

Recommandations sanitaires pour les voyageurs, 2022
(à l'attention des professionnels de santé)
// Health recommendations for travellers, 2022 (for health professionals)

> **ÉDITORIAL // Editorial**

Sophie Matheron¹, Elisabeth Nicand¹, Christophe Rapp¹ et Christian Chidiac²

¹ Haut conseil de la Santé publique (HCSP), Commission spécialisée maladies infectieuses, maladies émergentes (CS MIME), co-coordinatrice(teur) du groupe

² HCSP, président de la CS MIME

Les recommandations sanitaires 2022 pour les voyageurs sont publiées en période de sortie de vague Omicron du SARS-CoV-2 en France, alors que de nombreuses incertitudes demeurent sur l'évolution de la pandémie de Covid-19.

Les recommandations qui suivent ont été approuvées par la Commission spécialisée des maladies infectieuses et maladies émergentes du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) le 14 avril 2022.

Elles ont été élaborées par un groupe de travail spécifique de cette commission (cf. § [Membres du groupe de travail et contributeurs](#)), auquel ont notamment participé le Centre national de référence (CNR) du paludisme, le CNR des arboviroses, Santé publique France, l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM), l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), le Service de santé des armées, le ministère de l'Europe et des Affaires étrangères, la Haute Autorité de santé (HAS). Ce groupe de travail a pris en compte les recommandations de l'OMS.

À la date de sa publication, le document rédigé peut ne pas prendre en compte l'évolution des risques et l'émergence de nouvelles maladies infectieuses ; il est donc susceptible d'être actualisé en fonction de l'évolution de la situation internationale. Pour être informé de ces mises à jour, il est conseillé de consulter un des sites suivants (sites consultés le 20/04/2022) :

- <https://solidarites-sante.gouv.fr/>
- <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/deplacements>
- <https://www.santepubliquefrance.fr>
- <https://vaccination-info-service.fr/>
- <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/>
- <https://www.who.int/en/>
- <https://emergency.cdc.gov>
- <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news>
- <https://www.who.int/news-room/articles-detail/policy-and-technical-considerations-for-implementing-a-risk-based-approach-to-international-travel-in-the-context-of-covid-19>

De manière générale, avant un voyage à l'étranger, il est recommandé de consulter le site du ministère de l'Europe et des Affaires étrangères (<https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/>).

Tout voyage expose à des risques qui peuvent être prévenus lors de la consultation spécialisée ou de conseils aux voyageurs. En 2022, une vigilance toute particulière est nécessaire face à la menace hétérogène d'infection par le SARS-CoV-2, l'amélioration actuellement constatée n'étant pas synonyme de la fin de la pandémie.

Les points clés des recommandations 2022

Les principales modifications par rapport à l'édition 2021 des *Recommandations sanitaires pour les voyageurs* sont signalées en orange dans le texte et les tableaux.

Chapitre 1 « Vaccinations »

- Vis-à-vis du Covid-19, il est rappelé que l'entrée et la sortie du territoire français sont conditionnées selon une classification des pays régulièrement actualisée en fonction de l'évolution de la situation sanitaire et accessible sur le site du ministère de l'Europe et des Affaires étrangères. La liste des noms des vaccins contre le Covid-19 autorisés à l'étranger et similaires à ceux autorisés en Europe est disponible par pays sur [le site de l'ANSM](#).
- La Papouasie-Nouvelle-Guinée a été rajoutée à la liste des pays à risque comme probable transmission de l'encéphalite japonaise.
- Pour la fièvre jaune, il n'y a plus de risque de transmission, ni d'obligation de vaccination, pour l'île de l'Ascension (Royaume-Uni), le Laos, la Lybie, les Philippines, et le Territoire britannique de l'océan Indien. En revanche, de nombreuses nouvelles zones à risque d'exposition nécessitant la vaccination sont identifiées dans les tableaux.
- À la liste des zones géographiques à forte incidence tuberculeuse ont été rajoutés l'Arabie saoudite, la Fédération de Russie, l'Ukraine et la Croatie.

Chapitres 2 et 3 « Risques liés aux arthropodes, protection personnelle anti-vectorielle et paludisme »

- La situation du paludisme dans le monde en 2021 est marquée par l'augmentation du nombre de cas et de décès notifiés. La pression créée par la pandémie de Covid-19 sur les systèmes de santé, en particulier ceux des pays à faibles revenus, a fortement affecté leur capacité à maintenir les activités de lutte contre le paludisme. Néanmoins d'autres pays et régions ont continué à progresser depuis 2010 vers l'élimination de la maladie ; la Chine et le Salvador ont été déclarés exempts de paludisme en 2021. Enfin, l'OMS a recommandé en 2021 l'utilisation du vaccin anti-palustre RTS'S chez les enfants résidant en zone de moyenne et haute endémicité palustre.
- En France, l'augmentation du nombre de cas par rapport à 2020 est très marquée en 2021 (+117%) avec la reprise des voyages internationaux. Les pays à l'origine des contaminations sont toujours très majoritairement situés en Afrique sub-saharienne, et *Plasmodium falciparum* est impliqué dans près de 89% des cas. Un des principaux facteurs de risque de forme grave et de décès du paludisme demeure le retard au diagnostic, souvent lié à une prise en charge inadaptée des patients lors d'une première consultation. Ceci souligne l'importance de la prescription d'une prévention adaptée et de son suivi.
- En matière de protection personnelle anti-vectorielle contre les maladies transmises par les arthropodes, l'actualité en 2022 est l'abandon de la recommandation d'imprégnation des vêtements par la perméthrine pour la population générale. L'absence de preuve de son efficacité et le risque de sa toxicité individuelle et environnementale sont désormais bien documentés. Elle n'est plus recommandée que pour des groupes de population particuliers (réfugiés, militaires), en l'absence d'accès aux moustiquaires imprégnées (§ 2.2.3).
- Enfin, en matière de chimioprophylaxie du paludisme, l'analyse de la balance bénéfices/risques de la chloroquine a conduit à ne plus recommander son utilisation. Ce, d'autant que la commercialisation de la forme sirop est interrompue depuis juillet 2021 et que celle des comprimés le sera fin 2022 (§ 3.3.3.2).

Chapitres 5 à 12 :

Ont également été actualisées les recommandations concernant : la prévention du « jet lag » (§ 5.2.2), la prévention de la maladie thromboembolique (§ 5.2.4), la prévention du mal des transports (§ 5.4), et la prévention du mal aigu des montagnes (§ 7.4).

La situation de chaque pays, et les recommandations de prévention qui en découlent ont été actualisées selon les données de l'OMS les plus récentes.

Les références thématiques ont été actualisées avec inclusion de liens hypertextes.

Pour la première fois, il est prévu, dans la mesure du possible, d'actualiser le document en ligne avant l'édition 2023.

Les rédacteurs espèrent avoir atteint les objectifs attendus des utilisateurs : un document de référence, d'accès simple, de lecture aisée et facile à consulter en ligne. Ils attendent vos remarques ou suggestions susceptibles d'améliorer ces *Recommandations sanitaires pour les voyageurs 2022*.

Recommandations sanitaires pour les voyageurs, 2022
(à l'attention des professionnels de santé)
// Health recommendations for travellers, 2022 (for health professionals)

Avis du Haut Conseil de la santé publique du 14 avril 2022

Éditorial	p. 1
Les points clés des recommandations 2022	p. 2
Avis du Haut Conseil de la santé publique du 14 avril 2022	p. 6
Acronymes	p. 6
1. Vaccinations	p. 7
1.1 Choléra	p. 7
1.2 Covid-19	p. 8
1.3 Dengue	p. 9
1.4 Encéphalite japonaise	p. 9
1.5 Encéphalite à tiques	p. 11
1.6 Fièvre jaune	p. 13
1.7 Fièvre typhoïde	p. 25
1.8 Grippe saisonnière	p. 25
1.9 Hépatite A	p. 26
1.10 Hépatite B	p. 27
1.11 Infections invasives à méningocoques	p. 28
1.12 Poliomyélite	p. 29
1.13 Rage	p. 30
1.14 Rougeole	p. 31
1.15 Tuberculose	p. 32
2. Risques liés aux arthropodes et protection personnelle anti-vectorielle (PPAV)	p. 33
2.1 Risques liés aux arthropodes	p. 33
2.1.1 Les moustiques	p. 34
2.1.2 Les punaises de lit	p. 35
2.1.3 Les tiques	p. 35
2.1.4 Les acariens microscopiques	p. 35
2.1.5 Les arthropodes venimeux	p. 36
2.2 Protection contre les piqûres d'arthropodes	p. 36
2.2.1 Remarques générales	p. 36
2.2.2 Usage des répulsifs cutanés	p. 37
2.2.3 Usage des insecticides pour imprégnation des tissus	p. 39
3. Paludisme	p. 39
3.1 Données épidémiologiques	p. 39
3.1.1 Évolution du paludisme au niveau mondial	p. 39
3.1.2 Données pour la France	p. 40
3.2 Protection personnelle anti-vectorielle (PPAV)	p. 41
3.3 Chimio prophylaxie du paludisme	p. 41
3.3.1 Principes et objectifs de la chimio prophylaxie	p. 41
3.3.2 Évaluation du risque de paludisme et de la pertinence d'une CPAP	p. 42
3.3.3 Schémas prophylactiques	p. 43
3.3.3.1 Critères de choix de la molécule antipaludique en chimio prophylaxie	p. 43
3.3.3.2 Médicaments antipaludiques disponibles en chimio prophylaxie	p. 43
3.3.3.3 Situations particulières	p. 47
3.3.4 Chimio prophylaxie selon les zones, les types de séjours ou les situations des personnes	p. 47
3.4 Traitement présomptif d'urgence (traitement de réserve)	p. 61
3.4.1 Chez l'adulte	p. 61
3.4.2 Chez l'enfant	p. 62

4. Diarrhée du voyageur et autres risques liés au péril fécal	p. 62
4.1 Prévention	p. 63
4.1.1 Hygiène	p. 63
4.1.2 Prophylaxie médicamenteuse	p. 64
4.1.3 Information des voyageurs avant le départ	p. 64
4.2 Prise en charge	p. 64
4.2.1 Consultation médicale	p. 64
4.2.2 Traitement	p. 64
4.2.2.1 Prévention ou correction de la déshydratation	p. 64
4.2.2.2 Traitement anti-diarrhéique (tableau 11)	p. 64
4.2.2.3 Antibiothérapie (tableau 11)	p. 65
5. Risques liés aux transports	p. 66
5.1 Accidents de la voie publique	p. 66
5.2 Transports aériens	p. 66
5.2.1 Conseils généraux	p. 66
5.2.2 Prévention des effets du décalage horaire (« jet lag »)	p. 66
5.2.3 Contre-indications à un voyage aérien (sur la base des recommandations de l'OMS)	p. 67
5.2.4 Prévention des thromboses veineuses profondes liées à un voyage aérien	p. 67
5.3 Transports en bateau – croisières	p. 68
5.4 Mal des transports	p. 68
6. Risques liés à l'environnement	p. 69
6.1 Hygiène corporelle	p. 69
6.2 Exposition à la chaleur	p. 69
6.2.1 Risques	p. 69
6.2.2 Prévention	p. 69
6.3 Exposition au soleil	p. 69
6.3.1 Risques	p. 69
6.3.2 Prévention	p. 70
6.4 Exposition au grand froid	p. 70
6.4.1 Risques	p. 70
6.4.2 Prévention	p. 70
6.5 Pollution atmosphérique	p. 70
6.5.1 Risques	p. 71
6.5.2 Prévention	p. 71
6.6 Animaux autres que les arthropodes (pour les arthropodes, cf. chapitre 2)	p. 71
6.6.1 Animaux venimeux	p. 71
6.6.2 Mammifères et oiseaux	p. 72
6.6.3 Importation d'animaux	p. 72
7. Risques liés aux activités	p. 72
7.1 Pratiques sportives	p. 72
7.2 Baignades	p. 73
7.3 Plongée sous-marine avec bouteilles	p. 73
7.4 Excursions et randonnées en altitude (altitude supérieure à 2 500 m)	p. 73
7.4.1 Risques	p. 73
7.4.2 Prévention	p. 73
7.5 Personnes se rendant à un grand rassemblement	p. 74
7.5.1 Mesures préventives d'ordre général	p. 74
7.5.2 Vaccinations	p. 74
7.6 Militaires	p. 75
8. Risques liés à certains comportements ou situations	p. 75
8.1 Risques liés aux comportements sexuels	p. 75
8.2 Risques liés aux soins	p. 76
8.2.1 Risques liés à des injections ou des actes invasifs	p. 76
8.2.2 Risques liés à une hospitalisation – bactéries multirésistantes (BMR)	p. 76
8.2.2.1 Entérobactéries multirésistantes	p. 76
8.2.2.2 Entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC)	p. 76

8.2.2.3 Entérocoques : <i>Enterococcus faecium</i> résistant aux glycopeptides (ERG)	p. 77
8.2.2.4 Risque d'importation de SARM	p. 77
8.3 Risques liés aux pratiques de tatouage et de piercing	p. 77
8.4 Risques liés aux drogues	p. 77
9. Précautions en fonction des personnes	p. 77
9.1 Enfants	p. 78
9.1.1 Recommandations générales	p. 78
9.1.2 Voyage en avion	p. 78
9.1.3 Transports en véhicules terrestres	p. 79
9.1.4 Enfants avec des besoins particuliers [118]	p. 79
9.2 Personnes âgées	p. 82
9.3 Personnes atteintes d'affections chroniques	p. 82
9.4 Personnes vivant avec le VIH et personnes immunodéprimées	p. 83
9.5 Femmes enceintes ou qui allaitent	p. 84
9.5.1 Avant le départ	p. 84
9.5.2 Risques liés aux transports	p. 84
9.5.3 Activités physiques ou de loisir	p. 85
9.5.4 Hygiène alimentaire	p. 85
9.5.5 Protection contre les arthropodes	p. 85
9.5.6 Recommandations spécifiques vis-à-vis de certaines pathologies infectieuses	p. 86
9.5.6.1 Le paludisme	p. 86
9.5.6.2 La dengue	p. 87
9.5.6.3 Le chikungunya	p. 87
9.5.6.4 Zika	p. 87
9.6 Personnes drépanocytaires	p. 87
10. Trousse à pharmacie	p. 88
11. Aspects administratifs	p. 89
11.1 Prise en charge médicale, assistance et rapatriement	p. 89
11.1.1 Assurance maladie	p. 89
11.1.2 Assistance rapatriement	p. 90
11.2 Dossier médical	p. 90
11.3 Voyager avec des médicaments	p. 90
12. Maladies d'importation : prévenir le risque de dissémination des maladies infectieuses au retour de voyage	p. 91
13. Dispositif de pharmacovigilance pour la déclaration d'effet indésirable	p. 99
Références	p. 100

Avis du Haut Conseil de la santé publique du 14 avril 2022

Membres du groupe de travail et contributeurs

- Elsa Boher, ANSM
- Olivier Bouchaud, CHU Avicenne Bobigny
- Nathalie Boulanger, CNR Lyme
- Hervé Bourhy, CNR Rage
- Éric Caumes, Hôpital Hôtel-Dieu, Paris
- Christian Chidiac, HCSP, Président de la CS MIME
- Nathalie Colin de Verdière, Hôpital Saint-Louis, Paris
- Paul-Henri Consigny, Institut Pasteur, Paris
- Michel Cot, HCSP, CS MIME
- Cécile Ficko, Service de santé des armées (SSA)
- Daniel Floret, HAS, Commission technique des vaccinations
- Florence Fouque, HCSP, CS MIME
- Catherine Goujon, médecin spécialiste des voyages
- Catherine Gourlay-Francé, Anses
- Bruno Hoen, HCSP, CS MIME
- Sandrine Houze, CNR paludisme
- Patrick Imbert, Hôpital Bégin, Paris
- Chadi Jbeili, ministère de l'Europe et des Affaires étrangères (MEAE)
- Bertrand Le Roux, MEAE
- Francelyne Marano, HCSP, CS RE
- Sophie Matheron, HCSP, CS MIME, co-coordonnatrice du groupe
- Philippe Minodier, HCSP, CS MIME
- Élisabeth Nicand, HCSP, CS MIME, co-coordonnatrice du groupe
- Harold Noël, Santé publique France
- Henri Partouche, HCSP, CS MIME
- Vincent Pommier de Santi, SSA
- Philippe Poujol, CNR Rage
- Bruno Pozzetto, HCSP, CS MIME
- Christophe Rapp, HCSP, CS MIME, co-coordonnateur du groupe
- Marc Thellier, CNR paludisme
- Nicole Vernazza, HCSP, CS MIME

Avec la contribution du Centre de crise et de soutien du ministère de l'Europe et des Affaires étrangères.

Secrétariat général du Haut Conseil de la santé publique

- Aminata Sarr

Avis validé par vote électronique par la Commission spécialisée maladies infectieuses et maladies émergentes : 14 membres qualifiés sur 21 membres ont participé au vote. Aucun conflit d'intérêts signalé, 14 votes pour, 0 vote contre, 0 abstention.

Acronymes

- AMM : Autorisation de mise sur le marché
- Anses : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
- ANSM : Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé
- AP : Atovaquone-proguanil
- ATU : Autorisation temporaire d'utilisation
- BMR : Bactéries multi-résistantes
- CHU : Centre hospitalier universitaire
- CLAT : Centre de lutte antituberculeuse
- CNR : Centre national de référence
- COM : Collectivités d'outre-mer (Saint-Pierre-et-Miquelon, îles Wallis-et-Futuna, Polynésie française, Saint-Barthélemy, Saint-Martin)
- CPAP : Chimio prophylaxie anti-paludique
- CS-MIME : Commission spécialisée maladies infectieuses, maladies émergentes
- CS-RE : Commission spécialisée risques liés à l'environnement
- CSH : Cellules souches hématopoïétiques
- CVI : Centre de vaccinations internationales
- DROM : Département et région d'outre-mer (Guyane, Martinique, Guadeloupe, La Réunion, Mayotte)
- ECDC : European Centre for Disease Prevention and Control – Centre européen de prévention et de contrôle des maladies
- EIG : Événement indésirable grave
- EMA : European medicines agency – Agence européenne des médicaments (Union européenne)
- HAS : Haute Autorité de santé
- HCSP : Haut Conseil de la santé publique
- IgG : Immunoglobulines de type G
- IIM : Infection invasive à méningocoque
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- ONU : Organisation des Nations unies
- PMI : Protection maternelle et infantile
- PPAV : Protection personnelle anti-vectorielle
- PrEP : Prévention pré-exposition (stratégie de prévention du VIH)
- PVDV : Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale
- PVS : Poliovirus sauvage
- PVVIH : Personne vivant avec le VIH
- RCP : Résumé des caractéristiques du produit
- RSI : Règlement sanitaire international
- RTU : Recommandation temporaire d'utilisation
- ROR : Rougeole, oreillons, rubéole
- VPI : Vaccin poliomyélitique injectable

1. Vaccinations

Un grand nombre de maladies liées aux voyages peuvent être prévenues par la vaccination.

Le programme de vaccination à établir pour chaque voyageur doit tenir compte de :

- l'évaluation des risques encourus par le voyageur, qui varient en fonction :
 - du contexte épidémiologique international et de celui de la zone visitée ;
 - de la situation sanitaire et du niveau d'hygiène de la zone visitée ;
 - des conditions du séjour (saison, activités sur place, modalités d'hébergement et durée) ;
 - des facteurs de risque individuels, notamment l'âge et les antécédents médicaux ;
 - du statut vaccinal ;
- l'obligation administrative de présenter un Certificat international de vaccination pour entrer dans certains pays, soit dans le cadre du Règlement sanitaire international - RSI - (vaccination contre la fièvre jaune ou la poliomyélite), soit du fait d'une exigence particulière du pays d'accueil (vaccination contre les infections invasives à méningocoques pour les pèlerinages en Arabie saoudite...) ;
- la nécessité pour être immunisé que le schéma vaccinal soit terminé 10 à 15 jours avant le départ, sauf dans le cadre d'une dose de rappel où le délai peut être plus court ;
- la mise à jour des vaccinations recommandées en France [dans le calendrier vaccinal](#) que ce soit pour les adultes ou les enfants, sachant que certaines des infections visées peuvent être endémiques dans le pays de destination. Cette mise à jour est particulièrement importante pour la vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche et la rougeole. Depuis le 1^{er} juin 2020, les vaccins remboursables du calendrier des vaccinations administrées dans les centres de vaccination anti-amarile, à l'occasion de la vaccination du voyageur par les professionnels de santé de ces centres, sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, pour la part obligatoire, en application de l'article L. 174-21 du code de la sécurité sociale créé par l'article 58 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 ;
- Les [tensions d'approvisionnement](#) de certains vaccins qui peuvent modifier l'application de ces recommandations.

Afin de faciliter la lecture, les maladies à prévention vaccinale sont présentées par ordre alphabétique.

1.1 Choléra

Une prévention efficace est assurée par le respect des règles d'hygiène simples appliquées à l'alimentation (cf. § 4).

La vaccination contre le choléra n'est pas recommandée pour les voyageurs ; elle peut être recommandée pour les personnels devant intervenir auprès de malades, en situation d'épidémie et chez les personnels déployés dans le cadre de mandats ONU dans les pays où le choléra est présent.

Choléra

- Le vaccin recombinant inactivé (**Dukoral®**) dirigé contre *Vibrio cholerae* (vibron cholérique) sérotype O1 dispose d'une autorisation de mise sur le marché (AMM). Le vaccin est indiqué chez les adultes et les enfants de 2 ans et plus se rendant dans des régions où la maladie est endémique/épidémique (pas d'AMM pour les moins de 2 ans).

Schéma vaccinal

Primovaccination

Les doses doivent être administrées par voie orale, à intervalles d'au moins une semaine. Si plus de 6 semaines se sont écoulées entre les doses, la primovaccination doit être recommencée. L'immunisation doit être terminée au moins une semaine avant l'exposition éventuelle à *Vibrio cholerae* O1.

- Adultes et enfants âgés de 6 ans et plus : 2 doses
- Enfants de 2 à 6 ans : 3 doses.

Rappel

Pour assurer une protection continue contre le choléra, une seule dose de rappel est recommandée dans les deux ans pour les adultes et les enfants de 6 ans et plus, et dans les six mois pour les enfants âgés de 2 à 6 ans. Aucune étude clinique n'a évalué Dukoral® après l'administration de doses de rappel. Toutefois, des données immunologiques semblent indiquer que si moins de deux années se sont écoulées depuis la dernière vaccination chez l'adulte et moins de six mois chez l'enfant de 2 à 6 ans, une seule dose de rappel doit être administrée. Si plus de deux années se sont écoulées depuis la dernière vaccination (plus de six mois chez l'enfant âgé de 2 à 6 ans), la primo-vaccination doit être renouvelée.

1.2 Covid-19

L'entrée et la sortie du territoire français sont conditionnées par une classification des pays établie depuis le 9 juin 2021, dans le cadre de la stratégie de réouverture des frontières ; cette classification est régulièrement actualisée selon l'évolution de la situation sanitaire et peut être consultée sur le site du [ministère de l'Europe et des Affaires étrangères](#).

À titre d'information, l'évolution épidémiologique du Covid-19 dans le monde et en France peut être consultée via le [site de l'ECDC](#) et celui [des autorités sanitaires françaises](#).

La [vaccination contre le Covid-19](#) et la mise en œuvre des mesures barrières contribuent à contrôler l'impact de l'épidémie et à réduire la morbidité et la mortalité de l'infection à SARS-CoV-2.

La vaccination contre le Covid-19 est incluse dans le calendrier vaccinal depuis 2021. Les informations relatives à l'évolution des recommandations et des schémas vaccinaux (primo-vaccination et dose de rappel) sur le territoire français sont mises à jour sur [le site du gouvernement](#).

En mars 2022, les vaccins ayant une AMM européenne et disponibles en France sont les suivants :

Vaccins à ARNm :

- [Comirnaty® \(Pfizer/BioNTech\) 30 µg/dose](#) (AMM à partir de 12 ans et plus) et Comirnaty® 10 µg/dose (formulation pédiatrique, AMM chez les 5-11 ans révolus) ;
- [Spikevax® \(Moderna-NIAID\)](#) (AMM à partir de 6 ans et plus) : 100 µg/dose chez les adultes et les adolescents âgés de 12 à 17 ans et 50 µg/dose chez les enfants âgés de 6 à 11 ans.

Vaccins à vecteur viral non réplcatif :

- [Vaxzevria®](#) (AstraZeneca) (AMM à partir de 18 ans) ;
- [Covid-19 Vaccine Janssen®](#) (Johnson&Johnson) : (AMM à partir de 18 ans).

Vaccin inactivé sous-unitaire recombinant adjuvé :

- [Nuvaxovid®](#) (Novavax) (AMM à partir de 18 ans).

Les vaccins équivalents reconnus par l'EMA ou par l'ANSM, et non disponibles en France, sont les suivants :

- Covishield® (Serum Institute of India), équivalent à Vaxzevria® ;
- R-Covi® (R-Pharma), équivalent à Vaxzevria® ;
- Fiocruz® (Fiocruz), équivalent à Vaxzevria®.

D'autres vaccins ont été homologués par l'OMS mais n'ont pas été autorisés par la Commission européenne dans le cadre de l'autorisation d'utilisation d'urgence ([protocole EUL](#)) :

- Vaccin Sinopharm® (Sinopharma/China National Pharmaceutical group) : vaccin à virus entier inactivé, avec comme adjuvant l'hydroxyde d'aluminium ;
- Vaccin Coronavac® (Sinovac) : vaccin à virus entier inactivé, avec comme adjuvant l'hydroxyde d'aluminium.

La liste des noms de vaccins contre le SARS-CoV-2 autorisés à l'étranger et similaires à ceux autorisés en Europe est disponible sur [le site de l'ANSM](#). Cette liste est régulièrement actualisée.

D'autres vaccins sont disponibles, sans agrément EMA ou OMS.

Interchangeabilité des vaccins

L'administration de vaccins [selon des schémas hétérologues](#) est possible.

Associations vaccinales : pas de contre-indication signalée. Il est possible de réaliser l'administration du vaccin contre la grippe et du vaccin contre le Covid-19 de manière concomitante, sur deux sites d'injection distincts. Si cette co-administration n'est pas possible pour des raisons pratiques, il n'y a pas de délai particulier à respecter entre les deux vaccins.

Pour les déplacements hors du territoire français ou les déplacements de l'étranger vers la France, il convient de consulter le site du ministère de l'Europe et des Affaires étrangères, rubrique « [Conseils aux voyageurs](#) ».

Concernant la traçabilité de la vaccination Covid-19, un [certificat Covid numérique](#) a été mis en place au sein de l'Union européenne afin de faciliter la libre circulation des personnes dans cet espace.

Vers d'autres destinations, la vaccination Covid-19 peut être notée sur le Certificat international de vaccination (format OMS) dans la rubrique « autres vaccinations », sans que la valeur juridique de cette inscription soit évaluée.

1.3 Dengue

Le vaccin **Dengvaxia®** est indiqué chez les personnes de 6 à 45 ans vivant dans des zones d'endémie et ayant un antécédent prouvé d'infection par le virus de la dengue. En l'absence de données de tolérance et d'efficacité chez les personnes vivant dans des zones non endémiques et devant se rendre dans des zones d'endémie, compte tenu en outre de la faible probabilité que ces voyageurs aient déjà contracté la dengue et de la difficulté à le prouver, la vaccination contre la dengue n'est pas recommandée chez les voyageurs [1].

1.4 Encéphalite japonaise

Le virus de l'encéphalite japonaise (EJ) est la principale cause d'encéphalite évitable par la vaccination en Asie et dans le Pacifique occidental.

Cette vaccination est recommandée avec le vaccin **Ixiaro®** pour les personnes âgées de plus de 2 mois, dans les circonstances suivantes [2] :

- exposition au risque dans un pays où existe une transmission de l'encéphalite japonaise : séjour (quelle qu'en soit la durée) dans une zone où l'irrigation par inondation est pratiquée (rizières), à proximité d'élevages de porcs, en période d'épidémie (ou de circulation accrue du virus chez l'animal) ;
- expatriation dans un pays situé dans la zone de circulation du virus ;
- toute autre situation jugée à risque par le médecin vaccinateur.

Le [tableau 1](#) présente les risques d'encéphalite japonaise en fonction des pays.

Tableau 1

Pays à risque de transmission de l'encéphalite japonaise, 2022

(les modifications 2022 par rapport à celles de 2021 sont indiquées en orange) : <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2020/travel-related-infectious-diseases/japanese-encephalitis#table407> (consulté le 20 avril 2022) [3].

Pays	Zones à risque	Saison de transmission	Commentaires
Australie	Queensland, Nouvelle-Galles du Sud, Australie Méridionale et Victoria	Habituellement de décembre à mai. Mais la circulation pouvant rester active sur une période plus étendue en 2022, suivre : https://www.health.gov.au/health-alerts/japanese-encephalitis-virus-jev/about#find-out-more	Vaccination recommandée uniquement pour les îles du détroit de Torres
Bangladesh	L'ensemble du pays	Toute l'année avec pic d'incidence entre mai et novembre	Cas signalés dans les zones suivantes : Chittagong, Khulna, Rajshahi, Rangpur et Sylhet
Bhoutan	Transmission probable dans les régions non montagneuses	Inconnue	Rares cas signalés, mais données limitées ; la proximité des zones endémiques de l'Inde et la présence de vecteurs laissent penser qu'il existe une transmission
Brunei Darussalam	Probablement l'ensemble du pays	Inconnue	Données limitées, mais une épidémie a été signalée en 2013 ; la proximité du Sarawak laisse penser que la transmission est toujours possible
Cambodge	L'ensemble du pays	Toute l'année avec pic d'incidence entre mai et octobre	Cas signalés dans la plupart des provinces
Chine	Transmission dans toutes les provinces excepté le Xinjiang et le Qinghai	Pic d'incidence entre juin et octobre	Vaccination généralement non recommandée pour les voyages se limitant à Beijing, Shanghai, Hong Kong, Kowloon, Macao, et les autres grandes villes
Corée du Nord	Probablement l'ensemble du pays	Pic d'incidence probable entre mai et novembre	
Corée du Sud	Endémique dans l'ensemble du pays	Majorité des cas observés entre mai et novembre	Vaccination généralement non recommandée pour les voyages se limitant à Séoul et aux grandes villes
Inde	Présente dans tous les États excepté Dadra, Daman, Diu, Gujarat, Himachal Pradesh, Jammu et Kashmir, Lakshadweep, Meghalaya, Nagar Haveli, Punjab, Rajasthan et Sikkim	• Nord du pays : pic d'incidence entre mai et novembre • Sud du pays : toute l'année	



Tableau 1 (suite)

Pays	Zones à risque	Saison de transmission	Commentaires
Indonésie	L'ensemble du pays	Toute l'année avec des pics d'incidence variables d'une île à l'autre	Cas signalés dans de nombreuses îles, y compris Bali, Java, Kalimantan, Nusa Tenggara, la Papouasie et Sumatra. Plusieurs cas signalés ces dernières années à Bali
Japon	Tout l'archipel	De juin à octobre	Rares cas sporadiques signalés dans toutes les îles excepté Hokkaido, mais cycle zoonotique toujours actif Vaccination généralement non recommandée pour les voyages se limitant à Tokyo et aux grandes villes
Laos	L'ensemble du pays	Toute l'année avec un pic d'incidence entre juin et septembre	
Malaisie	L'ensemble du pays	Toute l'année avec pic d'incidence entre octobre et décembre à Sarawak	Taux d'incidence beaucoup plus élevé dans le Sarawak que dans la péninsule malaise Vaccination généralement non recommandée pour les voyages se limitant à Kuala Lumpur et aux grandes villes
Myanmar	Probablement l'ensemble du pays, informations limitées	Probablement toute l'année ; majorité des cas signalés entre juillet et septembre	Épidémie dans les États de Shan et Rakhine ; sérodétection dans les autres régions
Népal	Basses terres du Sud (Terai) ; Des cas ont été signalés également dans les districts de montagne, y compris celui de Katmandou	Pic d'incidence entre juin et octobre	Taux d'incidence les plus élevés dans le Terai ; vaccination généralement non recommandée pour les randonnées dans les zones de haute altitude
Pakistan	Pas d'information	Pas d'information	Données très limitées ; de rares cas ont été signalés dans la province du Sindh, près de Karachi
Papouasie-Nouvelle-Guinée	Probablement l'ensemble du pays	Probablement toute l'année	Données limitées ; cas sporadiques signalés dans les provinces occidentales ; 1 cas signalé près de Port Moresby. Sérodétection dans les provinces du Golfe et les hautes terres méridionales. Probable circulation du virus dans l'ensemble du pays
Philippines	Probablement l'ensemble de l'archipel	Toute l'année avec un pic d'incidence entre avril et août	Transmission observée dans 32 des 80 provinces
Russie	Rares cas dans la Province maritime de l'Est (Kraï du Primorié)	Pic d'incidence entre juin et septembre	Vaccination généralement non recommandée
Singapour	Quelques foyers présumés.	Toute l'année	Rares cas sporadiques. Vaccination généralement non recommandée
Sri Lanka	L'ensemble du pays, excepté les zones montagneuses	Toute l'année avec un pic d'incidence entre novembre et février	
Taïwan	L'ensemble du pays	Pic d'incidence entre mai et octobre	Rares cas sporadiques. Vaccination généralement non recommandée pour les voyages limités à Taipei et aux grandes villes
Thaïlande	L'ensemble du pays	Toute l'année avec un pic d'incidence entre mai et octobre, notamment dans le nord du pays	Fréquences les plus élevées dans la vallée de Chang Mai. Plusieurs cas observés ces dernières années chez des voyageurs ayant séjourné dans les zones côtières du sud
Timor Oriental	Probablement l'ensemble du pays	Pas d'information, mais probablement toute l'année	
Viêt Nam	L'ensemble du pays	Toute l'année avec un pic d'incidence entre mai et octobre, notamment dans le nord du pays	Fréquences les plus élevées dans les provinces septentrionales autour d'Hanoï et les provinces qui bordent la Chine

Le vaccin inactivé, préparé à partir de la souche SA 14-14-2 ([Ixiaro®](#)), est disponible en France.

Schéma vaccinal (primo-vaccination et rappel)

Le vaccin est indiqué chez les personnes âgées de plus de 2 mois. La 2^e dose vaccinale doit être administrée au minimum 7 jours avant le séjour en zone à risque.

Enfant de 2 mois à 17 ans révolus

- 2 doses : J0, J28 (½ dose entre 2 mois et moins de 3 ans) ;
- 1 dose de rappel 12 à 24 mois après la primo-vaccination, (12 mois en cas d'exposition continue au risque infectieux) ;
- pas de données de séroprotection à long terme.

Adulte de 18 ans à 65 ans

- 2 doses : J0, J28 ;
- 1^{re} dose de rappel 12 à 24 mois après la primo-vaccination (12 mois en cas d'exposition continue au risque infectieux) ;
- les données de séroprotection à long terme suggèrent qu'une 2^e dose de rappel est à envisager dix ans plus tard, en cas de nouvelle exposition au risque infectieux.

Adulte de plus de 65 ans

- 2 doses J0, J28 ;
- la durée de séroprotection étant plus faible dans cette tranche d'âge, la dose de rappel doit être envisagée sans attendre le délai de douze mois, avant toute nouvelle exposition au risque infectieux, même si aucune étude n'a évalué l'immunogénicité dans ce cadre spécifique ;
- pas de données de séroprotection à long terme.

Schéma vaccinal accéléré

Uniquement chez les personnes âgées de 18 à 65 ans : 2 doses à J0, J7.

Interchangeabilité

Il est recommandé aux personnes ayant reçu une première dose d'Ixiaro® de terminer le schéma de primo-vaccination en 2 doses avec Ixiaro®. Si le schéma complet de primo-vaccination ne peut pas être réalisé avant le départ, il convient de s'assurer de la disponibilité de ce vaccin (souche SA 14-14-2 inactivée) dans le pays de destination.

Le rappel devra également être réalisé avec le même vaccin.

Pour les personnes vaccinées antérieurement avec un schéma complet par Jevax® et à nouveau en situation d'exposition au virus, 1 dose de rappel par Ixiaro® est suffisante pour les adultes (recommandation hors AMM).

Associations vaccinales

Pas de contre-indication signalée.

1.5 Encéphalite à tiques

La vaccination contre l'encéphalite à tiques est recommandée pour les voyageurs devant séjourner en zone rurale ou boisée dans les régions d'endémie (zone tempérée de l'hémisphère nord) jusqu'à 1 500 mètres d'altitude, du printemps à l'automne ([tableau 2](#) et [figure 1](#)) [4,5]. La maladie est majoritairement transmise par piqûre de tique, mais également par consommation d'aliments à base de lait cru.

En 2019, 95% des 3 411 cas d'encéphalites à tiques en Europe sont survenus entre mai et novembre.

