84,0) 7 à 14 jours après vaccination (tests PRNT). En comparaison, chez les personnes non vaccinées contre la variole, des taux de séroconversion similaires n'étaient atteints qu'après la seconde dose de vaccin. Chez les sujets VIH déjà vaccinés avec un autre vaccin antivariolique, les taux de séroconversion étaient de 46% (IC95% 37,0-55,1) 14 jours après la vaccination et 75,6 % (67,0-82,9) 42 jours après vaccination après une dose unique d'Imvanex. Ainsi, **l'administration d'une dose d'Imvanex chez une personne ayant antérieurement reçu une primovaccination avec un autre type de vaccin antivariolique confère un effet booster même très à distance de cette primovaccination.**
- Le résumé des caractéristiques du produit souligne que les données sont insuffisantes pour déterminer le moment approprié pour les doses de rappel après une primovaccination antérieure à 1980 avec un autre vaccin antivariolique. Si une dose de rappel (« booster ») est jugée nécessaire, **il est recommandé d'administrer une dose unique de 0,5 ml⁵**. Pour les patients immunodéprimés, une vaccination antérieure par un autre vaccin antivariolique ne modifie pas le schéma vaccinal initialement recommandé dans cette population, à savoir 3 doses d'Imvanex.
- Dans sa recommandation du 6 juin 2022²⁰, l'agence britannique UK Health Security Agency (UKHSA) recommande l'administration d'une seule dose « booster » pour les sujets préalablement vaccinés avec un autre vaccin qu'Imvanex, y compris avant 1980. Une 2^{ème} dose n'est pas jugée utile dans la mesure où les études ont montré une réponse immunitaire rapide pour les primovaccinés et que la période d'incubation à partir de l'exposition à risque sera dépassée. A noter que la première dose étant jugée suffisante pour induire une réponse primaire, le schéma vaccinal pour les adultes (hors professionnels de santé) au Royaume-Uni ne prévoit qu'une seule dose en post-exposition à moins que l'exposition soit toujours en cours 28 jours après la 1^{ère} administration.
- L'Irlande²¹ et le Québec²² préconisent également une seule dose pour les primovaccinés.

Concernant la population pédiatrique :

- L'avis de l'ANSM, qui fait suite à la saisine ministérielle du 9 juin 2022, **soulignant que les données d'immunogénicité sont insuffisantes pour permettre de statuer pleinement sur le rapport bénéfique/risque** concernant l'administration des vaccins antivarioliques de 3^{ème} génération en population pédiatrique. Cependant, l'ANSM considère que **les données de sécurité** historiques obtenues avec les vaccins de 1^{ère} génération (le vaccin était utilisé à partir de 1 an) ainsi que les données de sécurité disponibles grâce à la « plateforme MVA » qui utilise ce vaccin comme vecteur pour l'immunisation contre d'autres pathogènes (virus Ebola, paludisme et tuberculose) **sont en faveur de l'utilisation des vaccins de 3^{ème} génération, après une évaluation au cas par cas pour chaque enfant, dans le cadre d'une vaccination réactive post-exposition.** L'ANSM précise que le schéma vaccinal optimal dans le contexte de la flambée épidémique actuelle des infections à virus Monkeypox devra être discuté chez les enfants de 1 à 17 ans, voire éventuellement pour les enfants de moins de un an. Enfin, l'ANSM indique avoir mobilisé le réseau des Centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV) pour assurer une surveillance continue des effets indésirables liés à la vaccination par MVA-BN contre l'infection au virus Monkeypox. Une enquête de pharmacovigilance sera mise en place avec l'implication des CRPV de Nancy et de Rouen. **Cette mobilisation permettra de surveiller en temps réel le profil de sécurité du vaccin dans la population vaccinée à partir des déclarations d'effets indésirables.**
- **Les recommandations de l'OMS en date du 14 juin 2022 préconisant la vaccination, en post exposition des enfants, considérés à risque de forme sévère en privilégiant un vaccin non répliquatif, de 3^{ème} génération²³.**

¹⁹ Résumé des caractéristiques du produit Imvanex

²⁰ UK_Recommendations-for-pre-and-post-exposure-vaccination-during-a-monkeypox-incident-6-june-2022.pdf

²¹ [ch20a.pdf \(hse.ie\)](#)

²² [Vaccination contre la variole simienne | INSPQ](#)

²³ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/356120/WHO-MPX-Immunization-2022.1-eng.pdf>

