

Recommandations sanitaires pour les voyageurs, 2016
// Health recommendations for travellers, 2016**> ÉDITORIAL // Editorial****ZIKA, SEXE, ET MOUSTIQUES... LA TRANSMISSION SEXUELLE DU VIRUS COMPLIQUE LA SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET LA PRÉVENTION**Éric Caumes¹ & Daniel Camus²¹Président du Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation (CMVI), Haut Conseil de la santé publique²Vice-président du CMVI, Haut Conseil de la santé publique

L'année écoulée depuis la parution des Recommandations 2015 restera placée sous le signe de l'infection à virus Zika, venue s'ajouter à la liste de plus en plus longue des infections émergentes à prendre en compte au retour de voyage (Cf. chapitre 11 des présentes recommandations). L'émergence de cette infection en Amérique latine, où la population n'était pas du tout immunisée, a grandement mobilisé scientifiques et médias, ainsi bien sûr que le Haut Conseil de la santé publique, et plus particulièrement le CMVI, qui a publié un rapport et rendu trois avis sur le sujet en l'espace de quelques mois ⁽¹⁾.

Pour autant, après les épidémies de Polynésie française (2013-2014) et des Îles Yap (2007), avons-nous appris beaucoup de choses nouvelles sur le virus Zika ? La littérature internationale s'est enrichie de 455 références d'articles sur le Zika depuis le 1^{er} janvier 2016, et s'il faut reconnaître que beaucoup d'éléments étaient déjà connus, quelques nouveautés méritent que l'on s'y arrête. Le mode de transmission par piqûre de moustiques, notamment *Aedes aegypti*, était identifié. La transmission par voie sexuelle, de l'homme à la femme, était également connue depuis 2011. La transmission potentielle par voie sanguine était inconnue mais, étant donné la brièveté de la virémie, le risque est probablement faible et facile à éviter par l'éviction momentanée des dons à risque. La symptomatologie, habituellement bénigne voire inapparente, était également bien connue, et il n'a pas fallu attendre l'épidémie du Brésil pour découvrir que ce virus avait un potentiel neurotrope. Les investigateurs de l'épidémie polynésienne avaient décrit de rares complications neurologiques (partagées avec d'autres arboviroses) et aussi la survenue de syndromes de Guillain-Barré. Il faut d'ailleurs rappeler que ce syndrome est signalé après d'autres infections, dont la grippe à propos de laquelle il faut redire sans relâche l'importance de la vaccination antigrippale. Les méthodes diagnostiques étaient également connues, mais cette épidémie a permis de faire en sorte que les techniques diagnostiques (PCR et bientôt sérologies) ne soient plus l'apanage d'un seul centre en France, même de référence. Enfin, il n'y a pas d'autres traitements que symptomatiques. Mais l'on parle déjà de vaccin, ce même vaccin trop souvent boudé par le grand public et alors même que l'infection par le virus Zika confère probablement une immunité de longue durée, voire à vie.

Finalement, la découverte la plus significative des derniers mois est le risque de transmission materno-fœtale et la possibilité de graves malformation fœtales, comme pour d'autres pathologies virales (cytomégalovirus, rubéole, varicelle,...), mais aussi parasitaires (toxoplasmose) ou bactériennes (syphilis). Le risque de malformations neurologiques d'importance a été estimé à 1% des grossesses de femmes infectées par le virus Zika. Ce risque a été rapidement considéré comme suffisamment important pour que les autorités françaises recommandent aux femmes enceintes le report de tout voyage en zone d'épidémie et, aux femmes vivant en zone d'épidémie et aux voyageuses en âge de procréer qui s'y rendent, de différer tout projet de grossesse tant que l'épidémie est active. C'était une décision difficile mais, faute de prévention efficace, c'était la seule décision logique.

⁽¹⁾ À consulter sur <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapports>

