

FAQ mpox, ESR REB - Ile de France, le 4 septembre 2024

Rappel du contexte

En août 2024, l'Afrique sub-saharienne est confrontée à une importante épidémie de mpox, qui touche principalement les pays d'Afrique centrale, en particulier la République Démocratique du Congo (RDC) et les pays voisins. L'épidémie se caractérise par une transmission interhumaine soutenue du clade I de virus Mpox (MPXV) et l'émergence d'un nouveau sous-linéage Ib.

En 2023, 14 957 cas d'infections à MPXV, dont 739 décès (Case Fatality Rate : 4,9 %) ont été signalés dans 7 États membres de l'Union africaine. En 2024, 18 837 cas, dont 541 (CFR 2.9%) décès, ont déjà été signalés dans 12 pays africains ce qui représente une augmentation importante par rapport à la même période de l'année précédente. Le taux de létalité du clade Ib, estimé à 0,7 % en RDC (22 décès parmi les 3 039 cas identifiés), pourrait être plus faible que celui du clade I historique.

Les principales caractéristiques de l'épidémie de 2024 sont :

1. La RDC est l'épicentre avec 96,3 % de tous les cas et 97 % de tous les décès signalés au 16 août 2024
2. Propagation aux pays voisins et déclaration d'une urgence de santé publique de sécurité continentale par le CDC Afrique
3. Émergence du clade Ib du virus Mpox (MPXV) mais circulation intense également du clade Ia
4. Déclaration d'une urgence de santé publique de portée internationale (PHEIC) par l'OMS le 14 août 2024

Rappel chronologique des événements importants concernant mpox

- 1958 : Le virus Mpox est isolé pour la première fois chez des singes dans un laboratoire de recherche à Copenhague, au Danemark.
- 1970 : Premier cas humain de mpox enregistré en RDC.
- 1980s : Arrêt de la vaccination antivariolique, réduisant potentiellement l'immunité croisée contre mpox.

- 2003 : Premier cas humain hors d'Afrique (États-Unis) lié à l'importation d'animaux exotiques.
- 2018 : Premiers cas humains importés au Royaume-Uni, en Israël et à Singapour.
- 2022 : Épidémie mondiale sans précédent de MPXV de clade IIb.
- 2023 mi-septembre : Émergence du MPXV de clade Ib à Kamituga, en RDC.
- 2024, début : Augmentation rapide des cas de mpox en RDC et dans les pays voisins.
- 2024, du 25 juillet au 2 août : Premiers cas signalés de MPXV de clade Ib au Rwanda, au Burundi, au Kenya et en Ouganda.
- 2024, 15 août : Premiers cas de MPXV de clade Ib en dehors de l'Afrique (Suède, Thaïlande).

Résumé du risque dû au clade I du MPXV pour les populations faisant l'objet d'une évaluation (Risk assessment, ECDC, 16 août) :

- Risque élevé pour les citoyens de l'UE/EEE voyageant dans les pays touchés et ayant des contacts étroits avec les communautés touchées
- Risque modéré pour les contacts étroits des cas importés dans l'UE/EEE.
- Risque élevé pour les contacts étroits présentant des conditions d'immunodépression sous-jacentes et ceux dont l'infection par le VIH n'a pas été traitée
- Risque faible pour la population générale de l'UE/EEE.

Liens utiles

Declaration CDC Africa (13 août) <https://africacdc.org/news-item/africa-cdc-declares-mpox-a-public-health-emergency-of-continental-security-mobilizing-resources-across-the-continent/>

PHEIC WHO (14 août) <https://www.who.int/news/item/14-08-2024-who-director-general-declares-mpox-outbreak-a-public-health-emergency-of-international-concern>

Risk assessment ECDC (16 août) <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/risk-assessment-mpox-epidemic-monkeypox-virus-clade-i-africa>

Veille ANRS MIE (2 septembre) <https://anrs.fr/wp-content/uploads/2023/12/2024-09-2-anrs-mie-weekly-scientific-review-on-mpox-outbreak-n30.pdf>

Fiches COREB (16 août) <https://www.coreb.infectiologie.com/fr/fiches-pratiques.html>

Définition de cas SPF (MAJ d'avril 2023) [def cas CAT mpox 20042023 \(4\).pdf](#)

HCSP mpox (2022) <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1212>

HAS vax mpox (2 septembre) https://www.has-sante.fr/jcms/p_3538112/fr/mpox-mpoxv-la-has-actualise-ses-recommandations-vaccinales-pour-mieux-lutter-contre-la-circulation-du-virus

CDC general info <https://www.cdc.gov/poxvirus/mpox/index.html>

WHO QAA <https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/monkeypox?s=08>

Cartographie Vax FR <https://www.sante.fr/monkeypox#p-1>

Ressource ESCMID [EIS commentary on Mpox 21-08-24.pdf \(escmid.org\)](#)

Overview WHO [2022-24 Mpox \(Monkeypox\) Outbreak: Global Trends \(shinyapps.io\)](#)

En pratique

Comment s'organise le dépistage des cas symptomatiques ?