- Selon plusieurs études menées dans des pays Africains^{24,25,26,27}, les enfants sont plus susceptibles de développer des formes graves de la maladie. La mortalité est également plus élevée dans cette population.
- En 2003, durant l'épidémie de Monkeypox aux Etats-Unis faisant suite à l'importation de rongeurs infectés, 71 cas ont été déclarés chez des patients de 1 an à 51 ans. Parmi ces 71 cas, **35 ont été confirmés en laboratoire, dont 11 étaient des enfants âgés de 6 à 18 ans inclus. Deux personnes parmi les cas ont développé une forme sévère de la maladie, toutes deux étaient des enfants. Le premier enfant, âgé de moins de 10 ans, a présenté une encéphalite et a été hospitalisé 14 jours.** Le second enfant a présenté une adénopathie cervicale et amygdalienne profonde douloureuse et des lésions cutanées diffuses, des lésions oropharyngées et des difficultés respiratoires (sans nécessité de ventilation mécanique). L'adénopathie a culminé 5 jours après l'apparition de l'éruption cutanée et 7 jours après l'apparition des premiers symptômes prodromiques (malaise général, myalgie, fièvre). On ne sait pas s'ils présentaient des facteurs de risque préalables
- Si la vaccination antivariolique a très longtemps été mise en œuvre chez les nourrissons et les jeunes enfants avec les vaccins de premières générations avant l'éradication de la variole, le vaccin Imvanex n'est autorisé que chez les adultes. La sécurité et l'efficacité de ce vaccin chez les enfants âgés de moins de 18 ans n'ont pas été établies. A l'occasion de la procédure d'octroi de l'AMM, le CHMP²⁸ a requis la mise en place d'études post-marketing chez les enfants en cas de situation épidémique afin de recueillir des données d'efficacité dans les indications de l'AMM et de sécurité dans la population pédiatrique.
- Plusieurs études ont été menées chez les enfants avec des vaccins utilisant le *Modified Virus Ankara* (MVA) comme vecteur (souvent à des doses plus élevées que celles préconisée pour Imvanex, pour lequel une dose contient 5×10^7 U. Inf²⁹), comme pour Imvanex :
 - Le vaccin Mvabea (du laboratoire Bavarian Nordic) est un vaccin vivant atténué issu de la souche Ankara (MVA-BN), soit la même que celle utilisée pour le vaccin Imvanex. Il dispose d'une AMM en Europe depuis juillet 2020 dans l'immunisation active contre le virus Ebola chez les individus d'un an et plus. Mvabea est le second vaccin du schéma de vaccination prophylactique hétérologue en 2 doses contre Ebola, qui comprend une vaccination par Zabdeno suivie d'une seconde vaccination par Mvabea, administrée environ 8 semaines plus tard. Il contient $0,7 \cdot 10^8$ U.inf par dose. Les effets indésirables rapportés le plus communément chez les enfants vaccinés avec une dose de Mvabea sont une douleur au point d'injection, de la fatigue, des myalgies et arthralgies, pour la majorité d'intensité légère à modérée et disparaissant en 1 à 3 jours. Le profil de sécurité de MVA-BN chez les enfants d'un an et plus est jugé similaire à celui observé chez les adultes. **Pour les enfants de moins d'un an, aucune donnée n'est disponible sur l'efficacité et la sécurité de la vaccination par MVA-BN en 2 doses hétérologues.**
 - Un vaccin antituberculeux MVA85A a été testé³⁰ chez 1400 nourrissons âgés de 4 à 6 mois, avec une bonne tolérance (1 dose à $1 \cdot 10^8$ U.inf). Dans un autre essai³¹, une centaine de nourrissons de 4 mois a reçu du MVA85A à la dose de $5 \cdot 10^7$ pU.inf, qui a été également bien toléré. En outre, un candidat vaccin contre la malaria (MVA ME-TRAP) a été administré à des enfants de 5 mois à 17 ans à la dose de $1-2 \cdot 10^8$ U.inf. Les effets indésirables retrouvés étaient principalement de la fièvre (50% des cas), d'intensité modérée.

²⁴ [Monkeypox \(who.int\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/monkeypox)

²⁵ Z. Ježek, M. Szczepiowski, K. M. Paluku, M. Mutombo, Human Monkeypox: Clinical Features of 282 Patients, *The Journal of Infectious Diseases*, Volume 156, Issue 2, August 1987, Pages 293–298, <https://doi.org/10.1093/infdis/156.2.293>

²⁶ Inger K. Damon, Status of human monkeypox: clinical disease, epidemiology and research, *Vaccine*, Volume 29, Supplement 4, 2011, Pages D54-D59, ISSN 0264-410X, <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2011.04.014>

²⁷ Bunge et al. "The changing epidemiology of human monkeypox-A potential threat? A systematic review." *PLoS neglected tropical diseases* vol. 16,2 e0010141. 11 Feb. 2022. doi:10.1371/journal.pntd.0010141

²⁸ Committee for Medicinal Products for Human Use

²⁹ Unités infectantes

³⁰ Tameris MD, Hatherill M, Landry BS, Scriba TJ, Snowden MA, Lockhart S and others. 'Safety and efficacy of MVA85A, a new tuberculosis vaccine, in infants previously vaccinated with BCG: a randomised, placebo-controlled phase 2b trial.' *Lancet* 2013: volume 381, pages 1'021 to 1,028

³¹ Ota et al. Immunogenicity of the tuberculosis vaccine MVA85A is reduced by coadministration with EPI vaccines in a randomized controlled trial in Gambian infants. *Sci Transl Med*. 2011 Jun 22;3(88):88ra56. doi: 10.1126/scitranslmed.3002461. PMID: 21697532.