Tableau 2

Liste des pays déclarant des cas d'encéphalite à tiques (TBE) et des pays avec des cas sporadiques ou des données peu documentées

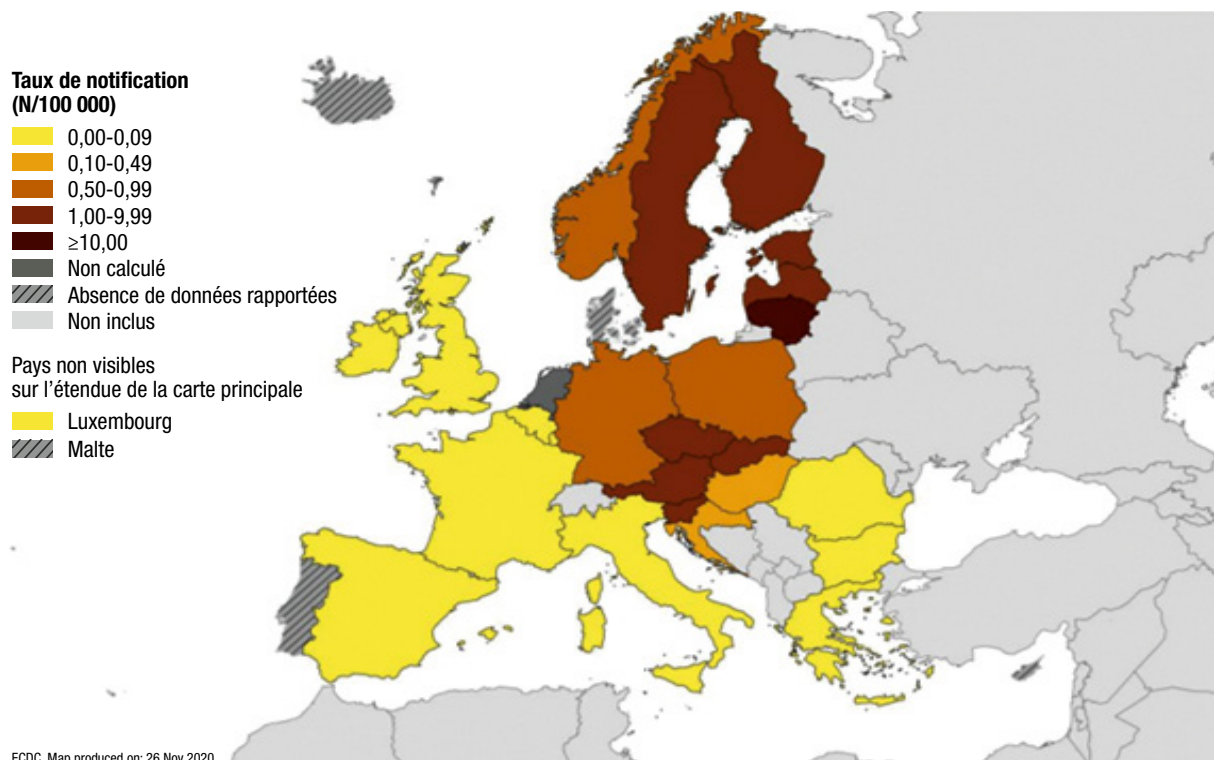
Par rapport à la liste des pays en 2021, il n'a pas été rapporté de différence en 2022.

À noter : pour les **pays indiqués en gras** la vaccination est recommandée pour des conditions de séjour précisées ci-dessus ; pour les pays non en gras, la vaccination est à envisager au cas par cas.

Pays en caractères gras : TBE endémique	
Pays en caractères non gras : cas sporadiques ou données peu documentées	
Europe	Albanie, Allemagne (länder du sud du pays : Bayern, Bade-Württemberg, Thüringen, Sachsen, Saarland, Rheinland-Pfalz, Hessen ; et Niedersachsen) , Arménie, Autriche , Belgique, Biélorussie, Bosnie, Bulgarie, Croatie, Danemark, Estonie (ouest du pays) , Finlande (régions côtières et archipels au sud du pays) , France, Hongrie, Italie, Kazakhstan, Lettonie , Lituanie , Macédoine, Moldavie, Monténégro, Norvège, Pays-Bas, Pologne , République tchèque , Roumanie, Royaume-Uni, Russie occidentale , Serbie, Slovaquie (nord et centre du pays) , Slovénie , Suède (sud du pays) , Suisse (hormis les cantons du Tessin et de Genève) , Ukraine
Hors Europe	Chine (Nord-Est et Nord-Ouest), Corée du Sud, Japon, Kirghizstan, Mongolie, Russie orientale

Figure 1

Répartition des cas confirmés d'encéphalite à tiques par pays pour 100 000 habitants, Union européenne/Espace économique européen, 2019 [6]



Source ECDC : Rapports en provenance de l'Allemagne, de l'Autriche, de la Belgique, de la Bulgarie, de la Croatie, de l'Espagne, de l'Estonie, de la Finlande, de la France, de la Grèce, de la Hongrie, de l'Irlande, de l'Italie, de la Lettonie, de la Lituanie, du Luxembourg, de la Norvège, des Pays-Bas, de la Pologne, de la République tchèque, de la Roumanie, du Royaume-Uni, de la Slovaquie, de la Slovénie et de la Suède.

Encéphalite à tiques

Trois vaccins inactivés, préparés à partir de deux souches différentes (Ticovac® adulte et Ticovac® enfant, et Encepur®) sont disponibles en France :

- [Ticovac® enfant](#) : chez les enfants de 1 à 15 ans révolus
- [Ticovac® adulte](#) : à partir de 16 ans
- [Encepur®](#) : à partir de 12 ans

Schéma vaccinal

- Ticovac® enfant et Ticovac® adulte :
 - 3 doses à J0, entre M1 et M3 après la 1^{re} dose, puis entre M5 et M12 après la 2^e dose ;
 - 1^{er} rappel : 3 ans après la 3^e dose de primo-vaccination, puis tous les 5 ans pour les sujets âgés de 16 à 59 ans, ou tous les 3 ans pour les sujets âgés de 60 ans et plus.
- Encepur® :
 - 3 doses à J0, entre M1 et M3, puis entre M9 et M12 après la 2^e dose ;
 - 1^{er} rappel : 12 à 18 mois après la 3^e dose de primo-vaccination, puis tous les 5 ans pour les sujets âgés de 12 à 49 ans, ou tous les 3 ans pour les sujets âgés de 50 ans et plus.

Schéma vaccinal accéléré

Ticovac® enfant et Ticovac® adulte :

- 3 doses à J0, à J14, puis entre 5 à 12 mois après la 2^e dose ;
- 1^{er} rappel : 3 ans après la 3^e dose de primo-vaccination, puis tous les 5 ans pour les sujets âgés de 16 à 59 ans, ou tous les 3 ans pour les sujets âgés de 60 ans et plus.
- Encepur® :
 - 3 doses à J0, à J7 et à J21 ;
 - 1^{er} rappel : 12 à 18 mois après la 3^e dose de primo-vaccination, puis tous les 5 ans pour les sujets âgés de 12 à 49 ans, ou tous les 3 ans pour les sujets âgés de 50 ans et plus.

Interchangeabilité

Un schéma vaccinal (primo-vaccination et rappels) commencé avec l'un des vaccins peut être poursuivi avec l'autre, sauf dans le cas du schéma accéléré.

Associations possibles

Pas de contre-indication signalée.

1.6 Fièvre jaune

Le [bilan de la situation de la fièvre jaune](#) dans le monde en 2020 présenté par l'OMS montre que le nombre de pays d'Afrique ayant signalé des flambées de fièvre jaune n'a jamais été aussi élevé depuis 2009. La pandémie Covid-19 a constitué un facteur aggravant, en raison de son impact sur la surveillance de cette affection et sur les campagnes de vaccinations.

La vaccination contre la fièvre jaune (ou vaccination anti-amarile) est exigible à partir de l'âge d'un an dans le cadre du Règlement sanitaire international (RSI) et de 9 mois dans certains pays [7]. La [3^e édition du RSI](#) éditée en 2016, intègre en outre le texte du RSI (2005), la version amendée de l'annexe 7 concernant la durée de protection de la vaccination contre la fièvre jaune et la validité des certificats correspondants.

La vaccination contre la fièvre jaune est indispensable (qu'elle soit obligatoire ou non) pour un séjour dans une zone endémique (régions intertropicales d'Afrique et d'Amérique du Sud) ou épidémique, même en l'absence d'obligation administrative.

L'obligation et les recommandations vaccinales par pays peuvent évoluer en fonction de la situation épidémiologique de la fièvre jaune ([tableau 3](#)).

Lorsque le voyageur ne peut pas être vacciné contre la fièvre jaune, les séjours en zone d'endémicité amarile sont formellement déconseillés ; si le voyage n'est pas annulé, un certificat de contre-indication⁽¹⁾ doit lui être délivré par le médecin d'un centre de vaccinations internationales, ou par son médecin traitant⁽²⁾ et les mesures de PPAV durant la journée ([voir aussi le § 2.2](#)) rappelées.

Cette vaccination est obligatoire pour les résidents du département de la Guyane (prise en charge dans le cadre des recommandations vaccinales nationales) et pour les voyageurs qui s'y rendent [8].

Le vaccin contre la fièvre jaune (Stamaril®) est disponible dans les centres de vaccination anti-amarile agréés par les agences régionales de santé et, en Guyane, dans certains cabinets médicaux [9].

La vaccination contre la fièvre jaune est attestée par la délivrance d'un Certificat international de vaccination, dont le modèle figure dans l'annexe 6 du RSI.

La mise à jour des obligations et recommandations vaccinales vis-à-vis de la fièvre jaune par l'OMS, pour l'année en cours, est généralement disponible entre mai et juillet. En conséquence, pour l'actualisation des données de l'année 2022, il est recommandé de consulter directement le site de l'OMS.

Fièvre jaune

Le vaccin vivant atténué, [Stamaril®](#) préparé à partir de la souche 17D-204 produite sur embryon de poulet, est disponible en France.

Schéma vaccinal

À partir de l'âge de 9 mois (exceptionnellement entre 6 et 9 mois, dans des circonstances particulières) : 1 dose au moins 10 jours avant le départ.

La validité administrative du Certificat international de vaccination anti-amarile est à vie (recommandation de l'OMS depuis le 11 juillet 2016).

Le calendrier vaccinal prévoit des exceptions à cette mesure [12].

Chez le voyageur, une 2^e dose est recommandée avant un nouveau départ en zone d'endémie amarile dans les conditions suivantes :

- à partir de l'âge de 6 ans pour les personnes ayant été vaccinées avant l'âge de 2 ans
- si la vaccination initiale date de plus de dix ans, pour :
 - les femmes ayant été vaccinées en cours de grossesse
 - les personnes vivant avec le VIH et les personnes immunodéprimées si elles satisfont les conditions précisées dans le [rapport du HCSP](#) de 2014 ([tableau 4](#)) [11]
 - les personnes qui se rendent dans un pays où une circulation active du virus est signalée

Associations vaccinales

Il faut éviter la co-administration des vaccins amaril et ROR. Il est préférable de respecter un délai minimum d'un mois entre l'injection du vaccin amaril et le ROR (quel que soit l'ordre d'administration). Cependant, en cas de départ imminent en zone d'endémie amarile, les vaccins amaril et ROR peuvent être administrés à n'importe quel intervalle, y compris simultanément (dans des sites d'injection différents) [13].

⁽¹⁾ Annexe 6-9 du RSI - Si le clinicien responsable est d'avis que la vaccination ou l'administration d'une prophylaxie est contre-indiquée pour des raisons médicales, il remet à l'intéressé(e) un certificat de contre-indication dûment motivé, rédigé en anglais ou en français et, le cas échéant, dans une autre langue en plus de l'anglais ou du français, que les autorités compétentes du lieu d'arrivée doivent prendre en compte. Le clinicien responsable et les autorités compétentes informent l'intéressé(e) de tout risque associé à la non-vaccination ou à la non-utilisation de la prophylaxie conformément aux dispositions de l'article 23, paragraphe 4. <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789241580496>

⁽²⁾ Article R 3115-62 du Code de la santé publique.

Tableau 3

Obligations vaccinales et recommandations vaccinales selon les pays

Le tableau 3 reprend les obligations de l'OMS (les modifications des obligations et des recommandations vis-à-vis de la fièvre jaune en 2022 par rapport à celles de 2021 ont été indiquées en orange).

Actualisation : https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/emergencies/travel-advice/ith2021_countrylist.pdf?sfvrsn=9cc8663_3&download=true, consulté le 20/04/2022.

Pays pour lesquels il n'y a pas de risque de fièvre jaune, ni obligation de vaccination contre la fièvre jaune pour entrer sur le territoire, quel que soit le pays de provenance					
Afghanistan, Allemagne, Andorre, Anguilla, Antarctique, Arménie, Ascension (île, Royaume-Uni) , Autriche, Azerbaïdjan, Belgique, Bermudes (îles, Royaume-Uni), Biélorussie, Bhoutan, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Caïmans (îles, Royaume-Uni), Canada, Canaries (îles, Espagne), Chili, Chypre, Cocos (îles), Comores (îles), excepté Mayotte, Cook (îles), Corée du Sud, Croatie, Danemark, Djibouti, Espagne, Estonie, États-Unis d'Amérique, Falkland (îles), Féroé (îles), Finlande, France métropolitaine, Galápagos (îles), Géorgie, Gibraltar, Grèce, Groenland, Guam (île), Hawaï (îles) (États-Unis), Hongrie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Japon, Kiribati, Kirghistan, Koweït, Laos , Lesotho, Lettonie, Liban, Libye , Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Macao, Macédoine, Madère (île, Portugal), Mariannes du Nord (îles), Maroc, Marshall (îles), Maurice, Mexique, Micronésie, Midway (îles) (États-Unis), Moldavie, Monaco, Mongolie, Monténégro, Nauru, Norfolk (îles), Norvège, Nouvelle-Zélande, Ouzbékistan, Palau (île), Pâques (île), , Pays-Bas, Philippines , Pologne, Porto Rico, Portugal incluant les Açores, Qatar, République tchèque, Réunion, Roumanie, Royaume-Uni, Russie (Fédération de), Sahara occidental, Saint-Marin, Saint-Pierre-et-Miquelon, Saba (Antilles néerlandaises), Samoa américaines, Serbie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Syrie, Tadjikistan, Taïwan, Terres australes et antarctiques françaises, Territoire britannique de l'océan Indien , Timor oriental, Tokelau, Tonga, Tristan da Cunha, Tunisie, Turkménistan, Turks-et-Caïcos (îles), Turquie, Tuvalu, Ukraine, Vanuatu, Viêt Nam, Vierges américaines (îles), Vierges britanniques (îles), Wake (île), Yémen					
Pays où existe un risque de fièvre jaune et /ou exigeant un certificat de vaccination contre la fièvre jaune à l'entrée sur leur territoire					
	Vaccination obligatoire pour tous les voyageurs quelle que soit leur provenance (âge du voyageur)	Vaccination obligatoire pour les voyageurs en provenance d'un pays à risque de transmission de la fièvre jaune (âge du voyageur)	Vaccination obligatoire pour les voyageurs en provenance d'un pays à risque de transmission de la fièvre jaune, y compris les voyageurs ayant transité plus de 12 heures dans un aéroport de ce pays (âge du voyageur)	Vaccination obligatoire pour les voyageurs en provenance d'un pays à risque de transmission de la fièvre jaune, y compris les voyageurs ayant transité, quelle que soit la durée, dans un aéroport de ce pays (âge du voyageur)	Vaccination recommandée aux voyageurs par les autorités sanitaires françaises en raison d'un risque de transmission de la fièvre jaune (voyageurs dès l'âge de 9 mois)
Afrique du Sud			Oui (≥1 an)		
Albanie		Oui (≥1 an)			
Algérie			Oui (≥9 mois)		
Angola	Oui (≥9 mois)				
Antigua-et-Barbuda			Oui (≥1 an)		
Arabie saoudite			Oui (≥1 an)		
Argentine					Oui pour un séjour dans les provinces de Corrientes et Misiones Également recommandée en cas d'exposition importante aux piqûres de moustiques dans la province de Formosa et certaines zones des provinces de Chaco, Jujuy et Salta
Aruba (Antilles néerlandaises)			Oui (≥9 mois)		
Australie			Oui (≥1 an) à l'exception des îles Galápagos (Équateur)		
Bahamas			Oui (≥1 an)		
Bahreïn			Oui (≥9 mois)		
Bangladesh				Oui (≥1 an)	

Tableau 3 (suite)

Pays où existe un risque de fièvre jaune et /ou exigeant un certificat de vaccination contre la fièvre jaune à l'entrée sur leur territoire					
	Vaccination obligatoire pour tous les voyageurs quelle que soit leur provenance (âge du voyageur)	Vaccination obligatoire pour les voyageurs en provenance d'un pays à risque de transmission de la fièvre jaune (âge du voyageur)	Vaccination obligatoire pour les voyageurs en provenance d'un pays à risque de transmission de la fièvre jaune, y compris les voyageurs ayant transité plus de 12 heures dans un aéroport de ce pays (âge du voyageur)	Vaccination obligatoire pour les voyageurs en provenance d'un pays à risque de transmission de la fièvre jaune, y compris les voyageurs ayant transité, quelle que soit la durée, dans un aéroport de ce pays (âge du voyageur)	Vaccination recommandée aux voyageurs par les autorités sanitaires françaises en raison d'un risque de transmission de la fièvre jaune (voyageurs dès l'âge de 9 mois)
Barbade		Oui (≥1 an), à l'exception du Guyana et Trinidad et Tobago, à moins d'une épidémie en cours.			
Belize				Oui (≥1 an)	
Bénin	Oui (≥9 mois)				
Bolivie		Oui (≥1 an)			Oui pour un séjour dans les régions situées à l'est des Andes, en dessous de 2 300m (départements de Beni, Pando et Santa Cruz ; et certaines zones des départements de Chuquisaca, Cochabamba, La Paz et Tarija) Non recommandée dans les zones au-dessus de 2 300 m, les départements non mentionnés ci-dessus, et les villes de La Paz et de Sucre
Bonaire (Antilles néerlandaises)			Oui (≥9 mois)		
Botswana				Oui (≥1 an)	
Brésil					Oui pour un séjour dans les États d'Acre, Amapa, Amazonas, Distrito Federal (y compris la ville de Brasília), Espirito Santo, Goias, Maranhao, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Parà, Paraná, Piaui, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima, Santa Catarina, Sao Paulo et Tocantins, certaines zones de l'État de Bahia, et les chutes d'Iguaçu
Brunei Darussalam			Oui (≥9 mois)		
Burkina Faso	Oui (9 mois)				
Burundi	Oui (≥9 mois)				
Cambodge			Oui (≥1 an)		
Cameroun	Oui (≥1 an)				Oui
Cap-Vert		Oui (≥1 an)			



Tableau 3 (suite)

Pays où existe un risque de fièvre jaune et /ou exigeant un certificat de vaccination contre la fièvre jaune à l'entrée sur leur territoire					
	Vaccination obligatoire pour tous les voyageurs quelle que soit leur provenance (âge du voyageur)	Vaccination obligatoire pour les voyageurs en provenance d'un pays à risque de transmission de la fièvre jaune (âge du voyageur)	Vaccination obligatoire pour les voyageurs en provenance d'un pays à risque de transmission de la fièvre jaune, y compris les voyageurs ayant transité plus de 12 heures dans un aéroport de ce pays (âge du voyageur)	Vaccination obligatoire pour les voyageurs en provenance d'un pays à risque de transmission de la fièvre jaune, y compris les voyageurs ayant transité, quelle que soit la durée, dans un aéroport de ce pays (âge du voyageur)	Vaccination recommandée aux voyageurs par les autorités sanitaires françaises en raison d'un risque de transmission de la fièvre jaune (voyageurs dès l'âge de 9 mois)
Chine				Oui (≥9 mois) sauf pour les voyageurs se rendant à Hong Kong ou Macao	
Christmas (îles, Australie)			Oui (≥1 an)		
Colombie			Oui (≥1 an)		Oui sauf pour un séjour à plus de 2 300 m d'altitude, le département de San Pádro y Provincia et la ville de Bogota. Également recommandée en cas d'exposition importante aux piqûres de moustiques dans les villes de Baranquilla, Cali, Cartagène et Medellín
Congo	Oui (≥9 mois)				
Corée du Nord		Oui (≥1 an)			
Costa Rica		Oui (≥9 mois) incluant également pour les voyageurs en provenance de certains pays			
Côte d'Ivoire	Oui (≥9 mois)				
Cuba			Oui (≥9 mois)		
Curaçao (Antilles néerlandaises)			Oui (≥9 mois)		
Dominique			Oui (≥1 an)		
Égypte			Oui (≥9 mois) incluant également les voyageurs en provenance de l'Erythrée, du Rwanda, de la Somalie, de la Tanzanie et de la Zambie		
Émirats arabes unis			Oui (≥9 mois).		
Équateur			Oui (≥1 an) pour les voyageurs en provenance du Brésil, de République démocratique du Congo et d'Ouganda		Oui, lors de séjour en dessous de 2 300m, dans les provinces situées à l'est des Andes et dans certaines situations en ciblant sur le pays

Tableau 3 (suite)

Pays où existe un risque de fièvre jaune et /ou exigeant un certificat de vaccination contre la fièvre jaune à l'entrée sur leur territoire					
	Vaccination obligatoire pour tous les voyageurs quelle que soit leur provenance (âge du voyageur)	Vaccination obligatoire pour les voyageurs en provenance d'un pays à risque de transmission de la fièvre jaune (âge du voyageur)	Vaccination obligatoire pour les voyageurs en provenance d'un pays à risque de transmission de la fièvre jaune, y compris les voyageurs ayant transité plus de 12 heures dans un aéroport de ce pays (âge du voyageur)	Vaccination obligatoire pour les voyageurs en provenance d'un pays à risque de transmission de la fièvre jaune, y compris les voyageurs ayant transité, quelle que soit la durée, dans un aéroport de ce pays (âge du voyageur)	Vaccination recommandée aux voyageurs par les autorités sanitaires françaises en raison d'un risque de transmission de la fièvre jaune (voyageurs dès l'âge de 9 mois)
Érythrée		Oui (≥9 mois)			Oui seulement en cas d'exposition importante aux piqûres de moustiques dans les États de Anseba, Debub, Gash Barka, Mae Kel et Semenawi Keih Bahri
Eswatini (ex Swaziland)				Oui (≥9 mois)	
Éthiopie			Oui (≥9 mois)		Oui sauf dans les régions d'Afar et Somali Recommandée seulement en cas d'exposition importante aux piqûres de moustiques dans les régions d'Afar et Somali
Fidji (Îles)			Oui (≥1 an)		
Gabon	Oui (9 mois)				
Gambie			Oui (≥9 mois)		Oui
Ghana	Oui (≥9 mois)				
Grenade (Île)			Oui (≥1 an)		
Guadeloupe			Oui (≥1 an)		
Guatemala			Oui (≥1 an)		
Guinée		Oui (≥9 mois)			Oui
Guinée-Bissau	Oui (≥1 an)				
Guinée équatoriale		Oui (≥9 mois)			Oui
Guyana			Oui (≥1 an) y compris les voyageurs ayant transité plus de 4 heures dans un aéroport de ces pays		
Guyane	Oui (≥1 an)				
Haïti		Oui (≥1 an)			
Honduras		Oui (≥1 an)			
Inde				Oui (≥9 mois) si passage dans les 6 jours précédant l'arrivée en Inde dans un pays à transmission de la fièvre jaune ; Liste des pays concernés suivant le lien	



Tableau 3 (suite)

Pays où existe un risque de fièvre jaune et /ou exigeant un certificat de vaccination contre la fièvre jaune à l'entrée sur leur territoire					
	Vaccination obligatoire pour tous les voyageurs quelle que soit leur provenance (âge du voyageur)	Vaccination obligatoire pour les voyageurs en provenance d'un pays à risque de transmission de la fièvre jaune (âge du voyageur)	Vaccination obligatoire pour les voyageurs en provenance d'un pays à risque de transmission de la fièvre jaune, y compris les voyageurs ayant transité plus de 12 heures dans un aéroport de ce pays (âge du voyageur)	Vaccination obligatoire pour les voyageurs en provenance d'un pays à risque de transmission de la fièvre jaune, y compris les voyageurs ayant transité, quelle que soit la durée, dans un aéroport de ce pays (âge du voyageur)	Vaccination recommandée aux voyageurs par les autorités sanitaires françaises en raison d'un risque de transmission de la fièvre jaune (voyageurs dès l'âge de 9 mois)
Indonésie		Oui (≥9 mois)			
Iran			Oui (≥9 mois)		
Irak			Oui (≥9 mois)		
Jamaïque			Oui (≥1 an)		
Jordanie			Oui (≥1 an)		
Kazakhstan				Oui (sans précision sur l'âge)	
Kenya		Oui (≥1 an)		+/-	Oui, sauf dans les régions suivantes : province du Nord-Est, États de Kilifi, Kwale, Lamu, Malindi et Tanariver dans la province de la Côte et les villes de Nairobi et Mombasa Recommandée seulement en cas d'exposition importante aux piqûres de moustiques dans les régions suivantes : province du Nord-Est, États de Kilifi, Kwale, Lamu, Malindi et Tanariver dans la province de la Côte et les villes de Nairobi et Mombasa
Liberia		Oui (≥9 mois)			Oui
Madagascar			Oui (≥9 mois)		
Malaisie			Oui (≥1 an)		
Malawi			Oui (≥1 an)		
Maldives			Oui (≥9 mois)		
Mali	Oui (≥9 mois)				
Malte			Oui (≥9 mois)		
Martinique			Oui (≥1 an)		
Mauritanie		Oui (≥1 an)			Oui pour les voyageurs se rendant dans les régions situées au sud du Sahara

Tableau 3 (suite)

Pays où existe un risque de fièvre jaune et /ou exigeant un certificat de vaccination contre la fièvre jaune à l'entrée sur leur territoire					
	Vaccination obligatoire pour tous les voyageurs quelle que soit leur provenance (âge du voyageur)	Vaccination obligatoire pour les voyageurs en provenance d'un pays à risque de transmission de la fièvre jaune (âge du voyageur)	Vaccination obligatoire pour les voyageurs en provenance d'un pays à risque de transmission de la fièvre jaune, y compris les voyageurs ayant transité plus de 12 heures dans un aéroport de ce pays (âge du voyageur)	Vaccination obligatoire pour les voyageurs en provenance d'un pays à risque de transmission de la fièvre jaune, y compris les voyageurs ayant transité, quelle que soit la durée, dans un aéroport de ce pays (âge du voyageur)	Vaccination recommandée aux voyageurs par les autorités sanitaires françaises en raison d'un risque de transmission de la fièvre jaune (voyageurs dès l'âge de 9 mois)
Mayotte			Oui (≥1 an)		
Montserrat				Oui (≥1 an)	
Mozambique			Oui (≥1 an)		
Myanmar			Oui (≥1 an)		
Namibie			Oui (≥9 mois)		
Népal			Oui (≥9 mois)		
Nicaragua		Oui (≥1 an)			
Niger	Oui (≥9 mois)				
Nigeria				Oui (≥9 mois)	Oui
Niue		Oui (≥9 mois)			
Norfolk (îles, Australie)			Oui (≥1 an) à l'exception des Îles Galapagos (Équateur)		
Nouvelle-Calédonie			Oui (≥1 an)		
Oman			Oui (≥9 mois)		
Ouganda	Oui (≥1 an)				
Pakistan		Oui (≥1 an)			
Panama		Oui (≥1 an)			Oui pour les voyageurs se rendant dans les régions continentales situées de part et d'autre du canal (Embera, Kuna Yala, provinces de Darién, Colon et Panama)
Papouasie-Nouvelle-Guinée				Oui (≥1 an)	
Paraguay		Oui (≥1 an)			Oui, à l'exception de la ville d'Asunción (sauf si exposition importante aux piqûres de moustiques)



Tableau 3 (suite)

Pays où existe un risque de fièvre jaune et /ou exigeant un certificat de vaccination contre la fièvre jaune à l'entrée sur leur territoire					
	Vaccination obligatoire pour tous les voyageurs quelle que soit leur provenance (âge du voyageur)	Vaccination obligatoire pour les voyageurs en provenance d'un pays à risque de transmission de la fièvre jaune (âge du voyageur)	Vaccination obligatoire pour les voyageurs en provenance d'un pays à risque de transmission de la fièvre jaune, y compris les voyageurs ayant transité plus de 12 heures dans un aéroport de ce pays (âge du voyageur)	Vaccination obligatoire pour les voyageurs en provenance d'un pays à risque de transmission de la fièvre jaune, y compris les voyageurs ayant transité, quelle que soit la durée, dans un aéroport de ce pays (âge du voyageur)	Vaccination recommandée aux voyageurs par les autorités sanitaires françaises en raison d'un risque de transmission de la fièvre jaune (voyageurs dès l'âge de 9 mois)
Pérou					Oui pour tous les voyageurs se rendant dans les zones situées en dessous de 2 300 m (voir carte) Recommandée également en cas d'exposition importante aux piqûres de moustiques, pour les régions de Lambayeque , Tumbes et certaines zones du Piura occidental et du Cajamarca
Pitcairn (îles)		Oui (≥1 an)			
Polynésie française			Oui (≥1 an)		
République centrafricaine	Oui (≥9 mois)				
République démocratique du Congo	Oui ≥(9 mois)				
République dominicaine			Oui (≥1 an), pour les voyageurs en provenance des États suivants du Brésil : Minas Gerais, Espírito Santo, Sao Paulo, Rio de Janeiro		
Rwanda		Oui (≥1 an)			
Saint-Barthélemy (île)			Oui (≥1 an)		
Saint-Christophe-et-Niévès		Oui (≥1 an)			
Sainte-Hélène (île)		Oui (≥1 an)			
Sainte-Lucie (île)		Oui (≥9 mois)			
Saint-Martin (île, France)			Oui (≥1 an)		

Tableau 3 (suite)

Pays où existe un risque de fièvre jaune et /ou exigeant un certificat de vaccination contre la fièvre jaune à l'entrée sur leur territoire					
	Vaccination obligatoire pour tous les voyageurs quelle que soit leur provenance (âge du voyageur)	Vaccination obligatoire pour les voyageurs en provenance d'un pays à risque de transmission de la fièvre jaune (âge du voyageur)	Vaccination obligatoire pour les voyageurs en provenance d'un pays à risque de transmission de la fièvre jaune, y compris les voyageurs ayant transité plus de 12 heures dans un aéroport de ce pays (âge du voyageur)	Vaccination obligatoire pour les voyageurs en provenance d'un pays à risque de transmission de la fièvre jaune, y compris les voyageurs ayant transité, quelle que soit la durée, dans un aéroport de ce pays (âge du voyageur)	Vaccination recommandée aux voyageurs par les autorités sanitaires françaises en raison d'un risque de transmission de la fièvre jaune (voyageurs dès l'âge de 9 mois)
Saint-Vincent-et-les-Grenadines (îles)		Oui (≥1 an)			
Salomon (îles)		Oui (≥9 mois)			
Salvador (el)			Oui (≥1 an)		
Samoa (îles)			Oui (≥1 an)		
Sao Tomé-et-Principe				Oui (≥1 an)	Oui seulement en cas d'exposition importante aux piqûres de moustiques
Sénégal				Oui (≥9 mois)	Oui
Seychelles				Oui (≥1 an)	
Sierra Leone	Oui (âge non précisé)				Oui
Singapour			Oui (≥1 an)		
Sint Eustatius (Antilles néerlandaises)		Oui (≥6 mois)			
Sint Marteen (Antilles néerlandaises)		Oui (≥9 mois)			
Somalie			Oui (≥9 mois)		Oui seulement en cas d'exposition importante aux piqûres de moustiques, dans les régions suivantes : Bakool, Banaadir, Bay, Gado, Galgadud, Hiran, Lower Juba, Middle Juba, Lower Shabelle et Middle Shabelle.
Soudan			Oui (≥1 an)		Oui, pour les voyageurs se rendant dans les régions situées au sud du Sahara
Soudan du Sud	Oui (≥9 mois)				
Sri Lanka			Oui (≥9 mois)		



Tableau 3 (suite)

Pays où existe un risque de fièvre jaune et /ou exigeant un certificat de vaccination contre la fièvre jaune à l'entrée sur leur territoire					
	Vaccination obligatoire pour tous les voyageurs quelle que soit leur provenance (âge du voyageur)	Vaccination obligatoire pour les voyageurs en provenance d'un pays à risque de transmission de la fièvre jaune (âge du voyageur)	Vaccination obligatoire pour les voyageurs en provenance d'un pays à risque de transmission de la fièvre jaune, y compris les voyageurs ayant transité plus de 12 heures dans un aéroport de ce pays (âge du voyageur)	Vaccination obligatoire pour les voyageurs en provenance d'un pays à risque de transmission de la fièvre jaune, y compris les voyageurs ayant transité, quelle que soit la durée, dans un aéroport de ce pays (âge du voyageur)	Vaccination recommandée aux voyageurs par les autorités sanitaires françaises en raison d'un risque de transmission de la fièvre jaune (voyageurs dès l'âge de 9 mois)
Suriname			Oui (≥1 an)		Oui
Tanzanie			Oui (≥1 an)		Oui seulement en cas d'exposition importante aux piqûres de moustiques
Tchad	Oui (≥9 mois)				
Thaïlande			Oui (≥9 mois)		
Togo	Oui (≥9 mois)				
Trinité-et-Tobago			Oui (≥9 mois)		Oui pour les voyageurs se rendant dans les zones forestières denses de l'île de Trinidad
Uruguay		Oui (≥1 an)			
Venezuela			Oui (≥1 an) pour les voyageurs en provenance du Brésil		Oui sauf pour les voyageurs se rendant dans les zones de plus de 2 300 m des États de Merida, Trujillo et Tachira, dans les États de Falcon et Lara, sur l'île de Margarita, et dans les villes de Caracas et Valencia. Recommandée seulement en cas d'exposition importante aux piqûres de moustiques dans les États indiqués sur cette carte
Wallis-et-Futuna			Oui (≥1 an)		
Zambie			Oui (≥1 an)		Oui seulement en cas d'exposition importante aux piqûres de moustiques dans les provinces du Nord-Ouest et de l'Ouest
Zimbabwe			Oui (≥9 mois)		

Cas particuliers

Nourrissons

La vaccination est recommandée à partir de l'âge de 9 mois pour les enfants se rendant dans une zone à risque. Exceptionnellement, elle peut être effectuée dès l'âge de 6 mois si le nourrisson doit séjourner en milieu rural ou en forêt, en zone endémique ou si une épidémie sévit dans la région visitée.

Personnes âgées

Un âge supérieur à 60 ans ne constitue pas une contre-indication au vaccin Stamaril®. Néanmoins, en raison d'un risque potentiellement plus élevé d'effets indésirables graves chez les personnes âgées (essentiellement en primovaccination), il convient d'évaluer, au préalable, le bénéfice attendu de la vaccination en prenant en compte le profil santé de la personne (comorbidités, polymédication, état nutritionnel et fonctionnel) et le risque qu'elle aura d'être exposée au virus de la fièvre jaune pendant son voyage.

L'immunogénicité du vaccin chez des personnes âgées primovaccinées est peu documentée, mais aucun échec vaccinal n'a été répertorié dans cette population [10].

Femmes enceintes (voir aussi § 9.5)

Comme tout vaccin vivant atténué, Stamaril® ne doit pas être administré à la femme enceinte, sauf en cas de réelle nécessité et seulement après une évaluation rigoureuse des risques potentiels et des bénéfices attendus (voyage avec niveau élevé d'exposition au virus amaril, situation d'épidémie). Aucune étude des conséquences de la vaccination sur le développement ou la reproduction n'a été conduite chez l'animal. En revanche, des données sont disponibles sur un nombre limité de cas en médecine humaine : elles n'ont révélé aucun effet indésirable sur la grossesse, ni sur la santé du fœtus ou du nouveau-né.

Femmes qui allaitent (voir aussi § 9.5)

En raison du risque prouvé de transmission au nourrisson du virus vaccinal (vivant atténué) lors de l'allaitement, Stamaril® ne doit pas être administré aux femmes qui allaitent un nourrisson de moins de 6 mois, sauf en cas de réelle nécessité (situation d'épidémie, séjour en milieu rural ou forestier), et après évaluation des risques et bénéfices potentiels :

- si l'enfant est âgé de moins de 6 mois et que la vaccination de la mère est impérative, l'allaitement doit être suspendu pendant les deux semaines qui suivent la vaccination (délai de synthèse des anticorps maternels) ;
- si l'enfant est âgé de 6 mois et plus, il peut lui-même être vacciné : la vaccination de la mère est donc possible sans suspension de l'allaitement.

Donneurs de sang

Comme après toute administration d'un vaccin vivant atténué, le don de sang doit être suspendu durant les 4 semaines qui suivent l'administration de Stamaril®.

Personnes immunodéprimées

Comme tout vaccin vivant atténué, Stamaril® est contre-indiqué en cas de déficit immunitaire primaire ou acquis ; il peut toutefois être administré sous certaines conditions (tableau 4).

Antécédents de dysfonctionnements du thymus (incluant myasthenia gravis, thymome, thymectomie)

La vaccination est contre-indiquée de manière définitive. En revanche, les personnes dont le thymus a été irradié indirectement lors du traitement d'une autre maladie (en particulier celui du cancer du sein) peuvent être vaccinées contre la fièvre jaune [11].

Drépanocytose

Chez les patients drépanocytaires non traités ou traités par hydroxycarbamide (Hydrea®, Syklos®), le vaccin amaril n'est pas contre-indiqué.

Vaccination contre la fièvre jaune et la rougeole des personnes immunodéprimées ou aspléniques [11]

Type d'immunodépression	Vaccination contre la fièvre jaune ou la rougeole
Personnes vivant avec le VIH	• Vaccination contre-indiquée si : CD4<25% (enfants âgés de moins de 12 mois) CD4<20% (enfants entre 12 et 35 mois) CD4<15% (enfants entre 36 et 59 mois) ou CD4<200/mm³ (enfants âgés de plus de 5 ans et adultes)
Personnes transplantées d'organe solide	• En attente de transplantation : pas de contre-indication en l'absence de traitement immunosuppresseur. La vaccination est à effectuer 2 à 4 semaines avant la transplantation et au moins 10 jours avant le départ en zone d'endémie • Après transplantation : la vaccination est contre-indiquée
Personnes greffées de cellules souches hématopoïétiques (CSH)	• Vaccination contre-indiquée au moins 2 ans après la greffe et tant que dure le traitement immunosuppresseur ou en cas de GVH chronique
Personnes traitées par chimiothérapie pour tumeur solide ou hémopathie maligne	• Vaccination contre-indiquée au cours de la chimiothérapie et dans les six mois qui suivent
Personnes traitées par immunosuppresseurs, biothérapie et/ou corticothérapie pour une maladie auto-immune ou inflammatoire chronique	• Vaccination contre-indiquée La vaccination est à réaliser si possible quatre semaines avant la mise en route du traitement et pas moins de deux semaines avant Après l'arrêt d'un traitement immunosuppresseur, d'une biothérapie ou d'une corticothérapie à dose immunosuppressive (<i>cf.</i> ci-dessous), le délai à respecter pour l'administration d'un vaccin vivant est variable. Il est au minimum de trois mois (six mois après un traitement par rituximab) Chez une personne traitée par corticothérapie, la dose et la durée au-delà desquelles l'administration d'un vaccin vivant est contre-indiquée sont les suivantes : – Chez l'adulte : 10 mg d'équivalent-prednisone par jour, depuis plus de deux semaines – Chez l'enfant : 2 mg/kg d'équivalent-prednisone par jour – et au-delà de 20 mg par jour chez les enfants de plus de 10 kg, depuis plus de deux semaines – Les « bolus » de corticoïdes (0,5 g à 1 g/jour pendant 3 jours) contre-indiquent l'administration d'un vaccin vivant durant les trois mois qui suivent
Personnes aspléniques ou hypospléniques	Pas de contre-indication
Personnes présentant des déficits immunitaires primitifs : • Déficit immunitaire commun variable (DVCV) • Maladie de Bruton • Déficit en sous-classe d'IgG • Déficit immunitaire combiné sévère • Déficit immunitaire combiné partiel (Syndromes de Job-Buckley, de Wiskott-Aldrich, de Di George, ataxie-télangiectasie)	• Vaccination contre-indiquée La vaccination est possible chez les personnes présentant un déficit isolé en IgA

1.7 Fièvre typhoïde

La vaccination contre la fièvre typhoïde est recommandée pour les voyageurs devant effectuer un séjour prolongé (plus d'un mois) ou dans de mauvaises conditions, dans des pays où le niveau d'hygiène est faible et la maladie endémique, particulièrement dans le sous-continent indien et l'Asie du Sud-Est.

