

12. Maladies d'importation : prévenir le risque de dissémination des maladies infectieuses au retour de voyage

Les voyages internationaux rendent possible l'importation sur le territoire français, métropolitain comme ultramarin, de maladies infectieuses qui en sont normalement absentes. **Le présent document ne traite que d'infections potentiellement graves ou présentant un risque épidémique et pouvant constituer des alertes sanitaires locales, nationales voire internationales.** Leur introduction peut constituer une situation à risque qu'il faut savoir reconnaître pour éviter tout retard de prise en charge médicale et mettre en place les mesures collectives limitant leur possible diffusion aux soignants, aux autres patients et à la population générale. Il est important d'identifier précocement les signes devant faire évoquer ces infections, connaître les mesures de prévention de leur transmission directe et savoir quand alerter les autorités sanitaires ([tableau 13](#)).

La lutte contre le Covid-19 a conduit à l'instauration de restrictions de déplacements à l'étranger. La reprise progressive des voyages internationaux impose de prendre en compte le risque de se retrouver en quarantaine, de la propagation des souches variantes du SARS-CoV-2 plus transmissibles, parfois plus virulentes ou capables de résister à l'immunité naturelle ou vaccinale.

Le paludisme, qui reste une maladie d'importation fréquente et potentiellement grave, fait l'objet d'un chapitre entier ([chapitre 3](#)). Devant tout patient devenant symptomatique après le retour de zone d'endémie, des tests diagnostiques spécifiques (directs et indirect) du paludisme doivent être réalisés en urgence afin d'affirmer ou d'éliminer cette hypothèse. Enfin, l'avis d'un infectiologue doit être sollicité autant que de besoin pour accompagner la prise en charge diagnostique et thérapeutique quand une maladie d'importation est évoquée.

Mesures de prévention d'infections graves à transmission directe

Dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique d'infections par des agents hautement pathogènes et transmissibles au retour d'un voyage, des mesures de précautions doivent être mises en place dès la suspicion :

- isoler le patient et lui faire se laver les mains (eau et savon, ou soluté hydro-alcoolique) ;
- en cas de signes respiratoires lui faire porter un masque chirurgical ;
- rappeler à l'entourage du patient les règles d'hygiène standard ;
- limiter les intervenants auprès du patient suspect au minimum nécessaire à sa prise en charge ;
- assurer la protection individuelle des intervenants par des mesures de protection de type « air » et « contact » : appareil de protection respiratoire de type FFP2, surblouse à usage unique, gants non stériles à usage unique, lunettes de protections (en cas de soins susceptibles de générer des aérosols), friction des mains avec un soluté hydro-alcoolique dès le retrait des gants ;
- s'assurer que les prélèvements biologiques sont réalisés et acheminés selon les bonnes pratiques et que le biologiste est bien informé.

Pour plus d'information, se référer à la procédure générique standardisée de prise en charge par les médecins de première ligne des patients suspects d'infections à risque épidémique et biologique (REB) en 10 points clés : <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/coreb/20181029-procgenvalidee30mai-ars.pdf>

Comment « alerter » ?

Les pathologies de retour susceptibles de se diffuser en France doivent faire l'objet d'un signalement rapide aux agences régionales de santé (ARS). Dans le cadre des activités de veille et de gestion des alertes sanitaires assurées par les ARS, un dispositif a été mis en place pour réceptionner les alertes et signalements, pendant et en dehors des heures d'ouverture de l'agence (Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire : CVAGS). Chaque ARS dispose d'une ligne téléphonique et de télécopie dédiées ainsi que d'une adresse courriel (<http://www.ars.sante.fr/>)

Tableau 13

Alerte, signalement et prévention des maladies potentiellement graves présentant un risque épidémique pour l'ensemble du territoire français, mars 2022

