



Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)

En novembre 2002, une pneumonie atypique ou SRAS (Syndrome respiratoire aigu sévère) s'est développée à partir de Chine du Sud et s'est étendue par la suite à d'autres régions. Les recommandations aux voyageurs relatives au SRAS étant susceptibles d'être régulièrement modifiées en fonction de l'évolution des connaissances, il est conseillé de consulter un des sites suivants :

www.who.int • www.invs.sante.fr • www.sante.gouv.fr

Recommandations sanitaires pour les voyageurs 2003 (à l'attention des professionnels de santé)

Ces recommandations ont été élaborées par le comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation, et approuvées par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France lors de la séance 16 mai 2003. Elles tiennent compte des données du Centre national de référence de l'épidémiologie du paludisme d'importation et autochtone (CNREPIA) et du Centre national de référence de la chimiosensibilité du paludisme (CNRCP). Ce texte reprend pour l'essentiel les recommandations de l'année 2002. Quelques modifications sont intervenues en conformité avec les évolutions thérapeutiques (médicaments antipaludiques). Des recommandations supplémentaires concernent le voyageur âgé, ainsi que la vaccination contre l'hépatite A particulièrement utile chez l'enfant voyageur.

1 - VACCINATIONS

Deux critères interviennent dans l'établissement d'un programme de vaccinations destiné à un voyageur.

Le premier de ces critères est l'obligation administrative qui correspond plus à la protection du pays contre un risque infectieux venant de l'extérieur qu'aux risques encourus par le voyageur.

Les risques réels encourus par le voyageur constituent, quant à eux, le second critère et varient en fonction de plusieurs paramètres :

- la situation sanitaire du pays visité ;
- les conditions et la durée du séjour ;
- les caractéristiques propres du voyageur, en particulier l'âge et aussi le statut vaccinal antérieur.

Ces éléments permettent d'établir un programme vaccinal adapté, à partir de la gamme de vaccins disponibles.

1.1 - POUR TOUS ET QUELLE QUE SOIT LA DESTINATION

Adultes

Mise à jour des vaccinations contre le tétanos, la poliomyélite et la diphtérie, de préférence avec la dose réduite de la valence diphtérie.

Enfants

Mise à jour des vaccinations incluses dans le calendrier vaccinal français, mais plus précocement pour :

- la vaccination contre la rougeole (à partir de 9 mois, suivie d'une revaccination six mois plus tard en association avec les oreillons et la rubéole) ;



- la vaccination contre l'hépatite B (dès la naissance si le risque est élevé) ;
- le BCG, dès la naissance.

1.2 - EN FONCTION DE LA SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DE LA ZONE VISITÉE

Fièvre jaune

Indispensable pour tout séjour dans une zone intertropicale d'Afrique ou d'Amérique du Sud, même en l'absence d'obligation administrative (voir carte). Exigible à partir de l'âge d'1 an, possible dès 6 mois.

Déconseillée pendant toute la durée de la grossesse excepté si le séjour ou le voyage en zone d'endémie ne peuvent être reportés ; dans ce cas, la vaccination est nécessaire en raison de la létalité élevée de la maladie.

Vaccin réservé aux centres agréés de vaccination.

Une injection au moins 10 jours avant le départ, validité : 10 ans.

Encéphalite japonaise

Séjour prolongé en zone rurale en Asie du Sud (y compris l'Inde et le Népal) et en Asie de l'Est.

Vaccin disponible dans les centres agréés de vaccination (Autorisation temporaire d'utilisation nominative).

Trois injections à J0, J7, J21 (la dernière au moins 10 jours avant le départ ; rappel deux ans plus tard).

Possible chez l'enfant à partir de l'âge d'1 an (entre 1 et 3 ans : demi-dose).

Encéphalite à tiques

Séjour en zone rurale (ou randonnée en forêt) en Europe centrale, orientale et du Nord, au printemps ou en été.

Trois injections : les deux premières à un mois d'intervalle, la troisième neuf à 12 mois après la première ; rappels tous les trois ans.

Possible chez l'enfant à partir de 3 ans ; jusqu'à 16 ans : demi-dose lors de la première injection.

Méningite à méningocoques

Trois vaccins contre les méningocoques sont actuellement disponibles en France :

- le vaccin conjugué contre le méningocoque de sérotype C ;
- le vaccin contre les méningocoques des sérotypes A et C ;
- le vaccin tétravalent contre les méningocoques des sérotypes A, C, Y, W 135 réservé pour le moment aux centres agréés de vaccination en raison d'une disponibilité limitée.

La vaccination par le vaccin tétravalent est obligatoire pour les personnes se rendant au pèlerinage de la Mecque (Hadj ou Umrah) ; elle doit dater de plus de 10 jours et de moins de trois ans.

La vaccination contre le méningocoque est recommandée (*avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France du 14 septembre 2001 relatif à la vaccination contre les méningocoques du sérotype A, C, Y, W135*) :

- aux enfants de plus de 2 ans (changement d'AMM en 2003) et aux jeunes adultes se rendant dans une zone où sévit une épidémie ;
- aux personnes quel que soit leur âge, se rendant dans cette zone pour y exercer une activité dans le secteur de la santé ou auprès des réfugiés ;
- aux personnes se rendant dans une zone d'endémie (ceinture de la méningite en Afrique) au moment de la saison de transmission dans des conditions de contact étroit et prolongé avec la population locale.

Le vaccin tétravalent doit être réservé aux voyageurs exposés se rendant dans une zone où le risque de méningite à méningocoque W 135 est avéré.

L'actualité des épidémies de méningites à méningocoque est consultable sur le site Internet de l'OMS à l'adresse suivante :

<http://www.who.int/disease-outbreak-news/>

La vaccination n'est pas recommandée chez les autres voyageurs, y compris ceux séjournant brièvement dans une zone d'épidémie mais ayant peu de contacts avec la population locale.

1.3 - EN FONCTION DES CONDITIONS ET DE LA DURÉE DU SÉJOUR

Hépatite A

Pour tout type de séjour dans un pays où l'hygiène est précaire, et particulièrement chez les patients infectés chroniques par le virus de l'hépatite B. Une injection deux semaines avant le départ, rappel six à 12 mois plus tard, durée de protection : 10 ans.

Peut être faite à partir de l'âge d'1 an.

Un examen sérologique préalable (recherche d'IgG) a un intérêt pour les personnes ayant des antécédents d'ictère, ou ayant vécu en zone d'endémie ou nées avant 1945.

Typhoïde

Séjours prolongés ou dans de mauvaises conditions dans des pays où l'hygiène est précaire.

Une injection 15 jours avant le départ, durée de protection : trois ans.

Enfants : à partir de 2 ans.

Hépatite B

En dehors des recommandations du calendrier vaccinal (enfants, professions de santé et/ou conduites à risque), cette vaccination est recommandée pour des séjours fréquents ou prolongés dans les pays où l'accès à des soins de qualité est aléatoire.

Deux injections espacées d'un mois, rappel unique six mois plus tard.

Rage à titre préventif

Séjour prolongé ou aventureux et en situation d'isolement dans un pays à haut risque (surtout en Asie et notamment en Inde).

Recommandé en particulier chez les jeunes enfants dès l'âge de la marche. Trois injections à J0, J7, J 21 ou J28, rappel un an plus tard ; durée de protection : cinq ans.

La vaccination préventive ne dispense pas d'une immunothérapie curative qui doit être mise en œuvre le plus tôt possible en cas d'exposition avérée ou suspectée.