La vaccination vient en complément des mesures d'hygiène générale vis-à-vis de l'eau et des aliments, du lavage des mains, qui demeurent les précautions essentielles. L'efficacité vaccinale est évaluée entre 50 et 65% contre les cas de fièvre typhoïde confirmés par hémocultures. Le vaccin ne confère pas de protection vis-à-vis de *Salmonella* Paratyphi ou B.

Fièvre typhoïde

Le vaccin typhoïdique disponible en France, [Typhim Vi®](#), est un vaccin inactivé composé d'un polysaccharide capsulaire non conjugué de *S. typhi*.

Il existe également une association vaccinale combinée typhoïde-hépatite A : [Tyavax®](#).

Le vaccin [Vivotif®](#) (vaccin oral vivant atténué contenant la souche mutante Ty21a) ayant une AMM n'est pas disponible en France.

Schéma vaccinal

Âge	Spécialité	1 ^{re} dose	Doses suivantes
À partir de 2 ans	Typhim Vi®	15 jours avant le départ	Tous les 2 à 3 ans si l'exposition au risque est maintenue et en fonction du niveau d'exposition
À partir de 16 ans	Tyavax®	15 jours avant le départ	Pour une protection à long terme, vaccination contre l'hépatite A à compléter avec une dose de vaccin monovalent Hépatite A (dans un délai de 36 mois, de préférence entre 6 et 12 mois, selon le RCP du vaccin Hépatite A administré) Vaccination contre la fièvre typhoïde tous les 2 à 3 ans si l'exposition au risque est maintenue et en fonction du niveau d'exposition (cf. RCP du vaccin)

Associations vaccinales

Pas de contre-indication signalée.

1.8 Grippe saisonnière

La vaccination contre la grippe saisonnière est recommandée [12] :

- pour toutes les personnes ciblées par les recommandations du calendrier des vaccinations en vigueur, en particulier celles qui participent à un voyage en groupe ou en bateau de croisière ;
- pour le personnel navigant des bateaux de croisière et des avions, ainsi que les guides accompagnant les groupes de voyageurs et les accompagnateurs de voyage ;
- pour les professionnels exposés dans le cadre professionnel aux virus porcins et aviaires.

Le vaccin adapté à l'hémisphère sud, soit Vaxigrip Tetra hémisphère sud (sauf pour Mayotte, voir ci-dessous), n'est à ce jour disponible d'avril à septembre que par une procédure d'importation sur demande d'autorisation d'accès compassionnel (remplace l'autorisation temporaire nominative - ATU) via [l'application e-Saturne](#).

À partir de la saison 2020, compte tenu de l'épidémiologie particulière observée depuis plusieurs années à Mayotte, la campagne de vaccination antigrippale y est calquée sur celle de l'hémisphère nord et utilise les mêmes vaccins. La campagne de vaccination doit être initiée précocement dans ce département, idéalement en septembre, dès la mise à disposition des vaccins grippaux.

Les vaccins grippaux disponibles actuellement en France sont produits :

- à partir de virus inactivés cultivés sur œuf embryonné de poule :
 - vaccins quadrivalents inactivés (2 souches A et 2 souches B) : [Influvac Tetra®](#), [VaxigripTetra®](#)**

Âge	Dose	Nombre de doses
De 6 mois à 8 ans	0,5 ml	1 ou 2 doses*
À partir de 9 ans	0,5 ml	1

* 2 doses en primo-vaccination à un mois d'intervalle ; 1 dose en rappel.

- vaccin inactivé à virion fragmenté quadrivalent fortement dosé (cultivé sur œuf embryonné de poule) : [Efluelda®](#)**

Âge	Dose	Nombre de doses
À partir de 65 ans	0,7 ml	1**

** vaccin fortement dosé à 60 µg d'hémagglutinine/souche.

D'autres vaccins quadrivalents (2 souches A et 2 souches B) ont une AMM mais leur disponibilité pour la saison 2022-2023 n'est pas connue.

- à partir de virus inactivés cultivés sur œuf embryonné de poule avec adjuvant MF59 : [Fluad Tetra®](#)

Âge	Dose	Nombre de doses
À partir de 65 ans	0,5 ml	1***

*** vaccin dosé à 15 µg d'hémagglutinine/souche.

- à partir de virus inactivés cultivés sur culture cellulaire : [Flucelvax Tetra®](#)

Âge	Dose	Nombre de doses
2 ans-8 ans	0,5 ml	1 ou 2 doses*
À partir de 9 ans	0,5 ml	1

* 2 doses en primo-vaccination à un mois d'intervalle ; 1 dose en rappel.

Vaccination à renouveler chaque année pour les personnes à risque.

Associations vaccinales

Pas de contre-indication signalée.

1.9 Hépatite A

La vaccination est recommandée à partir de l'âge de 1 an pour tous les voyageurs devant séjourner dans un pays où le niveau d'hygiène est faible, quelles que soient les conditions du séjour. Elle est particulièrement recommandée chez les personnes souffrant d'une maladie chronique du foie ou de mucoviscidose.

Un examen sérologique préalable pour la recherche des anticorps anti-VHA est pertinent pour les personnes ayant des antécédents d'ictère, ayant passé leur enfance en zone d'endémie ou nées avant 1945. La présence d'anticorps anti-VHA (IgG) traduit une immunité antérieure.

Les vaccins de l'hépatite A disponibles en France sont composés de virus inactivés.

Schéma vaccinal des vaccins monovalents Hépatite A

Âge	Spécialité	1 ^{re} dose	Rappel
1 an-15 ans	Avaxim 80® Havrix 720®	15 jours avant le départ	2 ^e dose (rappel) à administrer à partir de six mois après la 1 ^{re} dose ou éventuellement de façon plus tardive, suivant un délai spécifique à chaque vaccin (cf. AMM des vaccins)
≥16 ans	Avaxim 160® Havrix 1440®		
≥18 ans	Vaqta 50®		

Schéma vaccinal des vaccins combinés Hépatite A

Âge	Spécialité	1 ^{re} dose	Doses suivantes
≥16 ans	Tyavax® (vaccin combiné typhoïde-hépatite A)	15 jours avant le départ	Pour une protection à long terme, vaccination contre l'hépatite A à compléter avec une dose de vaccin monovalent Hépatite A (dans un délai de 36 mois, de préférence entre 6 et 12 mois, selon le RCP du vaccin Hépatite A administré)
≥18 ans	Twinrix adulte® (vaccin combiné hépatite A-hépatite B)	15 jours avant le départ	Schéma de primo-vaccination à compléter à M1 et M6 après la 1 ^{re} injection Alternative à ce schéma : cf. RCP du vaccin

Associations vaccinales

Pas de contre-indication signalée.

1.10 Hépatite B

Cette vaccination est obligatoire en France pour les nourrissons nés depuis le 1^{er} janvier 2018 [12].

Une consultation « voyageurs » peut être l'opportunité d'identifier les personnes exposées au risque d'hépatite B et de leur proposer, s'il y a lieu, une vaccination après la réalisation d'un dépistage (AgHBs, Ac antiHBs, Ac antiHBc). Chez les voyageurs non vaccinés antérieurement, cette vaccination est recommandée pour des séjours fréquents ou prolongés dans les pays à forte (Afrique subsaharienne, Asie) ou moyenne prévalence (DROM, COM, Europe de l'Est et du Sud, Afrique du Nord, Moyen-Orient, sous-continent indien et Amérique du Sud) du portage chronique du virus de l'hépatite B [12].

Le vaccin contre l'hépatite B peut être administré dès la naissance en cas de séjour prévu dans un pays de forte ou de moyenne prévalence du portage chronique du virus.

Les vaccins de l'hépatite B sont composés de l'antigène HBs obtenu par recombinaison génétique :

Âge	Spécialité
Naissance-15 ans	Engerix® B 10 µg HBVaxpro® 5 µg
≥16 ans	Engerix® B 20 µg HBVaxpro® 10 µg
≥16 ans	Twinrix adulte® (vaccin combiné hépatite A-hépatite B)

Les autres spécialités vaccinales combinées incluant la valence hépatite B sont consultables dans le calendrier des recommandations vaccinales.

Schéma vaccinal

Chez les personnes non vaccinées antérieurement

2 doses administrées à au moins un mois d'intervalle et une 3^e dose administrée entre 6 et 12 mois après la 1^{re} dose.

Chez les adolescents âgés de 11 à 15 révolus

- soit schéma classique à 3 doses quel que soit le vaccin monovalent ;
- soit schéma à 2 doses avec Engerix® B 20 µg uniquement, en respectant un intervalle de 6 mois entre les 2 doses et en l'absence de risque élevé d'infection par le virus de l'hépatite B dans les 6 mois qui séparent les 2 doses. Ce schéma peut être utilisé chez les adolescents à condition que les 2 doses aient été administrées avant le départ (exposition au risque du virus de l'hépatite B).

Schéma vaccinal accéléré

Chez les adultes, dans certains cas particuliers où l'obtention très rapide d'une protection vaccinale est souhaitable (départ imminent en zone d'endémie moyenne ou forte)

- schéma avec Engerix® B 20 µg uniquement : 3 doses (à J0, J7 et J21) en primo-vaccination avec un rappel 12 mois après la 1^{re} dose.

Chez les enfants jusqu'à 15 ans inclus

- schéma avec Engerix® B 10 µg : 3 doses (à 0, 1 et 2 mois) avec un rappel 12 mois après la 1^{re} dose.

Associations vaccinales

Pas de contre-indication signalée.

1.11 Infections invasives à méningocoques

La vaccination contre les infections invasives à méningocoque C est obligatoire en France pour les nourrissons nés à partir du 1^{er} janvier 2018 [12].

La vaccination contre les infections invasives à méningocoques (IIM) est recommandée aux personnes :

- se rendant dans une zone d'endémie d'IIM A, C, Y ou W, notamment la « ceinture de la méningite » en Afrique subsaharienne : zones de savane et Sahel, d'ouest en est, du Sénégal à l'Éthiopie, au moment de la saison sèche, favorable à la transmission du méningocoque (habituellement hiver et printemps) ou dans toute autre zone où sévit une épidémie, dans des conditions de contact étroit et prolongé avec la population locale : avec un vaccin méningococcique tétravalent conjugué A, C, Y, W ;
- se rendant dans une zone d'endémie d'IIM A, C, Y ou W pour y exercer une activité dans le secteur de la santé ou auprès des réfugiés, quelle que soit la saison : avec un vaccin méningococcique tétravalent conjugué A, C, Y, W.

L'actualité des épidémies d'infections invasives à méningocoques est consultable [sur le site de l'OMS](#) en ciblant sur la maladie.

Cas particulier des pèlerinages à La Mecque

La vaccination contre les infections invasives à méningocoques avec un vaccin méningococcique tétravalent A, C, Y, W est obligatoire pour l'obtention des visas pour le pèlerinage en Arabie saoudite ; elle doit être attestée par le Certificat international de vaccination, (cf. annexe 6 du RSI sur lequel sera collée l'étiquette du vaccin indiquant le nom du vaccin et le numéro de lot).

La durée de validité administrative de la vaccination par le vaccin méningococcique tétravalent conjugué est de cinq ans. Il faut préciser sur le Certificat international de vaccination qu'il s'agit d'un vaccin conjugué (*Meningococcal conjugate tetravalent ACYW vaccine*) ; **faute de cette mention, la durée de validité du certificat est de 3 ans.**

Infections invasives à méningocoques

Les vaccins méningococciques tétravalents A, C, Y, W sont des vaccins inactivés composés de polysides capsulaires des 4 sérogroupes de *Neisseria meningitidis*, conjugués à une protéine vectrice :

- **Nimenrix®** : indiqué chez les personnes âgées de 6 semaines et plus
- **Menveo®** : indiqué chez les personnes âgées de 2 ans et plus
- **MenQuadfi®** : indiqué chez les personnes âgées de 12 mois et plus, non commercialisé en France actuellement

Schéma vaccinal

Nourrissons de 6 semaines à 5 mois révolus

Nimenrix® : 2 doses en primo-vaccination (délai de 2 mois entre les deux doses) et 1 dose de rappel à 12 mois si l'enfant est à risque d'infections invasives à méningocoque A, C, Y, W

Nourrissons de 6 mois à 11 mois révolus

Nimenrix® : 1 dose en primo-vaccination et 1 dose de rappel à 12 mois si l'enfant est à risque d'infections invasives à méningocoque A, C, Y, W

Enfants âgés de 12 à 23 mois révolus

Nimenrix® : 1 dose

Personnes de 2 ans et plus

Menveo® ou Nimenrix® : 1 dose

Dose de rappel :

Chez les personnes âgées de 12 mois et plus précédemment vaccinées et présentant un risque élevé d'infection méningococcique, un rappel avec un vaccin tétravalent ACWY est recommandé dans un délai de cinq ans.

La durée de protection reste à déterminer, mais des données de persistance des anticorps sont disponibles à cinq ans pour Menveo® et Nimenrix®.

Interchangeabilité

Nimenrix® ou Menveo® peuvent être administrés en rappel aux personnes primo-vaccinées avec un autre vaccin méningococcique conjugué ou non conjugué.

Associations vaccinales

En cas de vaccination antérieure avec un vaccin méningococcique conjugué C, le vaccin méningococcique tétravalent conjugué A, C, Y, W peut être administré après un délai d'un mois.

1.12 Poliomyélite

La vaccination contre la poliomyélite est obligatoire en France pour les nourrissons nés à partir du 1^{er} janvier 2018. Les personnes nées avant 2018, doivent satisfaire aux recommandations vaccinales en vigueur [12].

Parmi les 3 souches de poliovirus sauvage de type 1 (PSV1), type 2 (PSV2), type 3 (PSV3), les virus PSV2 et PSV3 ont été officiellement reconnus comme éradiqués au niveau mondial. La poliomyélite due au PSV1 reste endémique dans deux pays en 2022 : [Afghanistan et Pakistan](#). Un très faible nombre de cas a été déclaré dans ces deux pays en 2021 (N=5), par comparaison aux deux années précédentes (N= 139 en 2020 et N=176 cas en 2019). Le niveau de circulation des poliovirus dans l'environnement est évalué par la surveillance environnementale. Ainsi, le PSV1 a été détecté dans respectivement 10% des échantillons testés en 2021 et 56% en 2020.

Les poliovirus circulants dérivés de souches sont [actualisés suivant les pays et les périodes](#) calendaires.

En raison de la circulation de poliovirus sauvages et dérivés d'une souche vaccinale dans plusieurs pays d'Afrique et d'Asie, l'OMS a émis depuis 2014 des recommandations temporaires révisées tous les trois mois visant à réduire le risque de propagation internationale de ces virus, en différenciant :

1. les États où circule le poliovirus sauvage (PVS1) ou les poliovirus dérivés d'une souche vaccinale de type 1 ou de type 3 (PVDVc1 ou PVDVc3) ;
2. les États où circule le poliovirus dérivé de la souche vaccinale de type 2 (PVDVc2) ;
3. Les États où ne circulent plus le poliovirus sauvage (PVS1) ni les poliovirus dérivés de souches vaccinales (PVDVc1, PVDVc2, PVDVc3) mais qui restent vulnérables à leur réintroduction.

La liste des pays selon le niveau de risque de transmission a été actualisée lors de la 30^e réunion du Comité d'urgence du RSI de l'OMS [en novembre 2021](#).

Les recommandations temporaires en vertu du RSI pour réduire le risque de propagation internationale des poliovirus ont été prolongées.

Recommandations pour les voyageurs :

- La vaccination contre la poliomyélite est recommandée chez les voyageurs devant effectuer un séjour de quatre semaines ou plus à destination de tous les États où circulent le poliovirus sauvage et les poliovirus dérivés de souches vaccinales ([liste des pays](#) en fonction des catégories).
- Ces voyageurs devront avoir reçu, quel que soit leur âge, une dose de vaccin poliomyélitique inactivé (VPI) dans un délai de quatre semaines à douze mois avant leur départ. Les personnes correctement vaccinées selon le calendrier en vigueur en France sont protégées de la poliomyélite maladie. Ce rappel sert à renforcer l'immunité de la muqueuse intestinale et à empêcher le portage asymptomatique du poliovirus, qui devient possible quand la vaccination par le vaccin injectable (forme inactivée) date de plus de douze mois.
- En cas de départ en urgence (délai de mise en route de la vaccination, inférieur à quatre semaines) et si le voyageur n'a pas été vacciné au cours des douze mois précédents, une dose administrée dans un délai inférieur à quatre semaines aura tout de même un intérêt, en particulier pour une personne qui voyage souvent.
- Pour les voyageurs se rendant dans l'un des États où circulent le poliovirus sauvage (PVS1) ou le poliovirus dérivé d'une souche vaccinale de type 1 (PVDVc1) ou de type 3 (PVDVc3), la vaccination devrait être attestée par la délivrance d'un Certificat international de vaccination, dont le modèle figure dans l'annexe 6 du Règlement sanitaire international. Si le séjour dure plus de douze mois, un 2^e rappel peut être exigé dans le cadre du RSI lorsque le voyageur quittera le pays, et devra avoir été pratiqué au moins un mois avant leur départ.
- Les voyageurs devant effectuer un séjour inférieur à quatre semaines dans un des pays où circulent le PSV1 ou un PVDVc, doivent satisfaire aux recommandations du calendrier vaccinal français.
- Enfin, certains pays où ne circulent pas de poliovirus exigent également une vaccination ou l'administration d'une dose de rappel à l'entrée sur leur territoire : se renseigner avant de partir, sur le site du [ministère de l'Europe et des Affaires étrangères](#), auprès d'un Centre de vaccinations internationales.

Poliomyélite

Les vaccins contre la poliomyélite disponibles en France sont des vaccins inactivés comportant les trois types de poliovirus 1, 2 et 3 :

- vaccin poliovirus non combiné : [Imovax Polio®](#), indiqué à partir de l'âge de 6 semaines
- vaccin poliovirus combiné aux valences diphtérie-tétanos, associé ou non aux valences coqueluche-Haemophilus influenzae b, hépatite B selon les formulations vaccinales

Schéma vaccinal

Une dose entre 4 semaines et 12 mois avant le départ, selon les [recommandations de l'OMS](#) et en fonction des exigences de certains États. Ces recommandations sont susceptibles d'évoluer en 2022 et seront à consulter directement sur le site de l'OMS.

Associations vaccinales

Pas de contre-indication signalée.

1.13 Rage

La rage est transmise par morsure, griffure et léchage sur plaie ou muqueuse par de nombreuses espèces animales (carnivores domestiques et sauvages et chauves-souris). Cependant, 99% des décès par rage chez les humains sont liés à des transmissions par les chiens domestiques. Néanmoins, il est important de conseiller aux voyageurs d'éviter tout contact avec les carnivores sauvages, les primates et les chauves-souris partout dans le monde et avec les carnivores domestiques (chiens et chats) dans les zones à risque (figure 2) [14]. Les enfants de moins de 15 ans représentent 40% des personnes mordues par un animal pour lequel il existe une suspicion de rage [15].

L'évaluation du risque rabique par pays est disponible sur [le site de l'OMS](#).

En dehors des recommandations de vaccination contre la rage des personnels exposés, la vaccination préventive contre la rage est recommandée pour les voyageurs devant effectuer dans les zones à haut risque (Asie, Afrique y compris l'Afrique du Nord, Amérique du Sud) un séjour :

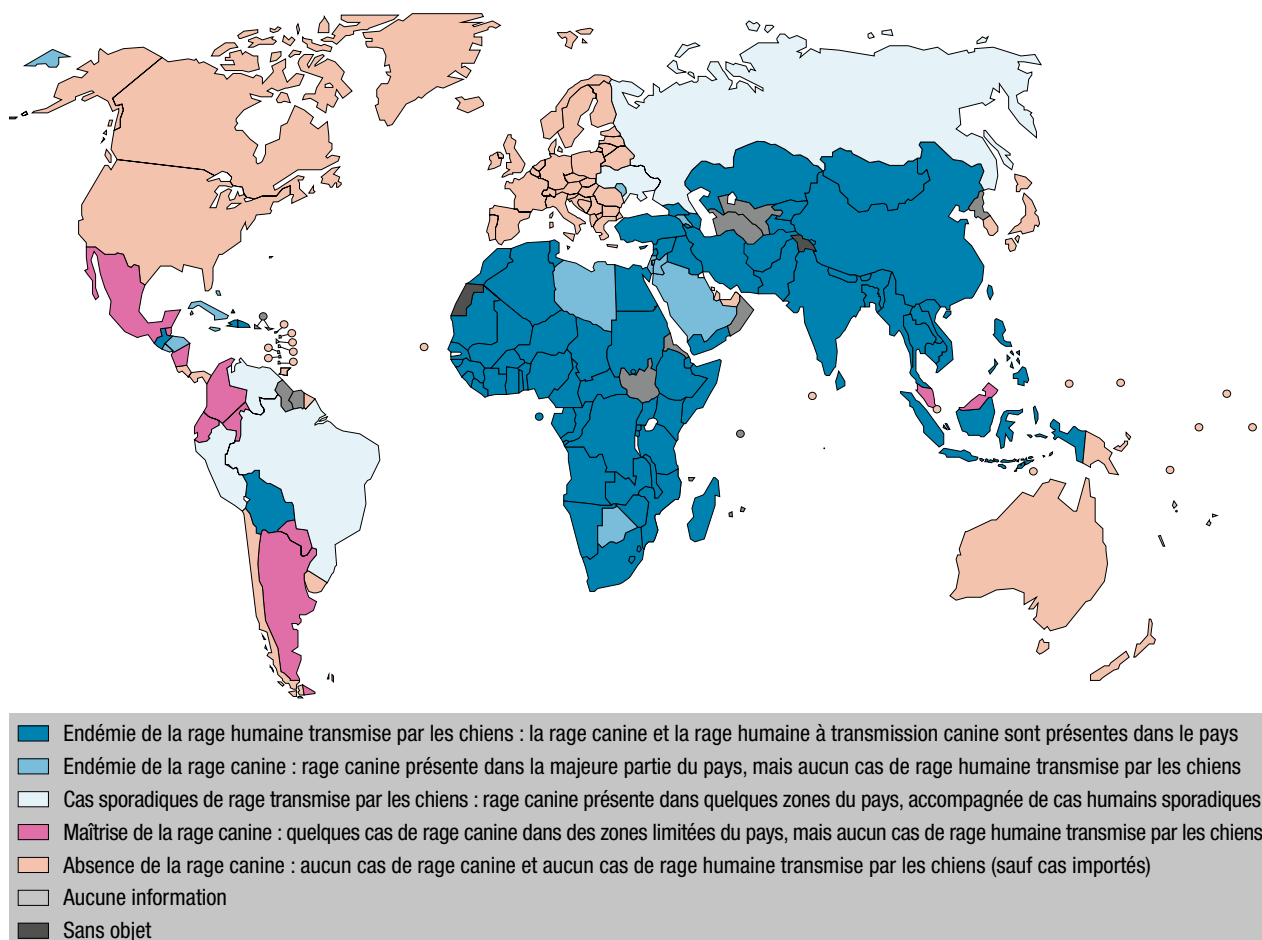
- prolongé ou aventureux avec un risque élevé de contact avec des animaux domestiques ou sauvages ;
- ou en situation d'isolement ne permettant pas une prise en charge rapide.

Pour les zones à risque, la vaccination préventive est recommandée chez les jeunes enfants dès qu'ils marchent. En effet, ces derniers ont un risque plus élevé d'exposition par morsure ou par contact mineur passé inaperçu ou non déclaré par l'enfant (léchage sur peau excoriée, griffure...).

En pré-exposition, la vaccination peut être pratiquée dans un centre antirabique, un Centre de vaccinations internationales ou par un médecin de ville.

Figure 2

Endémicité de la rage canine et de la rage humaine à transmission canine 2016. Source OMS 2016



Les limites et appellations figurant sur cette carte ou les désignations employées n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.
© OMS 2017. Tous droits réservés.

Quel que soit le statut vaccinal pré-exposition vis-à-vis de la rage, toute exposition suspectée ou avérée à la rage doit faire l'objet d'une prise en charge globale et immédiate : **lavage de la plaie durant quinze minutes à l'eau et au savon**, désinfection et consultation dans les meilleurs délais en vue d'une prophylaxie post-exposition (PPE).

La vaccination préventive (ou préexposition) simplifie le traitement post-exposition et dispense du recours aux immunoglobulines antirabiques qui ne sont pas toujours disponibles dans les pays en développement.

En post-exposition, la [prescription et le traitement vaccinal](#) ne peuvent être réalisés en France que par un médecin d'un [centre](#) ou d'une [antenne antirabique](#) agréés par le ministère de la Santé (listes actualisées en décembre 2020).

À l'étranger, il conviendra en cas de besoin de se renseigner auprès de la compagnie d'assistance chez qui on a souscrit une assurance de rapatriement sanitaire.

Rage

Deux vaccins inactivés sont disponibles en France :

- [Vaccin rabique Pasteur®](#) (souche Wistar Rabies PM/WI 38 1503-3 M) produit sur cellules Vero ;
- [Rabipur®](#) (souche Flury LEP) produit sur des cellules purifiées d'embryon de poulet

Schéma vaccinal en pré-exposition

3 doses à J0, J7, J21 ou J28 en intramusculaire.

Il n'y a pas de rappels systématiques à prévoir en pré-exposition pour les voyageurs ayant complété cette série primaire d'injections.

Schéma vaccinal accéléré chez les 18-65 ans

Uniquement avec Rabipur® : 3 doses à J0, J3, J7 en intramusculaire.

D'autres schémas accélérés sont recommandés par l'OMS depuis 2018 [16], quel que soit l'âge, et comportent :

- soit l'administration simultanée par voie intradermique en 2 sites différents de 2 doses de 0,1 ml à J0 et J7 ;
- soit l'administration par voie intramusculaire d'1 dose de 0,5 ou 1 ml (selon le vaccin) à J0 et J7.

Cependant, ces schémas ne correspondent pas à l'AMM des vaccins disponibles en France ; ils ne sont pas actuellement recommandés en France.

Associations vaccinales

Les autres vaccins peuvent être administrés simultanément, en des sites séparés et distants.

1.14 Rougeole

Le risque de survenue d'épidémies de rougeole reste élevé dans un très grand nombre de pays dans le monde. La consultation des voyageurs est une opportunité pour vérifier le statut vaccinal du consultant et le mettre à jour si besoin.

La vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole est obligatoire en France pour tous les nourrissons nés depuis le 1^{er} janvier 2018 suivant le calendrier des vaccinations en vigueur [12].

Le schéma vaccinal comprend une première dose à l'âge de 12 mois et une 2^e dose à l'âge de 16-18 mois. Le délai entre la première et la deuxième dose doit être au minimum d'un mois. Cependant, les nourrissons qui doivent voyager peuvent être vaccinés contre la rougeole dès l'âge de 6 mois.

Les enfants ayant reçu une dose de vaccin trivalent avant l'âge de 12 mois doivent recevoir deux doses de vaccin trivalent par la suite (cf. [Instruction N° DGS/SP/SP1/2018/205 du 28 septembre 2018](#) relative à la conduite à tenir autour d'un ou plusieurs cas de rougeole [12,17]).

La valence Rougeole est associée dans un vaccin trivalent aux valences Oreillons et Rubéole (ROR).

Il s'agit de vaccins viraux vivants atténués. Deux vaccins sont disponibles en France :

- [M-M-RVaxPro®](#) ;
- [Priorix®](#).

Schéma vaccinal

Nourrissons âgés de 6 à 11 mois révolus

Une dose de vaccin ROR (selon un cadre de prescription compassionnelle qui remplace la procédure de RTU) pour les enfants de 6 à 8 mois révolus devant voyager dans une zone de forte endémicité, puis 2 doses de vaccin ROR suivant les recommandations du calendrier vaccinal en vigueur (1 dose à l'âge de 12 mois, puis une dose entre 16 et 18 mois).

Enfants à partir de 12 mois

Une 1^{re} dose de vaccin ROR à l'âge de 12 mois et une 2^e dose entre 16 et 18 mois ; cette 2^e dose peut être administrée plus rapidement en cas de voyage, en respectant un délai minimum d'un mois entre les 2 doses.

Pour les personnes nées à partir de 1980 et âgées de plus de 12 mois

Deux doses au total de vaccin ROR quels que soient les antécédents d'immunisation vis-à-vis de la rubéole et des oreillons et quels que soient les antécédents vis-à-vis des trois maladies [12,17]. Les personnes antérieurement vaccinées à 2 doses et dont la 1^{re} a été administrée avant l'âge de 12 mois doivent recevoir une 3^e dose.

Personnes nées avant 1980

Dans un contexte de voyage en pays d'endémie, il est recommandé que les personnes non protégées contre la rougeole (sans antécédent connu de rougeole ou non vaccinées antérieurement) reçoivent une dose de vaccin ROR avant le départ.

Contre-indications vaccinales

Comme tout vaccin vivant atténué, le vaccin trivalent ROR est contre-indiqué chez les personnes immuno-déprimées ([tableau 4](#)) et les femmes enceintes [12]. Cependant, la vaccination par inadvertance d'une femme enceinte ne doit pas être un motif d'interruption de grossesse. La grossesse doit être évitée dans le mois suivant la vaccination.

L'allaitement n'est pas une contre-indication à la vaccination par le vaccin ROR.

Associations vaccinales

Il faut éviter la co-administration du vaccin ROR avec le vaccin contre la fièvre jaune. Il est préférable de respecter un délai minimum d'un mois entre l'injection du vaccin contre la fièvre jaune et le ROR (quel que soit l'ordre d'administration). Cependant, en cas de départ imminent en zone à risque de fièvre jaune, les deux vaccins peuvent être administrés à n'importe quel intervalle, y compris simultanément (dans des sites d'injection différents).

1.15 Tuberculose

La vaccination par le BCG est recommandée en France pour les enfants en cas de séjours fréquents ou supérieurs à un mois dans les pays à forte incidence tuberculeuse. Elle peut être réalisée jusqu'à l'âge de 15 ans ; cependant, en situation de difficulté d'approvisionnement en vaccin, les enfants de moins de 5 ans sont prioritaires.

Les zones géographiques à forte incidence tuberculeuse ($\geq$ de 40/100 000) sont, selon les estimations de l'OMS [18,19] et l'avis du HCSP du 18 mai 2018 [20] :

- le continent africain dans son ensemble ;
- le continent asiatique dans son ensemble, à l'exception du Japon ;

- l'Océanie, à l'exception de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande, de Samoa et de Tonga ;
- le Proche-Orient et le Moyen-Orient, à l'exception de Chypre, des Émirats arabes unis, d'Israël, de la Jordanie de l'Arabie saoudite et d'Oman ;
- l'Amérique centrale et du Sud et les Caraïbes, à l'exception d'Antigua et Barbuda, de la Barbade, des Bermudes, de Bonaire, de Cuba, du Costa Rica, de Curaçao, des Îles Vierges et Caïman, de la Jamaïque et de Porto-Rico ;
- les pays d'Europe centrale et orientale incluant la Fédération de Russie et l'Ukraine, à l'exception de la Grèce, la Hongrie, la Croatie, la Slovaquie, la Slovénie et la Tchéquie ;
- le Groenland (en Europe du Nord).

La vaccination par le BCG est strictement contre-indiquée chez les patients infectés par le VIH, quel que soit le nombre de lymphocytes CD4.

Tuberculose

Le vaccin [BCG AJ Vaccines®](#) (anciennement dénommé BCG SSI) est disponible dans les centres de vaccination, les services de PMI, les Centres de lutte anti-tuberculeuse.

Schéma vaccinal

Enfants de moins de 12 mois

1 dose de 0,05 ml de vaccin reconstitué, à administrer strictement par voie intradermique (arrêt de l'injection dès l'obtention d'une papule chez le nourrisson de moins de 12 mois).

Personnes de 12 mois et plus

1 dose de 0,1 ml de vaccin reconstitué, à administrer strictement par voie intradermique

Vaccin à administrer sans IDR à la tuberculine préalable chez les enfants de moins de 6 ans (sauf chez les enfants ayant résidé ou effectué un séjour de plus d'un mois dans un pays à forte incidence de tuberculose).

Vaccin à administrer 6 à 8 semaines avant le départ.

La vaccination dans les départements de Guyane et de Mayotte est recommandée dès la naissance.

Associations vaccinales

Le vaccin BCG AJ Vaccines®, qui est un vaccin vivant atténué bactérien, peut être administré le même jour, dans des sites d'injection différents, que les vaccins inactivés ou vivants viraux atténués ou avec n'importe quel intervalle.

Il est recommandé de n'effectuer aucune autre vaccination dans le bras utilisé pour la vaccination BCG pendant au moins trois mois en raison du risque de lymphadénite régionale.

2. Risques liés aux arthropodes et protection personnelle anti-vectorielle (PPAV)

2.1 Risques liés aux arthropodes

Le risque principal lié aux piqûres d'arthropodes est la transmission d'agents pathogènes responsables de maladies parfois graves, voire mortelles. Il est à évaluer en fonction de la destination et des conditions de séjour. Le risque, pour le paludisme, est particulièrement important pour des séjours en zone rurale ou dans des conditions de confort sommaire. Les arthropodes vecteurs de maladies (hors les moustiques), leurs zones de présence et les protections adaptées sont reportés dans le [tableau 5](#).

Tableau 5

Arthropodes autres que les moustiques, agents pathogènes transmis les plus importants et prévention

Insectes	Maladies/Agents pathogènes transmis	Période d'activité	Zones à risque	Prévention
Phlébotomes	Leishmanioses cutanées Leishmanioses viscérales Arboviroses Bartonellose (<i>B. bacilliformis</i>)	Du coucher au lever du soleil Parfois le jour en forêt tropicale	Amérique centrale et du Sud Afrique Moyen-Orient Sous-continent indien Asie centrale et du Sud Pourtour méditerranéen Amérique du Sud	- Utilisation de répulsifs cutanés - Utilisation de moustiquaires imprégnées - Vêtements couvrants
Simulies	Onchocercose	Le jour	Amérique latine Afrique tropicale	- Utilisation de répulsifs cutanés - Vêtements couvrants
Glossines	Maladie du sommeil	Le jour	Afrique tropicale	- Utilisation de répulsifs cutanés - Vêtements couvrants
Punaises (triatomes)	Maladie de Chagas	La nuit À l'intérieur des habitations	Amérique latine	Utilisation de moustiquaires imprégnées
Puces	Peste Rickettsioses Bartonellose	Jour et nuit	Madagascar Asie Amérique Afrique	- Hygiène de vie - Ne pas approcher les animaux (rongeurs)
Poux de corps	Rickettsioses Bartonellose Borrelia de fièvres récurrentes (<i>B. recurrentis</i>)	Jour et nuit	Dans tous les pays, en zone défavorisée	- Hygiène de vie - Lavage des vêtements supérieur à 50 degrés
Cératopogonidés (moucherons)	Fortes nuisances Filaires et virus non pathogènes	Le jour Plus particulièrement à l'aube et au crépuscule	Cosmopolite	- Vêtements couvrants - Utilisation de répulsifs cutanés
Punaises de lit (Cimex)	Aucune mais salive allergisante	La nuit	Cosmopolite	Aucune vraiment efficace
Tiques dures	Rickettsioses (différentes tiques) Borreliose de Lyme (<i>Ixodes</i>) Fièvre Crimée Congo (<i>Hyalomma</i>) Babésioses (<i>Ixodes</i>) Virus d'encéphalite (<i>Ixodes</i>)	Le jour	Cosmopolite : différentes espèces Zones tempérées de l'hémisphère nord Afrique, Moyen-Orient Hémisphère nord	- Vêtements couvrants - Répulsifs cutanés
Tiques molles	<i>Borrelia</i> de fièvres récurrentes	La nuit	Amérique du Nord Afrique Moyen-Orient	Aucune vraiment efficace

2.1.1 Les moustiques

Les moustiques sont vecteurs de nombreux agents pathogènes tels que des virus et des parasites et sont également responsables de fortes nuisances ayant parfois un impact en santé publique. Il est donc recommandé de se protéger de leurs piqûres avec un type de protection adapté au risque de maladies et à leurs vecteurs (cf. § 2.2). Il existe par ailleurs une prévention et un contrôle des populations d'arthropodes dans le Code de la santé publique, via une lutte anti-vectorielle (LAV) institutionnalisée et règlementée, assurée par des services compétents (publics et privés). Cette lutte comporte aussi des recommandations de mesures individuelles de prévention contre la reproduction des moustiques (suppression des points d'eau stagnante à domicile).

Les moustiques des genres *Anopheles* et *Culex* piquent plutôt la nuit. Ces moustiques sont cosmopolites mais vecteurs de maladies principalement dans les zones tropicales d'Afrique, d'Amérique et d'Asie et à un moindre degré dans les zones plus tempérées. Ils peuvent transmettre les agents du paludisme (*Anopheles* uniquement), des arbovirus (virus West Nile, virus des encéphalites américaines ou de l'encéphalite japonaise... cf. § 12) et des filaires.

Les moustiques du genre *Aedes* piquent habituellement le jour, avec un pic d'activité en début et fin de journée. Ils peuvent transmettre des arbovirus (comme ceux de la dengue, du chikungunya, du Zika... cf. § 12) et les filaires lymphatiques.