Maladie d'importation	Risque d'acquisition et prévention pendant le voyage	Quand l'évoquer ?	Comment signaler au retour ?	Explorations et mesures de contrôle du risque de dissémination
<p>BHRe (Bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes) [105,106,107, 108, 109, 112,113], dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • EPC : entéro-bactéries productrices de carbapénèmes • ERG : entéro-coques résistants aux glycopeptides cf. § 8.2.2 	<p>Risque de portage élevé pour voyageurs hospitalisés ou rapatriés sanitaires</p> <p>Prévention :</p> <ul style="list-style-type: none"> • respecter les règles d'hygiène des mains • ne consommer que de l'eau en bouteille et respecter les précautions alimentaires • être vacciné pour certaines infections bactériennes concernées (ex. : fièvre typhoïde) • éviter le tourisme médical (chirurgie dentaire, chirurgie esthétique, chirurgie bariatrique...) • informer de son voyage à son retour si soins reçus pendant un voyage dans l'année qui a précédé 	<p><u>Cas suspect</u> :</p> <p>Tout patient rapatrié sanitaire direct ou ayant été hospitalisé au moins 24 h à l'étranger au cours de l'année précédente quel que soit le type de service</p>	<p>Signalement à l'équipe opérationnelle d'hygiène de l'établissement de prise en charge</p>	<p>Tout cas suspect doit, lors d'une hospitalisation en France :</p> <ul style="list-style-type: none"> • faire l'objet d'un dépistage digestif par écouvillonnage rectal à la recherche du portage d'une bactérie hautement résistante aux antibiotiques émergente (BHRe) telles que les EPC et les ERG • et être placé en chambre à un seul lit avec prescription de précautions complémentaires de type « contact » jusqu'à l'obtention des résultats
<p>Diphthérie</p> <p>(Corynébactéries du complexe diphtheriae productrice de toxine diphthérique – gène tox+ – <i>Corynebacterium diphtheriae</i>, <i>C. ulcerans</i>, <i>C. pseudotuberculosis</i>)</p>	<p><i>C. diphtheriae</i> endémique en ex-URSS, sous-continent indien, Asie du Sud-Est, Afrique, Amérique du Sud, Yémen... Une résurgence des isolements de <i>C. diphtheriae</i> tox+ a été notifiée à Mayotte depuis 2019</p> <p>Vaccination obligatoire pour l'enfant et les professionnels de santé (cf. chapitre 1)</p> <p><i>C. ulcerans</i> transmises par la consommation de lait cru et contacts avec les bovins et plus rarement au contact d'animaux de compagnie (chats et chiens)</p> <p><i>C. tuberculosis</i> transmises par les caprins</p>	<p>Devant un tableau évocateur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • classiquement : angine diphthérique avec fausses membranes amygdaliennes, peu fébrile, pâleur, dysphagie variable, adénopathies sous-maxillaires et tuméfaction du cou • atteinte cutanée : fausses membranes sur une plaie ou ulcération cutanée • plus rare : lympho-adénite à <i>C. pseudotuberculosis</i> • formes graves ORL : angine grave, laryngite obstructive (croup) ou hémorragique, atteinte myocardique et polyneuropathie différée (exotoxine) [131,132] 	<p>Maladies à déclaration obligatoire (fiche disponible sur : https://www.formulaires.service-public.fr/gf/cerfa_12198_03.do)</p> <p>Signalement sans délai à l'ARS de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • toute suspicion de diphthérie ORL avec fausses membranes • toute diphthérie cutanée avec fausses membranes ET présence de corynebactéries du complexe diphtheriae (<i>C. diphtheriae</i>, <i>C. ulcerans</i>, <i>C. pseudotuberculosis</i>) • toute diphthérie avec présence de corynebactéries du complexe diphtheriae porteuses du gène tox (tox+) Recherche du gène codant la toxine en urgence au Centre national de référence des Corynebactéries du complexe diphtheriae 	<p>Prise en charge thérapeutique d'un cas de diphthérie, porteur du gène codant la toxine diphthérique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • antibiothérapie et sérothérapie • isolement respiratoire en cas d'atteinte ORL et désinfection des surfaces/objets souillés • mise à jour du statut vaccinal <p>Prévention autour d'un cas de diphthérie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • détection des contacts humains pour prise en charge immédiate (incubation de 2 à 5 jours) • recherche des contacts animaux en cas d'identification de <i>C. ulcerans</i> ou <i>pseudotuberculosis</i> pour prise en charge