Quels sont les patients suspects ?

Les expositions ont sensiblement évolué depuis l'épidémie de 2022 ([COREB 2024](#)) :

- Exposition depuis mai 2022 (Clade II) : cas mondiaux autochtones liés à des transmissions cutané-muqueuses lors de rapports sexuels.
- Exposition depuis septembre 2023 (Clade Ib) : retour d'Afrique (essentiellement RDC, Burundi et République Centre Africaine, contact avec animaux (rongeurs, singes), consommation de viande de brousse, contact avec patient infecté (lésions cutanées, affaires personnelles), transmission intrafamilial possibles.

La clinique typique de l'infection à MPXV regroupe :

- Des signes de syndrome inflammatoire systémique (fièvre, céphalées, odynophagie, adénopathies).
- Une éruption cutanéomuqueuse vésiculeuse ou pustuleuse, avec une ombilication centrale parfois nécrotiques, évoluant vers une forme croûteuse. Elle touche notamment le visage et le cuir chevelu, la sphère génitale et la bouche, parfois les paumes et plantes de pieds. La règle est la poussée unique mais des lésions d'âges différents peuvent co-exister. Les [fiche pratiques illustrée COREB 2022](#) et [2024](#) peuvent aider à guider le diagnostic.

A partir de l'exposition et de la clinique, trois définitions de cas peuvent être retenues ([SpF 2023](#), [COREB 2024](#))

- Cas suspect = signes cliniques évocateurs uniquement
Un patient suspect d'infection par le virus MPXV est une personne présentant une éruption cutanée et/ou muqueuse (génitale, anale ou buccale) évocatrice de mpox, isolée ou précédée/accompagnée d'une fièvre ressentie ou mesurée (>38°C), d'adénopathies ou d'une odynophagie.
- Cas probable = signes cliniques évocateurs + contact à risque d'un cas confirmé
Un cas probable d'infection par le virus MPXV est un patient suspect ET présentant un contact à risque avec un cas confirmé en France, ou dans un autre pays.
- Cas confirmé = qPCR spécifique Mpox ou générique Orthopoxvirus
Un cas confirmé d'infection par le virus Mpox (MPXV) est une personne avec :
 - Un résultat positif de qPCR spécifique du MPXV OU
 - Un résultat positif en qPCR générique du genre Orthopoxvirus, associée ou non à un résultat de séquençage partiel spécifique du MPXV

Où et comment faire le diagnostic ?

Les laboratoires de l'AP-HP en capacité de réaliser un dépistage virologique du MPXV sont les laboratoires d'Avicenne, Bichat-Claude Bernard, Cochin, Henri Mondor, Paul Brousse, Pitié Salpêtrière et Saint-Louis. En septembre, le laboratoire de Saint-Antoine sera également en capacité. Hors APHP,

Le laboratoire de Versailles réalise aussi le test. Certains laboratoires privés sont également en mesure de réaliser un dépistage virologique du MPXV.

Les laboratoires virologiques des hôpitaux Bichat, Pitié-Salpêtrière, Henri Mondor et Saint Louis ont la possibilité de distinguer les deux clades de MPXV : I et II.

Dans leur fonction d'ESR REB, si suspicion épidémiologique de clade Ib, les hôpitaux de Bichat et Pitié-Salpêtrière sont en mesure de techniquer les prélèvements 7 jours sur 7 de 8h à 18h.

Dans les circonstances actuelles d'alerte OMS récente et d'émergence d'un nouveau clade dont les caractéristiques épidémiologique et physiopathologiques ne sont pas encore clairement caractérisées, l'identification d'un clade Ib en zone de non endémie relève de la procédure REB encadrée par les ESR de région. **Le médecin référent REB est joignable au 01 40 25 41 12 7J/7 24H/24.**

Par ailleurs, on rappelle qu'il existe un numéro d'information pour le grand public **mpox info service au 08 01 90 80 69 8h-23h 7j/7** (<https://www.mpox-info-service.fr/#monkeypox>). Ce dispositif a en charge d'informer sur les symptômes, les traitements, les mesures de prévention, la vaccination, et d'orienter vers les dispositifs de prise en charge adaptés.