Les nuisances provoquées par des populations abondantes et agressives de certains moustiques existent dans tous les pays du monde, de l'équateur au cercle polaire et peuvent être responsables de problèmes de santé publique. Les moustiques des pays nordiques peuvent aussi se montrer très agressifs durant la courte période estivale.

2.1.2 Les punaises de lit

Les punaises de lit, *Cimex lectularius* (commune) et *C. hemipterus* (tropicale), famille des *Cimicidae*, sont des petits insectes ubiquitaires et nocturnes. La punaise peut être véhiculée facilement en se camouflant dans les vêtements, les bagages et autres effets personnels, si bien que le voyageur international pourra diffuser cette nuisance de retour dans son pays (par transport passif). Les endroits où les voyageurs courent le plus grand risque d'exposition sont ceux où la rotation de personnes est la plus élevée : autobus, trains, avions mais surtout hôtels (même de luxe), complexes touristiques, bateaux de croisière...

À ce jour, il n'a pas été décrit de transmission d'agents pathogènes par ces punaises. Des surinfections bactériennes, notamment par grattage avec des mains sales, sont possibles comme lors de toute dermatose prurigineuse.

Les recommandations pour éviter, au retour, les infestations domiciliaires par des punaises de lits sont les suivantes :

- durant le voyage : isoler tous les bagages et les effets personnels (brosse à cheveux, trousse de maquillage, etc.) dans des sacs en plastique, sur une surface carrelée, loin de tout endroit que les punaises pourraient coloniser (zone de sommeil) ;
- au retour, en cas de doute sur une infestation, procéder à un traitement « mécanique » des vêtements et des bagages : nettoyage à l'aspirateur (sans oublier de nettoyer le conduit de l'aspirateur car les punaises peuvent en ressortir, et de jeter le sac hermétiquement fermé dans une poubelle extérieure), congélation à -20°C au minimum pendant 48 heures selon la taille de l'objet, lavage des vêtements à 60°C ou nettoyage vapeur à 120°C qui détruit tous les stades de punaises. Si un traitement chimique complémentaire est nécessaire : s'adresser à la mairie ou à un professionnel spécialisé en désinsectisation (titulaire d'un certificat « cert-biocide ») [21].

2.1.3 Les tiques

Les tiques se différencient en tiques molles (*Argas*, *Ornithodoros*...) et en tiques dures (*Ixodes*, *Dermacentor*, *Hyalomma*, *Rhipicephalus*...). Les tiques ont une répartition mondiale et occupent des biotopes variés.

La piqûre des tiques dures est diurne, le repas sanguin durant ensuite plusieurs jours. La transmission d'agents pathogènes peut survenir dans un délai de 12 à 24 heures après la piqûre, pour les bactéries et les parasites, ou immédiatement pour les virus (d'où l'importance de la prévention). Chez les tiques molles, les repas sanguins sont rapides et nocturnes avec une transmission immédiate des agents infectieux.

La prévention des piqûres de tiques fait appel au port de vêtements couvrants (de préférence de couleur claire afin de faciliter le repérage des tiques), voire de répulsifs cutanés sur les parties découvertes (cf. § 2.2.2) [22,23].

La prévention du risque de transmission d'agent infectieux après piqûre de tiques repose sur les moyens suivants :

- l'examen corporel minutieux, sans oublier le cuir chevelu, le nombril et les organes génitaux après une exposition potentielle (au retour de promenade à risque). La plupart des piqûres de tiques dures sont indolores et interviennent sur les parties basses du corps car les tiques sont à l'affût sur la végétation, mais il n'est pas rare d'en retrouver sur le cuir chevelu des enfants ;
 - l'utilisation d'un tire-tique ou d'une pince fine pour extraire une tique. Le site de piqûre doit ensuite être désinfecté et les mains lavées. Aucune antibiothérapie ni demande d'examens complémentaires n'est justifiée à ce stade. Une surveillance du point de piqûre (apparition d'érythème ou d'escarre) pendant plusieurs semaines est nécessaire. Les investigations sont justifiées en cas de fièvre, même modérée, ou d'asthénie apparaissant quelques jours après la piqûre [24].
- Une vaccination existe contre l'infection par le virus de l'encéphalite à tiques (cf. § 1.5).

2.1.4 Les acariens microscopiques

Les acariens microscopiques, du type aoûtats, peuvent infester la peau lors de promenades en milieu naturel, en particulier en zone tropicale, et provoquer de fortes démangeaisons. Pour s'en protéger il est recommandé d'utiliser des répulsifs cutanés (cf. § 2.2.2). Le benzoate de benzyle peut être appliqué à une ou deux reprises

sur les lésions de grattage au moyen d'un coton-tige. En Asie, l'un de ces acariens microscopiques du genre *Leptotrombidium* transmet le typhus des broussailles (*Orientia tsutsugamushi*, anciennement nommée *Rickettsia tsutsugamushi* ou *Rickettsia orientalis*).

La gale est une cause fréquente de prurit disséminé au retour de voyage. L'acarien responsable (*Sarcoptes scabiei*) ne transmet aucun agent pathogène.

2.1.5 Les arthropodes venimeux

D'autres arthropodes piqueurs tels que les araignées, les scolopendres, les scorpions et certains insectes sociaux (guêpes, frelons, abeilles...) peuvent provoquer des envenimations (manifestations locales ou générales, induites par la pénétration dans l'organisme de venin plus ou moins toxique selon sa composition). Toute morsure ou piqûre qui entraîne des symptômes locaux marqués ou des symptômes généraux (douleur vive, œdèmes, malaises, hypotension artérielle, troubles de la vue, nausées, fièvre, etc.) nécessite une consultation. Les cantharides, coléoptères vésicants, sont également sources de nuisance.

En cas de bivouac, pour éviter le transport passif d'arthropodes ou la colonisation des effets personnels (vêtements, chaussures, etc.), il est recommandé de les ranger dans un sac ou un bidon en plastique étanche et bien fermé.

2.2 Protection contre les piqûres d'arthropodes

2.2.1 Remarques générales

Les recommandations listées ici concernent la prévention individuelle du voyageur contre les piqûres d'arthropodes.

Les recommandations portant sur l'usage des répulsifs et insecticides prennent en compte leur bénéfice individuel mais aussi leur toxicité pour l'homme et l'environnement en l'état actuel des connaissances. Leur usage doit donc être raisonné.

De façon générale, pour les voyages vers des destinations à climat chaud ou tropical, il est recommandé de :

- se protéger contre les piqûres d'insectes, notamment par l'application de répulsifs cutanés, en particulier sur les parties du corps non couvertes par les vêtements ;
- dormir la nuit sous une moustiquaire de préférence imprégnée d'insecticide. La moustiquaire doit être correctement bordée sur le lit, ou bien toucher le sol, et le bon état de son maillage doit être vérifié. En journée, la moustiquaire doit être maintenue fermée ou pliée afin d'éviter que des moustiques n'y reposent à l'intérieur. Dans les zones fortement impaludées, éviter de sortir la nuit, même un court moment, sans protection anti-moustiques, et a fortiori de dormir à la belle étoile sans moustiquaire imprégnée ;
- porter des vêtements légers, amples et couvrants (manches longues, pantalons et chaussures fermées).

Ces mesures de prévention sont les plus efficaces.

Dans les habitations, la climatisation diminue les risques de piqûres. Des insecticides en bombe ou en diffuseur ainsi que les raquettes électriques pourront être utilisés en mesure d'appoint. Les serpentins fumigènes peuvent également être utilisés, à l'extérieur et dans les vérandas.

L'imprégnation des vêtements par des insecticides jusqu'ici recommandée pour des durées limitées en cas de forte exposition en population générale n'a pas fait la preuve de son efficacité et expose à un risque de toxicité individuelle et environnementale désormais bien documenté (voir l'expertise collective de l'Inserm « [Pesticides et effets sur la santé. Nouvelles données](#) » et les [directives de l'OMS contre le paludisme](#) du 13 juillet 2021). Elle n'est plus recommandée sauf dans des groupes de population particuliers (réfugiés, militaires) lorsqu'ils n'ont pas accès aux moustiquaires imprégnées.

Les moyens de prévention disponibles contre les piqûres de moustiques sont présentés dans le [tableau 6](#).

Tableau 6

Moyens de prévention disponibles contre les piqûres de moustiques

Moyens recommandés

- Moustiquaire imprégnée d'insecticide pour lit, berceau ou poussette, selon l'âge et les vecteurs
- Moustiquaire non imprégnée (si l'imprégnation n'est pas possible)
- Moustiquaires grillagées aux fenêtres et aux portes
- Répulsifs cutanés sur les parties du corps non couvertes, en complément du port de vêtements amples, couvrants et légers

Moyens d'appoint

- Diffuseur électrique d'insecticide (à l'intérieur)
- Raquettes électriques
- Pulvérisation intra-domiciliaire de « bombes » insecticides (disponibles dans le commerce)
- Climatisation
- Ventilation
- Serpentin fumigène (extérieur)

Moyens non recommandés (efficacité non démontrée - à ne pas utiliser)

- Bracelets anti-insectes
- Huiles essentielles
- Appareils sonores à ultrasons, vitamine B1, homéopathie, rubans, papiers et autocollants gluants sans insecticide

2.2.2 Usage des répulsifs cutanés

Parmi les nombreux produits actuellement en vente, les substances actives recommandées pour se prémunir des piqûres de moustiques sont le DEET (N,N-diéthyl-m-toluamide), l'IR 3535 (N-acétyl-N-butyl-β-alaninate d'éthyle), l'icaridine (Carboxylate de Sec-butyl 2-(2-hydroxyéthyl)pipéridine-1) ou KBR3023 et l'huile d'*Eucalyptus citriodora*, hydratée, cyclisée (produit naturel, le dérivé de synthèse étant le PMD (para-menthane-3,8 diol)) [23,25,26,27,28] (tableau 7).

Dans le cadre du Règlement biocides (UE) 528/2012⁽³⁾, les produits répulsifs sont classés dans le groupe TP19. En raison de la mise en œuvre progressive du Règlement biocide, certains produits ne sont pas encore soumis à autorisation de mise sur le marché (AMM) et n'ont par conséquent pas encore fait l'objet d'une évaluation. La liste des produits disposant d'une AMM évolue au fur et à mesure de l'instruction des dossiers. Les produits bénéficiant d'une AMM sont identifiables par la présence du numéro d'AMM (FR-AAAA-XXXX) sur l'étiquette.

Produits à base de DEET et d'IR3535

À ce jour, tous les produits contenant du DEET et la majorité des produits contenant de l'IR3535 font l'objet d'une AMM assortie d'un résumé des caractéristiques du produit (RCP). Ce RCP indique les instructions d'emploi nécessaires pour garantir une efficacité du produit et une utilisation avec un risque acceptable pour l'homme ou l'environnement. Les quantités à appliquer et le nombre d'applications par jour en fonction de l'âge ainsi que la durée estimée de la protection y sont détaillées. Ces informations varient d'un produit à l'autre en raison des différences de toxicité de la substance active, de sa concentration dans le produit mais également de la formulation du produit.

Le DEET a une efficacité large contre les arthropodes (moustiques, culicoides, similies, phlébotomes, aoûtats et tiques dures). La formulation a un effet important sur l'absorption cutanée éventuelle. Ce composé huileux altère les plastiques (exemple : certains bracelets de montres, les vêtements synthétiques, les branches de lunettes) et il est irritant pour les yeux. Les produits à base de DEET (30 à 50%) ne sont pas recommandés pour les femmes enceintes, hors les zones à risque élevé de maladies à transmission vectorielle, ni pour les enfants de moins de deux ans. Cependant, l'utilisation du DEET à faible concentration (10% maximum) est possible pour les nourrissons de 1 à 2 ans.

L'IR3535 a un large spectre d'activité sur les arthropodes et peu d'effets toxiques sont décrits. Il n'est pas huileux, son odeur est faible et il n'altère pas les plastiques. Il peut être utilisé chez l'enfant à partir de 6 mois, à la concentration maximale de 20%, et à partir de 24 mois à la concentration maximale de 35%. Pour les femmes enceintes, ne pas utiliser de concentration supérieure à 20%.

Produit à base d'icaridine et huile d'Eucalyptus citriodora, hydratée, cyclisée

L'icaridine et l'huile d'*Eucalyptus citriodora*, hydratée, cyclisée sont en cours d'évaluation au niveau européen. Les produits à base de ces substances actives ne bénéficient pas encore d'AMM.

Pour ces produits, il convient de se référer aux préconisations d'usage figurant sur l'étiquette, tout en limitant le nombre d'applications journalières (2 maximum pour les enfants, jusqu'à 3 applications pour les adultes). Pour les bébés et les femmes enceintes, il est recommandé de privilégier les formulations contenant moins de 20% de substance active.

L'icaridine ou picaridine ou KBR3023 a un large spectre de protection à une concentration de 20 à 25%. Chez les enfants, il peut être utilisé dès 24 mois à la concentration maximale de 25%. Il peut être utilisé chez la femme enceinte à la concentration maximale de 20%.

L'huile d'Eucalyptus citriodora, hydratée, cyclisée n'a été que partiellement évaluée quant à sa toxicité ; elle est très irritante pour les yeux. Son efficacité est similaire à celle du DEET vis-à-vis des moustiques. Ce produit ne doit pas être utilisé chez les enfants de moins de 3 ans [29].

⁽³⁾ Règlement (UE) N° 528/2012 du Parlement européen et du Conseil du 22 mai 2012 concernant la mise à disposition sur le marché et l'utilisation des produits biocides.

Tableau 7

Répuelsifs disponibles pour la protection contre les piqûres d'arthropodes. D'après Debboun M., Frances SP., Strickman DA. *Insect repellents handbook*, CRC Press 2015 [23,30].

Molécules ou substances actives	Concentrations usuelles [concentration efficace min]	Arthropodes ciblés (ordre alphabétique)	Avantages	Inconvénients	Enfants* (concentrations)	Femmes enceintes (concentrations)
Produits disposant d'une AMM (présence du numéro d'AMM sur l'étiquette) et un RCP						
DEET (N,N-diéthyl-m-toluamide)	30 à 50% [10-25%]	Aoutâts Culicoides Moustiques Phlébotomes Simulies Tiques dures	Recul quant à son utilisation	Huileux Altère les plastiques Irritant pour les yeux	10% entre 1 et 2 ans 30% et plus à partir de 2 ans	≤30% Zone à risque élevé
IR3535 (N-acétyl-N-butyl-β-alaninate d'éthyle)	20 à 35% [10-20%]	Aoutâts Culicoides Moustiques Phlébotomes Stomoxes Tiques dures	Faible odeur Non huileux N'altère pas les plastiques Efficace contre les tiques	Durée d'efficacité sur <i>Anopheles</i> parfois moindre que le DEET aux concentrations ≤20%	10 à 20% à partir de 6 mois	≤20%
Produits en cours d'évaluation au niveau européen						
Icaridine ou picaridine ou KBR3023 (Carboxylate de Sec-butyl 2-(2-hydroxyéthyl) pipéridine-1)	20 à 25% [10-20%]	Aoutâts Culicoides Mouches piqueuses Moustiques Puces Tiques dures	Large spectre d'activité N'altère pas les plastiques Faible odeur	Pas aussi efficace que le DEET contre les tiques, certains anophèles et les culicoides	10% à partir de 24 mois	≤20%
Huile d'<i>Eucalyptus citriodora</i>, hydratée, cyclisée (produit naturel, le PMD ou para-menthane-3,8 diol étant un produit de synthèse)**	10 à 30%	Culicoides Mouches piqueuses Moustiques Tiques dures	Large spectre d'activité	Évaluation partielle Moindre durée d'efficacité Forte odeur Très irritant pour les yeux	Pas chez les enfants de moins de 3 ans***	≤10%

* : Pour les nourrissons, l'utilisation d'une moustiquaire sur le berceau ou le landau est recommandée

** : L'huile d'eucalyptus n'est pas une huile essentielle.

*** : CDC Atlanta, *Yellow book* [29].

Autres produits

Les produits revendiquant une action répulsive mais qui ne sont pas identifiés comme des produits biocides TP19 ne doivent pas être utilisés. En particulier, il n'est pas recommandé d'utiliser des huiles essentielles.

Concernant l'usage des répulsifs cutanés, il est recommandé de :

- lire la notice d'utilisation, vérifier les restrictions d'usage (notamment selon l'âge) et respecter les conditions d'application (en particulier, n'appliquer sur la peau que les produits prévus à cet effet) ;
- préférer les répulsifs en crème ou lotion aux répulsifs en spray en raison du risque d'inhalation ou d'ingestion lors de leur application ;
- appliquer les répulsifs sur la peau exposée, mais ne pas en appliquer sur la peau qui est sous les vêtements (sauf au niveau des chevilles même en cas de port de chaussettes) ;
- ne pas appliquer sur une peau lésée, blessée ou irritée, près des yeux ou de la bouche, sur les mains ou le visage des enfants, sur les mains ou les seins d'une femme allaitante. Sur les enfants de moins de 12 ans, le produit doit être appliqué par un adulte ;
- ne pas pulvériser les sprays directement sur la peau. Appliquer d'abord sur les mains, puis sur la peau ;
- en cas d'application de crème solaire, appliquer d'abord la crème solaire à indice de protection maximal, puis respecter un intervalle d'au moins vingt minutes avant d'appliquer un répulsif cutané ;
- après baignade, réappliquer le répulsif dans la limite du nombre maximal d'applications quotidiennes recommandé ;
- laver la peau où les répulsifs ont été appliqués avec de l'eau et du savon, lorsqu'il n'y a plus de risque (par exemple, avant de se coucher sous une moustiquaire) ;
- ne pas pulvériser les sprays dans une pièce fermée ou à côté d'aliments pouvant être consommés ;
- faire attention au caractère potentiellement inflammable du répulsif. Si c'est le cas, ne pas pulvériser près d'une flamme ;
- ne pas utiliser des produits répulsifs à usage vétérinaire sur la peau ou les vêtements. De même, ne pas appliquer les répulsifs sur des animaux s'ils ne sont pas prévus pour cet usage ;
- stocker les répulsifs dans un lieu inaccessible aux enfants.

2.2.3 Usage des insecticides pour imprégnation des tissus

L'usage des insecticides du groupe des pyréthrinoides (dérivés synthétiques des pyréthrinés issues des fleurs du genre *Chrysanthemum*) pour l'imprégnation des tissus d'habillement n'est plus recommandé dans la prévention des piqûres d'arthropodes, même pour une utilisation brève en situation d'exposition forte, du fait d'un rapport bénéfice-risque désormais considéré comme défavorable (voir [encadré](#)).

Encadré

Imprégnation manuelle et usage de vêtements imprégnés par la perméthrine : toxicité et remise en cause d'efficacité

L'imprégnation et l'utilisation de vêtements imprégnés d'insecticide ont longtemps fait partie du panel de mesures de protection personnelle contre les piqûres d'arthropodes, pour des durées limitées en cas de forte exposition à un risque vectoriel. En France, c'est essentiellement la perméthrine, substance active biocide de la famille des pyréthrinoides approuvée en Europe [31,32], qui est utilisée pour imprégner ces vêtements.

Des travaux récents d'expertises conduisent à revoir la balance bénéfice-risque de cette utilisation de la perméthrine (et des pyréthrinoides plus globalement) :

- Depuis 2019, l'OMS ne recommande plus l'usage de vêtements imprégnés dans la prévention du paludisme sauf pour des groupes de populations spécifiques lorsque l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticides n'est pas possible (militaires, réfugiés et autres). La revue systématique de la littérature sur laquelle repose cette décision n'a pas permis de mettre en évidence une efficacité protectrice contre le paludisme attribuable à l'utilisation de vêtements imprégnés en population générale (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK574704/>).
- En 2021, l'ECHA (Agence européenne des produits chimiques) a émis un avis relatif à un produit à base de perméthrine pour imprégner des tissus. Cet avis conclut qu'en raison de possibles risques pour la santé humaine, des tissus imprégnés ne doivent pas être utilisés pour fabriquer des vêtements destinés à la population générale (https://echa.europa.eu/documents/10162/3443002/konservan_p40_bpc_opinion_en.pdf/bc6eca40-f4c5-90de-72f8-15e42df14995?t=1635940179584).
- En 2021, l'Inserm a publié un nouveau rapport (qui complète celui de 2013) relatif aux effets des pesticides sur la santé humaine. Cette expertise collective est basée sur une synthèse des données disponibles issues de la littérature scientifique. Elle documente une toxicité de la perméthrine et d'autres pyréthrinoides chez l'homme, soit en exposition chronique (exposition professionnelle, avec présomption moyenne d'association avec un risque de myélome multiple, de cancer de la prostate et de leucémies), soit en exposition ponctuelle (des femmes enceintes et des petits enfants en population générale, avec présomption forte d'association avec des troubles du développement neuropsychologique de l'enfant) <https://www.inserm.fr/expertise-collective/pesticides-et-sante-nouvelles-donnees-2021/>

Au vu de ces données scientifiques récentes, la balance bénéfice-risque de l'utilisation de vêtements imprégnés avec de la perméthrine est donc devenue défavorable pour une utilisation générale. **L'usage de sprays insecticides à base de pyréthrinoides pour l'imprégnation de vêtements et le port de tenues pré-imprégnées ne sont donc plus recommandés.**

3. Paludisme

3.1 Données épidémiologiques

3.1.1 Évolution du paludisme au niveau mondial

Selon l'OMS [33], la mortalité liée au paludisme, qui avait fortement diminué ces dernières années en passant de presque 896 000 décès en 2000 à 558 000 en 2019, a été affectée par la crise du Covid-19 avec une augmentation des décès notifiés en 2020 (629 000 décès reportés, soit 69 000 de plus par rapport à 2020). Ces chiffres sont issus d'une nouvelle méthode de calcul pour estimer la mortalité infantile due au paludisme, avec une correction appliquée aux vingt dernières années. L'OMS estime que les trois quarts des décès (77% en 2020) concernent des enfants de moins de cinq ans. L'objectif de diminution de 40% de l'incidence globale et du taux de mortalité en 2020 par rapport à 2015, défini par l'OMS, n'a pas été atteint (0% de diminution).

Le rapport 2021 de l'OMS sur le paludisme se fonde sur les informations reçues des programmes nationaux de lutte contre le paludisme et d'autres partenaires dans 85 pays d'endémie palustre, les données présentées sont celles de 2020.

La pression créée par la pandémie de Covid-19 sur les systèmes de santé, en particulier ceux des pays à faibles revenus, a fortement affecté leur capacité à maintenir les activités de lutte contre le paludisme. Cela s'est traduit par une dégradation de la situation dans certains pays. À l'opposé, d'autres pays et régions ont continué à progresser vers l'élimination de la maladie.

Parmi les événements marquants du rapport de l'OMS de 2021, il y a également la recommandation OMS pour l'utilisation du vaccin anti-palustre RTS'S chez les enfants résidant en zone de moyenne et haute endémicité palustre. C'est la première fois que l'OMS recommande un vaccin contre le paludisme [34].

Globalement la transmission du paludisme a plutôt augmenté dans les pays africains, dont 29 rapportent 95% des cas. Six pays rapportent 55% des cas : le Nigeria (26,8% des cas), la République démocratique du Congo (12% des cas), l'Ouganda (5,4% des cas), le Mozambique (4,2% des cas), l'Angola (3,4% des cas) et le Burkina Faso (3,4% des cas). En revanche, le nombre de pays où le paludisme représente moins de 10 000 cas est passé de 26 en 2000 à 47 en 2020. Au cours de la même période, le nombre de pays comptant moins de 100 cas de paludisme indigène ⁽⁴⁾ est passé de 6 à 26. Et sur la période 2010-2020, le nombre total de cas de paludisme dans les 21 pays visant son élimination d'ici 2020, a diminué de 84%. Les Comores, le Mexique, la République de Corée, le Népal, l'Eswatini et le Costa Rica ont signalé moins de cas en 2020 qu'en 2019. La République islamique d'Iran et la Malaisie n'ont rapporté aucun cas de paludisme indigène ⁽⁴⁾ pour la troisième année consécutive. Le Timor-Leste n'avait rapporté aucun cas de paludisme indigène ⁽⁴⁾ en 2018 et 2019, mais trois cas de paludisme indigène ⁽⁴⁾ ont été signalés en 2020. Dans les six pays de la sous-région du Grand Mékong (Cambodge, Chine [province du Yunnan], Myanmar, République démocratique populaire lao, Thaïlande et Viêt Nam), le nombre de cas de paludisme indigène ⁽⁴⁾ à *P. falciparum* a diminué de 93% entre 2000 et 2020. Dans l'ensemble, le Myanmar (71%) et le Cambodge (19%) ont concentré une large majorité des cas de paludisme indigène ⁽⁴⁾ à *P. falciparum*. Enfin, en 2021, la Chine et le Salvador ont été certifiés exempt de paludisme autochtone ⁽⁵⁾ par l'OMS.

Le rapport 2021 de l'OMS sur le paludisme précise dans sa conclusion que la répercussion de la pandémie de Covid-19 sur les systèmes de santé s'est traduite par une augmentation de la morbidité et de la mortalité due au paludisme, et que les pays les plus touchés ont été contraints à fournir des efforts considérables pour limiter le contrecoup du Covid-19 sur la lutte antipaludique. Les pays qui n'avaient pas encore réussi à maîtriser la transmission ont été les plus touchés par l'épidémie de Covid-19.

L'intensification de la circulation du paludisme dans les pays d'endémie ne semble pas vraiment liée aux restrictions de déplacement et aux confinements comme estimé en 2020 [35,36], mais plutôt à la perte des ressources humaines, logistiques et financières qui ont été mobilisées pour la réponse au Covid-19. L'accès au traitement et la distribution de moustiquaires imprégnées ou la chimio-prévention du paludisme saisonnier ont été fortement perturbés.

3.1.2 Données pour la France

Pour l'année 2021, un total de 2 185 cas de paludisme a été déclaré au Centre national de référence (CNR) du paludisme par les correspondants du réseau métropolitain, dont 8 cas présumés autochtones ⁽⁵⁾. Il s'agit de 2 cas cryptiques ⁽⁶⁾, 2 cas aéroportuaires (probablement liés aux bagages) et 4 cas possiblement nosocomiaux. L'augmentation du nombre de cas par rapport à 2020 est très marquée (+117%). Elle correspond, avec la normalisation des voyages internationaux au cours de l'année 2021, à des chiffres proches de ceux observés avant la période aiguë de Covid-19.

Les pays de contamination sont toujours majoritairement situés en Afrique sub-saharienne (99,3%). Les patients infectés sont majoritairement d'origine africaine (90,6%). *Plasmodium falciparum* seul ou associé à une autre espèce plasmodiale est responsable de 88,5% des cas. Pour tous ces chiffres, on retrouve des valeurs proches de celles observées avant les perturbations liées à la pandémie de Covid-19. On note 34 accès à *Plasmodium vivax*, tous des accès simples, 15/26 renseignés pour la nature de séjour chez des militaires, 5 probablement acquis au Mali et 10 à Djibouti. Aucun accès à *Plasmodium knowlesi* n'a été diagnostiqué en 2021. En 2021, les cas de paludisme d'importation chez les militaires sont stables par rapport à 2020 (69 cas en 2021 versus 64 cas en 2020).

La proportion des formes graves reste élevée en 2021 (16,2% ; 345/2 131), en légère diminution par rapport à l'année 2020 (18,4%), mais comparable à 2019 (16,1%). Un total de 8 décès a été déclaré, soit une létalité de 0,37% sur l'ensemble des cas et de 2,3% sur les formes graves, là encore en diminution en proportion par rapport à 2020 et stable par rapport à 2019. Un des principaux facteurs de risques pour les accès graves et les décès est toujours le retard au diagnostic, souvent lié à une prise en charge inadaptée des patients lors d'une première consultation.

⁽⁴⁾ **Cas de paludisme indigène** : cas contracté localement sans élément attestant d'une importation et sans lien direct avec une transmission à partir d'un cas importé (qualifie le paludisme/la transmission et non la personne infectée).

⁽⁵⁾ **Cas de paludisme autochtone** : cas acquis localement, transmis par les moustiques (peuvent être des cas de paludisme indigène ou des cas introduits, de rechute ou de recrudescence ; le terme « autochtone » n'est plus utilisé fréquemment).

⁽⁶⁾ **Cas de paludisme cryptique** : cas, parmi les cas autochtones, pour lesquels aucune cause n'est identifiée (transfusion, greffe, AES (Accident d'exposition au sang), aéroport, colis...).

Il apparaît ainsi essentiel (i) de renforcer la prévention chez le voyageur se rendant en zone endémique vis-à-vis du paludisme, (ii) de limiter au maximum les retards au diagnostic au retour en :

- rappelant aux professionnels de santé l'importance d'évoquer systématiquement un paludisme en cas de fièvre survenant dans les deux mois suivant le retour de zone endémique et la nécessité d'adresser sans délai ces patients vers les services hospitaliers compétents (maladies infectieuses et tropicales, médecine interne, services d'accueil des urgences) pour une prise en charge diagnostique et thérapeutique rapide et adaptée ;
- recommandant aux voyageurs de consulter sans délai leur médecin généraliste ou les services hospitaliers compétents en cas de fièvre survenant dans les deux mois suivant le retour de zone endémique ;
- recherchant un paludisme au retour de zone d'endémie éventuellement parallèlement à une recherche d'infection SARS-CoV-2 et même en cas de Covid-19 confirmé (co-infection) ;
- suggérant aux biologistes d'évoquer un accès palustre en cas de thrombopénie d'étiologie inconnue au retour de zone d'endémie (lecture attentive du frottis au niveau érythrocytaire) et de prendre contact avec le clinicien en charge du patient pour discuter de cette éventualité.

La prévention du paludisme

- La prévention du paludisme pour les voyageurs repose, d'une part, sur la protection personnelle anti-vectorielle (PPAV) (protection contre les piqûres de moustiques) et, d'autre part, dans des situations de risque élevé, sur la chimioprophylaxie antipaludique (CPAP).
- La PPAV reste la base de la prévention du paludisme. Dans les situations à faible risque de paludisme, la PPAV, qui prévient aussi d'autres infections vectorielles (arboviroses en particulier), peut être la seule mesure de prévention. Dans les situations à risque modéré ou élevé de paludisme, le recours à une CPAP est une mesure complémentaire et indispensable de la PPAV qui doit être adaptée individuellement au voyageur selon le type de voyage et ses conditions de déroulement.
- Toutefois, le respect de ces recommandations ne garantit pas une protection absolue ; c'est pourquoi, toute fièvre survenant dans les 2 mois suivant le retour de zone d'endémie palustre, quels que soient les symptômes associés, doit être considérée a priori comme pouvant être un paludisme et nécessiter une consultation en urgence (en effet, 3% des cas de paludisme à *P. falciparum* sont observés plus de 2 mois après le retour).

3.2 Protection personnelle anti-vectorielle (PPAV)

cf. § 2.2.

3.3 Chimioprophylaxie du paludisme

3.3.1 Principes et objectifs de la chimioprophylaxie

La chimioprophylaxie du paludisme (CPAP) vise essentiellement à prévenir le paludisme à *P. falciparum* (Afrique sub-saharienne surtout, forêts et zones humides d'Amérique et d'Asie), en raison de sa fréquence et de sa gravité potentielle. Le développement de la résistance de cette espèce aux antipaludiques justifie une surveillance dont les résultats sont pris en compte pour l'actualisation des recommandations de chimioprophylaxie.

P. vivax (Asie, Amérique, Afrique de l'Est) et *P. ovale* (Afrique centrale et de l'Ouest) sont responsables d'accès palustres. Les différentes molécules antipaludiques actuellement utilisées en France en chimioprophylaxie préviennent imparfaitement les accès primaires et ne préviennent pas les accès de reviviscence liés aux formes dormantes hépatiques (hypnozoïtes) de ces deux espèces plasmodiales. La prévention des accès de reviviscence à *P. vivax* et *P. ovale* repose sur l'utilisation de l'une des deux molécules de la classe des amino-8-quinolines, la primaquine et la tafénoquine, qui sont efficaces sur les formes hypnozoïtes.

La primaquine est la seule molécule actuellement disponible en Europe, dont en France où sa prescription est recommandée dès le premier accès à *P. vivax* ou *P. ovale* [37]. Une Autorisation temporaire d'utilisation (ATU) de cohorte pour la primaquine 15 mg *per os* est en cours depuis juin 2020 chez l'adulte dans cette indication. Les informations relatives à cette ATU sont disponibles sur le site de l'ANSM: <https://ansm.sante.fr/documents/referenc/atude-cohorte-en-cours>.

La tafénoquine est une molécule enregistrée aux États-Unis et en Australie dans la chimioprophylaxie du paludisme chez les personnes âgées de plus de 18 ans et en cure radicale (prévention des reviviscences) de *P. vivax* depuis 2018 chez les personnes âgées de plus de 16 ans [38]. Elle n'est pas enregistrée en Europe [39]. Cette amino-8-quinoléine a une activité sur toutes les espèces plasmodiales et sur différents stades parasites : schizontes hépatiques et sanguins, ainsi que sur les hypnozoïtes intra-hépatiques. Il s'agit donc d'une chimioprophylaxie dite causale, particulièrement intéressante car elle est capable de prévenir également les accès de reviviscence à *P. vivax* et *P. ovale*.

Sa demi-vie de 15 jours permet une prise hebdomadaire dans la chimioprophylaxie du paludisme et une prise unique dans la cure radicale des infections à *P. vivax* ou *P. ovale*.

Elle est recommandée dans cette indication par les CDC au même titre que la primaquine : (https://www.cdc.gov/malaria/diagnosis_treatment/clinicians1.html#treatment). Sa principale contre-indication est l'existence d'un déficit de l'activité enzymatique de la glucose-6-phosphate-déshydrogénase (G6PD) (risque d'hémolyse prolongée) comme pour la primaquine [38].

P. malariae est plus rarement en cause. L'accès survient parfois plusieurs années après le séjour mais l'évolution de l'infection est bénigne.

P. knowlesi, parasite habituel du singe, est signalé chez l'homme depuis 2004 [40]. Il est endémique dans les zones forestières d'Asie (île de Bornéo surtout), mais aussi dans les pays suivants : Malaisie péninsulaire, Philippines (île de Palawan), Myanmar, Thaïlande, Cambodge, Viêt Nam, Indonésie, Laos. Cette espèce peut causer des accès graves, voire mortels. Plusieurs cas d'importation ont été identifiés depuis 2008 en Europe, aux États-Unis, en Australie et en Nouvelle-Zélande [41].

La prescription et le choix d'une CPAP doivent prendre en compte la balance bénéfice-risque (risque d'infection palustre *versus* effets indésirables/contre-indications des médicaments utilisés en prophylaxie) et faire l'objet d'une information claire et appropriée du voyageur.

3.3.2 Évaluation du risque de paludisme et de la pertinence d'une CPAP

L'évaluation individuelle du risque de paludisme et de la pertinence d'une CPAP repose sur une analyse détaillée des caractéristiques du voyage (zones visitées, conditions d'habitat, type d'activités, durée du séjour, etc.) et du profil du voyageur (âge, grossesse, comorbidités, allergies, immunodépression, splénectomie, antécédents de prise d'antipaludiques, poids, prise concomitante de médicaments/interactions médicamenteuses).

Le risque de transmission du paludisme au cours d'un voyage en zone tropicale varie en fonction :

- du continent et des zones visitées (cf. § 3.1.1) : dans la plupart des pays de la ceinture intertropicale d'Asie ou d'Amérique, la transmission se réduit à certaines zones limitées, le plus souvent à l'écart du tourisme conventionnel, et concerne majoritairement *P. vivax* [42,43]. L'identification du pays de destination est toutefois insuffisante ; il faut aussi tenir compte de la région visitée et analyser minutieusement le trajet du voyageur qui peut être exposé de façon intermittente lors de son périple ;
- de la saison : risque plus élevé en saison des pluies et dans les 4 à 6 semaines qui suivent ;
- de l'altitude : 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 ;
- de la durée du séjour : si une seule piqûre infectante suffit pour contracter la maladie, la majorité des cas de paludisme surviennent après des séjours de plus d'un mois [44] ;
- de la nature urbaine ou rurale de l'hébergement, en fonction des pays.

En pratique, les séjours sont classés en deux profils distincts :

- le profil de séjour « conventionnel » : il s'agit schématiquement d'un séjour de courte durée (durée inférieure à un mois), majoritairement en zone urbaine ou sur des sites touristiques classiques avec quelques nuitées en zone rurale mais dans des conditions d'hébergement satisfaisantes (hôtels, maisons) ;
- le profil de séjour « non conventionnel » (concernant les routards, les militaires, un séjour improvisé, une mission humanitaire, ou une exploration scientifique...). Il s'agit schématiquement d'un séjour avec une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : durée supérieure à un mois, nombre élevé de nuitées en zone rurale, hébergements précaires (tente, habitations non protégées), périple pendant la saison des pluies ou dans une région de forte transmission palustre.

Dans tous les cas, le praticien doit identifier, à partir des caractéristiques du voyage, un niveau de risque de paludisme et le confronter au profil du voyageur, au risque d'effets indésirables graves (EIG) des antipaludiques disponibles, et au choix du patient lui-même ou des parents pour les mineurs (notion de niveau de risque acceptable pour un patient donné) :

- en cas de risque élevé de transmission du paludisme (ex : Afrique subsaharienne, Papouasie), la CPAP est toujours nécessaire. Chez les jeunes enfants, les femmes enceintes et certaines personnes particulièrement fragiles, un niveau de risque très élevé et des contre-indications aux molécules antipaludiques peuvent amener le praticien à déconseiller certains voyages ;
- dans les situations où le risque d'effets secondaires graves est plus important que le risque de transmission du paludisme (notamment dans la plupart des régions touristiques d'Asie et d'Amérique du Sud) dans le cadre de séjours conventionnels, il est légitime de ne pas prescrire de CPAP ;
- quel que soit le niveau de transmission du paludisme, certains voyageurs doivent être considérés à risque de paludisme grave : c'est le cas des femmes enceintes, des nourrissons et des enfants de moins de 6 ans, des personnes âgées [45], des personnes infectées par le VIH et des sujets aspléniques.

Dans les situations complexes, les centres de conseils aux voyageurs et de vaccination internationaux (CVI) sont des structures de référence⁽⁷⁾. Ils peuvent assurer l'information des professionnels de santé et les aider à l'analyse du risque de paludisme et de la pertinence d'une CPAP.