Tableau 13 (suite)

Maladie d'importation	Risque d'acquisition et prévention pendant le voyage	Quand l'évoquer ?	Comment signaler au retour ?	Explorations et mesures de contrôle du risque de dissémination
<p>Fièvres hémorragiques virales (FHV)</p> <p>Infections par des virus de classe 4 appartenant aux familles <i>Arenaviridae</i> (Lassa), <i>Filoviridae</i> (Ebola et Marburg), <i>Nairoviridae</i> (fièvre hémorragique de Crimée-Congo – CCHF)</p> <p>Non concernés : virus de classe 3 comme par exemple celui de la fièvre de la Vallée du Rift (<i>Phenuiviridae</i>) ou de la dengue</p> <p>Pour le virus de la fièvre jaune (<i>Flaviviridae</i>) : cf. ci-dessous</p>	<p>Risque d'importation très faible, même lors d'épidémies</p> <p>Prévention par l'hygiène des mains renforcée et l'éviction de contacts avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> des malades ou leurs fluides corporels une personne décédée (rites et soins funéraires) des animaux sauvages (chauve-souris, singes), lors de la consommation de viande de brousse ou du dépeçage des rongeurs (<i>Mastomys</i> spp), leurs excréments et les aliments ou objets qu'ils contaminent (pour la fièvre de Lassa) <p>Solutions thérapeutiques ou préventives limitées (actuellement 4 vaccins disposent d'une AMM pour Ebola).</p> <p>Pour Ebola, stratégie de vaccination en pré- ou post-exposition définie pour les professionnels [133] :</p> <ul style="list-style-type: none"> des établissements de santé susceptibles de prendre en charge un cas de maladie à virus Ebola sur le territoire national se rendant dans la zone épidémique, en fonction du niveau d'exposition 	<p>Dans les 21 jours suivant le retour de la zone à risque ou épidémique, devant un tableau clinique évocateur (patient suspect) :</p> <ul style="list-style-type: none"> fièvre avec température $\geq 38^{\circ}\text{C}$ OU des symptômes de FHV, tels que diarrhée, vomissements, asthénie, anorexie, céphalées, myalgies, arthralgies, douleurs abdominales, odynophagie, saignements inexpliqués, hémorragies OU un décès inexpliqué [133] <p>Les expositions spécifiques à rechercher à l'interrogatoire sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> un contact avec un malade ou ses fluides corporels un séjour ou travail dans un établissement de soins de santé d'une zone de circulation virale établie un contact avec une personne décédée (rites et soins funéraires) un contact avec des animaux sauvages (chauves-souris, singes...) ou la manipulation de viande de brousse dans une zone à risque un rapport sexuel (avec une personne malade, convalescente ou guérie bien au-delà d'un délai de 21 jours) (Ebola) un séjour en milieu rural ou en zone infestée de rongeurs (Lassa) une exposition impossible à évaluer (personne non interrogeable, non coopérante) 	<p>Maladies à déclaration obligatoire (fiche : https://www.formulaires.service-public.fr/gf/cerfa_12200_02.do)</p> <p>Toute suspicion de FHV doit être notifiée à l'ARS concernée après :</p> <ul style="list-style-type: none"> validation clinico-épidémiologique du cas par un infectiologue référent REB et évaluation par le Centre national de référence des fièvres hémorragiques virales pour convenir des explorations virologiques à mettre en œuvre (https://www.pasteur.fr/fr/sante-publique/CNR/les-cnr/fievers-hemorragiques-virales) 	<p>Possibilité de prise en charge en box fermé pendant quelques heures d'un patient non sécrétant pour validation avec infectiologue de garde.</p> <p>Envoi au CNR des FHV de prélèvements de sang total sous triple emballage à 4°C par transporteur agréé (cf. modalités sur le site de l'Institut Pasteur) [134].</p> <p>Transfert en milieu hospitalier en filière dédiée, précaution contact strict avec, si un transport est nécessaire, organisation du transport spécialisé du patient avec le Samu pour prise en charge diagnostique et thérapeutique dès validation par un infectiologue</p>