Grippe

Mise à jour de la vaccination contre la grippe pour toutes les personnes faisant l'objet d'une recommandation dans le calendrier vaccinal français, participant à un voyage en groupe, notamment en bateau de croisière. Toutefois, la disponibilité d'un vaccin adapté à la zone du voyage et à la saison peut poser un problème.

2 - PALUDISME (tableau 1)

2.1 - DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Le nombre de cas de paludisme d'importation, qui augmentait régulièrement depuis 1996 parallèlement à l'accroissement des flux de voyageurs vers les zones d'endémie (près de 3,45 millions en 2001), a diminué en 2001 selon le CNREPIA qui l'a estimé à 7 370 cas, et poursuit sa décroissance d'environ 10 % en 2002. Les pays de contamination sont majoritairement situés en Afrique subsaharienne (95 % des cas), ce qui explique que plus de 80 % des cas soient dus à *Plasmodium falciparum*. En ce qui concerne les cas importés en France, l'incidence annuelle approchée pour l'Afrique est de 455 cas pour 100 000 voyageurs ; elle est 15 à 23 fois plus faible respectivement en Amérique du Sud et en Asie. Le nombre de décès est toujours de l'ordre de 20 par an. Les chimiorésistances de *P. falciparum* à la chloroquine et au proguanil restent stables depuis 1996 pour les souches d'Afrique analysées par le CNRCP (10 à 17 % en pays de groupe 2) et il n'apparaît pas d'émergence de la méfloquinorésistance en Afrique.

On constate toujours que plus de deux tiers des cas importés en France surviennent chez des sujets originaires d'Afrique subsaharienne, qui semblent moins bien informés des mesures prophylactiques nécessaires, ou dissuadés par leur coût.

Il faut à nouveau insister sur la nécessité de diffuser largement les recommandations de prévention auprès de l'ensemble des populations de voyageurs européens ou africains.

2.2 - RECOMMANDATIONS

2.2.1 - Généralités

Il convient d'insister sur la nécessité de l'observance simultanée d'une protection contre les piqûres de moustiques et d'une chimioprophylaxie. Il est dangereux de laisser un voyageur partir sans prophylaxie dans un contexte (zone et saison) de transmission intense. L'accent doit également être mis sur la nécessité d'une chimioprophylaxie pour tous les Africains résidant en France lorsqu'ils se déplacent en zone impaludée (en particulier les enfants qui ont un risque accru d'accès palustre grave, du fait de la non-immunisation antérieure contre le *Plasmodium*).

On s'efforcera de personnaliser les conseils de prophylaxie en tenant compte de l'intensité de la transmission du paludisme et de la fréquence des résistances dans les zones considérées, des conditions du voyage, des antécédents pathologiques et d'intolérance aux antipaludiques (ainsi que des interactions possibles des antipaludiques avec d'autres médicaments) et d'une grossesse ou de son éventualité (notamment en raison de la gravité du paludisme chez la femme enceinte).

Aucun moyen préventif n'assure à lui seul une protection totale et, même si une chimioprophylaxie adaptée a été bien prise, il est possible de développer un paludisme, parfois atypique ou d'apparition tardive. Les symptômes initiaux sont souvent peu alarmants mais le paludisme peut être mortel si son traitement est retardé. En cas de fièvre, nausées, céphalées, myalgies ou fatigue au cours du séjour ou dans les semaines ou mois qui suivent le retour, un médecin doit être consulté sans retard. Il existe un polymorphisme parfois trompeur de la symptomatologie palustre, la fièvre pouvant être associée à des troubles digestifs ou à des douleurs abdominales. Toute pathologie fébrile au retour des tropiques doit être considérée a priori comme pouvant être d'origine palustre et investiguée comme telle. Environ 5 % des accès palustres à *P. falciparum* sont observés au-delà des 2 mois suivant le retour. Un échantillon de sang doit être examiné pour porter le diagnostic. La précocité du diagnostic et l'adéquation du traitement sont les facteurs essentiels de survie en cas de paludisme à *P. falciparum*.

2.2.2 - Réduire le risque de piqûres de moustiques

Sans piqûre d'anophèles, pas de paludisme : la lutte contre les moustiques est donc la première ligne de défense dans la prévention du paludisme. Les anophèles piquent habituellement entre le coucher et le lever du soleil : c'est pendant cette période que la protection doit être maximale.

Porter des vêtements longs le soir, dormir dans des pièces dont les ouvertures (fenêtres, portes) sont protégées par des grillages - moustiquaires en bon état, éviter de sortir la nuit, même un court moment, sans protection anti-moustiques (et *a fortiori* de dormir la nuit à la belle étoile sans moustiquaire), sont des mesures capitales pour réduire l'exposition aux piqûres

mais, malgré tout, insuffisantes à elles seules, pour la prévention du paludisme.

Utiliser des insecticides le soir dans les chambres : diffuseur électrique avec tablette ou flacon de liquide (penser à l'adaptateur de prises de courant) ou bombe insecticide. A l'extérieur ou dans une pièce aérée, on peut utiliser des tortillons fumigènes. Le fait d'utiliser la climatisation, qui réduit l'agressivité des moustiques mais ne les empêche pas de piquer, ne doit pas dispenser d'utiliser des insecticides.

Dormir sous une moustiquaire imprégnée de pyréthrinoides (deltaméthrine ou perméthrine). La moustiquaire imprégnée d'insecticide assure la meilleure protection contre les piqûres de moustiques nocturnes. Elle doit être en bon état et utilisée correctement (soit bordée sous le matelas, soit touchant le sol). On peut se procurer des moustiquaires déjà imprégnées en pharmacie ou les imprégner soi-même avec des kits d'imprégnation disponibles en pharmacie. La rémanence du produit est de 6 mois.

Les vêtements ainsi que les toiles de tente peuvent être imprégnés par pulvérisation (spray) ou par trempage (l'insecticide utilisé doit alors être la perméthrine). On peut se procurer en pharmacie des flacons vaporisateurs de perméthrine. La pulvérisation se fait sur les parties externes des vêtements.

Utiliser des répulsifs (insectifuges ou repellents) **sur les parties découvertes du corps**. Ceux qui contiennent de l'éthylhexanediol (EHD), du diéthyltoluamide (DEET), du diméthylphthalate (DMP) ou du N-butyl-N-acétyl-3-éthylaminopropionate (35/35) ont prouvé leur efficacité. L'efficacité anti-anophélienne dépend de la concentration du principe actif contenu dans le produit commercialisé : DEET entre 35 et 50 %, DMP à 40 %, EHD entre 30 et 50 %, 35/35 à 20 %. Dans une même marque de produits, la concentration en principe actif varie selon la présentation : lotion, crème, spray ou stick.

L'application du produit doit se faire dès le coucher du soleil sur toutes les parties découvertes du corps, visage compris, ainsi que sur les parties pouvant se trouver découvertes à l'occasion de mouvements. La durée de la protection varie de 2 à 5 heures : elle dépend de la concentration du produit et de la température extérieure. Les produits seront renouvelés plus fréquemment en fonction de la transpiration ou des bains et des douches.

Ces produits peuvent être toxiques s'ils sont ingérés : éviter tout contact avec les muqueuses buccales ou oculaires. Pour les jeunes enfants, on préférera utiliser un répulsif à base d'éthylhexanediol à 30 %. La pulvérisation de répulsifs sur les vêtements est possible mais de courte efficacité (2 heures) car les produits sont volatils et photolabiles.

Les répulsifs cutanés sont contre-indiqués pour les femmes enceintes.