- En 2018 et 2019, plusieurs cas de MPX importés ont été rapportés au Royaume-Uni. Le vaccin de 3^{ème} génération a été administré en post-exposition à plusieurs contacts, incluant des enfants et nourrissons. Aucun effet indésirable n'a été rapporté³².
- Dans sa recommandation du 6 juin 2022, compte-tenu du fait que les enfants sont plus à risque de développer des formes graves de la maladie, et considérant que le profil de sécurité de l'Imvanex chez les enfants serait identique à d'autres vaccins utilisant le vecteur MVA, **l'agence britannique UK Health Security Agency (UKHSA) recommande la vaccination des enfants de moins de 11 ans qui auraient été exposés au virus Monkeypox**. Le schéma vaccinal est le même que celui des adultes (hors professionnels de santé) en post-exposition à savoir une seule dose, sauf si l'exposition est toujours en cours. Dans ce cas, une seconde dose pourra être administrée après 28 jours.
- L'Irlande²¹ et le Québec²² préconisent également une évaluation stricte des bénéfices et des risques soit effectuée au cas par cas dans la population pédiatrique. L'information sur l'absence de données disponibles chez les enfants devrait être transmise au préalable avant chaque vaccination. Le schéma vaccinal post-exposition se présente aussi en une dose dans ces pays, sauf en cas de persistance de l'exposition.

Conclusion :

Dans le **contexte d'alerte sanitaire actuel, marqué par une progression rapide du nombre de cas d'infection à virus Monkeypox** en Europe et notamment en France où il ne circule pas de façon endémique, conformément à l'avis de l'ANSM du 15 juin 2022 et malgré des données cliniques limitées, la HAS :

- **recommande que pour les personnes ayant bénéficié d'une vaccination antivariolique avec un vaccin de 1^{ère} génération avant 1980 et répondant à la définition de contacts à risque, une seule dose de vaccin Imvanex soit administrée. Un document justifiant de la vaccination et/ou une cicatrice gaufrée au point d'injection et cohérente avec une histoire de vaccination antivariolique constitue une preuve d'une vaccination antivariolique préalable. Pour les sujets immunodéprimés précédemment vaccinés, un schéma à 3 doses reste recommandé ;**
- **propose que la vaccination réactive des enfants contacts à risque (tels que définis par SpF) puisse être envisagée pour protéger les enfants exposés et possiblement plus susceptibles de développer des formes sévères de la maladie, en particulier les plus fragiles et les immunodéprimés. Toutefois, en l'absence de donnée clinique de sécurité des vaccins de 3^{ème} génération en population pédiatrique (des données de sécurité indirectes, rassurantes, étant néanmoins disponibles), la HAS recommande que la vaccination des mineurs ne soit envisagée qu'au cas par cas, par les seuls spécialistes et après une évaluation stricte des bénéfices et des risques pour le mineur concerné, dans le cadre d'une décision médicale partagée, et avec le consentement des parents (ou du responsable légal de l'enfant) quand il est requis, et de l'adolescent le cas échéant.**
- recommande l'accélération de la conduite des essais cliniques en population pédiatrique évaluant l'efficacité et la sécurité des vaccins antivarioliques de troisième génération en vue d'une extension d'indication en population pédiatrique par l'EMA ;

La HAS adaptera cette recommandation préliminaire dès que les données issues des essais cliniques en population pédiatrique seront disponibles et en fonction des nouvelles données épidémiologiques et cliniques. La HAS sera également particulièrement attentive aux données de surveillance en temps réel sur le profil de sécurité du vaccin permise par la mobilisation, par l'ANSM, des Centres régionaux de pharmacovigilance. La HAS souligne l'importance de disposer prochainement de :

- données de suivi de l'épidémie ;
- données plus précises sur le mode transmission interhumaine pour les cas actuellement identifiés ;
- données en vie réelle complémentaires relatives à l'efficacité et à la tolérance du vaccin antivariolique de 3^{ème} génération, administré en pré exposition et en post exposition au virus de Monkeypox, sur la prévention des formes graves et sur la transmission de la maladie dans les différents sous-groupes de population ;

³² Recommendations for the use of pre and post exposure vaccination during a monkeypox incident. UK Health Security Agency. Updated 6 June 2022 v8

- données relatives à l'efficacité et à la tolérance d'une dose de rappel chez les personnes qui ont été vaccinées contre la variole dans leur enfance.

La HAS poursuit ses travaux de veille scientifique et adaptera ses recommandations en conséquence.

La HAS rappelle par ailleurs la nécessité de **respecter les mesures de prévention de la transmission du virus Monkeypox en milieu hospitalier et au domicile, telles que préconisées par le HCSP dans son avis du 24 mai 2022 relatif à la conduite à tenir autour d'un cas suspect, probable ou confirmé d'infection à Monkeypox virus.**

Le présent avis sera publié au Bulletin officiel de la Haute Autorité de santé.

Fait le 16 juin 2022.

Pour le collège :
La présidente de la Haute Autorité de santé,
Pr Dominique LE GULUDEC
Signé