Tableau 13 (suite)

Maladie d'importation	Risque d'acquisition et prévention pendant le voyage	Quand l'évoquer ?	Comment signaler au retour ?	Explorations et mesures de contrôle du risque de dissémination
Fièvre jaune (virus amaril)	<p>Endémique dans les régions intertropicales d'Afrique et d'Amérique du Sud, Guyane française incluse</p> <p>Transmission par les moustiques appartenant aux genres <i>Aedes</i>, <i>Sabethes</i> et <i>Haemagogus</i></p> <p>Risque élevé en cas de séjour en forêt où vivent des primates (réservoir du virus) et en cas d'épidémies rurales ou urbaines (installation d'un réservoir humain)</p> <p>Prévention par protection individuelle contre les piqures de moustiques (cf. § 2.2).</p> <p>Vaccination (cf. § 1.6) dès l'âge de 9 mois (exceptionnellement entre 6 et 9 mois), indispensable en zone endémique et épidémique, même si elle n'est pas exigée par les autorités locales. Précautions (cf. § 1.5) pour la vaccination des :</p> <ul style="list-style-type: none"> • nourrissons et personnes âgées • femmes enceintes ou allaitantes • donneurs de sang • personnes immunodéprimées notamment celles présentant un dysfonctionnement du thymus 	<p>Dans les 15 jours suivant le retour de zone de transmission, chez une personne non vaccinée ou de statut vaccinal inconnu</p> <p>Cas suspect de fièvre jaune :</p> <ul style="list-style-type: none"> • phase aiguë : fièvre, céphalées, lombalgies, myalgies, vomissements, conjonctivite et érythème facial à l'examen clinique • phase toxique : dans 15% des cas, après une courte rémission, reprise de la fièvre et des douleurs, ictère, somnolence ; possibles signes hémorragiques, voire défaillance hépatique, cardiaque et neurologique [135] 	<p>Maladie à déclaration obligatoire (fiche: https://www.formulaires.service-public.fr/gf/cerfa_12199_02.do)</p> <p>Signalement de tout cas probable ou confirmé à l'ARS concernée, après avis de l'infectiologue référent :</p> <p>Cas suspects : tableau clinique évocateur de fièvre jaune chez une personne en provenance d'une zone d'endémie</p> <p>Cas confirmés : cas suspects avec identification du virus amaril au Centre national de référence des arbovirus : https://www.mediterranee-infection.com/diagnostic/les-centres-nationaux-de-reference-cnr/cnr-arbovirus/</p>	<p>Investigation épidémiologique pour évaluation du risque de transmission et possible démoustication autour de tout cas suspect virémique en zone colonisée par <i>Aedes albopictus</i></p> <p>Confirmation biologique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • J0 à J+2 après le début de signes : RT-PCR dans le sang • J+3 à J+10 : RT-PCR dans le sang et sérologie IgM- IgG • Au-delà de J+10 : sérologie IgM-IgG <p>Traitement symptomatique et réanimation médicale dans les formes graves. Repos sous moustiquaire pour les cas symptomatiques, pour Antilles, Guyane, Réunion, Mayotte et départements métropolitains colonisés par <i>Aedes albopictus</i> (liste sur le site du ministère chargé de la Santé [136])</p>
Gripes aviaires Actuellement les principaux virus à risque sont :	<p>En cas de voyage dans une région où il existe un risque de grippe aviaire (liste des zones touchées par la circulation de ces virus disponible sur le site de Santé publique France [137,138] :</p> <ul style="list-style-type: none"> • éviter les endroits à risque élevé, comme les fermes d'élevage de volailles et les marchés d'animaux vivants • éviter tout contact direct avec les oiseaux, notamment les poules, poulets, canards et oiseaux sauvages • éviter les surfaces contaminées par des excréments ou des sécrétions d'oiseaux • observer les règles d'hygiène des mains et d'hygiène alimentaire (consommer des aliments cuits, éviter de manipuler de la viande de volaille) <p>Absence de vaccin actuellement disponible pour l'homme protégeant contre les virus influenza aviaires ou porcins</p>	<p>Hors contexte d'apparition de souches capables d'induire une transmission interhumaine durable</p> <p>Au retour de zone à risque :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cas suspect <ol style="list-style-type: none"> a) Tout patient présentant des signes respiratoires de retour d'un pays à risque dans les 10 jours précédant le début des signes cliniques b) Toute personne co-exposée symptomatique, définie comme ayant été soumise aux mêmes risques d'exposition (de séjour ou de travail) qu'un cas possible ou confirmé, et qui présente une infection respiratoire aiguë quelle que soit sa gravité, dans les 10 jours suivant l'exposition c) Tout contact étroit d'un cas possible ou confirmé, qui présente une infection respiratoire aiguë quelle que soit sa gravité, dans les 10 jours suivant le dernier contact avec le cas alors que ce dernier était symptomatique 2. Cas possible Cas suspect validé conjointement par Santé publique France et l'Agence régionale de santé (ARS) concernée, suite à l'appel du point focal régional de l'ARS [138] 	<p>Signalement par téléphone :</p> <ul style="list-style-type: none"> • à l'ARS pour validation de la classification en cas possible par Santé publique France via la Cellule régionale, sur avis de l'infectiologue référent • aux infectiologues référents, au directeur de l'établissement hospitalier, au laboratoire de microbiologie, à l'équipe opérationnelle d'hygiène, au(x) médecin(s) traitant(s) 	<p>Mise en place de mesures de prévention air et contact autour du patient dès la suspicion (cf. encadré « Mesures de prévention d'infections graves à transmission directe »)</p> <p>Après validation du cas possible (cf. avis du HCSP du 21/12/2017 et du 22/06/2018) [138] : Transfert en milieu hospitalier en filière dédiée pour prise en charge diagnostique (virologique) et thérapeutique</p> <p>Confirmation du cas par prélèvement respiratoire indiquant la présence du virus influenza aviaire confirmé par le CNR des virus respiratoires dont la grippe</p>