2.2.3 - Prendre une chimioprophylaxie

Plasmodium falciparum (Afrique surtout, Amérique et Asie forestières) expose à un risque d'évolution fatale. Il est dangereux de partir en zone de transmission intense de cette espèce, par exemple en Afrique subsaharienne, sans une prise régulière d'une chimioprophylaxie, en particulier pour les enfants et les femmes enceintes qui ont un risque accru d'accès grave. De plus, les résistances de cette espèce à certains antipaludiques sont fréquentes (tableau 1).

Plasmodium vivax (Asie, Amérique et Afrique de l'Est) donne des accès palustres d'évolution en général bénigne. Sa chimioprévention est donc facultative. La chimioprophylaxie prévient généralement l'accès primaire de *Plasmodium vivax* et de *Plasmodium ovale* (Afrique) mais n'empêche pas les rechutes, possibles dans les deux années qui suivent une infection. De rares résistances de *P. vivax* à la chloroquine ont été signalées dans quelques pays d'Asie et d'Océanie.

Plasmodium malariae est rarement observé. L'évolution de l'infection est bénigne mais l'accès survient parfois tardivement.

Le choix de la prophylaxie médicamenteuse tient compte des zones visitées (classées en groupe 1, 2 et 3 selon la fréquence de la résistance à la chloroquine et au proguanil, le groupe 0 correspondant à un risque nul de paludisme), de la durée du voyage et aussi de la personne : l'âge, les antécédents pathologiques, une intolérance aux antipaludiques, une possible interaction médicamenteuse, une grossesse (ou son éventualité). Quelque soit l'antipaludique choisi, il est conseillé de prendre ce médicament au cours d'un repas.

Aucun antipaludique n'étant toujours parfaitement toléré, il peut être admissible, dans une zone à très faible transmission et correctement médicalisée, d'avoir recours à la seule protection contre les moustiques.

Pour la chloroquine (Nivaquine®) ou l'association chloroquine-proguanil (Nivaquine®-Paludrine® ou Savarine®) ou l'association atovaquone proguanil (Malarone®), commencer le traitement la veille ou le jour de l'arrivée dans la zone à risque. Pour la méfloquine (Lariam®), il est préférable de commencer au moins 10 jours avant l'arrivée dans la zone à risque afin d'apprécier la tolérance. La chimioprophylaxie antipaludique doit couvrir

4 semaines après le retour sauf dans le cas d'une chimioprévention par l'association atovaquone-proguanil, qui n'est poursuivie que 7 jours après avoir quitté la zone d'endémie.

En cas de contre-indication ou d'effet indésirable du Lariam®, peuvent être proposées l'association atovaquone-proguanil (Malarone®), la doxycycline (Doxypalu®) (au-delà de l'âge de 8 ans et en l'absence de grossesse en cours), ou l'association chloroquine-proguanil (Nivaquine® - Paludrine® ou Savarine®) en dépit de sa moindre efficacité (il conviendra alors de renforcer les mesures de protection contre les piqûres de moustiques).

Les médicaments antipaludiques ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale.

La répartition des zones de résistance de *Plasmodium falciparum* : la chimiorésistance peut être appréciée de façon quantitative par l'étude *in vivo* ou *in vitro*, ou par le génotypage des souches responsables d'accès, auprès d'échantillons de populations non immunes vivant en zone d'endémie ou de voyageurs non chimioprophylactisés.

2.2.3.1 - Cas général

Pays du groupe 0 : zones sans paludisme, pas de chimioprophylaxie

Afrique : Lesotho, Libye, Ile de la Réunion, Ile Sainte Hélène, Seychelles, Tunisie.

Amérique : toutes les villes et Antigua et Barbuda, Antilles néerlandaises, Bahamas, Barbade, Bermudes, Canada, Chili, Cuba, Dominique, Etats-Unis, Guadeloupe, Grenade, Iles Caïmans, Iles Malouines, Iles Vierges, Jamaïque, Martinique, Porto-Rico, Sainte-Lucie, Trinidad et Tobago, Uruguay.

Asie : toutes les villes et Brunei, Georgie, Guam, HongKong, îles Christmas, îles Cook, Japon, Kazakhstan, Kirghizistan, Macao, Maldives, Mongolie, Singapour, Taiwan.

Europe : tous les pays (y compris Açores, Canaries, Chypre, Fédération de Russie, Etats Baltes, Ukraine, Belarus et Turquie d'Europe).

Proche et Moyen Orient : toutes les villes et Bahreïn, Israël, Jordanie, Koweït, Liban, Qatar.

Océanie : toutes les villes et Australie, Fidji, Hawaï, Mariannes, Marshall, Micronésie, Nouvelle-Calédonie, Nouvelle-Zélande, île de Pâques, Polynésie française, Samoa, Tonga, Tuvalu, Wallis et Futuna, Kiribati, Cook, Samoa occidentales, Nive, Nauru, Palau.

Cas particulier des zones de transmission faible

Compte tenu de la faiblesse de la transmission dans ces pays, il est admissible de ne pas prendre de chimioprophylaxie, quelle que soit la durée du séjour. Il est cependant indispensable d'être en mesure, dans les mois qui suivent le retour, de consulter en urgence en cas de fièvre.

Afrique : Algérie, Cap-Vert, Egypte, Maroc, Ile Maurice

Asie : Arménie, Azerbaïdjan, Corée du Sud, Corée du Nord, Ouzbékistan, Turkménistan.

Proche et Moyen Orient : Emirats arabes unis, Oman, Syrie, Turquie

Pour tous les autres pays, il est nécessaire de prendre une chimioprophylaxie adaptée à la zone visitée.

La liste de ces pays et la nature de la chimioprophylaxie indiquée (pays par pays) figurent dans le tableau 1.

Pays du groupe 1 : zones sans chloroquinorésistance

Chloroquine (Nivaquine® 100) : un comprimé chaque jour (il est possible aussi de prendre Nivaquine® 300 : un comprimé deux fois par semaine) pour une personne pesant au moins 50 kilogrammes (pour une personne de moins de 50 kg, se référer au chapitre sur l'enfant voyageur).

Pays du groupe 2 : zones de chloroquinorésistance

Chloroquine (Nivaquine® 100) : un comprimé chaque jour et **proguanil (Paludrine® 100)** : deux comprimés chaque jour, en une seule prise au cours d'un repas ou l'association chloroquine-proguanil (**Savarine®**), un comprimé par jour, pour une personne pesant au moins 50 kilogrammes (pour une personne de moins de 50 kg, se référer au chapitre sur l'enfant voyageur).

L'association **atovaquone-proguanil (Malarone®)** peut être conseillée en alternative à l'association chloroquine-proguanil : un comprimé (atovaquone 250 mg + proguanil 100 mg) par jour, chez les personnes pesant au moins 40 Kg. Le traitement peut être commencé la veille ou le jour du départ. La durée d'administration continue de l'atovaquone-proguanil dans cette indication devra être limitée à trois mois, faute de disposer à ce jour d'un recul suffisant en traitement prolongé.