Le prélèvement doit être réalisé par un médecin habitué et protégé (voir précautions complémentaires /EPI ci-dessous) à partir d'un ou plusieurs prélèvements :

- Des lésions cutanées et/ou muqueuses (fond de la vésicule) et prélèvement ORL,
- Sur écouvillon déchargé en milieu de transport pour virus type Virocult® (pas d'écouvillons sec)

Les tubes doivent être :

- Décontaminés (détergent désinfectant satisfaisant à la norme de virucidie NF EN 14476 type Surfa-safe® pendant 5 minutes ou javel 0,5%)
- Avant le triple emballage (sachet 95 kPa type diagnobag- contenant un buvard avec fermeture hermétique + emballage cartonné catégorie B, UN 3373) avec le bon de demande rempli et mis à l'extérieur de l'emballage.
- Acheminés au laboratoire par manuportage au laboratoire local, ou transport vers un centre référent.

Il existe 2 niveaux de risque de contamination selon le type de prélèvements avec des conditions de transport et d'analyses différenciées :

- ORL, cutanéomuqueux, liquides biologiques (sperme, salive, sécrétions vaginales), prélèvements respiratoires (semi-)profonds) = risque significatif de contamination = triple emballage (exemples : écouvillon de lésion pour recherche MPXV, mais également CT / NG). On attendra si possible un diagnostic positif ou négatif du mpox avant envoi de ces échantillons (hors prélèvement diagnostique).
- Sang, urine, LCR, liquides de séreuses (sauf liquide pleural) = risque faible car présence du virus courte de quelques jours = procédures standards (exemples : sérologies VHC/VIH/syphilis, CT / NG sur 1^{er} jet d'urines).

Les conditions d'acheminement des prélèvements sont les suivantes :

- En inter site
 - Prélèvements à risque significatif de contamination : triple emballage cartonné (catégorie B, UN3373)

- Prélèvements à risque faible de contamination : sachet étanche 95 KPa avec fermeture adhésive hermétique contenant un buvard absorbant
- En intra site
 - Prélèvements à risque significatif de contamination : sachet étanche 95 KPa avec fermeture adhésive hermétique contenant un buvard absorbant
 - Prélèvements à risque faible de contamination : sachet et modalités classiques de transfert des échantillons biologiques

Si votre prélèvement ne peut être acheminé vers le laboratoire de diagnostic au moment de sa réalisation (nuit ou week-end), il peut être conservé au réfrigérateur à 4°C dans une boîte de triple emballage.

Quelle est la prise en charge des cas confirmés ou probables ?

Précautions complémentaires, EPI

Le patient atteint d'infection à MPXV est contagieux du début des symptômes jusqu'à guérison complète des lésions cutanées et/ou muqueuses (c'est à dire jusqu'à la **chute** des croûtes), ce qui implique la mise en place de précautions complémentaires d'hygiène pour le patient et le personnel soignant.

Celles-ci sont colligées dans les recommandations de la HCSP 2022, toujours en vigueur :

- Patient : masque chirurgical + hygiène des mains + couvrir les lésions cutanées.
- Soignant préleveur = précautions CONTACT et AIR : chambre/box individuel(le) (faisant l'objet d'un traitement d'air ou, au minimum, pourvue d'une fenêtre ouvrant sur l'extérieur), SHA, masque FFP2 adapté et ajusté, lunettes, gants, protection de la tenue avec surblouse à manches longues et tablier si soins mouillants.
Le préleveur doit être entraîné aux procédures d'habillage et de déshabillage, cette dernière étant à risque d'auto-contamination.
- Aération des locaux régulière (risque minimisé quand patient masqué)
- Traitement des surfaces : détergent désinfectant satisfaisant à la norme de virucidie NF EN 14476 type Surfa-safe® pendant 5 minutes ou javel 0,5%
- Elimination de tous les déchets de soins et EPI en filière DASRI
- Traitement de la lingerie en circuit standard

Traitement symptomatique et curatif

Pour prendre en charge les patients de façon optimale, il est important de rechercher les éventuelles manifestations graves : infections oculaires, complications neurologiques, myopéricardite, complications associées aux lésions des muqueuses (buccales, rectales, génitales et urétrales), risque de forme étendue en cas d'immunodépression modérée ou sévère (notamment en cas d'infection par le VIH avec charge virale non contrôlée et CD4 bas), un grand nombre de lésions et de territoires atteints (tête, tronc, dos, membres, etc.), l'intensité de la douleur, risque de pronostic obstétrical péjoratif en cas de grossesse en cours. Il peut exister également des complications secondaires : surinfections bactériennes, sepsis, déshydratation, dénutrition.