3.3.3 Schémas prophylactiques

3.3.3.1 Critères de choix de la molécule antipaludique en chimioprophylaxie

Au terme de l'analyse individuelle du risque de paludisme et de la pertinence d'une CPAP, le choix de la CPAP doit prendre en compte les paramètres suivants :

- l'âge (contre-indications de certaines CPAP) et le poids (pouvant conduire à des prescriptions hors AMM pour un poids inférieur à 10 kg) ;
- l'état de santé pouvant entraîner une contre-indication à certaines CPAP (grossesse, épilepsie, troubles psychologiques ou psychiatriques, insuffisance rénale...) ;
- les éventuelles interactions avec d'autres médicaments (cardiotropes, anti-vitamine K, antibiotiques, antirétroviraux, hormones thyroïdiennes...) qui doivent être vérifiées (consulter le [Thésaurus des interactions médicamenteuses](#) sde l'ANSM ; mis à jour régulièrement ou la [base de données publique des médicaments](#) du ministère de la santé.) ;
- une intolérance à une CPAP lors d'un précédent voyage ;
- l'évaluation de l'observance en fonction des modalités de prise. L'acceptabilité d'une prise orale quotidienne d'un médicament est mauvaise chez les jeunes enfants, a fortiori si la galénique n'est pas adaptée (forme comprimé plutôt que forme sirop ou poudre chez les moins de 6 ans) ou si la palatabilité est mauvaise ;
- les moyens financiers ;
- les données épidémiologiques disponibles et à jour concernant les résistances aux antipaludiques.

Il est à noter qu'un déficit en G6PD ne contre-indique aucune des chimioprophylaxies recommandées actuellement en France.

3.3.3.2 Médicaments antipaludiques disponibles en chimioprophylaxie

Quel que soit l'antipaludique choisi, il ne peut être délivré que sur prescription médicale et il n'est pas remboursé. L'achat de médicaments dans les pays de destination ou par Internet n'est pas recommandé. Les quantités prescrites doivent être suffisantes pour couvrir la durée du séjour en zone à risque, d'autant que, dans bon nombre de pays, les médicaments antipaludiques ne sont pas mis à disposition pour une chimioprophylaxie.

Le choix du traitement prophylactique prend notamment en compte les données épidémiologiques, le profil du voyageur et du séjour et le rapport bénéfice risque ([tableau 8](#)) :

- dans le cadre de la prévention du paludisme à *P. falciparum* : l'association atovaquone-proguanil et la doxycycline sont les traitements recommandés en première intention. Ces deux antipaludiques ont une efficacité élevée et comparable. En pratique, le choix dépend de la tolérance, de la simplicité du schéma d'administration et des ressources financières des voyageurs ;
- la méfloquine a une efficacité comparable à celles de l'atovaquone-proguanil et de la doxycycline ; cependant, compte tenu de ses effets indésirables graves potentiels (voir ci-dessous), ce choix ne devra être envisagé qu'en dernière intention chez l'adulte ; chez l'enfant, les effets neurologiques semblent moins fréquents et le médicament a l'avantage d'une prise hebdomadaire, ce qui peut améliorer la compliance ;
- **la chloroquine n'est plus recommandée pour la chimio-prophylaxie du paludisme.** Elle doit être prescrite avec une contraception prolongée (pendant plusieurs mois) efficace chez les femmes et les hommes en âge de procréer, en raison de son caractère génotoxique. La forme sirop n'est plus commercialisée depuis juillet 2021 et la forme comprimé ne sera plus disponible en décembre 2022. De plus, les indications prophylactiques sont exceptionnelles ;
- l'association chloroquine-proguanil n'est plus commercialisée depuis juillet 2020 ;
- les composés à base de la plante *Artemisia* ne sont pas autorisés pour la chimioprophylaxie du paludisme ; ils ne sont donc pas recommandés quels que soient la présentation et le schéma proposés (voir ci-dessous).

Tous ces médicaments ont des contre-indications ([tableau 8](#)).

Association atovaquone-proguanil (adultes 250/100 mg, enfants 62,5/25 mg) :

⁽⁷⁾ Centres de vaccination anti-malarie ou centres de vaccinations internationales (CVI). https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/tableau_cvfi_janvier_2019.pdf

Tableau 8

Médicaments utilisables pour la chimioprophylaxie du paludisme chez l'enfant et l'adulte

Molécule	Présentations	Posologies enfant et adulte	Durée, indications, précautions d'emploi, contre-indications
Atovaquone-Proguanil	Cp pédiatrique (cpP) à 62,5 mg/25 mg Cp adulte (cpA) à 250 mg/100 mg	<u>Enfant</u> : 5-7 kg : dose équivalente à ½ cpP/j (hors AMM, préparation magistrale nécessaire) 8-<11 kg : dose équivalente à ¾ cpP/j (hors AMM, préparation magistrale nécessaire) 11-<21 kg : 1 cpP/j 21-<31 kg : 2 cpP/j 31-<40 kg : 3 cpP/j >40 kg : 1cpA/j <u>Adulte</u> : 1 cpA/j	À prendre au cours d'un repas ou avec une boisson lactée, à heure fixe Début du traitement : 24 à 48 h avant le jour d'entrée dans la zone à risque ou le jour d'entrée selon les indications du fabricant À prendre pendant le séjour et pendant 1 semaine après le départ de la zone de transmission du paludisme Peut-être envisagé, si nécessaire, chez la femme enceinte Effets indésirables : Augmentation de l'INR pour les patients sous AVK Contre-indications : Insuffisance rénale sévère
Chloroquine			N'est plus recommandée
Doxycycline	Cp à 50 mg Cp à 100 mg Cp sécable à 100 mg	<u>Enfant</u> : ≥8 ans et <40 kg : 50 mg/j ≥8 ans et ≥40 kg : 100 mg/j <u>Adulte</u> : 100 mg/j	À prendre pendant le repas du soir au moins 1 heure avant le coucher Début du traitement : la veille du départ À prendre pendant le séjour et pendant 4 semaines après le départ de la zone de transmission du paludisme Contre-indications : grossesse, allaitement, âge <8 ans Effets indésirables : • photosensibilisation • potentialisation de l'effet des AVK par modification du microbiote intestinal
Méfloquine	Cp sécable à 250 mg	<u>Enfant</u> : 5 mg/kg/semaine 5-14 kg : hors AMM, dose équivalente à 1/8 cp/sem (préparation magistrale nécessaire) 15-19 kg : ¼ cp/sem >19-30 kg : ½ cp/sem >30-45 kg : ¾ cp/sem >45 kg : 1 cp/sem <u>Adulte</u> : 1 cp/sem	Début du traitement : 10 jours avant le départ (<i>pour les sujets n'ayant jamais pris de méfloquine, afin de vérifier l'absence d'effets secondaires lors de la deuxième prise, soit 3 jours avant l'entrée dans la zone à risque</i>) À prendre pendant le séjour et pendant 3 semaines après le départ de la zone de transmission du paludisme Contre-indications : antécédent de convulsions, de troubles neuropsychiques, insuffisance hépatique sévère, traitement concomitant par l'acide valproïque La fréquence des EIG justifie de n'envisager la primo-prescription qu'en dernière intention Déconseillée en cas de pratique de la plongée Pas de contre-indication liée à la grossesse (cf. § 9.5)

Les modifications 2022 par rapport à l'édition 2021 sont indiquées en orange.

Cp : comprimé. **Avant l'âge de 6 ans pour des raisons pratiques, il peut être nécessaire d'écraser les comprimés.**

INR : *International Normalized Ratio*.

AVK : anti-vitamine K (warfarine, acénocoumarol, fluindione).

- pour les personnes pesant plus de 40 kg, la posologie est d'1 comprimé adulte par jour, au cours d'un repas ;
- pour les enfants pesant de 11 à 40 kg, on utilise les comprimés enfants et la posologie doit être adaptée en fonction du poids ;
- pour les enfants de 5 kg à moins de 11 kg l'association peut être utilisée en prophylaxie hors AMM ; les comprimés pédiatriques n'étant pas sécables, cela nécessite la préparation, en pharmacie, de gélules dont le dosage sera adapté au poids de l'enfant ;
- pour les femmes enceintes, l'association peut être prescrite en cas de séjour inévitable dans les zones où cette association est recommandée. Le suivi de grossesses exposées à l'association atovaquone-proguanil est insuffisant à ce stade pour exclure formellement tout risque malformatif ou fœtotoxique.

La prise du traitement, au cours d'un repas ou avec une boisson lactée, à heure fixe, est à débiter le jour d'arrivée ou 24 à 48 h avant l'arrivée en zone à risque (selon les indications du fabricant) poursuivie pendant tout le séjour et une semaine après l'avoir quittée.

Doxycycline (monohydrate de doxycycline : comprimés à 50 ou 100 mg, comprimés sécables à 100 mg ; hyclate de doxycycline : comprimés à 50 ou 100 mg) :

- chez l'adulte, la posologie est de 100 mg/jour ;
- chez l'enfant de plus de 8 ans et de plus de 40 kg, la posologie est de 100 mg/jour ;
- chez l'enfant de plus de 8 ans et de moins de 40 kg, la posologie est de 50 mg/jour.

La doxycycline est contre-indiquée avant l'âge de 8 ans, déconseillée pendant le premier trimestre de la grossesse et contre-indiquée à partir du deuxième trimestre (elle expose l'enfant à naître au risque de coloration des dents de lait). Pour les mêmes raisons, l'allaitement doit être arrêté pendant le traitement.

Elle peut entraîner une photodermatose par phototoxicité si les précautions d'emploi ne sont pas respectées : une prise le soir et recours à une protection solaire adaptée. De plus, cette prise doit se faire au cours du repas, au moins 1 h avant le coucher pour éviter le risque d'ulcérations œsophagiennes.

La prise est à débiter la veille du départ pour la zone à risque et à poursuivre quatre semaines après l'avoir quittée. L'observance journalière est impérative.

Méfloquine (comprimés sécables à 250 mg) :

- chez l'adulte et l'enfant de plus de 45 kg, la posologie est d'un comprimé une fois par semaine ;
- chez l'enfant de moins de 45 kg, la posologie est de 5 mg/kg/semaine en chimioprophylaxie. Cependant, le produit n'existe que sous forme de comprimé quadrisécable qui ne permet d'adapter la prophylaxie que chez les sujets de plus de 15 kg. En France, la méfloquine n'a pas d'AMM en chimioprophylaxie du paludisme pour les enfants pesant moins de 15 kg. Cependant, l'OMS permet son utilisation à partir d'un poids de 5 kg et les recommandations américaines du Yellow Book 2020 [46] mentionnent une dose de 5 mg/kg/semaine pour un poids inférieur à 10 kg et d'un quart de comprimé par semaine pour un poids compris entre 10 et 19 kg. En pédiatrie, les effets secondaires semblent moins fréquents que chez l'adulte et qu'en traitement curatif. Le médicament est souvent utilisé hors AMM chez les nourrissons et les petits enfants car sa prise hebdomadaire facilite une meilleure observance [47] ;
- pour la femme enceinte, la méfloquine peut être prescrite en cas de séjour inévitable dans les zones où cette molécule est recommandée. L'analyse d'un nombre élevé de grossesses exposées n'a relevé aucun effet malformatif ou fœtotoxique particulier dû à ce médicament administré en prophylaxie. Toutefois, comme en population générale, la méfloquine n'est plus envisagée qu'en dernière intention compte tenu de ses effets indésirables graves potentiels (cf. infra) ; les risques d'effets indésirables psychiatriques ne la font pas recommander chez une femme enceinte ou allaitante n'en ayant jamais pris compte tenu du fait que la bonne tolérance ne peut être anticipée et du risque accru des troubles psychologiques qui accompagnent le post-partum ;
- l'apparition sous traitement de troubles neuropsychiques tels qu'une anxiété aiguë, un syndrome dépressif, une agitation, une confusion mentale, des idées suicidaires ou même des troubles mineurs tels qu'une tristesse inexpliquée, des céphalées, des vertiges ou des troubles du sommeil (cauchemars), doit conduire à l'interruption immédiate de cette prophylaxie et à une consultation médicale. Le voyageur doit être informé de la survenue possible de ces effets indésirables⁽⁸⁾. Afin de réduire leur risque de survenue, la méfloquine est contre-indiquée en traitement prophylactique chez les personnes présentant une dépression active, un antécédent de dépression, une anxiété généralisée, une psychose, un antécédent de tentative de suicide, des idées suicidaires et un comportement de mise en danger de soi-même, une schizophrénie ou d'autres troubles psychiatriques, un antécédent de convulsions quelle qu'en soit l'origine.
- compte tenu de ces effets indésirables potentiellement graves, la méfloquine ne devra être envisagée dans la chimioprophylaxie du paludisme que si le bénéfice est jugé supérieur au risque par le médecin

⁽⁸⁾ Une revue Cochrane [48] ne montre aucun effet de ce type en essai clinique randomisé sur 592 sujets prenant de la méfloquine (6 essais, 1 221 participants). Des suivis de cohortes (moins rigoureux que les essais cliniques) ont montré 5 « événements graves » à type d'« humeur dépressive » attribués à la méfloquine, ayant entraîné l'hospitalisation chez 913 utilisateurs de ce médicament. L'arrêt du traitement dans les essais cliniques chez les utilisateurs de méfloquine était quasiment similaire à celui des sujets recevant un placebo (1,1% vs 0,7%). En revanche, chez les voyageurs, les sujets se plaignant de cauchemars, anxiété, insomnie et humeur dépressive (sans hospitalisation) pendant le voyage étaient plus nombreux (6% à 13%) que chez ceux prenant l'association atovaquone-proguanil (1 à 7%).

prescripteur en charge du patient. Une carte d'information et de surveillance des effets indésirables destinée au voyageur est disponible à l'intérieur du conditionnement du médicament ; elle doit être présentée par le pharmacien au moment de la dispensation ;

- le traitement est à débiter au moins 10 jours avant l'arrivée dans la zone à risque pour apprécier la tolérance de deux prises consécutives ;
- la prise de méfloquine doit être poursuivie au moins trois semaines après avoir quitté la zone à risque, soit trois prises.

***Artemisia* : les risques de l'utilisation de la plante entière sous forme de tisane ou de gélules**

L'utilisation des plantes entières du genre *Artemisia* sous la forme de tisanes ou de gélules, dans la prévention ou le traitement du paludisme, a fait l'objet d'une promotion commerciale en France et en Afrique, relayée par des associations et les médias. L'usage détourné de compléments alimentaires à base d'artémisinine ou de phytothérapie à base de plantes sèches d'*Artemisia* comme prophylaxie antipaludique est en augmentation croissante chez les voyageurs. Ceux-ci croyant être sous une prophylaxie efficace sont à risque d'un retard de prise en charge et de paludisme grave.

À l'inverse, les associations médicamenteuses à base de dérivés synthétiques d'artémisinine, recommandées et utilisées dans le traitement du paludisme, ont fait l'objet d'essais scientifiques validant leur efficacité et leur sécurité d'emploi qui ont conduit à l'octroi d'une AMM européenne.

Pour ce qui est des tisanes, gélules ou autres préparations dérivées de la plante entière *Artemisia* :

- ces produits de phytothérapie n'ont pas fait la preuve de leur efficacité dans le cadre d'études cliniques méthodologiquement contrôlées et rigoureuses ;
- leur innocuité n'est pas établie ;
- leur usage est clairement déconseillé par l'OMS depuis 2012 [49]. Suite à un examen approfondi des éléments de preuve relatifs à l'efficacité des formes non pharmaceutiques d'*Artemisia* mené en 2019, l'OMS ne justifie pas la promotion des matières végétales d'*Artemisia* ou leur utilisation sous une quelconque forme pour la prévention ou le traitement du paludisme. Le document explique en détails la position de l'OMS et examine les éléments de preuve relatifs à l'efficacité des formes non pharmaceutiques d'*Artemisia*, ainsi que les limites de ces remèdes ;
- elles ne disposent pas d'autorisation de mise sur le marché en Europe ou aux USA ;
- en France, l'ANSM est intervenue à deux reprises, en 2015 et 2017, pour interdire la vente de produits à base d'*Artemisia* proposés dans l'indication de prévention et traitement du paludisme, sur Internet ou par l'intermédiaire d'associations ;
- l'Académie nationale de médecine, dans son communiqué du 19 février 2019, met également en garde contre l'utilisation de cette phytothérapie.

Pour toutes ces raisons, l'attention des praticiens impliqués dans le conseil aux voyageurs est appelée sur les points suivants :

- l'utilisation de la plante entière *Artemisia* sous la forme de tisanes ou de gélules dans la prévention ou le traitement du paludisme n'est pas autorisée et doit être proscrite ;
- en matière de CPAP, il est recommandé de se référer aux recommandations scientifiques existantes et régulièrement actualisées ;
- sur le plan de la santé publique, il est recommandé aux praticiens de signaler sur le site de l'ANSM ou celui du ministère chargé de la santé (cf. encadré Pharmacovigilance) les effets indésirables observés et les cas de paludisme survenant sous l'usage détourné de l'*Artemisia* dont ils ont connaissance au cours de leur exercice.

Il est important d'informer systématiquement les voyageurs sur les risques encourus lors de l'utilisation de ces produits pour la prévention ou le traitement du paludisme qui les expose à une perte de chance.

3.3.3.3 Situations particulières

Certaines situations particulières, liées à la durée, au type et à la destination du séjour (intensité de l'exposition et niveau de transmission dans la zone), peuvent faire recommander après analyse de la balance bénéfice-risque, d'autres schémas prophylactiques que ceux recommandés ci-dessus :

Séjours de courte durée

- Pour un court séjour (inférieur à 7 jours, durée minimum d'incubation du paludisme à *P. falciparum*) **et uniquement en zone de transmission faible ou modérée et en contexte de séjour exposant à un faible niveau de transmission**, la chimioprophylaxie n'est pas indispensable, à condition de respecter scrupuleusement les règles de PPAV (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.
- Pour des séjours itératifs de courte durée :
 - certains professionnels sont amenés à faire des séjours brefs et répétés en zone de transmission, pendant plusieurs années, voire toute leur carrière (navigants, ingénieurs et techniciens pétroliers ou miniers, commerciaux...). Dans ces cas, une chimioprophylaxie antipaludique prolongée est inappropriée, voire inadaptée. Une chimioprophylaxie limitée aux périodes de forte transmission (pendant la saison des pluies et les 6 semaines qui suivent) peut être envisagée ;
 - le service de santé au travail des entreprises concernées doit jouer un rôle essentiel d'information personnalisée, répétée annuellement, portant sur la prévention des piqûres de moustiques (PPAV) et l'incitation à consulter en urgence un médecin référent en cas de fièvre. La remise d'un document d'information sur les pays à risque de transmission, mis à jour régulièrement, s'impose. L'établissement, à l'initiative du service de santé au travail, d'un document personnel, nominatif, joint en permanence aux papiers d'identité, indiquant les voyages professionnels répétés en zone tropicale et le risque de paludisme, est nécessaire. Cette carte comportera un numéro de téléphone d'urgence d'un contact professionnel capable d'informer sur les déplacements récents. La prescription d'un traitement présomptif (voir ci-dessous) est envisageable chez ces personnes.

Séjours en zone non endémique

Si une CPAP est nécessaire pour une partie seulement du séjour d'un voyageur (par exemple séjour dans les réserves animalières de l'Est de l'Afrique du Sud), elle doit être initiée la veille de la première nuitée dans la zone à risque. Dans cette situation, l'association atovaquone-proguanil est particulièrement adaptée en raison de la prescription limitée à 7 jours après avoir quitté cette zone à risque.

Séjours de longue durée (supérieure à 3 mois)

La prévention du paludisme doit faire l'objet d'une information approfondie. Il est recommandé de remettre au patient un document rédigé et d'insister sur la PPAV (cf. § 2.2).

Lors du premier séjour de longue durée, on recommandera aux voyageurs et expatriés une CPAP pendant 3 à 6 mois. Au-delà de cette durée, on peut faire évaluer la pertinence de sa poursuite par un référent médical défini à l'avance, selon le type de séjour et la zone de séjour. Dans les situations à haut risque (Afrique subsaharienne essentiellement, terrain individuel à risque), la CPAP est à maintenir le plus longtemps possible. En Afrique sahélienne, la prise d'une CPAP peut être limitée à la saison des pluies : la débiter un mois après le début de la saison des pluies et la poursuivre jusqu'à 6 semaines après la fin des pluies (CPAP saisonnière).

Dans tous les cas, il est indispensable que la prise en charge rapide d'une fièvre par le médecin référent puisse être assurée (diagnostic parasitologie fiable et traitement antipaludique précoce). En cas de besoin, les services consulaires peuvent être sollicités ou le site France Diplomatie consulté <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/conseils-par-pays-destination/> pour identifier un médecin référent local (lire également le § 7.6).

Il convient de prévenir les intéressés de la possibilité de survenue d'un accès de paludisme lors des retours de zone d'endémie, surtout pendant les deux premiers mois [50,51].

Chimioprophylaxie chez les femmes enceintes ou qui allaitent [52,53,54]

Voir le [chapitre 9.5](#)

3.3.4 Chimioprophylaxie selon les zones, les types de séjours ou les situations des personnes

Selon les zones

Les recommandations de chimioprophylaxie par zones sont indiquées dans le [tableau 9](#).

Les situations épidémiologiques étant évolutives, les recommandations sont susceptibles d'être modifiées en fonction de l'actualité.

Tableau 9

Situation du paludisme et recommandations de prévention pour les voyageurs, 2022

(Les pays pour lesquels les recommandations de prévention 2022 ont changé par rapport à celles de 2021 sont indiquées en orange ainsi que les autres modifications 2022).

Pays	Recommandations 2022	
	Risque de transmission du paludisme – définition de termes Absence de transmission de paludisme : absence de transmission active du paludisme dans la région ou le pays considéré. En conséquence aucune chimioprophylaxie antipaludique n'est recommandée mais une « Protection personnelle anti-vectorielle » peut cependant l'être si la région ou le pays considéré sont déclarés indemnes du paludisme depuis moins de trois ans avec persistance des moustiques vecteurs du paludisme. <i>Les notions de zones de forte ou de faible transmission dans un pays, de même que les notions de risque élevé ou de risque faible pour le voyageur, sont basées sur le Rapport 2021 sur le paludisme dans le monde de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/malaria/world-malaria-reports/world-malaria-report-2021-global-briefing-kit-fre.pdf?sfvrsn=8e5e915_23&download=true) et les données de son site Malaria Threat Map: https://apps.who.int/malaria/maps/threats; les recommandations des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (https://www.cdc.gov/malaria/travelers/country_table/a.html), du Public Health England (https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1002275/Guidelines_for_malaria_prevention_in_travellers_from_the_UK_2021-1.pdf) et du Comité suisse d'experts en médecine des voyages (CEMV) (https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/mt/i-und-b/reisemedizin-reiseimpfungen/reisemedizin-impfung-und-malariaschutz-2021.pdf) ont été consultées ainsi que la plateforme Médis de l'Institut Pasteur de Lille (https://pasteur-lille.fr/centre-prevention-sante-longevite/vaccins-et-voyages/preparer-ses-voyages/)</i> Transmission localisée : transmission dans les zones ou foyers définis. Transmission saisonnière : transmission durant certaines périodes de l'année, définies par les mois révolus ou une activité climatique. Transmission sporadique : transmission irrégulière. <i>Cas de paludisme indigène : cas contracté localement sans élément attestant d'une importation et sans lien direct avec une transmission à partir d'un cas importé (qualifie le paludisme/la transmission et non la personne infectée).</i> Pf : <i>P. falciparum</i> Pv : <i>P. vivax</i> Pk : <i>P. knowlesi</i>	Recommandations A/P : Association Atovaquone – Proguanil D : Doxycycline M : Méfloquine C : Chloroquine La prévention vise à la fois les infections à Pf et celles aux autres espèces plasmodiales pathogènes pour l'homme Une recommandation de « Protection personnelle anti-vectorielle » ne concerne ici que la protection contre le paludisme pour les zones et périodes signalées. En conséquence, l'application de mesures de protection vis-à-vis d'autres maladies à transmission vectorielle (arboviroses) n'est pas mentionnée dans ce tableau <i>Les recommandations en termes de protection personnelle anti-vectorielle et de chimioprophylaxie sont détaillées dans le chapitre 2</i> La mention « Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour » fait référence au risque de paludisme sans préjuger des autres causes possibles de fièvre La mention « Si soirée(s) ou nuitée(s) dans les zones... » a été introduite dans certaines zones à faible risque d'exposition d'Asie et d'Amérique tropicale où la transmission urbaine est nulle ou négligeable Ces recommandations sont susceptibles d'évoluer dans le temps
Afghanistan	- Transmission saisonnière de mai à novembre au-dessous de 2 500 m. <i>Les zones les plus à risque sont le sud et l'est du pays sur toute la frontière avec le Pakistan et au nord en frontière avec le Tadjikistan</i> - Pv prédominant (97%) et Pf	- Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M pour les zones indiquées et pendant les périodes signalées - Protection personnelle anti-vectorielle pour les zones indiquées et pendant les périodes signalées - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Afrique du Sud	- Transmission toute l'année uniquement dans les zones est et nord-est de basse altitude : province de Mpumalanga (y compris le parc national Kruger), province de Limpopo (<i>y compris parc Marakele</i>) et nord-est du KwaZulu-Natal. Risque plus élevé d'octobre à mai (saison des pluies) - Pf essentiellement	- Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M pour les zones signalées - Protection personnelle anti-vectorielle pour les zones indiquées - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour



Tableau 9 (suite)

Pays	Recommandations 2022	
Algérie	Absence de transmission du paludisme. Pays certifié exempt de paludisme en 2019	
Angola	• Transmission toute l'année dans tout le pays • Pf essentiellement	• Chimio prophylaxie : A/P ou D ou M • Protection personnelle anti-vectorielle • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Anguilla	Absence de transmission de paludisme	
Antigua-et-Barbuda	Absence de transmission du paludisme	
Antilles néerlandaises (Bonaire, Curaçao, Saba, Saint-Eustache, sud de Saint-Martin)	Absence de transmission de paludisme	
Arabie saoudite	• Pays en phase de pré-élimination du paludisme. Transmission locale et saisonnière de faible risque de septembre à janvier le long de la frontière sud avec le Yémen (sauf dans les zones de haute altitude de la province d'Asir). Absence de risque à La Mecque, à Médine et à Riyadh • Pf	• Chimio prophylaxie : A/P ou D ou M pour les zones indiquées et pendant les périodes signalées • Protection personnelle anti-vectorielle • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Argentine	Absence de transmission du paludisme (pays certifié exempt de paludisme en 2019)	
Aruba	Absence de transmission du paludisme	
Arménie	Absence de transmission de paludisme (<i>pays certifié exempt de paludisme en 2011</i>)	
Australie	Absence de transmission de paludisme	
Azerbaïdjan	Pas de cas rapportés depuis 2013 dans la zone précédemment infectée située entre les rivières Araxe et Koura. Absence de risque à Bakou	• Protection personnelle anti-vectorielle
Bahamas	Absence de transmission de paludisme	
Bahreïn	Absence de transmission de paludisme	
Bangladesh	• Transmission à risque élevé, toute l'année notamment pendant la période de mousson, urbaine et rurale, dans les districts de Chittagong Hill Tract, de Chattogram et de Cox's Bazaar. Il existe un faible risque dans les districts du Nord du pays. Dans le reste du pays, y compris Dhaka, il n'y a pas de risque de paludisme	• Protection personnelle anti-vectorielle dans toutes les zones à risque • Chimio prophylaxie : A/P ou D ou M dans les zones à risque élevé • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Barbade	Absence de transmission de paludisme	
Belize	• Absence de transmission du paludisme à Belize City et dans les îles fréquentées par les touristes. Seuls quelques foyers très limités restent actifs dans le sud (Stan Creek) • Pv essentiellement • Absence de résistance aux antipaludiques	• Protection personnelle anti-vectorielle • Pas de chimio prophylaxie • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Bénin	• Transmission toute l'année dans tout le pays • Pf (100%)	• Chimio prophylaxie : A/P ou D ou M • Protection personnelle anti-vectorielle • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Bermudes	Absence de transmission de paludisme	
Bhoutan	• Transmission toute l'année dans la zone sud (districts de Chukha, Dagana, Pemagatshel, Samdrup Jongkhar, Samtse, Sarpang et Zhemgang). Transmission saisonnière pendant les mois pluvieux d'été dans des foyers situés dans le reste du pays. Absence de risque dans les districts de Bumthang, Gasa, Paro et Thimphu • Pv principalement	• Protection personnelle anti-vectorielle dans toutes les zones à risque • Pas de chimio prophylaxie pour les voyages touristiques conventionnels • Chimio prophylaxie : A/P ou D ou M pour les zones rurales des régions indiquées et pendant les périodes signalées si exposition particulière au risque ou risque de forme grave de paludisme (<i>cf. § 3.3</i>) • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour

Tableau 9 (suite)

Pays	Recommandations 2022	
Bolivie	• Transmission toute l'année dans les zones en dessous de 2 500 m. Le risque est plus élevé <i>dans le nord du pays</i>, dans les départements de Beni et Pando, surtout dans les localités de Guayaramerín, Sena et Riberalta • Pv (99%) pour l'ensemble du pays	• Pas de chimioprophylaxie pour les voyages touristiques conventionnels. • Chimioprophylaxie A/P ou D ou M dans les zones les plus à risque si exposition particulière au risque ou risque de forme grave de paludisme (cf. § 3.3) • Protection personnelle anti-vectorielle pour l'ensemble du pays • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Botswana	• Transmission saisonnière de novembre à mai/juin dans la moitié nord du pays (districts de Bobirwa, Boteti, Chobe, Ngamiland, Okavango, Tutume). Absence de risque dans la moitié sud du pays, à Francistown et Gaborone • Pf essentiellement (100% en 2020)	• Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M pour les zones indiquées et pendant les périodes signalées • Protection personnelle anti-vectorielle • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Brésil	• Transmission dans les États de la « région amazonienne légale » : Acre, Amapá, Amazonas, Maranhão, nord du Mato Grosso, Pará (sauf la ville de Belém), Rondônia, Roraima et Tocantins (partie occidentale), en dessous de 900 m. L'intensité de la transmission varie d'une municipalité à l'autre, mais elle est plus élevée dans la jungle, notamment dans les zones de production minière et de colonisation rurale, dans les régions autochtones ainsi que dans certaines zones urbaines situées à la périphérie de Cruzeiro do Sul, Manaus et Porto Velho. Le paludisme sévit aussi à la périphérie de grandes villes comme Boa Vista, Macapá, Marabá, Rio Branco et Santarém. • Un risque de transmission de <i>P. vivax</i> peut exister dans la « Forêt atlantique » des États de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro et Espírito Santo • Informations sur la situation : <i>Bulletin Malaria 2020</i> • Pf (84%) et Pv (16%)	• Chimioprophylaxie A/P ou D ou M dans les zones à risque si exposition particulière au risque ou risque de forme grave de paludisme (cf. § 3.3) • Protection personnelle anti-vectorielle • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Brunéi Darussalam	• Quelques cas de paludisme à Pk • Absence d'autres espèces plasmodiales depuis 1987	• Protection personnelle anti-vectorielle • Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M si exposition particulière au risque ou risque de forme grave de paludisme (cf. § 3.3) • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Burkina Faso	• Transmission toute l'année dans tout le pays • Pf prédominant	• Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M • Protection personnelle anti-vectorielle • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Burundi	• Transmission toute l'année dans tout le pays • Pf prédominant	• Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M • Protection personnelle anti-vectorielle • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Caïmans (îles)	Absence de transmission de paludisme	
Cambodge	• Transmission toute l'année dans les zones rurales forestières. Absence de transmission à Phnom-Penh et aux alentours de Tonle Sap (Siem Reap) et négligeable dans la zone touristique d'Anghor Wat. La résistance de Pf à l'artésunate, à la méfloquine, à la luméfántrine et à la pipéraquine a été signalée dans l'ouest du Cambodge et gagne le centre du pays. La résistance de Pv à la chloroquine a été signalée dans l'est du pays. • PV majoritaire, Pf, et Pk	• Protection personnelle anti-vectorielle dans toutes les zones à risque • Pas de chimioprophylaxie pour les voyages touristiques conventionnels • Chimioprophylaxie : A/P ou D pour les zones signalées si exposition particulière au risque ou risque de forme grave de paludisme (cf. § 3.3) • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour



Tableau 9 (suite)

Pays	Recommandations 2022	
Cameroun	• Transmission toute l'année dans tout le pays • Pf prédominant (100% en 2020)	• Chimio prophylaxie : A/P ou D ou M • Protection personnelle anti-vectorielle • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Canada	Absence de transmission de paludisme	
Cap-Vert	• Transmission saisonnière et sporadique d'août à novembre dans l'île de Santiago et l'île de Boa Vista • Pf prédominant	• Protection personnelle anti-vectorielle • Pas de chimio prophylaxie • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Chili	Absence de transmission de paludisme	
Chine	Pays certifié exempt de paludisme en 2021	
Colombie	• Transmission toute l'année dans les zones rurales ou de jungle jusqu'à 1 600 m d'altitude. Le risque de paludisme est <i>modéré à élevé sauf dans la partie centrale du pays où l'incidence était nulle en 2020</i>. Absence de risque dans les zones urbaines, y compris Bogotá et sa région, Cartagena, à une altitude supérieure à 1 600 m et sur les îles de l'archipel de San Andrés y Providencia dans la mer des Caraïbes • Pf (53%) ; Pv (47%)	• Chimio prophylaxie : A/P ou D ou M pour les zones signalées à haut risque ou à risque modéré • Chimio prophylaxie : A/P ou D ou M, dans les autres zones à risque, si exposition particulière au risque ou risque de forme grave de paludisme (cf. § 3.3) • Protection personnelle anti-vectorielle pour l'ensemble du pays dans les zones à moins de 1 600 m • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Comores (excepté Mayotte)	• Transmission toute l'année dans l'archipel • Pf prédominant (100% en 2020)	• Chimio prophylaxie : A/P ou D ou M • Protection personnelle anti-vectorielle • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Congo	• Transmission toute l'année dans tout le pays • Pf prédominant (100% en 2020)	• Chimio prophylaxie : A/P ou D ou M • Protection personnelle anti-vectorielle • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Congo (République démocratique du) ex-Zaïre	• Transmission toute l'année dans tout le pays • Pf prédominant	• Chimio prophylaxie : A/P ou D ou M • Protection personnelle anti-vectorielle • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Cook (îles)	Absence de transmission de paludisme	
Corée du Nord	• Zones de transmission sporadique dans les provinces du sud • Pv : 100%	• Protection personnelle anti-vectorielle • Pas de chimio prophylaxie • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Corée du Sud	• Zones de transmission sporadique et saisonnière de mars à décembre dans les provinces du nord (Gangwon-do, Gyeonggi-do) et à Incheon • Pv : 100%	• Protection personnelle anti-vectorielle • Pas de chimio prophylaxie • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Costa Rica	• Risque faible de transmission <i>le long de la frontière du Nicaragua du littoral caraïbe et de la frontière avec le Panama</i> • Pv (98%), Pf	• Protection personnelle anti-vectorielle • Pas de chimio prophylaxie • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Côte d'Ivoire	• Transmission toute l'année dans tout le pays • Pf prédominant (100% en 2020)	• Chimio prophylaxie : A/P ou D ou M • Protection personnelle anti-vectorielle • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour

Tableau 9 (suite)

Pays	Recommandations 2022	
Cuba	Absence de transmission de paludisme	
Djibouti	- Transmission toute l'année dans tout le pays - Pf (63%) ; Pv (37%)	- Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M - Protection personnelle anti-vectorielle - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Dominique (Île de la)	Absence de transmission de paludisme	
Égypte	Absence de cas autochtones depuis 1998, <i>risque très faible possible de juin à octobre dans le gouvernorat d'El Faiyum</i>	Protection personnelle anti-vectorielle dans la zone et la période concernée
Émirats arabes unis	Absence de transmission de paludisme (<i>pays certifié exempt de paludisme en 2007</i>)	
Équateur	- Transmission toute l'année au-dessous de 1 500 m. Le risque de paludisme à Pf est plus élevé dans la province d'Esmeraldas et dans la région amazonienne (provinces de Pastaza et Morano Santiago). Risque de paludisme à Pv dans la région amazonienne, notamment les provinces de Morona Santiago, Pastaza, Orellana, et Sucumbios. <i>Incidence élevée dans la partie est du pays et non nulle dans la partie nord le long de la côte pacifique ; incidence nulle dans la moitié ouest du pays et le long de la côte pacifique (sauf partie nord)</i>. Absence de risque à Guayaquil, <i>risque faible</i> à Quito et dans les autres villes de la région andine. Absence de transmission de paludisme dans les Iles Galápagos - Pf (11%) ; Pv (89%)	- Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M pour les zones à risque élevé de paludisme à Pf signalées - Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M, dans les autres zones à risque, <i>si</i> exposition particulière au risque ou risque de forme grave de paludisme (<i>cf. § 3.3</i>) - Protection personnelle anti-vectorielle pour toutes les zones à risque - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Érythrée	- Transmission toute l'année dans tout le pays au-dessous de 2 200 m. Absence de risque à Asmara - Pf (90%) ; Pv (10%)	- Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M pour les zones signalées - Protection personnelle anti-vectorielle - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Eswatini (Swaziland)	- Transmission toute l'année dans toutes les zones de basse altitude (essentiellement Big Bend, Mhlume, Simunye et Tshaneni). Risque plus élevé de novembre à mai - Pf prédominant (100% en 2020)	- Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M pour les zones signalées - Protection personnelle anti-vectorielle - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
États-Unis d'Amérique	Absence de transmission de paludisme	
Éthiopie	- Transmission toute l'année dans tout le pays au-dessous de 2 000 m. Absence de risque à Addis-Abeba - Pf (85%) ; Pv (15%)	- Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M pour les zones signalées - Protection personnelle anti-vectorielle - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Fidji (Îles)	Absence de transmission de paludisme	
Gabon	- Transmission toute l'année dans tout le pays - Pf : 100%	- Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M - Protection personnelle anti-vectorielle - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Gambie	- Transmission toute l'année dans tout le pays - Pf prédominant (100% en 2020)	- Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M - Protection personnelle anti-vectorielle - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Géorgie	<i>Absence de cas de 2010 à 2020 ; 4 cas en 2020</i> - Pv uniquement	- Protection personnelle anti-vectorielle - Pas de chimioprophylaxie - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour



Tableau 9 (suite)

Pays	Recommandations 2022	
Ghana	- Transmission toute l'année dans tout le pays - Pf prédominant (100% en 2020)	- Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M - Protection personnelle anti-vectorielle - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Grèce	- Transmission saisonnière et sporadique de mai à octobre dans les villages du delta de l'Éurotas dans le district de Laconie (zone de 20 km²). Absence de risque dans les zones touristiques. <i>Pas de transmission de paludisme indigène en Grèce en 2020</i> - Pv : 100%	Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Grenade	Absence de transmission de paludisme	
Guadeloupe	Absence de transmission de paludisme	
Guam (Île de)	Absence de transmission de paludisme	
Guatemala	- Transmission toute l'année dans les zones rurales au-dessous de 1 500 m - Le risque le plus élevé concerne les départements d'Alta Verapaz (Telemán, Panzós, La Tinta) et d'Escuintla (Gomera, Masagua, Santa Lucia Cotzumalguapa, Tiquisate). Risque modéré dans les départements de Suchitepéquez, Retalhuleu, Izabal. Risque faible dans les départements de Chiquimula, Zacapa, Baja Verapaz, San Marcos, Peten, Jutiapa, Jalapa, El Progreso, Santa Rosa, Guatemala, Chimaltenango, Huehuetenango, et Quiché. Absence de risque à Guatemala City, Antigua et au lac Atitlan - Pv (99%) Pf (1%)	- Protection personnelle anti-vectorielle dans les zones à risque - Pas de chimioprophylaxie pour les voyages touristiques conventionnels - Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M si exposition particulière au risque ou risque de forme grave de paludisme (cf. § 3.3) - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Guinée	- Transmission toute l'année dans tout le pays - Pf prédominant (100% en 2020)	- Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M - Protection personnelle anti-vectorielle - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Guinée-Bissau	- Transmission toute l'année dans tout le pays - Pf prédominant	- Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M - Protection personnelle anti-vectorielle - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Guinée équatoriale	- Transmission toute l'année dans tout le pays - Pf prédominant	- Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M - Protection personnelle anti-vectorielle - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Guyana	- Transmission toute l'année dans l'ensemble du pays (surtout l'arrière-pays ; cas sporadiques sur la côte dans les zones à forte densité de population) - Pf (37%) ; Pv (63%)	- Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M dans les zones à risque élevé - Protection personnelle anti-vectorielle pour l'ensemble du pays - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Guyane	- Risque de transmission le long des fleuves dans la région centre de la Guyane (entre Saül et Maripasoula) ainsi que la région du bas Oyapock et de l'Approuague, ce qui inclut les communes de Régina et Saint-Georges de l'Oyapock. Absence de transmission sur la zone côtière, le Bas Maroni et le Haut Oyapock. - Pf (7%) ; Pv (93%) - Multirésistance aux antipaludiques des souches de Pf dans les zones d'immigration des populations brésiliennes https://www.guyane.ars.sante.fr/media/80056/download?inline	- Protection personnelle anti-vectorielle pour l'ensemble du pays - Absence de chimioprophylaxie pour les voyages sur la zone côtière - Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M pour les zones signalées si exposition particulière au risque ou risque de forme grave de paludisme (cf. § 3.3) - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour

Tableau 9 (suite)

Pays	Recommandations 2022	
Haïti	• Transmission toute l'année dans tout le pays (<i>surtout départements du sud, Grand'Anse, Nippes, et Sud-Est</i>) • Pf : 100% • Absence de résistance à la chloroquine	• Chimio prophylaxie : A/P ou D ou M • Protection personnelle anti-vectorielle • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Hawaï	Absence de transmission de paludisme	
Honduras	• Le risque de transmission de Pv est élevé dans les départements de Colón et Gracias a Dios, et modéré dans ceux d'Atlántida, El Paraiso, Olancho et Yoro. Le risque de transmission de Pf est élevé à Colón Gracias a Dios • Pf (29%) ; Pv (71%) • Absence de résistance à la chloroquine	• Protection personnelle anti-vectorielle pour l'ensemble du pays • Absence de chimio prophylaxie pour les voyages touristiques conventionnels sur la zone côtière • Chimio prophylaxie : A/P ou D ou M si exposition particulière au risque ou risque de forme grave de paludisme (cf. § 3.3) • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Hong-Kong	Absence de transmission de paludisme	
Inde	• Transmission toute l'année dans l'ensemble du pays dans les zones situées à moins de 2 000 m d'altitude. Les États les plus à risque sont l'Orissa, le Chhattisgarh, le Jharkhand, le Madhya Pradesh, le Maharashtra ainsi que certains États du nord-est (Tripura, Meghalaya, Mizoram) • Absence de risque dans la plus grande partie des États de Jammu et Kashmir, de l'Himachal Pradesh, et du Sikkim et faible transmission dans le reste du pays • Pf (40-50%) ; Pv (50-60%)	• Protection personnelle anti-vectorielle pour l'ensemble du pays • Chimio prophylaxie : A/P ou D ou M pour les zones rurales des États les plus à risque • Pas de chimio prophylaxie pour les voyages touristiques conventionnels dans les autres zones du pays • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Indonésie	• Transmission toute l'année dans la plupart des zones des cinq provinces orientales (Papouasie, Papouasie occidentale, Moluques, Moluques du Nord et Nusa Tenggara oriental) • Dans les autres parties du pays, il y a un risque de paludisme dans certains districts, sauf dans la municipalité de Jakarta, les villes et zones urbaines ainsi que dans les principaux sites touristiques (dont Bali) • Pf : 56% ; Pv : 44% ; Pk (dans la province de Kalimantan) • Résistance à la chloroquine de certaines souches de Pv	• Protection personnelle anti-vectorielle pour l'ensemble du pays • Chimio prophylaxie : A/P ou D ou M pour les cinq provinces orientales ou pour les zones rurales des autres régions signalées • Pas de chimio prophylaxie pour les voyages touristiques conventionnels dans les autres zones du pays • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Iran	• Transmission saisonnière de mars à novembre et localisée dans les zones rurales des provinces de l'Hormozgan et du Kerman (zone tropicale) et dans la partie méridionale du Sistan-Balouchistan. Très peu de risque dans le reste du pays • Pf, Pv (<i>majoritaire</i>)	• Protection personnelle anti-vectorielle dans l'ensemble du pays • Pas de chimio prophylaxie • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Iraq	Aucun cas autochtone signalé depuis 2009	
Israël	Absence de transmission de paludisme	
Jamaïque	Absence de transmission de paludisme	
Japon	Absence de transmission de paludisme	
Jordanie	Absence de transmission de paludisme	
Kazakhstan	Absence de transmission de paludisme	
Kenya	• Transmission toute l'année dans tout le pays. Risque faible dans la ville de Nairobi et sur les hauts plateaux (au-dessous de 2 500 m) des provinces suivantes : Centrale, Nyanza, Occidentale, Orientale et Vallée du Rift • Pf prédominant (100% en 2020)	• Chimio prophylaxie : A/P ou D ou M pour les zones signalées • Protection personnelle anti-vectorielle • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour



Tableau 9 (suite)

Pays	Recommandations 2022	
Kirghizistan	Absence de transmission de paludisme (<i>pays certifié exempt de paludisme en 2016</i>)	
Kiribati (îles)	Absence de transmission de paludisme	
Koweït	Absence de transmission de paludisme	
Laos	• Transmission toute l'année dans tout le pays, sauf à Vientiane • Pf (46%) ; Pv (54%)	• Protection personnelle anti-vectorielle dans toutes les zones à risque • Pas de chimioprophylaxie pour les voyages touristiques conventionnels • Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M <u>si</u> exposition particulière au risque ou risque de forme grave de paludisme (cf. § 3.3) • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Lesotho	Absence de transmission de paludisme	
Liban	Absence de transmission de paludisme	
Liberia	• Transmission toute l'année dans tout le pays • Pf prédominant	• Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M • Protection personnelle anti-vectorielle • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Libye	Absence de transmission de paludisme	
Macao	Absence de transmission de paludisme	
Madagascar	• Transmission toute l'année dans tout le pays. Risque plus élevé dans les zones côtières • Pf prédominant (100% en 2020)	• Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M • Protection personnelle anti-vectorielle • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Malaisie	• Transmission localisée dans des foyers limités de l'arrière-pays forestier, notamment au Sarawak et au Sabah à Bornéo et dans les zones centrales de la Malaisie péninsulaire. Absence de risque dans les zones urbaines, suburbaines et côtières • PK à Bornéo et en Malaisie péninsulaire	• Protection personnelle anti-vectorielle dans toutes les zones à risque • Pas de chimioprophylaxie pour les voyages touristiques conventionnels • Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M <u>si</u> exposition particulière au risque ou risque de forme grave de paludisme (cf. § 3.3) • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Malawi	• Transmission toute l'année dans tout le pays • Pf prédominant (100% en 2020)	• Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M • Protection personnelle anti-vectorielle • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Maldives (îles)	Absence de transmission de paludisme	
Mali	• Transmission toute l'année dans tout le pays • Pf prédominant (100% en 2020)	• Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M • Protection personnelle anti-vectorielle • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Malouines (îles)	Absence de transmission de paludisme	
Mariannes (îles)	Absence de transmission de paludisme	
Maroc	Absence de transmission de paludisme (<i>pays certifié exempt de paludisme en 2010</i>)	

Tableau 9 (suite)

Pays	Recommandations 2022	
Marshall (Îles)	Absence de transmission de paludisme	
Martinique (Île de la)	Absence de transmission de paludisme	
Maurice (Île)	Absence de transmission de paludisme	
Mauritanie	- Transmission toute l'année dans tout le pays, à l'exception des régions du Nord (Dakhlet-Nouadhibou et Tiris-Zemour). Transmission saisonnière à Adrar et Inchiri, pendant la saison des pluies (de juillet à octobre) - Pf prédominant	- Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M pour les zones indiquées et pendant les périodes signalées - Protection personnelle anti-vectorielle - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Mayotte (Île de) Voir aussi « Comores »	- Transmission sporadique - Pf prédominant	- Pas de chimioprophylaxie - Protection personnelle anti-vectorielle - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Mexique	- Transmission localisée dans certaines parties de l'État du Chiapas (non visitées par les touristes). Risque faible dans les États de Chihuahua, Durango, Nayarit, Quintana Roo et Sinaloa - Pv exclusif	- Protection personnelle anti-vectorielle dans toutes les zones à risque - Pas de chimioprophylaxie pour les voyages touristiques conventionnels - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Micronésie	Absence de transmission de paludisme	
Mongolie	Absence de transmission de paludisme	
Mozambique	- Transmission toute l'année dans tout le pays - Pf prédominant (100% en 2020)	- Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M - Protection personnelle anti-vectorielle - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Myanmar (ex-Birmanie)	<i>Incidences très variables dans le pays, mais globalement peu de zones exemptes de transmission.</i> Transmission toute l'année dans les zones rurales reculées des régions de collines boisées ainsi que dans les zones côtières de l'État de Rahkine. Les plaines situées au centre du pays et les zones arides sont généralement exemptes de paludisme. Absence de transmission dans les villes et les centres urbains - Pf prédominant ; Pv ; Pk : quelques cas humains - Multirésistance aux antipaludiques (dont méfloquine)	- Protection personnelle anti-vectorielle dans toutes les zones à risque - Pas de chimioprophylaxie pour les voyages touristiques conventionnels <i>Chimioprophylaxie : A/P ou D si exposition particulière au risque ou risque de forme grave de paludisme (cf § 3.3)</i> - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Namibie	- Transmission toute l'année le long des fleuves Kunene et Zambeze dans les régions éponymes et le long de l'Okavango dans la région de Kavango. Transmission saisonnière de novembre à juin dans les régions suivantes : Oshana, Oshana, Oshikoto et Otjozondjupa. Absence de transmission dans les deux tiers sud du pays, y compris la ville de Windhoek - Pf prédominant	- Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M pour les zones indiquées et pendant les périodes signalées - Protection personnelle anti-vectorielle - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Nauru (Île)	Absence de transmission de paludisme	
Népal	- Transmission saisonnière de Pv (de mars à octobre avec un pic de mai à août) dans les zones rurales du Teraï situées le long de la frontière avec l'Inde, avec des flambées occasionnelles de paludisme à Pf de juillet à octobre. Absence de risque dans le reste du pays y compris Kathmandu, Pokhara et lors des treks himalayens - Pf (7%) ; Pv (93%)	- Protection personnelle anti-vectorielle dans toutes les zones à risque - Pas de chimioprophylaxie - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Nicaragua	- Transmission essentiellement de Pv, localisée, toute l'année, dans la région d'Atlántico Norte, et de manière sporadique dans les régions de Boaca, Chinandega, Jinotega, León et Matagalpa. Risque négligeable dans les départements du centre et de l'ouest. Transmission de Pf dans l'Atlántico Norte (municipalités de Rosita, Siuna, Bonanza, Puerto Cabezas, et Waspán) - Pf (47%) ; Pv (53%)	- Protection personnelle anti-vectorielle dans toutes les zones à risque - Pas de chimioprophylaxie pour les voyages touristiques conventionnels <i>Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M si exposition particulière au risque ou risque de forme grave de (cf. § 3.3)</i> - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour



Tableau 9 (suite)

Pays	Recommandations 2022	
Niger	• Transmission toute l'année dans tout le pays • Pf prédominant (100% en 2020)	• Chimio prophylaxie : A/P ou D ou M • Protection personnelle anti-vectorielle • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Nigeria	• Transmission toute l'année dans tout le pays • Pf prédominant	• Chimio prophylaxie : A/P ou D ou M • Protection personnelle anti-vectorielle • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Niue (Île)	Absence de transmission de paludisme	
Nouvelle-Calédonie	Absence de transmission de paludisme	
Nouvelle-Zélande	Absence de transmission de paludisme	
Oman	Transmission sporadique de Pf et de Pv possible	• Pas de chimio prophylaxie • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Ouganda	• Transmission toute l'année dans tout le pays • Pf prédominant	• Chimio prophylaxie : A/P ou D ou M • Protection personnelle anti-vectorielle • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Ouzbékistan	Absence de transmission de paludisme (pays certifié exempt de paludisme en 2018)	
Pakistan	• Risque faible de transmission toute l'année dans tout le pays au-dessous de 2 000 m surtout dans les zones rurales de juillet à décembre • Pf (21%) ; Pv (79%)	• Protection personnelle anti-vectorielle dans toutes les zones à risque • Pas de chimio prophylaxie • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Palaos (Îles)	Absence de transmission de paludisme	
Panama	• Risque faible de transmission toute l'année dans les régions situées le long de la côte atlantique et de la frontière avec la Colombie et le Costa Rica : Bocas del Toro, Chiriquí, Colón, Darién, Kuna Yala, Ngöbe Buglé, Panama et Veraguas. Absence de risque dans la ville de Panama, la zone du canal et les autres provinces • Pf (3%) ; Pv (97%) (100% en 2020)	• Protection personnelle anti-vectorielle dans toutes les zones à risque • Pas de chimio prophylaxie pour les voyages touristiques conventionnels • Chimio prophylaxie : A/P ou D ou M si exposition particulière au risque ou risque de forme grave de paludisme (voir chapitre 3.3) pour les zones rurales, dans les régions signalées • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Papouasie-Nouvelle Guinée	• Transmission toute l'année dans tout le pays au-dessous de 1 800 m en particulier sur la côte nord • Pf (75%) ; Pv (25%)	• Chimio prophylaxie : A/P ou D ou M pour les zones signalées • Protection personnelle anti-vectorielle • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Pâques (Île de)	Absence de transmission de paludisme	
Paraguay	Certifié exempt de paludisme en 2018	
Pérou	• Risque faible de transmission toute l'année dans les zones rurales des vallées inter-andines situées au-dessous de 2 300 m et la jungle amazonienne. Les 45 districts les plus exposés sont concentrés dans les régions Amazonas, Junin, San Martin et principalement Loreto (98% des cas d'infection à Pf). Absence de transmission dans les régions à plus de 2 300 m (y compris le Machu Picchu, le lac Titicaca et les villes d'Arequipa, Cuzco et Puno) ainsi que dans les villes de Lima et au sud de Lima (Moquegua, Ica, Nazca et Tacna). Pas de paludisme à Iquitos mais dans les villages alentours sur l'Amazone et affluents • Pf (20%) ; Pv (80%)	• Protection personnelle anti-vectorielle dans toutes les zones à risque • Pas de chimio prophylaxie pour les voyages touristiques conventionnels • Chimio prophylaxie : A/P ou D ou M si exposition particulière au risque ou risque de forme grave de paludisme (cf. § 3.3) • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour

Tableau 9 (suite)

Pays	Recommandations 2022	
Philippines	- Risque de transmission toute l'année dans 9 provinces : Palawan, Sultan Kudarat, Davao del norte, Maguindanao, Sulu, Mindoro occidental, Tawi-tawi, Cagayan Valley et Davao City - Pf (88%) ; Pv ; Pk sur l'île de Palawan	- Protection personnelle anti-vectorielle dans toutes les zones à risque - Pas de chimioprophylaxie pour les voyages touristiques conventionnels - Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M <u>si</u> exposition particulière au risque ou risque de forme grave de paludisme (cf. § 3.3) - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Polynésie française	Absence de transmission de paludisme	
Porto Rico	Absence de transmission de paludisme	
Qatar	Absence de transmission de paludisme	
République centrafricaine	- Transmission toute l'année dans tout le pays - Pf prédominant (100% en 2020)	- Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M - Protection personnelle anti-vectorielle - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
République dominicaine	- Transmission toute l'année, en particulier dans les provinces occidentales de Dajabón, Elias Pina et San Juan. <i>Risque faible dans la partie ouest du pays</i>. Rares cas dans les villes de Saint-Domingue, Santiago et à Punta Cana - Pf exclusivement - Pas de résistance aux antipaludiques	- Protection personnelle anti-vectorielle dans les zones à risque - Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M <u>si</u> plusieurs nuitées dans les zones indiquées (cf. § 3.3) - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Réunion (Île de la)	Absence de transmission de paludisme	
Russie (Fédération de)	Transmission sporadique possible dans les zones de forte immigration en provenance des pays du sud de la Communauté des États indépendants	- Pas de chimioprophylaxie - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Rwanda	- Transmission toute l'année dans tout le pays - Pf prédominant (100% en 2020)	- Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M - Protection personnelle anti-vectorielle - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Saint-Barthélemy (Île de)	Absence de transmission de paludisme	
Sainte-Hélène (Île de)	Absence de transmission de paludisme	
Sainte-Kitts et Nevis (Île de)	Absence de transmission de paludisme	
Sainte-Lucie (Île de)	Absence de transmission de paludisme	
Saint-Martin (Île de)	Absence de transmission de paludisme	
Salomon (Îles)	- Transmission toute l'année dans tout le pays sauf dans quelques îlots de l'est et du sud - Pf (33%) ; Pv : (67%)	- Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M pour les zones signalées - Protection personnelle anti-vectorielle - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Salvador (El)	<i>Pas de transmission (pays certifié exempt de paludisme en 2021)</i>	
Samoa (Îles)	Absence de transmission de paludisme	



Tableau 9 (suite)

Pays	Recommandations 2022	
Sao Tomé-et-Principe (îles)	- Transmission toute l'année dans tout le pays - Pf prédominant (100% en 2020)	- Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M - Protection personnelle anti-vectorielle - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Sénégal	- Transmission toute l'année dans tout le pays. Risque moindre de janvier à juin dans les régions occidentales - Pf prédominant (100% en 2020)	- Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M - Protection personnelle anti-vectorielle - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Seychelles (îles des)	Absence de transmission de paludisme	
Sierra Leone	- Transmission toute l'année dans tout le pays - Pf prédominant	- Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M - Protection personnelle anti-vectorielle - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Singapour	Absence de transmission de paludisme	
Somalie	- Transmission toute l'année dans tout le pays : risque élevé dans le centre et le sud du pays (vallées des rivières Shebelli et Juba) surtout pendant la saison des pluies de juin à décembre. Risque faible et saisonnier (saison des pluies) dans le nord - Pf prédominant	- Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M - Protection personnelle anti-vectorielle - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Soudan	- Transmission toute l'année dans tout le pays : risque élevé dans le centre et le sud du pays. Risque faible sur la côte de la Mer Rouge. Risque faible et saisonnier (saison des pluies) dans le nord - Pf prédominant	- Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M - Protection personnelle anti-vectorielle - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Sri Lanka	Absence de transmission de paludisme depuis 2016 (pays certifié exempt de paludisme en 2016)	- Protection personnelle anti-vectorielle - Pas de chimioprophylaxie - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Sud Soudan	- Transmission toute l'année dans tout le pays - Pf prédominant	- Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M - Protection personnelle anti-vectorielle - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Suriname	- Transmission en décroissance depuis plusieurs années : risque exclusif sur la frontière est et dans les régions d'extraction de l'or. Risque nul dans la ville de Paramaribo et dans les 7 autres districts côtiers depuis 1968 - Pf (40%) ; Pv (58%)	- Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M pour les zones signalées - Absence de chimioprophylaxie pour la zone côtière - Protection personnelle anti-vectorielle pour l'ensemble du pays - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Swaziland (voir Eswatini)		
Syrie	- Transmission sporadique possible de mai à octobre dans des foyers situés le long de la frontière Nord, en particulier dans les zones rurales du gouvernorat d'El Hasaka (aucun cas autochtone signalé depuis 2005 mais arrêt de la surveillance depuis 2010) - Pv : exclusif	- Protection personnelle anti-vectorielle pour les zones signalées aux périodes indiquées - Pas de chimioprophylaxie - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Tadjikistan	Absence de cas autochtone à Pf depuis 2009 et à Pv depuis 2015	- Protection personnelle anti-vectorielle - Pas de chimioprophylaxie - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour

Tableau 9 (suite)

Pays	Recommandations 2022	
Taïwan	Absence de transmission de paludisme	
Tanzanie	• Transmission toute l'année dans tout le pays au-dessous de 1 800 m y compris à <i>Dar es Salam</i> et Zanzibar • Pf prédominant	• Chimio prophylaxie : A/P ou D ou M pour les zones signalées • Protection personnelle anti-vectorielle • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Tchad	• Transmission toute l'année dans tout le pays, surtout en période humide de mai à octobre • Pf prédominant	• Chimio prophylaxie : A/P ou D ou M • Protection personnelle anti-vectorielle • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Thaïlande	• Transmission localisée toute l'année aux zones rurales forestières frontalières avec le Myanmar, le Cambodge et le Laos, y compris celles les plus au sud. Absence de risque dans les villes (comme Bangkok, Chiangmai et Pattaya), dans les centres urbains, à Ko Samui et dans les principales stations touristiques de l'île de Phuket. Un risque peut exister dans les autres îles. Pf et Pv : 47% ; Pk (quelques cas humains) • Multirésistance aux antipaludiques (<i>dont méfloquine</i>)	• Protection personnelle anti-vectorielle dans toutes les zones à risque • Pas de chimio prophylaxie pour les voyages touristiques conventionnels • Chimio prophylaxie : A/P ou D si exposition particulière au risque ou risque de forme grave de paludisme (cf. § 3.3) • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Timor-Leste	• Transmission toute l'année dans tout le pays • Pf prédominant	• Protection personnelle anti-vectorielle • Chimio prophylaxie : A/P ou D ou M • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Togo	• Transmission toute l'année dans tout le pays • Pf prédominant	• Chimio prophylaxie : A/P ou D ou M • Protection personnelle anti-vectorielle • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Tonga (îles)	Absence de transmission de paludisme	
Trinité-et-Tobago (îles)	Absence de transmission de paludisme	
Tunisie	Absence de transmission de paludisme	
Turkménistan	Absence de transmission de paludisme (<i>pays certifié exempt de paludisme en 2010</i>)	
Turquie	Absence de transmission de paludisme depuis 2010	
Tuvalu (îles)	Absence de transmission de paludisme	
Uruguay	Absence de transmission de paludisme	
Vanuatu	• Transmission toute l'année dans tout le pays • Pv prédominant • Résistance de <i>P. vivax</i> à la chloroquine	• Protection personnelle anti-vectorielle • Pas de chimio prophylaxie pour les voyages touristiques conventionnels • Chimio prophylaxie : A/P ou D ou M si exposition particulière au risque ou risque de forme grave de paludisme (cf. § 3.3) • Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour



Tableau 9 (suite)

Pays	Recommandations 2022	
Venezuela	- Transmission toute l'année dans les zones situées en dessous de 1 700m. Risque élevé dans les États de Amazonas, Bolívar, Delta Amacuro et Sucre ; risque modéré dans le Zulia. ; risque faible dans les États de Anzoátegui et Monagas. Le risque d'infection à Pf est restreint aux municipalités d'Amazone (Alto Orinoco, Atabapo, Atures, Autana et Manapiare), de Bolívar (Angostura, Cedeño, El Callao, Gran Sabana, Heres, Piar, Rocio et Sifontes), Delta Amacuro, et Sucre (Benítez, Bermúdez, Cajigal et Arismendi) - Pf (25%) ; Pv (75%)	- Protection personnelle anti-vectorielle - Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M pour les zones signalées - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Vierges (îles)	Absence de transmission de paludisme	
Viêt Nam	- Transmission toute l'année dans les hauts plateaux au-dessous de 1 500 m au sud du 18° degré de latitude nord, et notamment dans les quatre provinces principales de ces hauts plateaux, Dak Lak, Dak Nong, Gia Lai et Kon Tum, ainsi que dans la province de Binh Phuoc et les parties occidentales des provinces côtières de Khanh Hoa, Ninh Thuan, Quang Nam et Quang Tri. Absence de transmission dans les centres urbains, le delta du fleuve Rouge, le delta du Mékong et les plaines côtières du centre du pays - Pf et Pv ; Pk (quelques cas humains) - Résistance à la méfloquine	- Protection personnelle anti-vectorielle dans tout le pays - Pas de chimioprophylaxie pour les voyages touristiques conventionnels - Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M si exposition particulière au risque ou risque de forme grave de paludisme (cf. § 3.3) - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Wallis et Futuna	Absence de transmission de paludisme	
Yémen	- Transmission toute l'année, mais surtout de septembre à fin février, dans tout le pays au-dessous de 2 000 m. Risque faible sur l'île de Socotra. Absence de risque dans la ville de Sanaa - Pf prédominant	- Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M pour les zones signalées (sauf l'île de Socotra) - Pas de chimioprophylaxie pour l'île de Socotra - Protection personnelle anti-vectorielle - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Zambie	- Transmission toute l'année dans tout le pays y compris à Lusaka avec un maximum de novembre à mai. - Pf prédominant	- Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M - Protection personnelle anti-vectorielle - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour
Zimbabwe	- Transmission toute l'année dans la vallée du Zambèze. Transmission saisonnière de novembre à juin dans les zones au-dessous de 1 200 m. Risque faible à Bulawayo et Harare - Pf prédominant	- Chimioprophylaxie : A/P ou D ou M pour les zones indiquées et pendant les périodes signalées - Protection personnelle anti-vectorielle - Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour

3.4 Traitement présomptif d'urgence (traitement de réserve)

3.4.1 Chez l'adulte

La prise d'un traitement antipaludique curatif, sans avis médical, pendant le séjour (dit « traitement de réserve ou présomptif ») doit rester l'exception et ne s'impose **qu'en l'absence de possibilité de prise en charge médicale dans les douze heures suivant l'apparition de la fièvre**. Dans le cas où une consultation médicale et une recherche parasitologique de paludisme sont possibles dans ce délai, il est recommandé de ne pas recourir à ce type de traitement.

Le traitement de réserve doit toujours correspondre à l'application de la prescription d'un médecin, consulté avant le départ. Il doit, de préférence, être acheté avant le départ.

La possession d'un médicament destiné à un traitement dit « de réserve » en zone d'endémie palustre peut se justifier :

- lors d'un séjour de plus d'une semaine avec déplacements en zones très isolées ;
- dans des circonstances qui incitent, après avis d'un médecin référent, à ne plus poursuivre la CPAP, telles que les voyages fréquents et répétés (voir ci-dessus) ou après six mois d'expatriation.

Les tests de diagnostic rapide du paludisme ont une sensibilité élevée ; toutefois, dans le cadre de la législation française, ces tests ne peuvent être réalisés que dans un laboratoire d'analyse médicale.

Lorsqu'il est indiqué le traitement de réserve doit être constitué d'une molécule différente de celle utilisée en chimioprophylaxie. Les combinaisons à base de dérivés de l'artémisinine (CTA) : arténimol (dihydroartémisinine)-pipéraquline, artémether-luméfántrine, plus efficaces, doivent être privilégiées. Chez les sujets à risque

d'allongement de l'espace QTc, la réalisation d'un électrocardiogramme de référence, intégré dans le dossier médical du patient est recommandée. L'atovaquone-proguanil est une alternative aux CTA, en cas d'indisponibilité, d'intolérance, d'allongement de l'espace QTc ou d'autre contre-indication, ou d'interaction avec un traitement concomitant ([tableau 10](#)).

Tableau 10

Traitements antipaludiques présomptifs envisageables chez l'adulte

Pour une bonne conservation des comprimés, il est recommandé de les maintenir à une température inférieure à 25-30°C.

Molécule	Posologie	Commentaires
Arténimol-pipéraquine[§]	36-<75 kg, 3 Cp* à 320 mg/40 mg par prise, 1 prise par jour pendant 3 jours ≥75 kg, 4 Cp* à 320 mg/40 mg par prise, 1 prise par jour pendant 3 jours	Prise à jeun, à distance des repas Non recommandé pendant le premier trimestre de la grossesse (sauf absence d'alternative)
Artéméther-luméfantrine[§]	4 Cp* (à 20 mg-120 mg) en 1 prise, à H0, H8, H24, H36, H48, H60 (24 comprimés au total) À partir de 35 kilos N.B. à l'étranger, les dosages des Cp peuvent être différents de ceux existant en France	À prendre au cours d'un repas ou avec une boisson lactée Non recommandé pendant le premier trimestre de la grossesse (sauf absence d'alternative)
Atovaquone-proguanil	4 Cp* (250 mg-100 mg) en 1 prise par jour, pendant 3 jours À partir de 40 kg	À prendre au cours d'un repas ou avec une boisson lactée

* Cp : comprimé.

§ remboursés à 65%.

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

Le voyageur doit être informé des risques liés à l'achat de spécialités hors de France, en raison du grand nombre de contrefaçons circulant dans les pays en développement et des risques liés à l'achat de médicaments sur Internet, dont ni l'origine, ni la composition ne sont garanties. Il doit également être mis en garde sur l'utilisation de sa propre initiative d'autres antipaludiques, non disponibles en France, aisément accessibles dans certains pays d'endémie, notamment les produits qui contiennent des dérivés de l'artémisinine et qui ne doivent pas être pris en monothérapie ou les préparations à base de la plante *Artemisia* en vente dans certains pays endémiques (voir [encadré sur l'Artemisia](#)).

Le fait de disposer d'un traitement 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, compte tenu des possibilités de diagnostic précis et de prise en charge adéquate.

3.4.2 Chez l'enfant

Le traitement de réserve n'a pas été évalué chez l'enfant non immun. Lorsqu'on voyage avec un enfant, une consultation médicale dans un délai maximal de douze heures devrait toujours être possible, car l'évolution vers un accès grave est imprévisible. De plus, l'administration inadaptée d'un traitement de réserve pourrait retarder la prise en charge d'une autre cause potentiellement grave de la fièvre.

Pour ces raisons, la prescription d'un traitement de réserve en pédiatrie doit être exceptionnelle et réfléchie. Elle devrait s'intégrer dans une véritable éducation thérapeutique des familles. En revanche, en cas de prescription, ses modalités sont identiques à celles proposées pour l'adulte, mais la dose sera adaptée au poids.

4. Diarrhée du voyageur et autres risques liés au péril fécal

L'eau, les aliments, les contacts interhumains directs peuvent être à l'origine de maladies diarrhéiques et de diverses pathologies liées au péril fécal. Leur prévention repose toujours sur le respect de règles d'hygiène et parfois sur la vaccination (hépatite A, fièvre typhoïde).

Une diarrhée du voyageur est définie comme l'émission d'au moins 3 selles non formées en 24 heures, ou par l'émission de selles plus fréquentes que d'habitude (cette dernière définition est plus adaptée aux nourrissons et petits enfants, dont le transit normal peut être plus rapide), durant ou au retour d'un voyage.

La diarrhée affecte fréquemment les voyageurs ; son taux d'attaque peut dépasser 40% pour un séjour de 3 semaines. Chez les enfants voyageurs, ce symptôme est rapporté dans 13,5 à 39% des cas, plus fréquemment chez les moins de 2 ans ou les adolescents. Il s'agit le plus souvent d'une « turista », épisode aigu bénin survenant pendant le séjour ou les 7 jours suivant le retour, spontanément résolutif en 1 à 3 jours, mais il peut s'agir aussi de formes cliniques plus sévères, requérant une prise en charge adaptée.

La classification actuelle des formes cliniques de diarrhée du voyageur les différencie en diarrhées aiguës - bénignes, modérées ou sévères, selon leur degré de tolérance par le patient et leur impact sur son activité normale⁽⁹⁾, et diarrhée persistante (durant plus de 2 semaines). Tout syndrome dysentérique (selles sanglantes) est considéré dans cette nouvelle classification comme diarrhée aiguë sévère [55,56].

Ces différentes formes de diarrhée du voyageur sont liées au péril fécal, plus souvent par la consommation d'aliments solides que d'eau. Les autres risques liés au péril fécal sont abordés dans les chapitres spécifiques.

La survenue d'une diarrhée, plus particulièrement au retour d'un voyage en Asie, est fréquemment associée à l'acquisition d'un portage digestif de bactéries multirésistantes (BMR) (*E. coli* BLSE), *a fortiori* si l'épisode a été traité par antibiotiques. Néanmoins ce portage est de courte durée (moins de 3 mois après le retour dans plus de 95% des cas) (cf. § 8.2.2).

Les agents étiologiques identifiés sont très majoritairement (environ 80% des cas) bactériens (*Escherichia coli* entérotoxigène, entéroaggrégative, *Campylobacter spp.*, *Shigella spp*, *Salmonella spp*, *Escherichia coli* entéropathogène, *Aeromonas spp*, *Plesiomonas shigelloides*, *Vibrio spp*) [56], ou plus rarement viraux (10 à 15% des cas : rotavirus, norovirus..., mais les techniques permettant de les identifier (PCR) ne sont pas toujours mises en place) ou parasitaires (5 à 10% : *Entamoeba histolytica*, *Giardia intestinalis*, *Cryptosporidium spp*, *Isospora belli*, *Cyclospora*..., notamment au cours des diarrhées persistantes).

En cas de diarrhée fébrile, les diagnostics urgents à évoquer sont l'accès palustre, en particulier chez l'enfant, et la fièvre typhoïde.

Enfin, il importe de ne pas méconnaître les causes non infectieuses de diarrhée, en particulier médicamenteuses.

4.1 Prévention

4.1.1 Hygiène

La prévention repose sur les mesures d'hygiène :

- se laver les mains, avant les repas, avant toute manipulation d'aliments ou après passage aux toilettes (seul moyen de prévention ayant prouvé son efficacité). En l'absence d'eau et de savon, un gel ou une solution hydro-alcoolique peuvent être utilisés. Se sécher les mains après lavage avec un linge propre ou, à défaut, les sécher à l'air ;
- préférer les plats chauds, servis brûlants (les buffets froids ou tièdes des restaurants peuvent comporter des risques) ; éviter de consommer de la nourriture vendue dans la rue, sauf si elle est bien cuite et le récipient encore fumant ;
- ne consommer que de l'eau en bouteille capsulée (et ouverte devant soi) ou, à défaut, rendue potable par ébullition (1 minute à gros bouillons) ou par une désinfection (produits à base de DCCNa [dichloroisocyanurate de sodium] ou hypochlorite de sodium), éventuellement précédée d'une filtration (filtre portatif) si l'eau est trouble ;
- éviter la consommation de glaçons ;
- éviter les jus de fruits frais préparés de façon artisanale ;
- ne consommer du lait que s'il est pasteurisé ou bouilli ; privilégier l'allaitement maternel chez les nourrissons ;
- laver ou peler les fruits soi-même après s'être lavé les mains ;
- éviter les crudités, les coquillages, les plats réchauffés ;
- éviter les glaces artisanales (glaces industrielles, de moindre risque si l'emballage est intact) ;
- bien cuire les œufs, les viandes, les poissons et les crustacés ;
- pour les nourrissons de moins de 6 mois, effectuer avant le départ une vaccination contre le rotavirus.

⁽⁹⁾ Diarrhée bénigne : supportable et sans répercussion sur les activités programmées.

Diarrhée modérée : pénible et perturbant les activités prévues.

Diarrhée sévère : rendant difficiles ou impossibles les activités prévues ; tout syndrome dysentérique (présence abondante de sang dans les selles).

4.1.2 Prophylaxie médicamenteuse

La prévention médicamenteuse n'est pas indiquée en dehors de situations particulières (déficit immunitaire, maladies inflammatoires chroniques de l'intestin notamment) et après avis spécialisé.

4.1.3 Information des voyageurs avant le départ

Les voyageurs doivent être informés à l'occasion de la consultation pré-voyage :

- du risque de diarrhée et des différentes formes cliniques, aiguës (bénignes, modérées et sévères) et persistantes ;
- de l'importance, pour la prévention de ce risque, du suivi des recommandations ;
- de l'importance, en cas de diarrhée :
 - d'une réhydratation précoce ;
 - de connaître l'efficacité mais aussi les inconvénients d'une antibiothérapie probabiliste et ses indications qui se limitent aux formes sévères et aux terrains à haut risque de décompensation (cf. § 4.2.2) ;
 - d'une consultation médicale dans certaines situations (cf. § 4.2.1).

4.2 Prise en charge

4.2.1 Consultation médicale

Une consultation médicale est recommandée dans les formes aiguës modérées ou sévères et les formes persistantes, particulièrement chez l'enfant de moins de 2 ans, et, systématiquement, en cas de fièvre associée (une gastro-entérite fébrile pouvant révéler un paludisme, notamment chez l'enfant).

Chez les adultes, les examens microbiologiques ne sont indiqués que dans les formes sévères ou persistantes et en cas d'échec d'un traitement présomptif.