Tableau 1

Liste des pays pour lesquels il est nécessaire de prendre une chimioprophylaxie antipaludique

Pays	Situation du paludisme/chimioprophylaxie ⁽¹⁾	Pour un séjour de moins de 7 jours : chimioprophylaxie facultative ⁽²⁾
Afghanistan	groupe 2	pour l'ensemble du pays
Afrique du Sud	Nord-Est : groupe 3 ailleurs : pas de chimioprophylaxie	
Angola	groupe 3	
Arabie Saoudite	Ouest : groupe 2 ailleurs : pas de chimioprophylaxie	pour l'ensemble du pays
Argentine (*)	Nord : groupe 1 ailleurs : pas de chimioprophylaxie	pour l'ensemble du pays
Bangladesh	Sud-Est : groupe 3 ailleurs : groupe 2	
Belize (*)	groupe 1	pour l'ensemble du pays
Bénin	groupe 3	
Bhoutan	groupe 2	pour l'ensemble du pays
Bolivie	Amazonie : groupe 3 ailleurs (*) : groupe 1	pour l'ensemble du pays sauf Amazonie
Botswana	groupe 3	
Brésil	Amazonie : groupe 3 ailleurs : pas de chimioprophylaxie	
Burkina Faso	groupe 2	
Burundi	groupe 3	
Cambodge	groupe 3	
Cameroun	groupe 3	
Chine	Nord-Est (*) : groupe 1 Yunnan et Hainan : groupe 3	pour l'ensemble du pays sauf Yunnan et Hainan
Colombie	Amazonie : groupe 3 ailleurs : groupe 2	
Comores	groupe 3	
Congo	groupe 3	
Costa Rica (*)	groupe 1	pour l'ensemble du pays
Côte d'Ivoire	groupe 2	
Djibouti	groupe 3	
Equateur	Ouest : groupe 1 Est : groupe 3	
Erythrée	groupe 3	
Ethiopie	groupe 3	
Gabon	groupe 3	
Gambie	groupe 2	
Ghana	groupe 3	
Guatemala (*)	groupe 1	pour l'ensemble du pays
Guinée	groupe 2	
Guinée-Bissau	groupe 2	
Guinée équatoriale	groupe 3	
Guyana	groupe 3	
Guyane française	fleuves : groupe 3 zone côtière : pas de chimioprophylaxie	
Haïti	groupe 1	
Honduras (*)	groupe 1	pour l'ensemble du pays
Inde	groupe 2	
Indonésie	Bali : pas de chimioprophylaxie Irian Jaya : groupe 3 ailleurs : groupe 2	
Iran	Sud-Est : groupe 2 ailleurs* : groupe 1	pour l'ensemble du pays
Iraq (*)	groupe 1	pour l'ensemble du pays
Kenya	groupe 3	
Laos	groupe 3	
Libéria	groupe 2	
Madagascar	groupe 2	

Pays	Situation du paludisme/chimioprophylaxie ⁽¹⁾	Pour un séjour de moins de 7 jours : chimioprophylaxie facultative ⁽²⁾
Malaisie	Sabah, Sarawak : groupe 3 ailleurs : groupe 2	
Malawi	groupe 3	
Mali	groupe 2	
Mauritanie	groupe 2	
Mayotte (collectivité territoriale)	groupe 3	pour l'ensemble du pays
Mexique (*)	groupe 1	pour l'ensemble du pays
Mozambique	groupe 3	
Myanmar (ex-Birmanie)	groupe 3	
Namibie	groupe 2	
Népal	Terai : groupe 2	
Nicaragua (*)	groupe 1	pour l'ensemble du pays
Niger	groupe 2	
Nigéria	groupe 3	
Ouganda	groupe 3	
Pakistan	groupe 2	
Panama (*)	Ouest : groupe 1 Est : groupe 3	pour Panama Ouest
Papouasie-Nouvelle Guinée	groupe 3	
Paraguay	Est (*) : groupe 1 ailleurs :	pour l'ensemble du pays
Pérou	Amazonie : groupe 3 ailleurs (*) : groupe 1	pour l'ensemble du pays sauf l'Amazonie
Philippines	groupe 2	
République dominicaine	groupe 1	
République centrafricaine	groupe 3	
République démocratique du Congo (ex-Zaïre)	groupe 3	
Rwanda	groupe 3	
El Salvador (*)	groupe 1	pour l'ensemble du pays
Sao Tomé et Príncipe	groupe 3	
Salomon (Iles)	groupe 2	
Sénégal	groupe 2	
Sierra Leone	groupe 2	
Somalie	groupe 3	
Soudan	groupe 3	
Sri Lanka (*)	groupe 2	pour l'ensemble du pays
Surinam	groupe 3	
Swaziland	groupe 3	
Tadjikistan (*)	groupe 1	pour l'ensemble du pays
Tanzanie	groupe 3	
Tchad	groupe 2	
Thaïlande	Centre : pas de chimioprophylaxie, Sud-Ouest : groupe 2 frontières avec le Cambodge, le Laos et le Myanmar : groupe 3	pour l'ensemble du pays sauf les frontières avec le Cambodge, le Laos et le Myanmar
Timor Oriental	groupe 3	
Togo	groupe 3	
Vanuatu	groupe 2	
Venezuela (Amazonie)	Amazonie : groupe 3 ailleurs* : groupe 1	
Vietnam	Bande côtière et deltas : pas de chimioprophylaxie ailleurs : groupe 3	pour la bande côtière et les deltas
Yemen	groupe 2	
Zambie	groupe 3	
Zimbabwe	groupe 3	

(*) essentiellement *Plasmodium vivax*

(1) groupe 1 : chloroquine ; groupe 2 : chloroquine+proguanil ou atovaquone+proguanil ; groupe 3 : méfloquine ou aloguaquone+proguanil ou doxycycline ; cf chapitre 2.2.3.1

(2) Dans ces régions, il est licite de ne pas prendre de chimioprophylaxie pour un séjour inférieur à 7 jours, à condition d'être en mesure, dans les mois qui suivent le retour, de consulter en urgence en cas de fièvre.

Pays du groupe 3 : zones de prévalence élevée de chloroquinorésistance ou multirésistance

Méfloquine (Lariam® 250), un comprimé une fois par semaine, pour une personne pesant au moins 50 kilogrammes (pour une personne de moins de 50 kg, se référer au chapitre sur l'enfant voyageur). Pour les séjours prolongés (durée supérieure à 3 mois), la chimioprophylaxie doit être maintenue aussi longtemps que possible et il est recommandé aux voyageurs de prendre rapidement contact avec un médecin sur place pour évaluer la pertinence et le rapport bénéfice/risque de la chimioprophylaxie.

L'association atovaquone-proguanil (Malarone®) peut être conseillée en alternative à la méfloquine. Un comprimé (atovaquone 250 mg + proguanil 100 mg) par jour. Le traitement peut être commencé la veille ou le jour du départ. La durée d'administration continue de l'atovaquone-proguanil dans cette indication devra être limitée à 3 mois, faute de disposer à ce jour d'un recul suffisant en traitement prolongé.

La doxycycline (Doxypalu®) peut être conseillée, dans les régions de méfloquino-résistance (zones forestières de la Thaïlande, frontalières du Cambodge, du Myanmar (Birmanie) et du Laos), ou en cas d'intolérance ou de contre-indication à la méfloquine ; elle ne peut être prescrite qu'au-delà de l'âge de 8 ans et en l'absence de grossesse en cours (voir infra), à la dose de 100 mg/jour, en débutant la veille du départ et en poursuivant quatre semaines après la sortie de la zone à risque ; la doxycycline peut entraîner une photosensibilité cutanée. Il est aussi possible, pour ces régions, de prescrire l'association atovaquone-proguanil.

Quelques remarques

Certains antipaludiques sont contre-indiqués durant la grossesse : la doxycycline (Doxypalu®) est déconseillée pendant le premier trimestre de la grossesse et contre-indiquée à partir du deuxième trimestre (elle expose le fœtus au risque de coloration des dents de lait).