Tableau 13 (suite)

Maladie d'importation	Risque d'acquisition et prévention pendant le voyage	Quand l'évoquer ?	Comment signaler au retour ?	Explorations et mesures de contrôle du risque de dissémination
Infections invasives à méningocoques <i>(Neisseria meningitidis des sérogroupes A, C, W135 et Y)</i> Non concernées : les infections invasives à méningocoque B	<p>Transmission interhumaine à partir de sécrétions rhinopharyngées (microgouttelettes de Pflügge)</p> <p>Endémiques en Afrique et hyperendémiques dans la zone de savane-sahel subsaharienne allant du Sénégal à l'Éthiopie (« ceinture de la méningite ») et en Asie dont l'Arabie saoudite (épidémies rapportés lors du pèlerinage de la Mecque)</p> <p>Risque élevé lors de grands rassemblements (pèlerinages, camps de réfugiés)</p> <p>Des clusters d'infections invasives à méningocoque de séro-groupe C ont été décrits chez des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) entre 2012 et 2015</p> <p><u>Prévention</u> : vaccination (§ 1.11) recommandée pour les séjours :</p> <ul style="list-style-type: none"> • dans la « ceinture de la méningite » • en zone épidémique, avec contacts rapproché et prolongée avec la population locale • pour activité professionnelle dans le secteur de la santé ou auprès de réfugiés <p>La vaccination contre le méningocoque C est obligatoire pour les nourrissons (dès 5 mois) nés à partir du 1^{er} janvier 2018</p>	<p>Dans les 10 jours suivant le retour de la zone d'endémie, tableau de méningite ou de méningococcémie (septicémie due au méningocoque), plus rarement d'arthrite ou de péricardite septique</p> <p><u>Cas probable et cas confirmé</u> : (définitions cf. déclaration obligatoire)</p> <p>Au moins l'un des quatre critères suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Culture de méningocoque ou PCR positive à partir d'un site normalement stérile (sang, liquide cérébro-spinal ou LCS, liquide articulaire, liquide pleural, liquide péricardique, liquide péritonéal, liquide de la chambre antérieure de l'œil) OU à partir d'une lésion cutanée purpurique 2. Présence de diplocoques gram négatif à l'examen direct du LCS 3. LCS évocateur de méningite bactérienne purulente (à l'exclusion de l'isolement d'une autre bactérie) ET présence d'éléments purpuriques cutanés quel que soit leur type 4. Présence d'un purpura fulminans (purpura dont les éléments s'étendent rapidement en taille et en nombre, avec au moins un élément nécrotique ou ecchymotique de plus de trois millimètres de diamètre associé à un syndrome infectieux sévère non attribué à une autre étiologie) 	<p>Prévoir une prise en charge en réanimation en aval</p> <p>Appel systématique du Samu-Centre 15 du territoire concerné en cas de suspicion clinique de purpura fulminans en amont de l'hôpital</p> <p>Maladie à déclaration obligatoire (fiche : https://www.formulaires.service-public.fr/gf/cerfa_12201_04.do)</p> <p>Signalement de tout cas probable ou confirmé à l'ARS concernée</p>	<p>Mise en route en urgence d'une antibiothérapie appropriée et traitement de l'état de choc</p> <p>Réalisation en urgence de prélèvement diagnostique selon présentation clinique (sang, hémoculture, LCS, liquide articulaire, lésion cutanée purpurique)</p> <p>Investigations, évaluation et mise en œuvre par l'ARS des mesures de prophylaxie pour les contacts proches et co-exposés (vaccination, antibiotiques) [139]</p>
Infection à MERS-CoV (majoritairement le Moyen-Orient - Péninsule arabique)	<p>Absence de vaccin ou de traitement spécifique actuellement disponible</p> <p>En cas de voyage dans un pays à risque (péninsule arabique : Arabie saoudite, Bahreïn, Émirats Arabes Unis, Koweït, Oman, Qatar, Yémen, Irak, Jordanie ou autres pays qui ont rapporté des cas autochtones récemment- liste évolutive à vérifier sur le site de Santé publique France [140]) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • éviter les contacts proches avec les dromadaires • éviter les contacts ou la consommation de produits issus de dromadaire (lait non pasteurisé, viande crue, urine) • éviter les contacts rapprochés avec des personnes présentant des signes respiratoires en zone d'endémie 	<p>Au retour de la zone à risque, les expositions spécifiques à rechercher à l'interrogatoire sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un séjour ou travail dans un hôpital • un contact avec un dromadaire • la consommation et le contact avec du lait, de la viande ou de l'urine de dromadaire <p>1. <u>Cas suspect</u> : Un patient présentant des signes respiratoires au retour d'un pays à risque, dans les 14 jours précédant le début des signes cliniques</p> <p>2. <u>Cas possible</u> : Défini sur la base d'une évaluation clinique par un infectiologue et à l'aide de la classification de cas disponible sur le site de Santé publique France [141]</p>	<p>Tout cas suspect doit systématiquement faire l'objet d'un appel au Samu-Centre 15 du territoire concerné en vue d'une évaluation clinique de la suspicion en lien avec un infectiologue référent</p>	<p>Mise en place de mesures de prévention air et contact de la transmission directe autour du patient dès la suspicion (cf. encadré « Mesures de prévention d'infections graves à transmission directe »)</p> <p>Confirmation du cas possible par prélèvements de l'arbre respiratoire profond supérieur et de l'arbre respiratoire inférieur indiquant la présence de l'ARN du coronavirus MERS-CoV et prise en charge hospitalière en filière dédiée</p> <p>Si infection exclue, prise en charge standard</p>