Les populations les plus à risque de formes graves sont :

- Les immunodéprimés dont les PVVIH avec CD4 <200/mm³
- Les femmes enceintes avec risque de mort fœtale in utero, d'avortement spontané et transmission materno-fœtale/périnatale possible
- Les enfants chez qui la mortalité des formes graves est plus élevée

Soins de support systématiques

Gestion de la douleur (de niveau 1 à 3), réhydratation, support nutritionnel, prévention locale des surinfections des ulcérations.

Gestion d'éventuelles complications

Antibiotiques pour les infections bactériennes secondaires, soins ophtalmologiques pour les complications oculaires.

Traitement spécifique

Le **tecovirimat** est disponible sous forme de gélules de 200 mg. La posologie recommandée chez l'adulte et l'enfant varie en fonction du poids : 200 mg/12 h pour les patients de 13 kg à moins de 25 kg ; 400 mg/12 h pour les patients de 25 kg à moins de 40 kg ; 600 mg/12 h pour les patients de 40 kg et plus.

La durée de traitement recommandée est de 14 jours, à débiter le plus tôt possible après le diagnostic.

Le tecovirimat est un inducteur enzymatique du CYP3A4 et du CYP2B6 et peut donc entraîner une diminution de l'effet des médicaments substrats de ces isoenzymes et à marge thérapeutique étroite. Il est également faible inhibiteur des cytochromes CYP2C8 et CYP2C19.

Des interactions médicamenteuses avec certaines molécules (bupropion, repaglinide, voriconazole, rilpivirine, maraviroc, midazolam, atorvastatine, tacrolimus, méthadone, sildénafil, darunavir, oméprazole, lansoprazole, rabéprazole) sont donc possibles.

Aucune adaptation posologique n'est nécessaire en cas d'insuffisance rénale ou hépatique

Les résultats préliminaires d'un essai randomisé en double aveugle réalisé sur le clade Ia en RDC (PALM 007) n'a pas montré d'efficacité du tecovirimat vs placebo en termes d'évolution des lésions ni en termes de mortalité. En attendant d'avoir plus d'informations, il est toujours licite de prescrire du tecovirimat dans les indications listées plus bas.

Le **Brincidofovir** et les **Immunoglobulines Vaccinales intraveineuses (VIGIV)** sont des thérapeutiques qui peuvent être envisagées chez certains patients qui ont besoin d'un traitement supplémentaire ou alternatif au tecovirimat.

La posologie du brincidofovir est de 200 mg PO par semaine x 2 doses (les jours 1 et 8) pour les personnes de ≥48 kg (comprimé ou suspension orale) et de 4 mg/kg PO par semaine x 2 doses (jours 1 et 8) pour les personnes <48 kg (suspension orale). Depuis février 2021, le brincidofovir n'est plus disponible en France.

Le **cidofovir**, dont le brincidofovir est dérivé, est lui disponible. Il peut être envisagé en administration précoce d'une dose unique ou d'un traitement de 5 jours en intraveineux à la posologie de 5 mg/kg/j.

Le cidofovir possède une forte toxicité rénale (risque de tubulopathie avec syndrome de Fanconi) et hématologique (neutropénie) ainsi qu'un potentiel effet carcinogène, tératogène et reprotoxique. Son utilisation impose une hyperhydratation concomitante avec du sérum salé et la co-administration de probénécide pour en diminuer la néphrotoxicité potentielle.

Pour les patients atteints d'infections oculaires impliquant l'infection à virus Mpox, la solution ophtalmique de trifluridine peut également être envisagée après avis ophtalmologique.

Dans l'hypothèse où un traitement est prescrit :

- Le tecovirimat est à utiliser en première intention.

Avantage : voie orale, bonne tolérance dans les rares cas humains où il a été utilisé.

Inconvénient : non recommandé pendant la grossesse et non indiqué chez l'enfant de poids inférieur à 13 kg.

- Le brincidofovir est à utiliser en deuxième intention sous réserve de disponibilité.