Le virus Zika a été ajouté par les autorités sanitaires à la liste des autres arbovirus (dengue, chikungunya) pour lesquels des précautions doivent être prises en France métropolitaine pour y prévenir son installation et la pérennisation de sa transmission par *Ae. albopictus*. Nous sommes ici dans l'inconnu. On sait *Ae. albopictus*, présent dans le Sud de l'Europe et en France jusqu'en région parisienne, capable de transmettre la dengue et le chikungunya. Une épidémie de chikungunya a eu lieu en Italie et plusieurs cas groupés autochtones de dengue comme de chikungunya (2 à 11 cas/foyer) ont été observés entre septembre 2010 et octobre 2015 dans le Sud de la France (Nice, Fréjus, Aix-en-Provence, Aubagne, Toulon, Montpellier). La vigilance est donc aussi de mise pour Zika. Ce qui a été jusqu'ici efficace en matière de déclaration obligatoire et de lutte antivectorielle autour d'un cas déclaré, pour empêcher la dengue et le chikungunya de s'installer en France métropolitaine, devrait donc l'être pour le Zika. Néanmoins, rien n'est moins sûr, car l'infection à virus Zika se différencie de la dengue et du chikungunya sur deux points essentiels : elle est asymptomatique dans près de 80% des cas et le virus se transmet par voie sexuelle. Les patients asymptomatiques sont probablement aussi contagieux que les patients symptomatiques et la durée d'excrétion du virus dans le sperme peut être de plusieurs semaines (au moins 41 jours). Il sera donc difficile de prévenir ce mode de transmission, comme en atteste l'observation de plus d'une dizaine de cas de transmission sexuelle, notamment aux États-Unis mais aussi en France (3 cas au 1^{er} mai 2016) depuis le début de l'épidémie sud-américaine. En période hivernale de non-activité du moustique *Ae. albopictus*, on peut imaginer que ce genre de transmission sexuelle restera sans lendemain (en dehors des enfants nés de mères contaminées pendant la grossesse). Mais en période d'activité du moustique dans les pays tempérés, on peut légitimement craindre que cette double modalité de transmission, vectorielle et sexuelle, confère à cette maladie un potentiel épidémique que nous ne pouvons pas encore apprécier.

Enfin, Zika n'est pas le seul virus dont on a découvert le mode de transmission sexuelle au cours des derniers mois. C'est également le cas du virus Ebola, une fièvre hémorragique virale autrement plus redoutable puisque responsable d'une mortalité qui peut aller jusqu'à 50% en pays d'endémie. Plus encore, le potentiel de transmission du virus Ebola semble persister bien au-delà de la phase de convalescence puisqu'un cas de transmission sexuelle a été documenté environ 6 mois après la guérison du malade. Et les virus Ebola et Zika ne sont probablement pas les seuls virus émergents à pouvoir se transmettre par voie sexuelle, puisque ce mode de transmission est également discuté pour un autre arbovirus, celui de la fièvre de la vallée du Rift, un cas ayant été décrit où le virus est encore excrété dans le sperme quatre mois après la guérison.

La transmission sexuelle, avec le sperme comme réservoir potentiel, est donc en train d'émerger pour quelques virus redoutables (VIH, Ebola) mais aussi des arbovirus (Zika, fièvre de la vallée du Rift), autant de potentiels « souvenirs de voyage » dans un contexte de recrudescence des maladies sexuellement transmissibles classiques (gonococcie, herpès...). Ceci rappelle aux médecins qu'ils ont un double rôle à jouer : avant le départ, dans la prévention des infections sexuellement transmissibles qui font partie des risques du voyage mais aussi, après le retour, dans le dépistage et le diagnostic de cas d'infection par ces virus sexuellement transmissibles, dont on préférerait qu'ils ne diffusent pas dans la population générale.

Composition 2011 - 2016 du Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation (CMVI)

Personnalités qualifiées

- Thierry Ancelle, épidémiologiste
- Daniel Camus, parasitologue, vice-président du CMVI
- Éric Caumes, infectiologue, président du CMVI
- Thierry Debord, infectiologue
- Florence Fouque, entomologiste médicale
- Laëtitia Gambotti, santé publique
- Gaëtan Gavazzi, infectiologue
- Catherine Goujon, vaccinations internationales
- Philippe Minodier, pédiatre
- Renaud Piarroux, parasitologue
- Christophe Schmidt, vaccinations internationales
- Didier Seyler, vaccinations internationales.

Membres de droit

- Claude Bachelard, ministère du Tourisme
- Elsa Boher, ANSM
- Thierry Comolet, DGS
- Sandrine Houzé, CNR du paludisme, Hôpital Bichat-Claude Bernard
- Sophie loos, Santé publique France
- Christine Jestin, Santé publique France
- Isabelle Leparç-Goffart, CNR des arbovirus, Marseille
- Rémy Michel, Cespa, antenne de Marseille
- Isabelle Morer, ANSM
- Marc Thellier, CNR du paludisme, Université P. & M. Curie et CHU Pitié-Salpêtrière

Secrétariat général du Haut Conseil de la santé publique

- Corinne Le Goaster, coordinatrice scientifique
- Claudine Le Grand