Tableau 13 (suite)

Maladie d'importation	Risque d'acquisition et prévention pendant le voyage	Quand l'évoquer ?	Comment signaler au retour ?	Explorations et mesures de contrôle du risque de dissémination
<p>Infection à SARS-CoV-2 et Covid-19 (anciennement 2019-nCoV)</p> <p>Variants of concern (VOC)/ variants préoccupants : 21A/I/J (B.1.617.2/1Y.*, Delta) 21K/L/M (B.1.1.529/BA.*, Omicron) 20I/501Y.V1</p>	<p>Circulation pandémique du SARS-CoV-2 avec risque d'acquisition de variants différents selon situation sanitaire du pays/zones visitées</p> <p>Restrictions et mesures variables au départ ou au retour selon la destination : https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/deplacements :</p> <ul style="list-style-type: none"> • présentation d'un test PCR négatif < 72 h • ou test antigénique de 48-72 h selon la destination • justificatif (motif impérieux) selon la destination • suivi : information et applications mobiles • quarantaine • certification de vaccination <p>Les gestes barrières pendant tout le séjour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • lavage des mains régulier (eau + savon) ou gel hydro-alcoolique • tousser ou éternuer dans le coude, ou dans un mouchoir • éviter de se toucher le visage • utiliser des mouchoirs à usage unique • maintenir une distance interpersonnelle de 2 m ; sinon port d'un masque chirurgical, • limiter les contacts sociaux... • bien aérer les pièces • saluer sans contact <p>Vaccination</p>	<p>Le retour de voyage peut être conditionné à la présentation d'un test PCR ou antigénique négatif de moins de 24 h ou 48 h en fonction du pays de provenance, à l'exception des personnes présentant un schéma vaccinal complet de retour de l'Union européenne, d'Andorre, d'Islande, du Liechtenstein, de Monaco, de la Norvège, de Saint-Marin, du Saint-Siège ou de la Suisse. Autres pays de provenance : se référer à la « classification française sur la base des indicateurs sanitaires » https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/deplacements</p> <p>Incubation moyenne de 5 j (2 à 12j)</p> <p>Infection pauci-symptomatique ou asymptomatique chez 30-60% des sujets infectés</p> <p><u>Cas possible :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • installation progressive de céphalées, myalgies, asthénie, anosmie/agueusie évocatrices (chez ~30% des cas adultes) • chez l'enfant : altération de l'état général, diarrhée voire fièvre isolée si enfant de < 3 mois • chez les personnes âgées : altération de l'état général, chutes répétées, apparition ou aggravation de troubles cognitifs, confusion, diarrhée, décompensation d'une pathologie sous-jacente puis fièvre et signes respiratoires vers J2-J3 <p><u>Cas probable :</u> Cas possibles + signes évocateurs de Covid-19 en tomodensitométrie thoracique</p> <p><u>Cas confirmé :</u> Toute personne symptomatique ou non avec une confirmation par RT-PCR, RT-LAMP, test antigénique</p>	<p>Signalement des cas confirmés par les biologistes (SI-DEP)</p> <p>Réalisation de tests moléculaires de typage pour caractériser les souches conformément aux recommandations en vigueur</p>	<p>Mise en place de mesures de prévention air et contact de la transmission directe autour du patient dès la suspicion</p> <p>Hospitalisation indiquée si :</p> <ul style="list-style-type: none"> • SpO₂ < 95% en air ambiant • fréquence respiratoire > 24 cycles/minutes au repos • PA systolique < 100 mmHg • altération de l'état général brutale (sujet âgé et jeune enfant) <p>Appel SAMU-Centre 15 si :</p> <ul style="list-style-type: none"> • SpO₂ < 90% en air ambiant • fréquence respiratoire > 30 cycles/minutes au repos • PA systolique < 90 mmHg • altération de conscience, confusion, somnolence <p>Stratégie « Tester-Alerter-Protéger »</p> <p>Confirmation diagnostique sur prélèvements des voies aériennes supérieures (RT-PCR, RT-LAMP, test antigénique) ou des voies basses si cas hospitalisé par test moléculaire ou antigénique</p> <p>Isolement de tout cas confirmé symptomatique ou non pendant 10 jours à partir de la date de début des symptômes</p> <p>Identification et suivi des contacts et co-exposés +/- en lien avec la Cnam et mesures d'isolements dès réception du résultat biologique (cf. conduite à tenir) : https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/professionnels-de-sante/</p>