La distribution de la chimiorésistance dans les pays du nord et de l'ouest de l'Amérique du Sud (Bolivie, Colombie, Equateur, Pérou, Venezuela) est mal connue.

Par ailleurs, il est important de savoir que la répartition des zones de résistance de *Plasmodium falciparum* telle qu'indiquée dans le tableau 1 doit être nuancée en fonction des niveaux de transmission. La connaissance du pays de destination est insuffisante et il faut aussi tenir compte de la région visitée, des conditions de séjour, de la saison, des particularités locales... Par exemple, un séjour en Thaïlande ou au Vietnam mais sans nuitée en zones forestières ne nécessite, a priori, pas de prévention anti-paludique. Il en est de même pour toutes les villes d'Asie (sauf parfois en Inde) ou d'Amérique.

De la même façon, le paludisme ne se transmet habituellement pas au-dessus de 1 500 mètres d'altitude en Afrique et de 2 500 mètres en Amérique ou en Asie.

Ainsi, d'une manière générale, pour un court séjour touristique ou professionnel (inférieur à sept jours : durée minimum d'incubation du paludisme à *P. falciparum*) en zone de faible risque de transmission, la chimioprophylaxie n'est pas indispensable à condition de respecter scrupuleusement les règles de protection anti-moustiques et d'être en mesure, durant les mois qui suivent le retour, de consulter en urgence en cas de fièvre, en signalant la notion de voyage en zone d'endémie palustre.

Ces régions pour lesquelles il est licite de ne pas prendre de chimioprophylaxie pour un séjour inférieur à 7 jours sont également indiquées dans le tableau 1.

2.2.3.2 - La femme enceinte

Pays du groupe 1

Chloroquine (Nivaquine® 100) : un comprimé chaque jour (il est possible aussi de prendre Nivaquine® 300 : un comprimé deux fois par semaine).

Pays du groupe 2

Soit chloroquine (Nivaquine® 100), un comprimé chaque jour, et proguanil (Paludrine® 100), deux comprimés par jour, en une seule prise au cours du repas, soit l'association chloroquine-proguanil (Savarine®), un comprimé par jour.

Pays du groupe 3

Il est déconseillé aux femmes enceintes de se rendre en zone de forte transmission de paludisme et de multi-résistance (pays du groupe 3).

Si un séjour en pays du groupe 3 est indispensable, une prophylaxie par l'association atovaquone-proguanil (Malarone®) ou par la méfloquine (Lariam®) pourra être envisagée chez la femme enceinte. Cependant, le suivi de grossesses exposées à l'association atovaquone-proguanil est insuffisant pour exclure tout risque. Pour la méfloquine, en clinique, l'analyse d'un nombre élevé de grossesses exposées, n'a apparemment relevé

aucun effet malformatif ou foetotoxique particulier de ce médicament administré en prophylaxie.

2.2.4 - Le traitement par le voyageur d'une fièvre suspectée de cause palustre

Un traitement antipaludique sans avis médical pendant le séjour doit rester l'exception et ne s'impose qu'en l'absence de possibilité de prise en charge médicale dans les 12 heures. Il doit toujours être l'application de la prescription d'un médecin consulté avant l'exposition.

La possession d'un médicament de réserve en zone d'endémie palustre peut se justifier lors d'un séjour de plus d'une semaine avec déplacements en zone très isolée mais aussi dans des circonstances qui incitent à ne plus poursuivre la chimioprophylaxie antipaludique, telles que les voyages fréquents et répétés ou une expatriation très prolongée.

Le jury de la conférence de consensus : « Prise en charge et prévention du paludisme d'importation à *Plasmodium falciparum* » (14 avril 1999) a considéré que les seules molécules utilisables pour un traitement de réserve sont la quinine orale, la méfloquine et l'association pyriméthamine-sulfadoxine. La prescription médicale initiale et détaillée de ce traitement de réserve tiendra compte du type de la chimioprophylaxie éventuellement suivie, d'une possible chimiorésistance dans la région du séjour et des contre-indications aux divers antipaludiques.

Si le voyageur est amené à prendre de lui-même un tel traitement, il doit être informé de la nécessité de consulter, de toutes façons, un médecin dès que possible.

Dans le cas où une consultation médicale et une recherche parasitologique sont possibles dans l'immédiat, mieux vaut donc y recourir.

Un traitement par méfloquine ou sulfadoxine-pyriméthamine peut entraîner des effets secondaires respectivement neuropsychiques ou cutanés, un traitement par quinine, des effets auditifs, parfois cardiovasculaires.

L'halofantrine n'est pas indiquée dans le cadre de l'autotraitement par le voyageur d'une fièvre suspectée de cause palustre. La prescription de l'halofantrine exige de toutes façons la réalisation avant le départ d'un électrocardiogramme avec mesure de l'espace QTC, et son usage est contre-indiqué en association à de nombreux médicaments, notamment hypokaliémisants ou antiarythmiques.

On doit mettre en garde le voyageur sur l'utilisation spontanée d'autres antipaludiques, non disponibles en France, aisément accessibles dans certains pays d'endémie, notamment ceux qui contiennent des dérivés de l'artémisinine en monothérapie. Seul un médecin est habilité à prescrire et surveiller l'efficacité de ces traitements.

Le fait de disposer d'un médicament de réserve ne dispense pas le voyageur de suivre les conseils prodigués en matière de chimioprophylaxie ou de protection contre les moustiques.

Un traitement de réserve ne doit jamais être pris au retour en France sans avis médical et sans un examen sanguin préalable.

3 - DIARRHÉE DU VOYAGEUR

La diarrhée est le problème de santé qui affecte le plus fréquemment les voyageurs, son taux d'attaque pouvant dépasser les 50 % dans certaines études. Il s'agit généralement d'un épisode diarrhéique aigu bénin, spontanément résolutif en un à trois jours, mais qui peut être particulièrement inconfortable en voyage.

Secondaire à une contamination d'origine plus souvent alimentaire qu'hydryque, la diarrhée du voyageur ou turista est due en majorité à des infections ou toxi-infections bactériennes (*E. coli* enterotoxigène venant en tête des germes causals).

C'est en séjournant dans les pays à faible niveau d'hygiène que les voyageurs en provenance des pays industrialisés sont le plus exposés au risque de diarrhée. L'incidence est influencée par la saison, la pathologie pré-existante du voyageur et son comportement alimentaire. La prudence recommande d'éviter l'ingestion d'aliments et de boissons à risque (crudités ou aliments cuits consommés froids, même conservés au réfrigérateur, eau locale non embouteillée et glaçons). Il n'y a pas encore de vaccination disponible. Une chimioprophylaxie est déconseillée, à l'exception de situations particulières.

Le traitement curatif est souvent un auto-traitement pour lequel il est pratique de disposer de médicaments dont on se sera muni avant le départ. Les formes légères peuvent être atténuées et écourtées par la prise de lopéramide. Une antibiothérapie n'est indiquée que dans les formes moyennes ou sévères, fébriles, ou, éventuellement, quand la diarrhée est particulièrement gênante, au cours d'un déplacement par exemple. La préférence doit alors être donnée à une fluoroquinolone (contre-indiqué chez l'enfant), en traitement bref de un à trois jours, en deux prises quotidiennes ou en une prise unique initiale à double dose.

Pour éviter ou corriger la déshydratation, particulièrement à craindre pour les jeunes enfants et les personnes âgées, il est important de boire abondamment et, si la diarrhée est profuse, d'utiliser des sels de réhydratation orale (sachets ou comprimés à diluer). Le lopéramide est contre-indiqué et une consultation médicale est recommandée : chez l'enfant de moins de 2 ans dans tous les cas, et aux autres âges dans les formes moyennes ou sévères, fébriles ou avec selles glairo-sanglantes, ou prolongées au-delà de 48 heures.