4.2.2 Traitement

4.2.2.1 Prévention ou correction de la déshydratation

Dans tous les cas, les mesures suivantes pour éviter ou corriger la déshydratation sont primordiales :

- boire, ou faire boire, abondamment, dès les premières selles liquides (sans attendre la soif qui est déjà un signe de déshydratation) : liquides salés et sucrés en alternance, solutés de réhydratation orale (sachets à diluer), en particulier chez les jeunes enfants et les personnes âgées, à administrer fréquemment par petites doses (cuillères à soupe) en cas de vomissements ;
- si la réhydratation orale correcte est impossible (du fait de vomissements incoercibles, de selles aqueuses très abondantes...), il y a un risque de déshydratation sévère source de complications. Une consultation médicale est alors recommandée pour réhydratation par voie intraveineuse, même brève, y compris dans un dispensaire (avec un matériel de perfusion à usage unique afin d'éviter les risques infectieux d'exposition au sang).

Les signes de déshydratation (soif, apathie ou hypoactivité, pâleur ou teint grisâtre, extrémités froides, marbrures, yeux très cernés ou creusés, bouche sèche) doivent être précisés aux parents de jeunes enfants, afin qu'ils soient capables de les reconnaître et de consulter rapidement dès leur apparition. Ils doivent également être informés des mesures permettant de prévenir la déshydratation afin de les mettre en œuvre précocement, dès les premiers troubles digestifs :

- utilisation des solutés de réhydratation orale (SRO) sans restriction de volume ;
- poursuite d'un allaitement maternel s'il est en place ;
- réalimentation précoce de l'enfant diversifiée en assurant les apports caloriques nécessaires.

4.2.2.2 Traitement anti-diarrhéique (tableau 11)

Les anti-diarrhéiques moteurs ne doivent pas être utilisés en cas de diarrhée sévère glairo-sanglante ou fébrile.

En cas de diarrhée bénigne ou modérée :

- un anti-diarrhéique anti-sécrétoire (racécadotril) peut atténuer la symptomatologie clinique. Le racécadotril est à éviter pendant la grossesse par mesure de précaution et ne doit pas être administré au cours de l'allaitement ;
- un anti-diarrhéique moteur (lopéramide sous forme de chlorhydrate ou sous forme d'oxyde de lopéramide monohydraté) est déconseillé, car il a l'inconvénient d'entraîner une constipation avec ballonnement souvent plus gênante que la diarrhée elle-même. Il est donc à réserver aux diarrhées très liquides, fréquentes et abondantes ou en cas de nécessité fonctionnelle (trajet en avion par exemple). Il est contre-indiqué chez les enfants âgés de moins de 2 ans et en cas de syndrome dysentérique. Il peut être utilisé, si besoin, en cure courte pendant la grossesse et l'allaitement, sauf en cas de syndrome dysentérique ;
- les pansements intestinaux (diosmectite...) n'ont pas prouvé leur efficacité ;
- le niveau de preuve d'efficacité des probiotiques est insuffisant pour les recommander [57].

4.2.2.3. Antibiothérapie (tableau 11)

Le risque élevé d'acquisition d'un portage de BMR (72% pour un séjour en Asie) [58] fait recommander de ne recourir à l'antibiothérapie probabiliste qu'en l'absence de possibilité de consultation rapide et de diagnostic étiologique, dans les situations suivantes :

- diarrhée sévère (tout syndrome dysentérique étant considéré comme tel) ;
- terrain à haut risque de décompensation (personnes âgées) ou à risque de bactériémie (immunodépression sévère, drépanocytose...).

Dans tous les autres cas, elle n'est pas recommandée.

Choix de l'antibiothérapie, lorsqu'elle est indiquée :

Les antibiotiques recommandés sont l'azithromycine ou la ciprofloxacine, selon les situations envisagées (destination du voyage, forme clinique de la diarrhée, caractéristiques du voyageur).

- Azithromycine

L'azithromycine peut être prescrite dans toutes les diarrhées sévères. Compte tenu de la prévalence de la résistance des salmonelles et de *Campylobacter* spp. aux fluoroquinolones dans le monde (Asie notamment), l'azithromycine est le traitement de première intention en cas de diarrhée sévère dysentérique et en cas de diarrhée sévère non dysentérique lors d'un séjour en Asie.

- Ciprofloxacine

La ciprofloxacine peut être prescrite :

- en cas de diarrhée sévère non dysentérique, sauf en cas de séjour en Asie en raison de la prévalence élevée de la résistance des salmonelles et de *Campylobacter* spp. aux fluoroquinolones dans cette partie du monde ;
- en cas de diarrhée sévère dysentérique si contre-indication à l'azithromycine ou si impossibilité à prendre l'azithromycine.

Concernant la grossesse et l'allaitement, voir aussi le § 9.5 « Femmes enceintes ou qui allaitent ».

Tableau 11

Traitement présomptif médicamenteux recommandé pour les diarrhées du voyageur

Diarrhée bénigne ^(a) ou modérée ^(b)	Diarrhée sévère ^(c)	
	Non dysentérique	Dysentérique
Pas d'antibiothérapie	Azithromycine (1 à 3 j)* ou ciprofloxacine (3 j)	• Azithromycine (1 à 3 j)** • Ciprofloxacine (3 j) si azithromycine contre-indiquée ou impossible
Prévention et correction de la déshydratation		
	Anti-diarrhéiques moteurs déconseillés	Anti-diarrhéiques moteurs contre-indiqués

Source : [55]

^(a) diarrhée supportable et sans répercussion sur les activités programmées.

^(b) diarrhée pénible et perturbant les activités prévues.

^(c) diarrhée rendant difficiles ou impossibles les activités prévues ; tout syndrome dysentérique (présence abondante de sang dans les selles).

* en première intention, si retour d'Asie du Sud-Est ou d'Inde

** en première intention

Les posologies recommandées sont :

- chez les adultes :
 - azithromycine (hors AMM) per os (comprimés à 250 mg) : 4 comprimés en 1 prise unique pendant 1 jour ou 2 comprimés x1/jour pendant 3 jours ;
 - ciprofloxacine per os (cp à 500 mg) : 1 comprimé x2/jour, pendant 3 jours (posologie établie pour un adulte à fonction rénale normale) ;
- chez les enfants :
 - azithromycine (hors AMM) per os : une présentation pharmaceutique sous forme de suspension buvable est disponible avec une seringue pour administration orale graduée en kg de poids corporel de l'enfant, le poids indiqué par les graduations correspondant à la dose d'azithromycine pour une prise :
 - pour un poids corporel <25 kg : 20 mg/kg (soit dose poids) x1/jour (sans dépasser 500 mg/jour, ou dose « 25 kg=dose max/jour ») ;

- pour un poids corporel ≥ 25 kg : 500 mg x 1/jour (ce qui correspond à la graduation « 25 kg=dose max/jour » sur la seringue pour administration orale), pendant 3 jours » ;
- ciprofloxacine per os : 10 mg/kg x 2/jour (sans dépasser la dose adulte), pendant 3 jours (posologie établie pour un enfant à fonction rénale normale).

Dans la mesure où l'information contenue dans les autorisations de mise sur le marché (AMM) d'antibiotiques est susceptible d'évoluer, il convient de s'assurer au moment de la prescription de l'antibiotique du respect notamment des contre-indications, mises en garde et précautions d'emploi, interactions médicamenteuses. Se référer à l'information disponible sur la Base de données publique des médicaments, accessible par internet à l'adresse suivante : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>

5. Risques liés aux transports

Dans le contexte d'une circulation hétérogène du virus SARS-CoV-2 à l'échelle mondiale et de la possible émergence de nouveaux variant dans le futur, les mesures de prévention mises en place par les pays touchés sont évolutives. Il n'est donc pas possible de fournir des renseignements actualisés et pertinents en fonction des pays. Il est cependant recommandé pour les voyageurs, conformément aux avis du HCSP (Covid-19 : contrôle de la diffusion des nouveaux variants du virus et complément, Masques dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus SARS-CoV-2) de respecter strictement l'ensemble des mesures de prévention lorsqu'elles sont en vigueur (mesures barrières, hygiène des mains, distanciation sociale, dépistage, isolement, quarantaine) et d'être à jour de la vaccination.

Le site du ministère des affaires étrangères [<https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/>] fournit des informations, régulièrement mises à jour, aux voyageurs sur les modalités et exigences administratives à l'entrée dans les pays étrangers et lors du retour sur le territoire français.

5.1 Accidents de la voie publique

Les accidents (de la circulation ou d'autres natures) représentent une des principales causes de rapatriement sanitaire et de mortalité chez les voyageurs. Dans toute la mesure du possible, les règles de prévention (port de la ceinture de sécurité, port du casque si l'on circule à deux-roues et utilisation de sièges auto pour les enfants en bas âge) doivent être respectées. Il faut éviter de conduire soi-même (prendre un chauffeur) ou se montrer particulièrement prudent si l'on doit conduire de nuit ou sur la voie de gauche ou dans des pays où le trafic est très intense et plus ou moins bien réglementé.

5.2 Transports aériens

5.2.1 Conseils généraux

Emporter les médicaments en cabine (dans le respect de la réglementation régissant le transport des produits et matériels). Garder les médicaments dans leur emballage ou récipient d'origine, accompagnés d'une lettre d'un médecin certifiant que le passager en a besoin, notamment si les médicaments doivent être administrés sous forme buvable ou injectable (cf. [chapitres 10](#) et [11](#)).

Prendre un avis médical spécialisé avant le départ pour les personnes atteintes de certaines affections chroniques ou présentant une vulnérabilité liée à un état physiologique (grand âge, femme enceinte ou qui allaite, enfant) (cf. [chapitre 9](#)).

5.2.2 Prévention des effets du décalage horaire (« jet lag »)

Il convient de tenir compte du décalage horaire pour la prise de certains médicaments (contraceptifs oraux, anticoagulants, insuline...).

Quelques mesures hygiéno-diététiques peuvent atténuer les effets du décalage horaire [[59](#), [60](#), [61](#), [62](#), [63](#)] :

- dans les jours précédant le départ : l'heure du coucher sera, si possible, décalée d'une heure par jour dans le même sens que celle de la destination d'arrivée ;
- pendant le voyage en avion : mettre sa montre à l'heure du pays de destination, boire suffisamment d'eau, mais éviter la caféine et les boissons alcoolisées, alléger les repas, essayer de maintenir les horaires veille/sommeil du pays de destination et profiter du vol pour dormir ;
- après l'arrivée : faire une courte sieste (20-30 minutes) si besoin. Prendre ses repas aux heures locales. S'exposer autant que possible en extérieur à la lumière naturelle et s'aider des lunettes de soleil pour réduire l'exposition à la lumière. Régler son rythme de sommeil le plus rapidement possible à l'heure locale. Ainsi, pour un voyage vers l'est : s'exposer à lumière le matin, se promener dehors avant le déjeuner et mettre des lunettes de soleil l'après-midi. À l'opposé, pour un voyage vers l'ouest : éviter la lumière vive

le matin, sortir l'après-midi si possible sans lunettes de soleil et pratiquer une activité physique modérée, s'exposer à la lumière vive le soir pour aider à retarder le coucher. Il existe des applications mobiles pour aider à lutter contre les effets du décalage horaire.

La mélatonine existe en médicament ou en complément alimentaire. Elle aide à resynchroniser le rythme veille/sommeil avec le cycle jour/nuit en préparant le corps au repos, ce qui motive son utilisation par certaines personnes pour corriger les effets du « *jet lag* » ; elle est bénéfique dans les situations pathologiques associées aux troubles du rythme circadien. L'Anses appelle l'attention des consommateurs sur les risques liés à l'utilisation des compléments alimentaires contenant de la mélatonine pour certaines populations ou dans le cadre de certaines pathologies [64]. La place des agonistes de la mélatonine reste à définir. Les hypnotiques à courte durée d'action n'ont pas d'effet sur la resynchronisation du sommeil et leur usage doit être limité [65].

Pour les séjours de moins de deux jours, il est plutôt recommandé de conserver le rythme du pays d'origine.

5.2.3 Contre-indications à un voyage aérien (sur la base des recommandations de l'OMS)

Les voyages aériens sont normalement contre-indiqués dans les cas suivants [66] :

- nouveau-nés âgés de moins de 48 heures ;
- femmes enceintes après la 36^e semaine en cas de grossesse simple et après la 32^e semaine en cas de grossesse multiple ;
- dans les 24 heures qui suivent une plongée en bouteille ;
- personnes présentant une des circonstances pathologiques suivantes :
 - angor (angine de poitrine) ou douleurs thoraciques au repos ;
 - maladie transmissible évolutive ;
 - accident de décompression après la plongée ;
 - augmentation de la pression intracrânienne en raison d'une hémorragie, d'un traumatisme ou d'une infection ;
 - infection des sinus, de l'oreille ou du nez, particulièrement si la trompe d'Eustache est bouchée ;
 - infarctus du myocarde ou accident vasculaire cérébral récent (le délai à respecter dépendra de la gravité de la pathologie et de la durée du voyage) ;
 - intervention chirurgicale récente ou traumatisme récent comportant un risque de flatulence (en particulier traumatisme abdominal ou intervention gastro-intestinale) ;
 - fracture avec un plâtre fermé (un avis médical est souhaitable, notamment s'il est posé depuis moins de 48 heures) ;
 - traumatisme cranio-facial ou oculaire, opération du cerveau ou opération de l'œil avec pénétration oculaire ;
 - maladie respiratoire chronique sévère, difficulté à respirer au repos ou pneumothorax non résorbé datant de moins de 2 à 3 semaines [67] ;
 - drépanocytose (cf. § 9.6) ;
 - trouble psychotique, sauf s'il est totalement maîtrisé.

La liste ci-dessus n'est pas exhaustive et l'aptitude à voyager doit être décidée au cas par cas sur avis médical [68].

5.2.4 Prévention des thromboses veineuses profondes liées à un voyage aérien

Le transport aérien apparaît comme un facteur de risque de maladie thromboembolique (MTE), multipliant le risque par deux ou trois de thrombose veineuse profonde (TVP), dès quatre heures de vol, et d'autant plus que le vol est long. Certains voyageurs peuvent également avoir un facteur de risque indépendant : antécédents personnels ou familiaux de thrombose veineuse ou d'embolie pulmonaire, thrombophilie, cancer actif (en cours de traitement, traitement <6 mois ou palliatif), grossesse et post-partum, contraception œstroprogestative ou traitement hormonal substitutif, obésité (IMC>30), âge avancé, tailles extrêmes, hospitalisation pour traumatisme ou intervention chirurgicale sous anesthésie générale récente (<4 semaines) concernant notamment l'abdomen, le bassin ou les membres inférieurs, tabagisme.

Les mesures suivantes sont recommandées à titre préventif [69,70] :

- porter des vêtements amples ;
- s'hydrater régulièrement au cours du vol (boissons non alcoolisées), bouger fréquemment les jambes, se déplacer dans l'avion (ce qui implique de limiter l'usage des hypnotiques) et suivre les programmes d'exercices proposés en cours de vol, réalisables sans quitter sa place ;
- porter une contention élastique (mi-cuisse plus confortable que sous le genou) de classe 2 (pression à la cheville de 15 à 30 mm Hg) en présence d'au moins un facteur de risque de thrombose. Si l'efficacité de cette mesure sur la prévention de la TVP n'est pas clairement établie, elle réduit au moins l'œdème des membres inférieurs.

Utilisation d'anticoagulants

- Les héparines de bas poids moléculaire [71] ou le fondaparinux (inhibiteur du facteur X) n'ont pas d'indication validée, mais sont parfois prescrits [72,73], hors AMM, à dose prophylactique ou en cas de risque très élevé, en complément des autres mesures préventives (voir tableau « Principaux schémas posologiques utilisés »).
- La prise d'aspirine n'est pas recommandée dans cette indication.
- La place des anticoagulants oraux directs (AOD), rivaroxaban ou apixaban, n'est pas définie [74]. L'utilisation des anticoagulants justifie la vérification soigneuse des contre-indications, et en particulier l'adaptation à la fonction rénale.

Principaux schémas posologiques utilisés

Une injection sous-cutanée 2 à 4 heures avant le vol (si clairance ≥ 30 ml/mn) ; prévoir la dose pour le retour	
Daltéparine : 5000 UI	
Enoxaparine : 40 mg	
Tinzaparine : 4500 UI	
Nadroparine : 2500 UI	
Fondaparinux : 2,5 mg (non recommandé chez la femme enceinte ou qui allaite)	

En pratique

La prévention du risque de thrombose veineuse peut reposer sur les mesures complémentaires selon le type et le nombre de facteurs de risques (FDR) [70,74].

Évaluation du risque	Durée de vol ≥ 4 h
Pas de FDR	Mouvements des jambes, déambulation régulière, bonne hydratation
Présence de FDR	+ Bas ou chaussettes de contention classe 2
Niveau de risque élevé : atcd personnel de MTE non provoquée ou liée à un voyage, chirurgie à risque ou traumatisme récent, cancer actif, association de 2 FDR	+ Évaluer la place d'un traitement prophylactique avec HBPM (ou AOD)

Pour les voyageurs sous anticoagulants à doses préventives ou thérapeutiques, aucune mesure n'est nécessaire.

5.3 Transports en bateau – croisières

Les problèmes de santé les plus fréquents sont le mal de mer, les infections respiratoires, les traumatismes, les affections gastro-intestinales et les décompensations de pathologies sous-jacentes.

Les situations de confinement liées à la vie à bord et la multiplication des escales favorisent l'éclosion d'épidémies (grippe, Covid-19, norovirus) parmi les passagers et les membres d'équipage, pouvant atteindre un pourcentage important d'entre eux.

Il est indispensable que les passagers prévoient un stock de fournitures médicales suffisant pour les longues périodes passées loin de leur domicile, en particulier pour les séjours en mer. Les médicaments délivrés sur ordonnance doivent être transportés dans leur emballage ou récipient d'origine, accompagnés d'une lettre d'un médecin certifiant que le passager en a besoin.

Les vaccinations liées aux caractéristiques épidémiologiques des pays visités, les vaccinations contre les maladies à potentiel épidémique, notamment la grippe sont recommandées aux passagers des bateaux de croisière, ainsi qu'au personnel navigant.

5.4 Mal des transports

Le mal des transports est plus fréquent en bateau mais peut aussi survenir en voiture, en avion et dans les autres modes de transports. Les enfants âgés de 2 à 12 ans sont plus à risque d'en souffrir que les nourrissons, les adolescents ou les adultes. Les antécédents de migraine sont un facteur favorisant.

En prévention, les antihistaminiques de première génération à effet sédatif (diméthylhydrinate, diphenhydramine, méclozine) peuvent être utilisés (une prise 2 heures avant le départ en préventif). La scopolamine, anticholinergique non sélectif, est utilisée habituellement en patch transdermique de 1 mg, appliqué derrière l'oreille sur la mastoïde au moins 4 heures avant le voyage et renouvelé si besoin après 72 heures ; elle a des contre-indications chez l'adulte et chez l'enfant de moins de 15 ans et est déconseillée pendant la grossesse ou l'allaitement (§ 9.5) [75,76,77].

6. Risques liés à l'environnement

6.1 Hygiène corporelle

Une bonne hygiène corporelle est importante :

- se laver régulièrement à l'eau et au savon et bien se sécher ;
- apporter un soin particulier en cas de plaie ou de blessure cutanée : laver, couvrir, ne pas laisser macérer ;
- ne pas marcher pieds nus sur les plages et ne pas s'allonger à même le sable (risque de Larva migrans cutanée ankylostomienne, de tungose) ;
- porter des chaussures fermées sur les sols boueux ou humides (risque d'anguillulose, d'ankylostomose, etc.) ;
- ne pas marcher ou se baigner dans les eaux douces (risque de bilharziose, de leptospirose, etc.) ;
- éviter l'ensoleillement excessif et se protéger du soleil (ombre, lunettes de soleil, chapeaux, vêtements longs et légers, crème écran d'indice de protection UV élevé dont l'application doit être renouvelée régulièrement), même pendant les baignades ;
- porter un habillement léger, lavable aisément, perméable (coton et tissus non synthétiques) ;
- éviter de laisser sécher le linge à l'extérieur ou sur le sol (risque de myiase), à défaut le repasser des deux côtés ;
- éviter les contacts avec les animaux (être particulièrement vigilant avec les enfants).

6.2 Exposition à la chaleur

6.2.1 Risques

Le coup de chaleur est la conséquence d'une élévation de la température corporelle centrale dans des conditions climatiques particulières (température extérieure ou hygrométrie élevée). Il se traduit par une hyperthermie, d'abord accompagnée de sudation, puis sèche, sans sudation, associée à un état de faiblesse générale. Il se complique de troubles de la conscience et de déshydratation. Le pronostic vital peut être engagé et constitue alors une urgence médicale. Les nourrissons, les jeunes enfants et les personnes âgées sont particulièrement à risque.

La déshydratation secondaire à l'exposition à la chaleur peut favoriser la survenue d'autres manifestations telles que les coliques néphrétiques ; elle peut aussi nécessiter la modification d'un traitement antihypertenseur.

6.2.2 Prévention

Les mesures suivantes permettent de prévenir le coup de chaleur :

- éviter de s'exposer au soleil ;
- bien s'hydrater (boire souvent, prendre des douches...) ;
- préférer les lieux ventilés ou mieux climatisés ;
- limiter les activités physiques et les pratiquer préférentiellement aux heures les plus fraîches, y compris pour les sportifs réguliers ;
- éviter les voyages prolongés en situation de confinement.

L'acclimatation aide également à préparer le corps à la chaleur extrême : il convient de s'exposer à la chaleur de façon progressive et d'éviter les efforts physiques les premiers jours.

6.3 Exposition au soleil ⁽¹⁰⁾

Il convient d'informer les voyageurs des risques liés au soleil et de rappeler que l'utilisation de crèmes solaires n'autorise pas pour autant une surexposition [78].

6.3.1 Risques

Les effets délétères du soleil, outre les coups de chaleur, sont dus aux radiations solaires, dont les UVA et UVB. Les UVB sont principalement responsables de l'érythème solaire, des coups de soleil et des carcinomes spinocellulaires. **Une peau bronzée est un signe de dommages causés par le soleil et il n'existe pas de « bronzage sain ».** Les autres effets indésirables des radiations UV sont le vieillissement cutané accéléré, les réactions allergiques, la kératose actinique (considérée comme une lésion précancéreuse), le carcinome baso-cellulaire et le mélanome [79].

Les voyageurs les plus exposés aux complications de l'ensoleillement excessif sont les enfants, les personnes aux phototypes clairs (roux, blonds, châains), les patients prenant des médicaments photosensibilisants et les personnes immunodéprimées.

⁽¹⁰⁾ Recommandations sanitaires associées aux index UV: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=723> ;
Recommandations sanitaires associées aux index UV (complément) : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=887>

De nombreux médicaments ou huiles essentielles sont photosensibilisants et phototoxiques, ce qui justifie un avis médical avant le départ. La doxycycline, prescrite en traitement préventif du paludisme, est photosensibilisante. Le risque exact, à doses préventives, est très faible mais impose, pour le réduire, de prendre le médicament le soir au dîner.

Il existe également des conséquences ophtalmologiques. L'ophtalmie des neiges ou photo-kératite est due à l'exposition des yeux aux rayons UV en altitude ou en milieu polaire, l'intensité des UV augmentant de 10 à 12% par tranche de 1 000 mètres d'altitude, la neige réfléchissant jusqu'à 80% des rayons UV. La kératite est souvent accompagnée de conjonctivite. Elle peut aller jusqu'à la cécité, mais celle-ci est transitoire. La prévention repose sur le port de lunettes à verres larges et à forte absorption des UV pendant toute la durée de l'exposition, même par temps nuageux. Les mêmes précautions doivent être prises lorsqu'il existe des risques de réverbération importants (albédo élevé sur le sable, l'eau et la neige).

6.3.2 Prévention

Les mesures recommandées pour se protéger du soleil sont les suivantes⁽¹¹⁾ :

- éviter les périodes les plus lumineuses (entre 12 h et 16 h) ;
- porter des vêtements de couleur claire et couvrants (voire photo-protecteurs) ;
- porter des lunettes de soleil à verres filtrants (norme CE, de préférence CE3 ou CE4) ;
- porter un chapeau à larges bords protégeant les yeux, le visage et le cou ;
- utiliser une crème solaire adaptée à son phototype (de roux à noir) à appliquer régulièrement. La crème solaire doit être appliquée correctement (2 mg/cm² de peau exposée), filtre 93% des rayons UVB, pour un indice de protection solaire de 15, et 98% des UVB pour un indice de 50 [79]. Appliquer les éventuels répulsifs cutanés au moins 20 min après la crème solaire (cf. § 2.2.2).

6.4 Exposition au grand froid

Le grand froid peut mettre en danger les personnes fragilisées, notamment les personnes âgées, les enfants, les personnes handicapées et les personnes atteintes de certaines maladies chroniques.

6.4.1 Risques

Les gelures sont fréquentes. Les symptômes de l'hypothermie sont progressifs : chair de poule, frissons, engourdissement des extrémités sont des signaux d'alarme. En cas de persistance, ils peuvent nécessiter une aide médicale.

6.4.2 Prévention

Les mesures à prendre pour prévenir les risques liés à l'exposition au grand froid sont les suivantes :

- éviter les expositions prolongées au froid et au vent ;
- s'habiller chaudement, de plusieurs couches de vêtements, avec une couche extérieure imperméable au vent et à l'eau ; se couvrir la tête, les mains et les pieds ; ne pas garder de vêtements humides ;
- éviter les efforts brusques en raison du risque d'accident cardiaque, de blessure musculaire ou de dépense énergétique élevée.

Une vigilance accrue doit être exercée envers les enfants car ils présentent plusieurs facteurs de moindre résistance au froid [80].

6.5 Pollution atmosphérique

Selon l'OMS [81,82], les grandes métropoles notamment d'Asie (Chine, Pakistan, Inde, etc.) ou d'Amérique centrale ou du Sud, ainsi que certaines villes d'Afrique (pays subsahariens ou bordant la Méditerranée) subissent des niveaux élevés de pollution de l'air qui peuvent avoir un impact sur la santé. Cette pollution est associée aux activités industrielles, aux transports, au secteur tertiaire et domestique (chauffage, combustion), parfois aussi à des feux de forêts ou de broussailles, accidentels ou volontaires. Certains pays dont la Chine, l'Inde et Singapour utilisent des indicateurs pour mesurer la qualité de l'air, dont l'*Air Quality Index* (AQI) qui s'échelonne de 0 à 500. Un indice supérieur à 100 indique une mauvaise qualité de l'air pour la santé.

⁽¹¹⁾ Cf. Avis du HCSP relatif à la prévention des effets nocifs des rayonnements solaires sur la santé: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/info?clef=375> ; Fiche pratique de la DGCCRF (février 2022) Produits de protection solaire: https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/dgccrf/documentation/fiches_pratiques/fiches/produits-protection-solaire.pdf

6.5.1 Risques

Les polluants atmosphériques (particules fines, NO_x, SO₂, O₃, COV, pesticides, métaux) peuvent avoir des effets graves sur la santé, notamment respiratoires et cardiovasculaires à court et surtout à long terme [83].

Une vigilance particulière doit être portée à l'égard des populations vulnérables (femmes enceintes, nourrissons et jeunes enfants, personnes de plus de 65 ans, personnes souffrant de pathologies cardiovasculaires, insuffisants cardiaques ou respiratoires, personnes asthmatiques) ou sensibles (personnes se reconnaissant comme sensibles lors des pics de pollution et/ou dont les symptômes apparaissent ou sont amplifiés lors des pics – par exemple : personnes diabétiques, personnes immunodéprimées, personnes souffrant d'affections neurologiques ou à risque cardiaque, respiratoire, infectieux) [84].

Il est à noter, qu'en période d'épidémie respiratoire d'origine virale, la pollution de l'air peut aggraver les symptômes chez les personnes contaminées⁽¹²⁾.

6.5.2 Prévention⁽¹³⁾

Les mesures à prendre sont différentes selon qu'il s'agit d'un voyage de courte durée (de quelques jours à 2 ou 3 semaines) ou d'un séjour plus long (de plusieurs mois ou années). Dans tous les cas, avant de partir à l'étranger, il est conseillé de se renseigner sur les niveaux de pollution en fonction de la saison et de la localité, à partir des sites internet des pays considérés et des consulats français, ou de consulter la page de l'OMS : <https://www.who.int/data/gho/data/themes/air-pollution/who-air-quality-database>

Pour les séjours de courte durée

Il est recommandé de façon générale d'être attentif à une gêne inhabituelle (toux, essoufflement, sifflement, palpitations) lors de niveaux élevés de pollution (de manière régulière ou lors de pics) ; les personnes vulnérables ou sensibles doivent éviter dans la mesure du possible les activités intenses⁽¹⁴⁾ et de plein air.

Les masques chirurgicaux ne sont pas adaptés à la protection contre la pollution. Seuls les masques filtrants de type N95 ou FFP2 peuvent être utilisés efficacement en cas de pic de forte pollution. Toutefois, ils ne protègent pas contre les substances présentes à l'état gazeux (NO_x, SO₂, O₃, COV, pesticides...) [85,86]. Le port des masques « antipollution » n'est pas recommandé par l'Anses, son bénéfice potentiel en conditions réelles d'utilisation par la population générale n'étant pas démontré [87,88].

Il est également recommandé aux personnes vulnérables de prendre un avis médical avant le départ ou à défaut, de consulter sur place.

Pour les séjours de longue durée

Les personnes vulnérables doivent privilégier des sorties brèves, réduire les activités physiques intenses en plein air et éviter de sortir en début de matinée et en fin de journée (moments de trafic le plus intense), surtout aux abords des grands axes de circulation [89].

Il est recommandé de recourir aux pratiques quotidiennes d'aération et de ventilation de son habitat.

Dans les zones très polluées en permanence (pollution de fond), il est conseillé, surtout pour les personnes vulnérables, d'installer des purificateurs d'air à filtres dans les habitations et les bureaux, en privilégiant les unités mobiles de purification d'air par filtration HEPA de performance minimale H13 ou H14 ou taux de filtration équivalent (prévoir au minimum de filtrer chaque heure 5 fois le volume du local) et en respectant la fréquence de remplacement du filtre à air recommandée par le fabricant [90].

L'Anses souligne que les données scientifiques actuelles ne permettent pas de démontrer l'efficacité et l'innocuité⁽¹⁵⁾ des épurateurs d'air intérieur fonctionnant sur les principes de la catalyse ou de la photocatalyse, du plasma, de l'ozonation ou de l'ionisation.

Quelle que soit la durée du séjour, voyageurs et expatriés doivent éviter de fumer, afin de ne pas aggraver les effets de la pollution.

6.6 Animaux autres que les arthropodes (pour les arthropodes, cf. chapitre 2)

6.6.1 Animaux venimeux

Les animaux venimeux (serpents, autres reptiles, batraciens, poissons, coquillages) provoquent des envenimations ou des intoxications. Il est recommandé de ne pas les toucher. Comme pour les arthropodes venimeux, toute piqure ou morsure qui entraîne des troubles importants nécessite une consultation au service des urgences le plus proche.

⁽¹²⁾ Santé publique France : <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/enjeux-de-sante-dans-le-contexte-de-la-covid-19/articles/pollution-de-l-air-et-covid-19>

⁽¹³⁾ Fiche mémo HAS : conduite à tenir en cas de pic de pollution atmosphérique https://www.has-sante.fr/jcms/p_3244768/fr/fiche-memo-conduite-a-tenir-en-cas-de-pic-de-pollution-atmospherique-note-de-cadrage

⁽¹⁴⁾ Une activité physique intense est souvent définie comme celle qui conduit un adulte à devoir respirer par la bouche.

⁽¹⁵⁾ Anses. Épurateurs d'air intérieur : une efficacité encore à démontrer : <https://www.anses.fr/fr/content/%C3%A9purateurs-d%E2%80%99air-int%C3%A9rieur-une-efficacit%C3%A9-encore-%C3%A0-d%C3%A9montrer>

6.6.2 Mammifères et oiseaux

Les lésions causées par morsure, griffure ou coup de bec sont les dommages les plus importants causés par les mammifères et les oiseaux mais de nombreuses zoonoses peuvent également être transmises à l'être humain. Certaines sont graves, voire mortelles.

La règle générale est de ne pas approcher les animaux, même familiers, même jeunes, même morts, de ne pas les caresser, de ne pas boire leur lait ou des laitages non pasteurisés, et de ne pas les nourrir (car c'est là que le risque de morsure est le plus élevé).

Après morsure, griffure ou simple léchage sur une peau lésée ou une muqueuse, il est important de laver la plaie ou la zone léchée à l'eau et au savon, d'appliquer un antiseptique, puis de contacter les structures médicales locales qui prendront, si besoin, des mesures de prophylaxie post-exposition et vérifieront la validité de la vaccination contre le tétanos.

Lors de contacts avec des animaux en liberté, il est important de consulter rapidement car les animaux peuvent être porteurs dans leur cavité buccale (salive) de différentes bactéries (en particulier *Streptococcus pyogenes*; *Staphylococcus aureus*) ou de virus (en particulier rage chez les chiens et les singes ; herpès B chez les singes en Asie; virus *Monkeypox*, virus Marburg et virus Ebola chez les singes en Afrique).

En ce qui concerne la rage, le chien est le principal réservoir du virus dans les pays en développement mais tous les mammifères peuvent être atteints, notamment les chauves-souris et les singes. Le virus peut être transmis par un animal qui ne présente pas encore les symptômes de la maladie : il est donc contaminant avant d'être malade. Il existe un vaccin contre la rage (cf. § 1.13).

En cas de morsure par un singe (de 2 à 20% des morsures animales dans le monde), le risque de méningo-encéphalite à virus herpès simien (le virus de l'herpès B, très proche du virus herpès simplex de type 1) doit aussi être évoqué (en particulier dans le cadre de séjours en Asie où le portage du virus chez ces animaux est élevé, jusqu'à 80% des singes macaques dans les sites touristiques en Indonésie). Un traitement post-exposition par valaciclovir (1 g/8 h, à débiter dans les 5 jours après exposition, pendant 2 semaines) est possible⁽¹⁶⁾.

Lors de séjours en milieu sauvage en Afrique il existe aussi des risques d'infection par le virus monkeypox (le virus est présent chez 5 à 10% des grands singes) et par des virus des fièvres hémorragiques (Ebola, Marburg). Contre le virus monkeypox un traitement par cidofovir est en cours d'évaluation. Des vaccins et traitements post-exposition contre les virus Ebola et Marburg sont en cours d'évaluation. Quatre vaccins sont autorisés (2 en Europe, 1 en Russie et 1 en Chine) [91,92,93].

Pour les personnes qui voyagent dans le Nord de l'Afrique (Tchad, Soudan, Somalie, Maghreb, Machrek) ou la péninsule arabique, le risque de rage existe aussi lors de contact avec des camélidés (0,2% des chameaux infectés). Il existe aussi un risque d'infection par le virus camelpox et le coronavirus MERS-CoV (90% des chameaux de la péninsule arabique). Au niveau bactérien, les chameaux peuvent transmettre la coxiellose (jusqu'à 60 à 80% des animaux au Tchad, au Soudan, en Algérie, dans la péninsule arabique), la brucellose (10-25% des dromadaires) et la tuberculose.

6.6.3 Importation d'animaux

À l'exception des animaux répondant aux conditions réglementaires d'importation (espèces dont le commerce est autorisé, statut sanitaire et vaccinal faisant l'objet d'un certificat officiel), l'importation d'animaux domestiques ou sauvages est strictement interdite et peut donner lieu à des sanctions pénales et financières lourdes.

Pour voyager à l'étranger avec son animal de compagnie, il faut se renseigner en amont sur les formalités à accomplir et la réglementation applicable selon le pays [94].

7. Risques liés aux activités

7.1 Pratiques sportives

Les risques liés à la pratique du sport sont augmentés en raison de la fatigue du voyage, du décalage horaire, des conditions climatiques et d'altitude, du possible manque d'entraînement, du manque d'encadrement, d'une mauvaise appréciation du risque et des difficultés d'accès à une prise en charge adéquate en cas d'accident. Il convient donc de respecter un temps d'adaptation qui peut être de plusieurs jours avant de s'adonner à des exercices physiques sportifs.

⁽¹⁶⁾ Decision Tool for Herpes B Virus Antiviral Prophylaxis after Macaque-Related Injuries in Research Laboratory Workers <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6711206/>.

Cohen J et al. Recommendations for prevention of and therapy for exposure to B virus (cercopithecine herpesvirus 1). Clin Infect Dis. 2002 Nov 15;35(10):1191-203. doi: 10.1086/344754.

7.2 Baignades

Quel que soit le lieu de baignade, il existe des risques d'hydrocution et divers risques infectieux tels que les gastro-entérites, les dermatites aquatiques ou marines, les otites externes, les conjonctivites et les infections respiratoires.

Il existe en outre des risques propres à chaque situation de baignade.

En mer, ces risques sont de trois sortes :

- noyade due aux courants violents ;
- envenimation par contact avec des méduses, des poissons venimeux (poisson-pierre...) ou des coraux ;
- attaques de requins comme à La Réunion [95].

La situation est aggravée dans certains pays du fait de l'absence de surveillance des plages et de moyens de secours. Il convient donc de se renseigner localement, de respecter strictement les consignes de sécurité lorsqu'elles existent et d'éviter les baignades sur des plages désertes.

Dans les piscines : dans de nombreux pays il n'existe pas de norme pour l'utilisation des piscines et notamment pas de dispositifs permettant d'en interdire l'accès à de jeunes enfants non accompagnés, ni de dispositifs d'alarme en cas de chute dans l'eau. La vigilance est donc essentielle pour protéger ceux-ci contre le risque de noyade.

Dans les spas : leur utilisation est associée au risque de transmission de légionellose et d'infections cutanées à *Pseudomonas*.

En eau douce, les baignades exposent à des infections transmises par voie cutanée comme la leptospirose, la bilharziose ou dans une moindre mesure l'infection à *Naegleria fowleri* (amibes libres pathogènes). La dermatite du baigneur ou dermatite cercarienne peut être prévenue par une douche prolongée et/ou l'essuyage énergique dès la sortie de l'eau.

7.3 Plongée sous-marine avec bouteilles

La pratique de la plongée sous-marine avec bouteilles, programmée ou possible, doit faire l'objet d'un avis médical spécialisé avant le départ.