Avantage : voie orale, meilleure tolérance que le cidofovir.

- Le cidofovir est à utiliser en troisième intention.

Inconvénients : voie injectable, effets indésirables, nécessité d'une hyperhydratation avant et pendant la perfusion et la co-administration de probénécide per os, forte toxicité rénale (risque de tubulopathie avec syndrome de Fanconi) et hématologique (neutropénie) ainsi qu'un potentiel effet carcinogène, tératogène et reprotoxique.

Avantage : actuellement disponible en accès compassionnel.

- Les immunoglobulines humaines anti-vaccin (VIG)

Constituent une alternative pour des populations particulières lorsque le tecovirimat ne peut pas être utilisé : femmes enceintes, jeunes enfants avec poids de moins de 13 kg.

Indications à un traitement antiviral :

Présentations sévères OU patients présentant des facteurs de risque de sévérité (patients immunodéprimés, femmes enceintes et enfants). Principales indications en pratique :

- Forme ophtalmologique (conjonctivite, kératite)
- Forme cutanée sévère nécessitant une intervention chirurgicale
- Forme évocatrice de vascularite (purpura, lymphangite)
- Forme cutanée diffuse chez un patient immunodéprimé (greffe, traitement immunosuppresseur, VIH < 200 CD4)
- Femmes enceintes : Le tecovirimat n'est pas recommandé pendant la grossesse en l'absence de données disponibles chez les femmes enceintes. Cependant, sur la base des données non cliniques disponibles de reprotoxicité, aucune toxicité embryo-foetale n'a été rapportée chez l'animal.
- Myocardite
- Encéphalite
- Formes hyper-algiques réfractaires aux antalgiques de niveau 3

NB : Penser aux co-infections Chlamydia trachomatis / Gonocoque / Syphilis/ VIH si contexte de rapports sexuels non protégés : traitement probabiliste si symptômes évocateurs (urétrite, ano-rectite...) par ceftriaxone / doxycycline. Bilan IST à réaliser d'emblée mais uniquement sur premier jet urinaire.

Mpox est une maladie à déclaration obligatoire (MDO)

Formulaire de déclaration obligatoire disponible ici : [cerfa_12218.do](https://cerfa.12218.do) (service-public.fr)

A envoyer à l'ARS par mail ars75-alerte@ars.sante.fr ou par fax 01 44 02 06 76

Comment relance-t-on la campagne de vaccination ?

Où se faire vacciner à ce jour ?

Les coordonnées de tous les centres de vaccination contre le virus Mpox sont disponibles sur le site santé.fr <https://www.sante.fr/monkeypox#p-1>

Quelles sont les recommandations pour la vaccination en post-exposition (VPE) ?

La mise en place d'une stratégie de VPE est recommandée pour les personnes contact; toute personne ayant eu un contact non protégé sans notion de durée avec la peau lésée ou les fluides biologiques d'un cas probable ou confirmé symptomatique, quelles que soient les circonstances y compris rapport sexuel, actes de soin médical ou paramédical, ou ayant eu un contact physique indirect par le partage d'ustensiles de toilette, ou le contact avec des textiles (vêtements, linge de bain, literie) ou de la vaisselle sale utilisés par le cas probable ou confirmé symptomatique. La HAS recommande que la vaccination réactive des enfants contacts à risque puisse être envisagée, mais au cas par cas, par les seuls spécialistes et après une évaluation stricte des bénéfices et des risques. La première dose de vaccin doit être administrée idéalement dans les 4 jours après l'exposition, et au plus tard dans les 14 jours après l'exposition.

La VPE n'est pas indiquée chez les personnes étant considérées comme efficacement immunisées (statut vaccinal complet ou antécédents d'infection variole ou mpox).

Quelles sont les indications de vaccination pré-exposition (VPrE) ?

Les indications à la VPrE tel que rapporté par la HAS en juillet 2022 **actualisées en aout 2024** sont :

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

Quelles sont les recommandations vaccinales chez la femme enceinte et chez l'enfant ?

Pour la femme enceinte, il est préférable d'éviter l'utilisation d'IMVANEX pendant la grossesse. Son administration pendant la grossesse ou l'allaitement ne doit être envisagée que si les bénéfices potentiels sont supérieurs à tout risque potentiel pour la mère et le fœtus.

Concernant les mineurs, la VPrE doit être envisagée au cas par cas pour ceux entrant dans les cibles vaccinales (ex. mineurs pris en charge dans les CEGIDD).