En cas de diarrhées dans un groupe de voyageurs, il est indispensable, pour empêcher l'extension d'une « épidémie de gastro-entérites », de renforcer les mesures d'hygiène (la suppression des poignées de mains et surtout le lavage des mains avant les repas mais aussi éventuellement lavage des boutons ou poignées de portes et des surfaces potentiellement contaminées). En effet, si les premiers cas sont dus à une intoxication d'origine alimentaire, les suivants sont, en revanche, souvent des cas secondaires attribuables à une dissémination manu portée des germes.

4 - MESURES D'HYGIÈNE ET PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES (en milieu tropical mais pas uniquement)

4.1 - HYGIÈNE ALIMENTAIRE

(prévention de la diarrhée des voyageurs, de l'hépatite A, de l'amibiase...)

Se laver souvent les mains, avant les repas et toute manipulation d'aliments, et après passage aux toilettes.

Ne consommer que de l'eau en bouteille capsulée (bouteille ouverte devant soi) ou rendue potable (filtre portatif et ébullition cinq minutes à gros bouillons, à défaut, un produit désinfectant à base de DCCNa, dichloro-isocyanurate de sodium). Les glaçons et glaces doivent être évités. Le lait doit être pasteurisé ou bouilli.

Peler les fruits. Éviter les crudités, les coquillages, les plats réchauffés. Bien cuire les viandes et les poissons d'eau douce. Se renseigner localement sur les risques de toxicité des poissons de mer (ciguatera).

4.2 - HYGIÈNE CORPORELLE ET GÉNÉRALE

(prévention des myiases, larbish, anguillulose, ankylostomoses, bilharzioses, infections cutanées...)

Éviter de laisser sécher le linge à l'extérieur ou sur le sol (risque de myiase). Ne pas marcher pieds nus sur les plages. Ne pas s'allonger à même le sable (risque de larbish).

Porter des chaussures fermées sur les sols boueux ou humides.

Ne pas marcher ou se baigner dans les eaux douces.

Ne pas caresser les animaux, ne pas jouer avec eux, consulter rapidement en cas de morsure ou de griffure.

Ne pas rapporter d'animaux domestiques ou sauvages, sauf s'ils répondent aux conditions réglementaires d'importation (espèces dont le commerce est autorisé, statut sanitaire et vaccinal faisant l'objet d'un certificat officiel). Les animaux peuvent transmettre à l'homme des maladies graves, dont certaines sont mortelles. Ils peuvent ne pas exprimer eux-mêmes la maladie ou être malades après une incubation longue, c'est le cas par exemple de la rage d'importation : une chauve-souris d'Égypte en 1999, un chiot du Maroc en 2001.

4.3 - EXCURSIONS EN ALTITUDE (supérieure à 3000 mètres)

Les excursions en altitude doivent faire l'objet d'un avis médical spécialisé avant le départ.

5 - PRÉVENTION DES DIFFÉRENTS RISQUES

5.1 - RISQUES LIÉS AUX ARTHROPODES (moustiques, mouches, fourmis, tiques)

Utiliser des répulsifs ambiants ou de contact, des vêtements imprégnés et couvrants et, la nuit, des moustiquaires imprégnées d'insecticide. Un certain nombre d'arboviroses et notamment la dengue sont transmises par des moustiques (*Aedes* pour la dengue, *Culex* pour l'encéphalite japonaise par exemple) qui peuvent piquer durant la journée ou tôt le soir.

La dengue, affection fébrile et algique, sévit sur un mode endémo-épidémique dans les Caraïbes et sur le continent latino-américain, en Océanie, dans les îles du Pacifique Sud et de l'Océan Indien, en Asie du Sud et du Sud-est, et, à un moindre degré, dans les pays de l'Afrique intertropicale. Il est important que les mesures de protection contre les piqûres de moustiques soient prises durant les heures d'activité de ces moustiques vecteurs.

5.2 - RISQUES LIÉS AUX SCORPIONS ET AUX SERPENTS

Secouer ses habits, ses draps, ses chaussures avant usage.

En zone de végétation : porter des chaussures fermées, un pantalon long et frapper le sol en marchant.

5.3 - RISQUES LIÉS AUX BAINADES

Se renseigner localement sur les risques des bains de mer ou des bains d'eau douce.

6 - INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (hépatite B, VIH, gonococcie, syphilis, chlamydie...)

Les IST sont des maladies cosmopolites mais leur taux de prévalence est particulièrement élevé dans les pays dont le niveau sanitaire est peu développé.

Certaines IST engagent le pronostic vital (VIH, Hépatite B) et ne bénéficient pas de traitement curatif, d'autres sont curables mais hautement contagieuses (syphilis, gonococcie), ou encore présentent des risques de complications (herpès, chlamydie).

L'usage du préservatif masculin ou féminin est la première prévention indispensable contre les IST. Dans le cas de la prévention de l'hépatite B, la vaccination constitue la protection la plus efficace.

Il faut conseiller aux voyageurs ayant eu des conduites sexuelles à risque de consulter à leur retour dans leur intérêt et celui de leurs futurs partenaires.

7 - TRAUMATOLOGIE, SOINS MÉDICAUX

Il est indispensable de prendre un contrat d'assistance ainsi qu'une assurance avant le départ. Les accidents (de la circulation ou non) représentent 30 % des causes de rapatriement sanitaire. La prudence s'impose donc du fait notamment de l'état des routes et des véhicules ainsi que du non-respect fréquent des règles de circulation. Le port du casque est indispensable si l'on circule à deux-roues.

Les transfusions sanguines représentent un risque majeur dans la plupart des pays aux structures sanitaires insuffisantes (hépatite B, hépatite C, VIH). L'absence de banques de sang, de contrôles et de disponibilité sur place de tests rapides de dépistage accroissent ces risques. Les soins médicaux avec injection IV, IM, SC, incision, endoscopie présentent dans les mêmes conditions, les mêmes risques. Refuser toute procédure sans matériel neuf à usage unique (aiguilles, seringues) ou sans stérilisation appropriée, ainsi que les tatouages, piercing (dont le perçage des oreilles) et acupuncture. Se munir si besoin avant le départ de petit matériel.

8 - ENFANT VOYAGEUR

La consultation d'un enfant avant un voyage en zone tropicale comporte une série de recommandations, nombreuses s'il s'agit d'un nourrisson.

8.1 - VACCINATIONS

(voir paragraphe sur les vaccinations)

La mise à jour du calendrier vaccinal (DTCQ Polio, Hib, Hépatite B, ROR, BCG) est capitale, en expliquant à la famille la gravité d'une rougeole, la possibilité d'un contage tuberculeux, l'intérêt de la vaccination contre l'hépatite B.

Pour les vaccinations plus particulières aux régions tropicales, le vaccin amaril peut être administré dès l'âge de 6 mois, mais n'est en général obligatoire qu'à partir de l'âge d'1 an.

Les vaccinations contre la typhoïde et contre l'hépatite A sont conseillées pour les enfants retournant dans leur famille, y compris en Afrique du Nord. Concernant l'hépatite A, les enfants, surtout les plus jeunes, sont des vecteurs majeurs de la maladie, souvent non diagnostiquée à cet âge car les formes asymptomatiques sont courantes, alors que le sujet atteint est contagieux. La vaccination contre l'hépatite A limite de façon importante une éventuelle diffusion ultérieure de cette maladie dans l'entourage.