Tableau 13 (suite)

Maladie d'importation	Risque d'acquisition et prévention pendant le voyage	Quand l'évoquer ?	Comment signaler au retour ?	Explorations et mesures de contrôle du risque de dissémination
<p>Infections à transmission de type orofécale</p> <p>Shigelloses (avant tout <i>Shigella flexneri</i> et <i>S. dysenteriae</i> type 1)</p> <p>Fièvres typhoïdes et paratyphoïdes (<i>Salmonella enterica</i> sérotypes Typhi et Paratyphi A, B et C)</p> <p>Choléra (<i>Vibrio cholerae</i> O1 ou O139 producteur de toxine cholérique)</p> <p>Hépatite aiguë A (virus de l'hépatite A-HAV)</p> <p>Hépatite aiguë E (virus de l'hépatite E HEV)</p>	<p>Risque d'importation : <u>Shigelloses, fièvres typhoïdes et paratyphoïdes et hépatites aiguës A et E [142]</u></p> <p>Au retour de pays en développement à faible niveau d'hygiène</p> <p>Choléra [143] :</p> <p>Au retour de zone endémique :</p> <ul style="list-style-type: none"> le sous-continent indien plusieurs pays d'Asie : Tadjikistan, Afghanistan, Chine, Laos, Cambodge, Philippines, Indonésie, Papouasie-Nouvelle-Guinée Haïti et République dominicaine une large partie de l'Afrique subsaharienne, à l'exception du Botswana et de l'Afrique du Sud <p>Risque élevé de shigelloses et d'hépatites si :</p> <ul style="list-style-type: none"> hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) âge de la propreté non atteint fréquentation d'endroits de forte promiscuité (collectivités d'enfants et de personnes dépendantes, camps de réfugiés, casernes, internats...) <p><u>La prévention (cf. § 4.1)</u> associe une bonne hygiène des mains, la consommation d'eau en bouteille capsulée, des précautions alimentaires et la vaccination, si disponible</p> <p><u>Vaccin :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> fièvres typhoïde et paratyphoïde : (cf. § 1.7) dès l'âge de 2 ans, recommandé en cas de séjour en zone d'endémie de plus d'1 mois ou dans des conditions d'hygiène précaire et grands rassemblements choléra : (cf. § 1.1) recommandé uniquement pour les personnels de santé allant travailler auprès de patients ou dans des camps de réfugiés en période d'épidémie hépatite A : (cf. § 1.9), dès l'âge de 1 an, recommandé pour tout séjour dans un pays où l'hygiène est précaire, quelles que soient les conditions du séjour ET pour personnes atteintes de mucoviscidose et d'hépatopathie chronique hépatite E : vaccins uniquement autorisés en Chine Shigelloses : aucun vaccin commercialisé 	<p>Shigelloses :</p> <p>Dans les 3 jours suivant le retour, devant un tableau de dysenterie ou gastroentérite fébrile, avec possiblement des crampes, du ténésme et du sang ou du mucus dans les selles.</p> <p>Diagnostic : mise en évidence de <i>Shigella</i> (coproculture/détection moléculaire sur selles)</p> <p>Fièvres typhoïdes et paratyphoïdes :</p> <p>Dans le mois suivant le retour, devant une fièvre prolongée, des maux de tête, une anorexie, une splénomégalie, une bradycardie relative, une éruption cutanée maculaire sur le tronc ou l'abdomen, une somnolence (voire une obnubilation), des diarrhées ou plus fréquemment une constipation chez les adultes.</p> <p>Diagnostic : isolement ou détection moléculaire de <i>S. enterica</i> Typhi ou Paratyphi sur sang, moelle osseuse, urines ou selles</p> <p>Choléra :</p> <p>Dans les 5 jours suivant le retour, devant une gastroentérite sans fièvre, en particulier devant de violents vomissements ou des diarrhées « eau de riz ».</p> <p>Diagnostic : mise en évidence de <i>Vibrio cholerae</i> (coproculture sur milieu spécifique/détection moléculaire sur selles) confirmée par le CNR des vibriens et du choléra</p> <p>Hépatites aiguës</p> <p>Dans les 15 à 50 jours après le retour, devant une fièvre, une asthénie importante avec des nausées, des douleurs abdominales suivies d'un ictère. Plus fréquentes chez les enfants mais plus souvent symptomatiques chez les adultes</p> <p>Des formes fulminantes avec insuffisance hépatique aiguë sont possibles, notamment chez la femme enceinte au 3^e trimestre pour l'hépatite E et l'enfant pour l'hépatite A.</p> <p>Diagnostic :</p> <ul style="list-style-type: none"> HAV : sérologie IgM anti-HAV ; détection génomique d'ARN HAV dans le sang ou les selles HEV : sérologie IgM anti-HEV ; détection génomique d'ARN HEV dans le sang ou les selles 	<p>Signalement des cas groupés à l'ARS du territoire concerné.</p> <p>Shigellose : surveillance microbiologique par réseau de laboratoires volontaires autour du CNR des <i>Escherichia coli</i> et <i>Shigella</i></p> <p>Hépatite E : surveillance virologique par le réseau de laboratoires volontaires autour du CNR des hépatites A et E</p> <p>Pas de déclaration obligatoire pour l'hépatite E</p> <p>Fièvres typhoïdes et paratyphoïdes (fiche : https://www.formulaires.service-public.fr/gf/cerfa_12213_02.do)</p> <p>Signalement de tout cas confirmé : tableau clinique évocateur de fièvre typhoïde ou paratyphoïde associé à un isolement de <i>S. enterica</i> Typhi, Paratyphi A, B ou C quel que soit le site d'isolement (ne pas notifier les sérologies positives vis-à-vis de <i>Salmonella enterica</i> Typhi et Paratyphi, ni les infections dues à d'autres sérotypes de <i>Salmonella enterica</i> (ex : Typhimurium, <i>Enteritidis</i>)</p> <p>Choléra (fiche : https://www.formulaires.service-public.fr/gf/cerfa_12197_02.do)</p> <p>Signalement de tout cas suspect avec tableau clinique évocateur de choléra. Importance de l'envoi de souches au CNR des vibriens et du choléra pour confirmation (https://www.pasteur.fr/fr/sante-publique/cnr/les-cnr/vibriens-cholera/envoyer-un-echantillon).</p> <p>Hépatite aiguë A (fiche : https://www.formulaires.service-public.fr/gf/cerfa_12614_02.do)</p> <p>En tout cas avec mise en évidence d'IgM sériques anti-HAV</p>	<p>Traitement symptomatique et curatif de la diarrhée du voyageur. Traitement curatif (cf. § 4.2)</p> <p>Hospitalisation seulement si nécessaire</p> <p>En milieu de soins, respect des précautions standard complétées par les précautions de type contact</p> <p>Renforcement des mesures d'hygiène : lavage fréquent des mains, nettoyage et désinfection des toilettes avec de l'eau de javel à l'hôpital et en milieu familial</p> <p>Éviction/Arrêt de travail/Aménagement de poste si employé dans la restauration, en crèche ou dans les soins aux personnes âgées ou fragiles (durée selon pathogène cf. avis du HCSP relatif à survenue de maladies infectieuses dans une collectivité [142])</p> <p>Information individuelle des personnes possiblement co-exposées. Information simple de l'entourage et des soignants ayant pris en charge un patient avant le diagnostic. Surveillance clinique pendant 5 j + coprocultures des personnes symptomatiques potentiellement co-exposées recensées et personnes-contacts</p> <p>Vaccination post-exposition contre l'hépatite A le plus tôt possible et dans un délai de 14 jours suivant l'apparition des signes cliniques (guide immunisation post exposition HCSP 2016 [144])</p>