Faut-il vacciner les personnels soignants ?

Aujourd'hui, il n'y a pas lieu de vacciner les personnels soignants en dehors de deux catégories particulières :

- Les personnels soignants intervenant auprès de populations à haut risque mpox (CEGIDD, centres de santé sexuelle, médecine sociale prévention IST dans le milieu de la prostitution, etc.)
- Les personnels de laboratoire qui présentent un risque élevé et continu d'exposition professionnelle à des orthopoxvirus.

Dans ces conditions l'OMS préconise un rappel tous les 2 à 5 ans.

Ces PS peuvent également bénéficier de la vaccination post-exposition pour ceux ayant été exposés au MPXV sans mesure de protection individuelle.

Existe-t-il des recommandations pour les voyages à risque ?

A ce jour, il n'est pas recommandé de vacciner pour des raisons de voyages, cependant si les personnes sont amenées à voyager dans des zones où circule le virus Mpox et sont susceptibles d'y être fortement exposées, la vaccination se discutera au cas par cas (par exemple mission humanitaire ou « retour au pays » dans l'est (province du Kivu) ou nord-ouest (province de l'Equateur) de la RDC).

Quel est le schéma vaccinal ?

Le schéma vaccinal comprend deux doses, espacées d'au moins 28 jours. Une seule dose suffit pour les personnes qui ont été vaccinées dans leur enfance contre la variole (avant 1980) ou qui ont déjà reçu un schéma incomplet depuis 2022. Une troisième dose, aussi espacée d'au moins 28 jours est nécessaire pour les personnes immunodéprimées (PVVIH avec $CD4 < 200/mm^3$ par ex).

Doit-on revacciner les personnes qui ont eu un schéma vaccinal complet en 2022 ?

La HAS recommande l'administration d'une dose unique de rappel chez les personnes ayant déjà réalisé une primovaccination complète (à 1, 2 ou 3 dose(s) selon les cas).

La dose de rappel doit être administrée à distance de la primovaccination soit, dans la situation actuelle, deux ans environ après la dernière dose.

Cette recommandation de rappel à distance ne s'applique pas aux personnes ayant reçu une vaccination antivariolique dans l'enfance puis une dose unique de rappel par le MVA-BN depuis 2022 car l'immunité conférée dans ces cas-là est plus robuste.

Doit-on vacciner les personnes ayant un antécédent de mpox ?

Compte tenu de l'immunité naturelle conférée par l'infection passée, la HAS ne recommande pas de vacciner les personnes ayant contracté la mpox depuis 2022.

Tableau résumé des différents schémas de vaccination à effectuer chez les personnes éligibles à la vaccination en fonction des antécédents d'infection et de vaccination (HAS, aout 2024)

Personnes éligibles à la vaccination	Schéma de vaccination à effectuer			
	Immunocompétentes		Immunodéprimées	
	Vaccinées dans l'enfance (avant 1980) ^a	Non vaccinées dans l'enfance (avant 1980)	Vaccinées dans l'enfance (avant 1980) ^a	Non vaccinées dans l'enfance (avant 1980)
N'ayant jamais été vaccinées avec un vaccin MVA-BN	1 dose de rappel	2 doses	3 doses	3 doses
Ayant reçu une seule dose de vaccin de MVA-BN	Aucun	1 dose	2 doses	2 doses
Avec un schéma complet de vaccination de MVA-BN	Aucun	1 dose de rappel ^b	1 dose de rappel ^b	1 dose de rappel ^b
Ayant contracté le mpox entre 2022 et aujourd'hui	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun

^a Une dose de rappel est recommandée pour les personnes ayant bénéficié d'une vaccination antivariolique avant 1980 ; ^b La dose de rappel doit être administrée à distance de la primovaccination soit, dans la situation actuelle, deux ans environ après la dernière dose.

Quelle est son efficacité et quelles sont les autres mesures de prévention ?

La vaccination a contribué à limiter les cas durant l'épidémie de 2022 mais son efficacité n'est pas immédiate et n'est pas de 100% : Il est donc important de l'associer à d'autres mesures de prévention, et d'éviter tout contact à risque (pas de contacts avec animaux sauvages en zone d'endémie, éviter les relations sexuelles multipartenaires ou dans le cadre de prostitution, se laver les mains régulièrement avec du savon ou au SHA, éviter tout contact direct (peau à peau) avec la personne infectée ou ses effets personnels (vaisselle, linge, ...) et porter un masque chirurgical à sa proximité).