La vaccination anti-méningococcique peut être indiquée à partir de l'âge de 2 ans (vaccin polysaccharidique, changement d'AMM en 2003) dans les zones et durant les saisons à risque (saison sèche). Cette vaccination peut être pratiquée dès l'âge de 6 mois en situation épidémique (méningocoque A).

En cas de départ précipité, des associations ou des combinaisons sont possibles. Les vaccins actuellement disponibles peuvent être injectés le même jour, mais en des sites séparés, s'ils ne sont pas combinés par le fabricant.

8.2 - PRÉVENTION DU PALUDISME

(voir paragraphe sur le paludisme)

La lutte contre les moustiques est primordiale. L'innocuité des répulsifs n'est pas établie avant l'âge de 2 ans. Il est recommandé d'éviter les risques

de piqûre de moustique après le coucher du soleil, notamment en plaçant les lits et berceaux, la nuit, sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide.

La chimioprophylaxie obéit aux mêmes règles que pour l'adulte, avec la nécessité d'adapter les doses au poids de l'enfant (chloroquine : 1,5 mg/kg/jour ; proguanil : 3 mg/kg/jour ; méfloquine : 5 mg/kg/semaine, doxycycline : 50 mg/jour pour les poids inférieurs à 40 kg). La méfloquine n'existe que sous forme comprimé quadriséable dosé à 250 mg adaptée à la prophylaxie chez les sujets de plus de 15 kg (environ 3 ans). La Savarine® n'a pas de présentation adaptée à l'enfant. Le dosage de la Malarone® actuellement disponible est adapté à l'adulte et à l'enfant de 40 kg et plus. Une forme comprimé pédiatrique (atovaquone : 62,5 mg, proguanil : 25 mg) permettant l'administration de ce médicament chez l'enfant de 11 à 40 kg devrait être disponible avant la fin de l'année 2003. Il faut garder les médicaments antipaludiques hors de portée des enfants. Il est impératif de consulter immédiatement un médecin en cas de fièvre.

8.3 - PRÉVENTION DES DIARRHÉES

Elle est essentielle et repose sur les seules mesures d'hygiène : utilisation d'eau minérale ou d'eau filtrée bouillie pour les biberons, hygiène stricte des biberons, lavage soigneux des mains des personnes s'occupant du bébé. L'allaitement au sein doit être favorisé. Il faut expliquer aux parents la conduite à tenir en cas de diarrhée : l'utilisation des sachets de réhydratation orale de type OMS ou dérivés, les signes de gravité, le régime anti-diarrhéique en fonction de l'âge. Le lopéramide est contre-indiqué chez l'enfant de moins de 2 ans.

8.4 - PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES

Il faut protéger l'enfant du soleil (chapeau, vêtements, crèmes écrans si nécessaire), éviter le coup de chaleur à l'occasion de déplacements trop longs en pays très chauds, en particulier en voiture, en prévoyant de faire boire l'enfant avec des biberons d'eau, ou mieux, des solutés de réhydratation.

L'habillement doit être léger, lavable aisément, perméable (coton et tissus non synthétiques). Il faut éviter que les enfants marchent pieds nus, en particulier au contact du sable ou de terre humide qui peuvent être souillées par des déjections d'animaux (parasites), qu'ils se baignent dans des mares ou des rivières (bilharzioses) ou jouent avec des animaux (rage).

Il est indispensable de maintenir une hygiène rigoureuse de l'enfant qui comprend une douche (avec savonnage) quotidienne, terminée par un séchage soigneux des plis.

Il faut rappeler aux parents que le danger principal des voyages est constitué par les accidents, en particulier les accidents de la circulation, et attirer leur attention sur les précautions nécessaires.

Un voyage avec de très jeunes nourrissons dans les pays tropicaux dans des conditions précaires est à déconseiller s'il peut être différé.

9 - PERSONNES ÂGÉES

L'âge n'est pas en soi une pathologie, et un voyageur âgé en bonne santé n'est guère différent d'un autre.

Il est cependant souhaitable de vérifier que l'organisation du voyage est compatible avec les capacités du sujet, quitte à suggérer des modifications, voire un changement de destination ou de saison.

Une consultation avant le départ permet de faire le point de l'état de santé du patient, d'envisager les vaccinations nécessaires, en particulier antigripale, ainsi que d'insister sur quelques spécificités du sujet âgé :

- la moindre capacité de récupération et d'adaptation, qui devrait faire privilégier les programmes ménageant un minimum de confort et d'hygiène et des périodes régulières de repos,
- la moindre sensibilité à la soif, qui doit faire souligner la nécessité du maintien d'une bonne hydratation (à contrôler par la couleur des urines). Cela est d'autant plus important que les causes de déshydratation sont nombreuses en voyage : transports aériens, variations de température, restriction hydrique volontaire de crainte de fuites urinaires, turista, traitements hypotenseurs par des diurétiques...
- le risque de dénutrition plus rapide que chez des sujets plus jeunes doit faire attirer l'attention sur la nécessité du maintien du bon équilibre alimentaire et d'un apport calorique suffisant.

10 - PATHOLOGIES CHRONIQUES

Un compte-rendu médical, mentionnant les traitements en cours sous leur dénomination commune internationale, sera conservé sur lui par le patient. Il sera idéalement rédigé en anglais ou dans la langue du pays de destination. Egalement (et si possible) les coordonnées d'un médecin correspondant spécialiste seront fournies au patient. Emporter le formulaire adéquat

d'accords internationaux fourni par la Caisse primaire d'assurance maladie (E111 pour pays de la C.E.E.). Un contrat d'assistance international sera bien évidemment souscrit.

Pour ces personnes, plus que pour toute autre une consultation médicale avant le voyage est nécessaire et permettra de juger :

- de la faisabilité du voyage ;
- de l'adaptation éventuelle des conditions du voyage ;
- des vaccinations à pratiquer ;
- des médicaments à emporter.

10.1 - LES PATIENTS INFECTÉS PAR LE VIH

Sous réserve de contraintes thérapeutiques ou de surveillance purement médicale, aucune restriction ne saurait être apportée aux voyages des personnes infectées par le VIH. Il convient néanmoins de préciser certaines spécificités :

10.1.1 - Vaccinations

Fièvre jaune

Dès qu'existe un état d'immunodépression, quelle qu'en soit l'origine, le vaccin (vivant atténué) est contre-indiqué. Compte tenu de la longue protection conférée par le vaccin anti-mariol (10 ans), il serait judicieux de vacciner précocement les patients infectés par le VIH, qui envisageraient de se rendre plus tard dans un pays d'endémicité. Il conviendrait d'inciter un patient immunodéprimé non vacciné à choisir une destination de voyage située hors de la zone d'endémicité amarile.

Autres vaccins

Les autres vaccins sont recommandés comme à l'ensemble des voyageurs mais leur bénéfice réel doit être confronté au risque de stimulation transitoire de réplication rétrovirale.

10.1.2 - Paludisme

Le paludisme est une maladie aussi grave chez ces patients infectés par le VIH que pour la population générale. Les médicaments antipaludiques n'ont aucune interférence particulière avec l'infection virale. L'atovaquone entraîne une diminution de la concentration plasmatique de l'indinavir.

10.1.3 - Précautions d'hygiène

Les précautions d'hygiène doivent être particulièrement observées de façon à éviter de contracter les maladies suivantes, plus fréquentes ou plus graves chez le sujet porteur du VIH : anguillulose, leishmanioses, salmonelloses, tuberculose, infections dues à des coccidies, histoplasmoses.