Tableau 13 (suite)

Maladie d'importation	Risque d'acquisition et prévention pendant le voyage	Quand l'évoquer ?	Comment signaler au retour ?	Explorations et mesures de contrôle du risque de dissémination
<p>Tuberculoses résistantes</p> <p>Infections à <i>Mycobacterium tuberculosis</i></p> <p>multi-résistantes : MDR (<i>Multi Drug Resistant</i>),</p> <p>ultra-résistantes : XDR (<i>Extensively Drug Resistant</i>)</p>	<p>Risque <u>faible d'acquisition d'une tuberculose latente ou active</u> en cas de voyage conventionnel mais plus élevé en cas de visite familiale ou à des amis dans une zone de haute endémicité tuberculeuse [145] :</p> <ul style="list-style-type: none"> la quasi-totalité du continent africain l'Asie dans son ensemble, y compris les pays du Proche et du Moyen-Orient, à l'exception du Japon, de la Turquie, du Liban, de l'Iran et de la péninsule arabique (sauf le Yémen, qui est à risque) les pays d'Amérique centrale et du Sud, à l'exception de Cuba, du Costa Rica, du Guatemala, de l'Argentine et du Chili <p>Risque de tuberculose résistante est <u>plus élevé</u> [146]</p> <ul style="list-style-type: none"> dans les pays d'Europe centrale et de l'Est, y compris les pays de l'ex-URSS dans l'Union européenne : Lettonie, Lituanie et Estonie en Égypte <p>Risque de tuberculose maladie <u>plus élevé si voyageurs</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> avec antécédents de tuberculose active en contacts étroits avec des personnes atteintes d'une tuberculose active immunodéprimés (infectés par VIH, traités par des corticostéroïdes ou des immunomodulateurs) diabétiques âgés de moins de 5 ans 	<p><u>Tuberculose maladie</u></p> <p><u>Cas confirmé</u> : maladie due à une mycobactérie du complexe <i>tuberculosis</i> prouvée par la culture</p> <p><u>Cas probable</u> : (1) signes cliniques et/ou radiologiques compatibles avec une tuberculose, et (2) décision de traiter le patient avec un traitement antituberculeux standard</p> <p><u>Infection tuberculeuse latente</u></p> <p>Son diagnostic repose, en l'absence de signes cliniques et paracliniques, sur deux types de tests : IDR et tests IGRA (ou de libération d'interféron gamma). Son traitement est recommandé chez un enfant de moins de 15 ans, chez les personnes présentant ou allant présenter une immunodépression, et pour toutes les infections de moins de deux ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> IDR à 5U positive (induration >15 mm si BCG, ou >10 mm sans BCG, ou augmentation de 10 mm par rapport à une IDR datant de moins de 2 ans) test IGRA positif 	<p>Maladie à déclaration obligatoire (fiche : https://www.formulaires.service-public.fr/gf/cerfa_13351_03.do)</p> <p>Signalement de tout cas probable ou confirmé à l'ARS concernée</p> <p>Recherche de personnes-contacts lors d'un voyage en avion à considérer quand les 4 conditions suivantes sont réunies (cf. recommandations RAGIDA [147,148]) :</p> <ul style="list-style-type: none"> le cas index présente une tuberculose pulmonaire confirmée il y a eu transmission avérée à d'autres contacts (proches ou intra-domiciliaires) la durée de vol a été de plus de 8 heures le temps écoulé entre le vol et le diagnostic du cas ne dépasse pas 3 mois 	<p>Mise en place de mesures de précaution « air » autour du patient si suspicion de tuberculose pulmonaire active</p> <p>Patients hospitalisés dans des unités dédiées</p> <p>L'ARS concernée partage les informations avec les CLAT (Centres de lutte antituberculeuse) afin que les investigations autour des cas puissent être menées</p>
<p>Arboviroses potentiellement transmises en métropole par les moustiques <i>Aedes albopictus</i></p> <p>Chikungunya Dengue Zika</p>	<p>France métropolitaine uniquement</p> <p>Risque d'importation au retour de voyage dans les zones tropicales ou subtropicales</p> <p>Épidémies récentes dans « <i>Communicable disease threats Reports</i> » sur le site de l'ECDC : https://ecdc.europa.eu/en/chikungunya https://ecdc.europa.eu/en/dengue</p> <p>Prévention par protection individuelle contre les piqûres de moustiques du genre <i>Aedes</i> (cf. § 2.2)</p> <p>Rapports sexuels protégés pour prévention de la transmission sexuelle du virus Zika [129]</p>	<p>Dans les 15 jours suivant le retour de zone de transmission.</p> <p><u>Cas suspect de chikungunya et de dengue</u> (définition Santé publique France [149]) : patient présentant une fièvre >38,5°C d'apparition brutale et au moins un signe parmi les suivants : céphalées, arthralgies, myalgies, lombalgies, ou douleur rétro-orbitaire, sans autre point d'appel infectieux</p> <p><u>Cas suspect d'infection à virus Zika</u> : patient présentant une éruption cutanée à type d'exanthème avec ou sans fièvre même modérée et au moins deux signes parmi les suivants : hyperhémie conjonctivale, arthralgies, myalgies, en l'absence d'autres causes</p>	<p>Maladies à déclaration obligatoire des cas confirmés</p> <p>De mai à novembre : signalement à l'ARS du territoire concerné des cas suspects dans les départements métropolitains colonisés par le moustique <i>Aedes albopictus</i> pour actions de lutte antivectorielle</p> <p>Liste des départements et fiches de signalements [149]</p> <p>Chikungunya : https://www.formulaires.service-public.fr/gf/cerfa_12685_02.do</p> <p>Dengue : https://www.formulaires.service-public.fr/gf/cerfa_12686_02.do</p> <p>Zika : https://www.formulaires.service-public.fr/gf/cerfa_15550_01.do</p>	<p>Investigation épidémiologique pour évaluation du risque de transmission et possible démoustication autour de tout cas suspect virémique en zone colonisée par <i>Aedes albopictus</i></p> <p>Confirmation biologique :</p> <ul style="list-style-type: none"> RT-PCR sang chikungunya, Zika, dengue jusqu'à J+7 après début des signes RT-PCR urine Zika jusqu'à J+10 sérologie chikungunya, Zika, dengue dès J+5 <p>Traitement symptomatique</p> <p>Repos sous moustiquaire pour les cas symptomatiques</p> <p>Prévention de la transmission sexuelle du virus Zika (cf. § 9.5)</p>

13. Dispositif de pharmacovigilance pour la déclaration d'effet indésirable

Pharmacovigilance

Tout nouveau produit de santé fait l'objet d'une surveillance renforcée dont les modalités sont indiquées sur le [site de l'ANSM](#).

Tout professionnel de santé a obligation de déclarer **tout effet indésirable** ou incident suspecté d'être dû à un produit de santé et porté à sa connaissance au Centre régional de pharmacovigilance dont il dépend géographiquement.

Les patients, associations de patients, usagers peuvent également signaler tout effet indésirable

Pour plus d'information ou pour déclarer un effet indésirable, consulter la rubrique « Déclarer un effet indésirable » :

- sur le [site de l'ANSM](#) ;
- ou sur le site du [ministère chargé de la Santé](#).

Pour une information sur les interactions, consulter :

- le [thesaurus des interactions médicamenteuses](#) sur le site de l'ANSM ;
- ou la Base de données publique des médicaments du ministère [des solidarités et de la Santé](#).