Quelques médicaments, non spécifiques mais souvent pris par les patients infectés, sont photosensibilisants : fluoroquinolones, cyclines, rifabutine, sulfadiazine, cotrimoxazole. Une protection solaire (vêtements et crèmes) est fortement recommandée.

10.2 - LES MALADES AVEC DIABÈTE, GREFFE D'ORGANE, GLAUCOME, ÉPILEPSIE, MALADIE PSYCHIATRIQUE, ASTHME, INSUFFISANCE RESPIRATOIRE...

Ces malades doivent recueillir un avis médical autorisé avant le départ en voyage et emporter les médicaments correspondants à leur état. Les décalages horaires doivent être considérés pour la prise de certains médicaments (pilule anticonceptionnelle, insuline...) ainsi que pour la fatigue et les troubles du sommeil.

Avant le voyage aérien, prendre un avis médical en cas de port de pacemaker cardiaque, de prothèse auditive, d'affection ORL, de maladie veineuse (port de bas conseillé pour les vols de longue durée), de drépanocytose.

11 - TROUSSE DE PHARMACIE

Il n'existe pas de trousse de pharmacie type. La composition de celle-ci est à adapter en fonction du voyage. On peut conseiller au minimum.

PROTECTION CONTRE LE PALUDISME

Répulsif contre les moustiques, antipaludique à usage préventif.

MÉDICAMENTS SYSTÉMIQUES

Antalgiques et antipyrétiques (le paracétamol est préférable), antidiarrhéique moteur ou sécrétoire, antiémétique si nécessaire (pour le mal des transports), sédatifs.

AUTRES PRODUITS

Collyre (conditionnement monodose), thermomètre incassable, épingles de sûreté, pince à épiler, crème solaire, crème pour les brûlures, pansements stériles et sutures adhésives, antiseptique, produit pour désinfection de l'eau de boisson, sachets de soupe déshydratée, bande de contention, set de matériel à usage unique (aiguille, seringue), préservatifs.

La trousse de pharmacie pour l'enfant doit comporter un minimum de médicaments (présentés sous leur forme pédiatrique) avec leur mode d'utilisation : antipyrétiques, antipaludiques, antiémétiques, collyre, antiseptique cutané, un thermomètre incassable, des pansements, une crème solaire, des sachets de réhydratation type OMS, des comprimés pour stériliser les biberons. Eviter les suppositoires.

Les médicaments doivent être emportés dans leur emballage et non pas en vrac (gain de place dans les bagages, mais une source possible d'erreurs).

POUR EN SAVOIR PLUS

Les centres de vaccination anti-marielle.

Envoi de la liste sur demande au Bureau des maladies infectieuses et de la politique vaccinale, D.G.S., 8 avenue de Ségur, 75350 PARIS 07 SP. Les coordonnées de ces centres sont également consultables sur le site Internet du Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées : <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/vaccins/index.htm>

Les services de maladies infectieuses et tropicales ainsi que les laboratoires de parasitologie des Centres hospitaliers universitaires et des Centres hospitaliers régionaux.

Les sites internet

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées :

<http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/voyageurs/index.htm>

Ministère des affaires étrangères ; site « conseil aux voyageurs » :

<http://www.france.diplomatie.fr/>

Institut Pasteur : <http://www.pasteur.fr/>

OMS : <http://www.who.int/ith>

CDC : <http://www.cdc.gov/travel>

Note sur les modalités de surveillance du paludisme d'importation en France métropolitaine

C'est sur la base des données épidémiologiques et biologiques, recueillies par les 2 centres nationaux de référence français : le centre national de référence de l'épidémiologie du paludisme d'importation et autochtone (CNREPIA) et le centre national de référence de la chimiosensibilité du paludisme (CNRCP), que les recommandations aux voyageurs sont élaborées. Afin d'optimiser celles-ci, il est donc indispensable que ces deux CNR puissent recueillir régulièrement et dans des délais raisonnables un maximum d'informations fiables sur les cas de paludisme d'importation.

Les deux centres de référence ont pour mission, chacun pour ce qui le concerne, de recueillir et d'analyser :

- les données épidémiologiques correspondant aux cas observés (**fiche descriptive détaillée à laquelle il convient de joindre, pour tout accès grave et en particulier pour les décès, un compte-rendu détaillé d'hospitalisation anonymisé**) qui sont adressés au CNREPIA ;

- des échantillons biologiques, réalisés avant la mise en place du traitement, et transmis sans délais au CNRCP, accompagnés d'une fiche de renseignements spécifiques, pour évaluation de la résistance des souches plasmodiales isolées aux différents antipaludiques.

Il est donc essentiel que les renseignements épidémiologiques concernant tout cas de paludisme importé ou autochtone soient adressés au CNREPIA ainsi que des prélèvements biologiques au CNRCP en cas d'identification de *Plasmodium* au laboratoire.

Pour tout renseignement sur les modalités de déclaration de cas et d'envoi de prélèvements, contacter :

Centre national de référence de l'épidémiologie du paludisme d'importation et autochtone (CNREPIA ex CNRMI)

Institut santé et développement

Institut Bio-médical des Cordeliers

Université Paris 6

15, rue de l'école de médecine

75270 Paris Cedex 06

e-mail : cnrmi@ext.jussieu.fr

Fax : 01 46 33 43 53

Centre national de référence de la chimiosensibilité du paludisme (CNRCP) Centre Nord

Pavillon des maladies infectieuses, Hôpital Bichat Claude Bernard

46, rue Henri Huchard

75018 Paris

Tél : 01.40.25.78.99 (ou 88.99)

Fax : 01.40.27.02.08

e-mail : cnrcp-parasit1@bch.ap-hop-paris.fr

Centre Sud

Institut de médecine tropicale du service de santé des armées,

Parc du Pharo,

13998 Marseille armées

e-mail : imtssa.pra@wanadoo.fr

Tél : 04 91 15 01 50

Directeur de la publication : Pr Gilles Brückner, directeur général de l'InVS
Rédactrice en chef : Florence Rossollin, InVS, f.rossollin@invs.sante.fr
Présidente du comité de lecture : Pr Elisabeth Bouvet, Hôpital Bichat, CClin Paris-Nord - Comité de rédaction : Dr Thierry Ancelle, InVS ; Dr Rosemary Ancelle-Park, InVS ; Dr Pierre Arwidson, Inpes ; Danièle Fontaine, Fnors ; Eugénia Gomes do Espírito Santo, InVS ; Dr Catherine Ha, InVS ; Dr Magid Herida, InVS ; Dr Loïc Jossier, InVS ; Eric Jouglu, Inserm CépIdc ; Dr Agnès Lepoutre, InVS ; Ghislain Manet, CIRE-Ouest.

N°CPP : 0206 B 02015 - N°INPI : 00 300 1836 - ISSN 0245-7466
Institut de veille sanitaire - Site internet : www.invs.sante.fr

Diffusion / abonnements : Institut de veille sanitaire - BEH abonnements

12, rue du Val d'Osne - 94415 Saint-Maurice Cedex

Tel : 01 41 79 67 00 - Fax : 01 41 79 68 40 - Mail : abobeh@invs.sante.fr

Tarifs 2002 : France 46,50 € TTC - Europe 52,00 € TTC

Dom-Tom et pays RP (pays de la zone francophone de l'Afrique,

hors Maghreb, et de l'Océan Indien) : 50,50 € HT

Autres pays : 53,50 € HT (supplément tarif aérien rapide : + 3,90 € HT)