Les personnes désirant pratiquer la plongée sous-marine avec bouteilles doivent être informées qu'elles ne doivent pas plonger moins de 24 heures avant un voyage en avion ou un séjour en altitude. Le principal risque encouru est la survenue d'une embolie gazeuse.

7.4 Excursions et randonnées en altitude (altitude supérieure à 2 500 m)

Les excursions et randonnées en altitude doivent faire l'objet d'un avis médical spécialisé avant le départ. La haute altitude est déconseillée chez le nourrisson.

7.4.1 Risques

Les troubles observés à haute altitude sont liés à l'hypoxie, consécutive à la baisse de pression partielle en oxygène. Ils surviennent d'autant plus fréquemment que l'ascension est plus rapide, d'où la règle à respecter : « Ne pas monter trop vite, trop haut ». Il faut quelques jours à l'organisme pour s'adapter à ces conditions environnementales particulières ; un défaut d'acclimatation se traduit par le mal aigu des montagnes, dont les manifestations sont des céphalées, une insomnie, une anorexie, des nausées, des œdèmes. Cet état peut évoluer vers deux complications graves mettant en jeu le pronostic vital : l'œdème pulmonaire et l'œdème cérébral de haute altitude. Le risque de mal des montagnes chez l'enfant est similaire à celui de l'adulte mais avant l'âge de 3 ans, les signes sont plus frustes : irritabilité, anorexie, apathie, insomnie. Jusqu'à 12 mois, le risque de mort subite est plus élevé en altitude (supérieure à 1 600 m).

7.4.2 Prévention

La prévention du mal des montagnes repose sur une ascension progressive et une adaptation à l'altitude de quelques jours, au repos. Un traitement préventif médicamenteux par l'acétazolamide est possible. Il est à commencer deux jours avant l'arrivée en haute altitude et à poursuivre pendant deux jours après avoir atteint le point culminant, si la descente n'est pas effectuée rapidement. L'acétazolamide, administré en deux prises quotidiennes de 125 mg (250 mg au-delà de 80 kg) le matin et en début d'après-midi (chez l'enfant, 2,5 à 5 mg/kg/j en deux prises, maximum 125 mg/prise) peut être recommandé en l'absence de contre-indication aux sulfamides (allergie croisée dans 10% des cas). En cas de contre-indication, il est possible de prescrire de la dexaméthasone (4 mg deux fois par jour). Une bonne hydratation par l'apport de boissons abondantes facilite l'adaptation à l'altitude.

En cas de mal d'altitude, les troubles s'amendent dès le retour à une altitude inférieure [96].

7.5 Personnes se rendant à un grand rassemblement

Aux risques habituels liés à la destination s'ajoutent les risques liés à la foule : incident sécuritaire, bousculades, piétinement, transmission accrue de maladies infectieuses, notamment par voie respiratoire (grippe, Covid-19 et autres viroses respiratoires, méningocoque...).

Les conséquences constatées le plus fréquemment lors des grands rassemblements sont les traumatismes, les accidents cardiaques, les infections respiratoires, les pathologies liées à la chaleur et les pathologies gastro-intestinales.

Les règles de prévention s'appliquent à tous les grands rassemblements de plusieurs milliers de personnes en France ou à l'étranger (pèlerinages en Arabie saoudite - Hadj et Umra, Journées mondiales de la jeunesse (JMJ), Kumbha Melas, festivals de plein air...).

Les grands pèlerinages peuvent plus particulièrement présenter des risques du fait :

- de la fréquentation souvent très élevée, notamment pour le Hadj avec plusieurs millions de pèlerins, qui favorise promiscuité et confinement dans un espace géographique limité ;
- de l'âge élevé et de l'état de santé des pèlerins (polypathologies) ;
- des conditions climatiques, surtout lorsque le rassemblement se déroule pendant les mois d'été ;
- des contraintes imposées par les rituels, qui entraînent une fatigue pouvant aller jusqu'à l'épuisement.

7.5.1 Mesures préventives d'ordre général

Une vigilance accrue doit être exercée pour :

- les infections les plus fréquentes rencontrées pendant ces voyages : infections respiratoires ubiquitaires ou spécifiques (grippe, MERS-CoV pour la péninsule arabe (Arabie saoudite, Bahreïn, Émirats arabes unis, Koweït, Oman, Qatar, Yémen, Irak, Jordanie) ;
- Infections invasives à méningocoques, infections gastro-intestinales ;
- les pathologies en rapport avec la chaleur ;
- les traumatismes ;
- l'épuisement ;
- la décompensation d'affections chroniques préexistantes (maladies cardio-vasculaires, diabète, HTA, etc.) (cf. § 9.3).

Une information sur ces risques doit être donnée aux voyageurs avant leur départ, ainsi que sur les moyens de s'en prémunir :

- hygiène des mains et hygiène alimentaire (cf. § 4) ;
- hydratation correcte ;
- protections contre la chaleur et l'exposition au soleil ;
- risques traumatiques liés à la pratique d'activités inhabituelles.

7.5.2 Vaccinations

Vaccinations obligatoires

- La vaccination contre les infections invasives à méningocoques avec un vaccin tétravalent A, C, Y, W est obligatoire pour l'obtention des visas pour le pèlerinage en Arabie saoudite (pour la validité cf. § 1.11). Elle doit être réalisée au moins 10 jours avant le départ.
- D'autres vaccinations sont exigées pour l'obtention des visas pour les pèlerins en transit en provenance de pays où existe un risque de transmission de poliomyélite ou de fièvre jaune. Les dispositions et recommandations sanitaires pour l'obtention des visas sont publiées chaque année par l'OMS dans un relevé épidémiologique hebdomadaire : « Dispositions sanitaires pour les voyageurs se rendant en Arabie saoudite pour le pèlerinage de la Mecque (Hadj) » : <https://www.moh.gov.sa/en/Hajj/HealthGuidelines/HealthGuidelinesDuringHajj/Pages/HealthRequirements.aspx>.

Vaccinations recommandées

- La mise à jour des vaccinations du calendrier vaccinal (notamment les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche et la rougeole) ainsi que les vaccinations contre la grippe (si le rassemblement a lieu pendant une période de circulation d'un virus de la grippe), contre l'hépatite A et contre la typhoïde sont recommandées pour tous les grands rassemblements.
- La vaccination contre les infections à pneumocoques est également recommandée aux personnes à risque [12,97].

Pour les exigences/spécificités des pays concernant l'entrée sur le territoire dans le contexte Covid-19, il convient de se renseigner sur le site <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/>

7.6 Militaires

Les recommandations sanitaires pour les militaires sont dans l'ensemble similaires à celles qui s'adressent aux autres voyageurs. Cependant, lors des missions en dehors de la France métropolitaine, les militaires peuvent être déployés dans des régions comportant des risques et des niveaux d'expositions aux agents infectieux majorés. Ces caractéristiques font des militaires des voyageurs dits « non-conventionnels » et justifient des mesures de prévention spécifiques. Par ailleurs, au-delà de la santé individuelle des militaires, les armées ont aussi une contrainte de protection collective, dans un objectif de maintien de la capacité opérationnelle des forces déployées.

C'est pourquoi, dans certains domaines comme la chimioprophylaxie du paludisme ou les vaccinations, les recommandations faites aux militaires visent un niveau de protection plus élevé que celui des autres voyageurs. Ainsi, les militaires français sont soumis à un calendrier vaccinal particulier, réévalué chaque année pour tenir compte de l'évolution des recommandations nationales, de l'évolution du contexte épidémiologique et des contraintes spécifiques liées à leur métier. Les vaccinations inscrites au calendrier vaccinal des armées sont réglementaires et donc obligatoires pour les militaires. Le calendrier vaccinal des armées est consultable sur Vaccination Info Service : <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Militaires>. De la même façon, la prescription de la chimioprophylaxie antipaludique et les mesures de protection personnelle anti-vectorielle sont définies par une directive du ministère des Armées, actualisée chaque année.

Les recommandations pour les personnes accompagnant les militaires sont celles préconisées en population générale, notamment celles concernant les vaccinations et la protection contre le paludisme.

8. Risques liés à certains comportements ou situations

8.1 Risques liés aux comportements sexuels

Les infections sexuellement transmissibles (IST) sont cosmopolites et le voyage peut comporter des comportements à risque.

Certaines IST engagent le pronostic vital (infection VIH, hépatite B) et ne bénéficient pas de traitement curatif radical, d'autres sont curables mais hautement contagieuses ou associées à des risques de complications (syphilis, gonococcie, herpès, chlamydia, papillomavirus, gale).

L'usage du préservatif masculin ou féminin est le principal moyen de prévention contre les IST. La prophylaxie antirétrovirale pré-exposition (PrEP) trouve son indication en cas de prise de risque d'acquisition du VIH. Les rapports non protégés avec des partenaires multiples ou dans un pays de forte endémie avec des autochtones peuvent constituer une indication à proposer la PrEP intermittente ou continue pendant la durée du voyage [98]. La PrEP est un outil à part entière de la stratégie de prévention de l'infection par le VIH comprenant l'utilisation d'autres méthodes de prévention du risque d'infection (par exemple : usage correct et systématique de préservatifs, connaissance du statut sérologique vis-à-vis du VIH, dépistage régulier des autres IST, utilisation de matériel à usage unique lors de la consommation de drogues). L'identification des personnes exposées au VIH, pour lesquelles la PrEP est adaptée, nécessite une approche individualisée qui tient compte des expositions passées et futures [99,100,101,102,103].

Contre l'hépatite B, la vaccination constitue la meilleure protection.

En ce qui concerne les infections par certains papillomavirus humains (HPV) oncogènes, la vaccination constitue une protection efficace ; elle doit être effectuée dans les tranches d'âge recommandées selon le calendrier vaccinal en vigueur [12].

Les voyageurs ayant eu des conduites sexuelles à risque ou victimes d'agression sexuelle doivent consulter au plus tôt, dans les heures suivantes, pour un éventuel traitement post-exposition [104], notamment pour le VIH, dans leur intérêt et celui de leurs partenaires actuels et futurs.

Dans ce cas, une consultation de dépistage des IST peut être également envisagée ou conseillée.

En cas d'agression sexuelle, il est fortement recommandé de consulter en urgence et localement un service de soins, de prévenir sa compagnie d'assistance soins/rapatriement, et de se rapprocher du consulat français.

Pour rappel, une infraction sexuelle sur mineur commise à l'étranger par un français ou une personne vivant habituellement en France est punissable par la justice française : <https://www.demarches.interieur.gouv.fr/particuliers/infraction-sexuelle-mineur-corruption-agression-atteinte-sexuelle-viol>.

8.2 Risques liés aux soins

Outre les soins dictés par les circonstances (traumatisme, paludisme...), le développement du tourisme médical (soins dentaires, chirurgie froide, chirurgie plastique), partout dans le monde, expose ceux qui le pratiquent à des risques particuliers.

8.2.1 Risques liés à des injections ou des actes invasifs

Dans la plupart des pays aux structures sanitaires insuffisantes, les transfusions sanguines représentent un risque majeur de transmission par le sang d'agents pathogènes, notamment les virus des hépatites B et C et le VIH.

Les soins médicaux avec injection intraveineuse (IV), intramusculaire (IM) et sous-cutanée (SC), incision, endoscopie, acupuncture, mésothérapie exposent également à des risques infectieux.

Afin de limiter ces risques :

- refuser tout geste dont on n'est pas certain qu'il sera effectué avec du matériel neuf à usage unique (aiguilles, seringues, aiguilles d'acupuncture, ventouses scarifiées) ou soumis préalablement à une stérilisation appropriée ;
- se munir avant le départ, si besoin, de matériel (seringues, aiguilles) à usage unique (avec ordonnance le justifiant).

Le personnel médical et paramédical en mission dans un pays à prévalence élevée d'infection par le VIH doit pouvoir, en cas d'accident d'exposition aux liquides biologiques, bénéficier d'un traitement antirétroviral au mieux dans les quatre heures, et au plus tard dans les 48 heures, après conseil médical spécialisé.

8.2.2 Risques liés à une hospitalisation – bactéries multirésistantes (BMR)

Les infections associées aux soins, particulièrement en milieu hospitalier (IAS nosocomiales), sont fréquentes dans les pays en développement et les bactéries en cause sont souvent multirésistantes : staphylocoques dorés résistants à la méticilline, entérobactéries sécrétrices de bêta-lactamases à spectre étendu, entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC), *Enterococcus faecium* résistant aux glycopeptides (ERG), *Acinetobacter baumannii* résistant à l'imipénème, *Pseudomonas aeruginosa* multi-résistant, tuberculose MDR (multi-résistante) et XDR (ultra-résistante) et mycobactéries environnementales.

Tout patient rapatrié sanitaire direct ou ayant été hospitalisé au moins 24 heures à l'étranger dans les 12 derniers mois, quel que soit le type de service, doit faire l'objet, lors d'une d'hospitalisation en France, d'un dépistage digestif par écouvillonnage rectal à la recherche du portage d'une bactérie hautement résistante aux antibiotiques émergentes (BHRe) telles que les EPC et les ERG et être placé en chambre individuelle avec prescription de précautions complémentaires de type « contact » jusqu'à l'obtention des résultats [105].

8.2.2.1 Entérobactéries multirésistantes

Le portage de BMR et notamment d'entérobactéries (*E.coli* le plus souvent) productrices de bêtalactamases à spectre étendu (BLSE) est associé aux voyages, principalement en Asie, notamment dans le sous-continent indien, à la survenue d'une diarrhée et à la prise d'antibiotiques pendant le séjour ainsi qu'au type de voyage. Une étude multicentrique française [106] a montré en 2015 que le risque d'acquisition d'une entérobactérie BLSE était estimé à 72% en Asie, 48% en Afrique subsaharienne et 31% en Amérique du Sud. Néanmoins, trois mois après leur retour de voyage, 95% des individus concernés avaient éliminé ce portage. Dans une étude néerlandaise une transmission à l'entourage a été détectée chez 7,7% des contacts, la probabilité de transmission étant estimée à 12% (IC95%: 5-18) [107].

Ce portage a une influence sur la prise en charge des infections urinaires liées à des entérobactéries au retour de voyages. Il a été rapporté dans une étude que 25% des infections urinaires chez des voyageurs étaient dues à des BLSE ce qui modifie le choix de l'antibiothérapie de première intention dans de tels cas, notamment dans les formes graves ou compliquées [105].

Les BHRe (bactéries hautement résistantes et émergentes), bactéries commensales du tube digestif, à mécanisme de résistance plasmidique et à risque de diffusion dans la communauté et en milieu hospitalier, sporadique ou épidémique limité en France, font l'objet de recommandations plus spécifiques. Ces dernières ont été revues en 2019 par le HCSP, avec une incitation à un dépistage systématique à l'hôpital de tout patient ayant été hospitalisé à l'étranger dans les douze mois qui précèdent son hospitalisation en France [105,108,109]. Les BHRe liées à un séjour à l'étranger, identifiées par les recommandations françaises du HCSP, sont à ce jour les EPC et les ERG.

8.2.2.2 Entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC)

Les entérobactéries sont des bacilles à Gram négatif constituant l'une des plus importantes familles de bactéries ; elles sont de plus en plus résistantes aux antibiotiques. Les EPC conduisent ainsi à une inefficacité partielle ou totale des antibiotiques de la classe des carbapénèmes (imipénème, méropénème et ertapénème), considérés comme des traitements de dernier recours. Les EPC restent rares en France en comparaison avec ce qui

est observé dans d'autres pays, mais il est observé depuis 2009 une augmentation des épisodes impliquant des EPC signalés à Santé publique France. Dans le contexte du Covid-19, une chute des signalements d'EPC est observée en 2020 (31^e congrès de la SF2H à Nantes, en octobre 2021). Cette augmentation invite à la plus grande vigilance. Le rôle du tourisme médical, décrit notamment comme facteur d'introduction du mécanisme NDM (« New Delhi metallo- β -lactamase ») en Angleterre chez des patients colonisés/infectés ayant subi des hospitalisations récentes dans le sous-continent indien, est majeur et préoccupant. Étant donné la circulation des EPC dans de nombreux pays étrangers, le rôle du voyage et de l'hospitalisation à l'étranger est parfaitement démontré, retrouvé dans la genèse des signalements d'EPC reçus à Santé publique France en 2020 (vs 38% en 2019) (31^e congrès de la SF2H à Nantes, octobre 2021).

8.2.2.3 Entérocoques : *Enterococcus faecium* résistant aux glycopeptides (ERG)

Les entérocoques résistants aux antibiotiques, comme la vancomycine et la teicoplanine, ont émergé aux USA au milieu des années 1980 [110]. La plupart des ERG appartiennent à l'espèce *E. faecium*. Les souches de l'espèce *Enterococcus faecalis* résistantes aux glycopeptides ne sont pas considérées comme des BHRé nécessitant la mise en place de mesures spécifiques de type BHRé, du fait de leur faible caractère épidémiogène. En France, les signalements d'ERG sont en augmentation progressive depuis 2012. Une chute des signalements est également observée en 2020. Le taux de résistance dans l'espèce, selon les données EARS-Net [111], reste inférieur ou proche de 1% : l'émergence est à ce jour contrôlée mais les efforts doivent se poursuivre. Le rôle du voyage et de l'hospitalisation à l'étranger est démontré, retrouvé dans la genèse de 30% des signalements d'ERG reçus à Santé publique France en 2020 (vs 47% en 2019) (31^e congrès de la SF2H à Nantes, octobre 2021).

8.2.2.4 Risque d'importation de SARM

Les voyageurs peuvent aussi être à risque d'infections par des souches de *Staphylococcus aureus* résistantes à la méthicilline (SARM) ou avec un profil inhabituel de résistance aux antibiotiques (clones différents de ceux rencontrés en milieu hospitalier français). Il est donc recommandé de prélever les patients avec des infections cutanées présumées staphylococciques (impétigo, folliculite, furoncle, abcès) pour réaliser un antibiogramme. L'antibiothérapie doit aussi prendre en compte le risque de SARM, voire d'autres résistances associées. Ces voyageurs doivent être identifiés pour prévenir une diffusion de ces souches résistantes dans la communauté [112].

Le risque de portage de *S. aureus* porteur de la leucocidine de Panton-Valentine (LPV) est aussi à prendre en compte. De telles souches sont la source d'infections plus sévères au niveau cutané et surtout pulmonaire et peuvent se transmettre plus facilement dans l'environnement familial et communautaire [113].

8.3 Risques liés aux pratiques de tatouage et de piercing

La pratique de tatouages et de piercing (dont le perçage des oreilles) présente un risque majeur de transmission d'agents pathogènes par le sang, notamment les virus des hépatites B et C et le VIH. Elle expose aussi au risque d'infections par des mycobactéries environnementales <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=970>

Les tatouages éphémères noirs exposent à des risques de dermite de contact (eczéma allergique, dermite caustique) [114].

Il est important de déconseiller le recours à ces pratiques lors du voyage, compte tenu de l'absence de contrôle sur les produits utilisés et souvent sur les pratiques mises en œuvre.

8.4 Risques liés aux drogues

L'usage de drogues, quel que soit le mode de consommation (intraveineuse, orale, inhalée), au cours d'un voyage expose à un certain nombre de risques (parfois mortels) : risque infectieux, risque juridique (législation locale), troubles du comportement pouvant favoriser des prises de risque (accident, relations sexuelles, noyade...), intoxications ou surdosages (par consommation de produits de composition qualitative ou quantitative variable).

9. Précautions en fonction des personnes

Avant tout déplacement à l'étranger, il est fortement recommandé de disposer d'une assurance rapatriement/frais d'hospitalisation couvrant l'ensemble des risques et la zone géographique concernée ; cette assurance doit également couvrir les personnes les plus fragiles (enfants, femme enceinte...).

Plusieurs risques liés au voyage sont exacerbés dans certaines catégories de population du fait :

- de la diminution des capacités d'adaptation physiologique à une situation aiguë ;
- des difficultés de récupération après un effort ;
- de la sensibilité à la déshydratation.

En ce qui concerne les vaccinations, la prévention du paludisme, la prévention et la prise en charge des diarrhées, il convient de se reporter aux [chapitres 1, 2 et 4](#), ainsi qu'aux [chapitres 5, 6, 7 et 8](#) pour les précautions générales.

9.1 Enfants

9.1.1 Recommandations générales

Un voyage avec de très jeunes nourrissons, dans les pays tropicaux, dans des conditions précaires, est à déconseiller.

Chez les enfants, une vigilance accrue doit être exercée sur :

- l'usage des répulsifs (cf. § 2.2.2) ;
- l'exposition au soleil et à des températures élevées (cf. § 6.2 et 6.3) :
 - les protéger du soleil (crèmes à coefficient de protection élevé à renouveler fréquemment et après chaque baignade, chapeau à larges bords, vêtements longs, légers, en coton, port d'un t-shirt pour les activités aquatiques) ;
 - leur éviter les déplacements trop longs en pays très chauds, sources de déshydratation et de coup de chaleur ;
 - leur donner souvent à boire de l'eau ou des solutés de réhydratation orale ;
 - leur faire porter des vêtements légers, lavables aisément, perméables (coton et tissus non synthétiques), afin d'éviter le risque de sudamina (bourbouille) ;
- l'exposition au grand froid, les enfants présentant plusieurs facteurs de moindre résistance au froid [80] :
 - les habiller chaudement, de plusieurs couches de vêtements avec une couche extérieure imperméable au vent et à l'eau ;
 - leur couvrir chaudement la tête, les mains et les pieds ; le volume céphalique, proportionnellement plus important chez l'enfant, a pour conséquence une forte déperdition de chaleur, en l'absence de protection. Les gelures chez l'enfant entraînent un risque spécifique de troubles de croissance et de déformations ultérieures par destruction des épiphyses ou des cartilages de croissance [115] ; proscrire les porte-bébés par temps froid car l'immobilité de l'enfant favorise l'hypothermie et le portage favorise les compressions des membres, sources de gelures ;
- le risque de noyade, en l'absence de dispositif de sécurité (cf. § 7.2) ;
- les contacts avec les animaux, pour prévenir le risque de morsure ou de transmission de pathogènes ;
- une hygiène corporelle rigoureuse notamment pour le jeune enfant, comprenant une douche quotidienne (avec savonnage), terminée par un séchage soigneux des plis ;
- les risques d'accidents domestiques : les parents doivent être sensibilisés particulièrement au risque de brûlure par chute dans un foyer posé à même le sol et à celui d'ingestion de produits pétroliers ou caustiques, de pesticides déconditionnés ou stockés à portée des enfants ;
- le risque de mutilation génitale féminine (excision, infibulation) ou de mariage forcé lors du séjour. La prévention repose sur l'identification d'ethnies (ou de pays) pratiquant ces mutilations et sur l'information des familles sur les risques (infection, douleurs, troubles de la fertilité et de la sexualité) et l'interdiction juridique de ces gestes (passibles d'amende et d'emprisonnement en France). Des renseignements peuvent être trouvés au numéro vert 3919 ou sur le site de la HAS : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3192635/fr/mutilations-sexuelles-des-mineures-identifier-les-patientes-a-risque-et-les-protéger.

Par ailleurs, le transport du carnet de santé est à déconseiller en raison du risque de perte, de vol ou d'endommagement ; prévoir de préférence des photocopies.

9.1.2 Voyage en avion

Les enfants sains de moins de 15 ans peuvent avoir de petites baisses de saturation transcutanée en oxygène (SpO_2) non symptomatiques, ni délétères. Les enfants ayant une maladie respiratoire chronique, comme une mucoviscidose, peuvent compenser la baisse de FiO_2 relative, par une hyperventilation. La *British Thoracic Society* a émis des recommandations [116] dont certaines concernent les enfants :

- les nouveau-nés à terme peuvent voyager en avion dès 48 heures de vie, mais il est conseillé de reporter le voyage au-delà de la 1^{re} semaine ;
- les nourrissons prématurés (nés avant 37 semaines d'aménorrhée - SA) mais à moins de 41 SA d'âge corrigé lors du voyage sont à risque de présenter une détresse respiratoire lors du voyage. Il est recommandé de différer le voyage aérien jusqu'à ce qu'ils aient atteint 41 SA d'âge corrigé ;
- les nourrissons de moins d'un an, ayant eu un problème respiratoire néonatal durable (dysplasie broncho-pulmonaire), justifient d'un test d'hypoxie avant le départ. Dans une cabine de pléthysmographie, au calme, de l'air à une FiO_2 de 15% (correspondant à l'air à une altitude de 8 000 pieds ou 2 438 m) est délivré, et la SpO_2 est mesurée. Si elle chute en dessous de 85%, de l'oxygène est nécessaire lors du vol (le débit est celui nécessaire à restaurer la SpO_2 habituelle, généralement 1-2 l/min). Lorsque la SpO_2 chute entre 85 et 90%, une oxygénothérapie durant le vol peut également être discutée ;

- les enfants ayant une maladie respiratoire chronique comme une mucoviscidose doivent bénéficier d'une spirométrie avant le départ si leur âge le permet. Ceux qui ont un VEMS < 50% doivent avoir un test d'hypoxie et bénéficier d'un apport d'oxygène durant le vol si la SpO₂ chute <90% ;
- les enfants ayant une supplémentation habituelle d'oxygène devraient doubler leur débit d'oxygène durant le vol (sans faire de test d'hypoxie préalable sauf si leur dépendance à l'oxygène date de plus de six mois);
- les enfants asthmatiques doivent être équilibrés avant le vol et prendre avec eux, en cabine, le traitement d'une exacerbation ;
- les enfants ayant un antécédent de pneumothorax doivent, comme les adultes, vérifier sa disparition avant le vol et respecter un intervalle de 7 jours (cas d'un pneumothorax spontané) à 14 jours (cas d'un pneumothorax traumatique) avant de prendre l'avion ;
- les anciens prématurés doivent retarder leur vol s'ils ont une infection des voies aériennes, jusqu'à 6 mois après un âge corrigé de 41 SA, en raison du risque d'apnée ;
- les enfants avec une cardiopathie congénitale cyanogène sans limitation sévère des activités ou symptomatologie de repos (classe I à III NYHA) et sans hypertension artérielle pulmonaire (HTAP), peuvent voyager sans oxygène. Ceux qui ont une HTAP et une limitation modérée des efforts sans gêne au repos (classe III NYHA) doivent recevoir une oxygénothérapie à 2 l/min. Le voyage doit être reporté en cas de gêne fonctionnelle sévère (classe IV NYHA) ; en cas d'impossibilité, une oxygénothérapie à 2 l/min est requise.

Chez tous ces enfants à risque d'hypoxie, le voyage en avion doit être déconseillé et restreint à des motifs impérieux.

9.1.3 Transports en véhicules terrestres

Durant les transports en véhicules terrestres, il est nécessaire d'appliquer les mesures de sécurité (ceinture, siège-auto, enfant placé à l'arrière, port d'un casque pour les deux-roues) dans la mesure du possible. Dans certains cas des adaptations sont nécessaires. Il s'agit principalement des cas d'enfants qui ont des maladies neuromusculaires qui modifient leur tonus (les enfants hypotoniques doivent impérativement voyager dans un siège, dos à la route), une trachéostomie (qui peut se boucher ou s'enlever lors d'un frottement avec la ceinture transversale), une gastrostomie ou un reflux gastro-œsophagien sévère (la ceinture ventrale peut être difficile à positionner ou augmenter la pression abdominale), ou des troubles psychiques ou du développement (l'agitation pendant le transport peut nécessiter une sédation ou une contrainte physique). Il existe des harnais, sièges ou vestes permettant d'installer les enfants dans les véhicules avec une bonne adaptation des ceintures à la taille de l'enfant, mais dans de nombreux pays, ces dispositifs ne sont pas disponibles ou les véhicules ne permettent pas ces adaptations. Si un siège enfant doit être installé sur le siège à l'avant dos à la route (pour permettre une surveillance par le conducteur), il faut que la fonction airbag puisse être désactivée. Par ailleurs, l'usage de fauteuils roulants adaptés pour les transports et les transferts de siège peut être nécessaire [117].

9.1.4 Enfants avec des besoins particuliers [118]

Certains enfants présentent une pathologie chronique grave qui peut nécessiter des mesures particulières.

Si le transport du carnet de santé est à déconseiller, on peut photocopier ou numériser les pages d'importance faisant référence à la pathologie de l'enfant.

Il est utile de se munir d'une fiche résumée de la pathologie de l'enfant, de son traitement habituel, de ses principaux signes cliniques ou paracliniques, avec un guide pour prendre en charge les principales complications possibles en lien avec sa pathologie. Dans l'idéal, la fiche devrait être rédigée dans la langue du pays de séjour.

La totalité du traitement nécessaire durant le séjour (avec une marge supplémentaire) doit être emportée, dont une partie en cabine pour ne pas risquer une rupture de traitement en cas de retard à l'arrivée des bagages de soute. Beaucoup de médicaments ne sont pas disponibles dans les pays en développement, même à l'hôpital. Une ordonnance nominative rédigée en anglais et, si possible, dans la langue du pays peut être utile pour transporter les médicaments et dispositifs nécessaires.

Une assurance rapatriement couvrant les risques liés à la maladie est nécessaire.

Nouveau-né et prématuré

Un voyage avec un nouveau-né ou un petit nourrisson ex-prématuré est déconseillé.

- Ces enfants, même sans antécédent périnatal, sont fragiles : ils sont plus sensibles aux conditions environnementales (chaleur, froid), plus à risque de troubles digestifs et de déshydratation, ou de détresse respiratoire en cas de pathologie respiratoire virale. Le respect des règles d'hygiène générale et alimentaire et la réduction des interactions sociales sont encore plus importants chez eux.
- Les vaccinations prévues dans le calendrier vaccinal sont nombreuses dans les 5 premiers mois de vie. Elles doivent être débutées avant le départ si possible, parfois avancées dans le respect de leurs AMM, considérant qu'elles ne seront souvent pas réalisables durant le voyage. Les vaccinations spécifiques du voyage ne sont pas

possibles à cet âge, sauf le BCG qui est recommandé pour les séjours en zone à risque de tuberculose, et le vaccin méningococcique quadrivalent A, C, Y, W Nimenrix®, possible dès 6 semaines de vie.

- La protection personnelle anti-vectorielle par moustiquaire est essentielle pour les séjours dans les pays à risque d'arbovirose ou de paludisme, car les répulsifs cutanés sont contre-indiqués chez les petits enfants, et la chimioprophylaxie du paludisme est souvent hors AMM.

Enfant asthmatique

- Ne le laisser voyager que si l'asthme est équilibré.
- Faire rédiger un plan d'action lors des exacerbations par le médecin traitant/référent avant le départ.
- Garder en cabine le traitement de l'exacerbation (bronchodilatateur avec chambre d'inhalation s'il y a lieu, corticoïdes oraux) et le traitement de fond (s'il y a lieu de l'administrer durant le vol).
- Si un séjour en altitude est prévu lors du voyage, donner des explications sur le mal aigu des montagnes et l'œdème pulmonaire d'altitude, dont les symptômes peuvent être proches de ceux d'une exacerbation asthmatique (§ 7.4).

Enfant ayant une mucoviscidose ou une pathologie respiratoire chronique

- Une consultation avec le médecin référent est recommandée avant le départ. Il est utile d'emporter une copie des derniers examens.
- La protection contre les infections respiratoires doit être renforcée (lavages des mains, distanciation physique, port d'un masque adapté (possible au-delà de 3 ans).
- Chez les patients atteints de mucoviscidose, la prévention, l'identification et le traitement précoce d'une diarrhée du voyageur doivent être rappelés, en raison de leur altération de la perception de la soif et de leurs difficultés de régulation de l'équilibre sodé.

Enfant ayant une cardiopathie congénitale

- Une consultation avec le cardiologue référent est recommandée avant le départ. Il est utile d'emporter une copie des derniers examens (ECG, échocardiographie).
- Les enfants ayant un dispositif implantable doivent bénéficier d'une inspection manuelle dans les aéroports et ne pas passer par les portiques automatiques.
- Les enfants avec un shunt droit/gauche ou une HTAP (hypertension artérielle pulmonaire) ne doivent pas séjourner à une altitude de plus de 2 500 m. Ceux avec un shunt gauche/droit ne doivent pas séjourner durablement à une altitude de plus de 1 500 m pour éviter un risque d'HTAP. Ceux qui ont une cardiopathie congénitale simple ou chirurgicalement réparée n'ont pas de restriction d'altitude.

Enfant immunodéprimé

- Une consultation avec le spécialiste référent ou un centre de vaccination internationale et de conseils aux voyageurs est souhaitable avant le départ, pour adapter la prévention vaccinale ou la prophylaxie médicamenteuse. Le HCSP a publié un guide de la vaccination des sujets immunodéprimés et le groupe d'experts chargé des recommandations de prise en charge des personnes vivant avec le VIH fournit la liste des vaccinations qui leur sont recommandées [11,119].
- La connaissance de l'adresse d'un centre référent apte à prendre en charge ces enfants dans le pays de destination est utile.
- La vaccination des sujets contacts qui voyagent avec l'enfant est importante pour éviter la transmission intra-familiale de certaines maladies infectieuses.

Enfant avec allergie alimentaire sévère

- Faire rédiger un plan d'action en cas d'allergie sévère par le médecin traitant ou l'allergologue référent avant le départ.
- Garder avec soi les traitements nécessaires en cas d'allergie. Les stylos d'adrénaline injectables ne se conservent pas bien au-delà de températures ambiantes >30°C.
- Se renseigner auprès de la compagnie aérienne pour vérifier que l'allergène en cause n'est pas distribué dans les repas au cours du vol et connaître les modalités de détention d'un stylo d'adrénaline injectable en cabine.
- Des cartes d'allergie alimentaire peuvent être téléchargées et remplies par le médecin référent pour être présentées dans un restaurant. Elles existent en français [120] ou en bilingue anglais/certaines langues étrangères [121].

Enfant drépanocytaire [122]

- Une consultation avec l'hématologue référent ou un centre de vaccination internationale et de conseils aux voyageurs est souhaitable avant le départ pour contrôler l'hémoglobine, éventuellement pratiquer une transfusion sanguine, vérifier les vaccinations complémentaires indispensables (pneumocoque, Haemophilus influenzae, méningocoque, grippe, typhoïde...), discuter une antibioprophylaxie durant le voyage et une anticoagulation

pour le vol, prévoir un plan d'action en cas de suspicion de crise vaso-occlusive (CVO) ou d'infection, rédiger un certificat médical pour pouvoir disposer d'oxygène à bord en cas de douleurs osseuses ou thoraciques, ou en cas de dyspnée.

- Il est nécessaire d'avoir des antalgiques en cabine en cas de CVO. Le transport d'opiacés, parfois nécessaires, est soumis à autorisation. Se renseigner avant le départ.
- Durant le voyage, particulièrement durant le vol, bien hydrater l'enfant et ne pas l'exposer au froid afin de prévenir les CVO.
- Durant le vol, faire porter des bas de contention si possible aux adolescents ; l'enfant ne doit pas rester assis trop longtemps.
- La prévention, l'identification et le traitement précoces d'une diarrhée du voyageur doivent être rappelés, en raison du risque de CVO en cas d'hypovolémie ou de déshydratation.
- De même, toute fièvre peut faire craindre une infection bactérienne sévère et devrait justifier d'un avis médical sur place.
- La plongée sous-marine et les séjours en altitude sont contre-indiqués.

Enfant diabétique

- Consulter le dossier en ligne de l'Aide aux jeunes diabétiques (AJD) sur les voyages peut être utile (<https://www.ajd-diabete.fr/le-diabete/vivre-avec-le-diabete/les-voyages>).
- Une consultation avec le diabétologue référent est souhaitable avant le départ pour vérifier l'équilibre glycémique et le schéma d'injections. Le médecin fournit une ordonnance avec le nom pharmaceutique (DCI) de l'insuline et ses modalités d'injection, le schéma de débit de la pompe (pour la reprogrammer au besoin), les conduites à tenir en cas d'hypoglycémie ou d'hyperglycémie avec cétose et, dans l'idéal, les coordonnées d'un référent sur place (se renseigner auprès du Consulat de France du pays).
- Penser à prendre suffisamment de matériel pour le voyage (aiguilles, lancettes, coton, désinfectant, lecteurs de glycémie et de cétonémie avec piles, stylo auto-piqueur, bandelettes urinaires, insulines, glucagon, pompe de remplacement...). En pratique, prévoir le double de ce qui est habituel et le répartir entre plusieurs bagages.
- La concentration de l'insuline en cas d'achat dans certains pays peut ne pas être la même qu'en France et en Europe (100 UI/ml). En tenir compte pour les doses.
- Le transport de seringues et d'aiguilles dans la cabine lors du vol peut être soumis à autorisation (se renseigner auprès de la compagnie aérienne). Un certificat médical (en anglais ou dans la langue du pays) peut être demandé (modèle sur le site de l'AJD).
- Les enfants portant une pompe à insuline, doivent bénéficier d'une inspection manuelle dans les aéroports et ne pas passer par les portiques automatiques.
- Si l'enfant voyage seul, prévenir le personnel de bord qu'il a un diabète.
- Durant les premiers jours de voyage, contrôler plus souvent la glycémie pour adapter les doses d'insuline.
- Des bulles d'air peuvent se former dans le dispositif de pompe à insuline (cartouche et ligne) durant les variations de pression en cabine. On peut être amené à déconnecter la pompe au décollage, puis à la reconnecter en altitude de croisière après avoir purgé les bulles, et répéter la même procédure à l'atterrissage.
- Certains appareils de mesure continue de la glycémie peuvent dysfonctionner en situation de pression atmosphérique plus faible.
- Adaptation de l'insulinothérapie pendant le trajet lorsque plusieurs fuseaux horaires (>3 heures) sont franchis :
 - garder le schéma habituel d'injections (avec les heures françaises) si la durée du séjour est courte (<3 jours) ;
 - pour un traitement par injections, en cas de séjour plus long, l'utilisation de schéma basal (lente) + bolus (rapide) est préférable à une insuline mixte pour un meilleur ajustement à la glycémie. Des bolus d'insuline rapide sont faits au moment des repas, et le basal est ajusté. Plusieurs protocoles d'adaptation du basal sont possibles. Par exemple :
 - voyages vers l'est : pour un décalage faible (1 à 6 heures en plus, par exemple Pékin), avancer de deux heures l'horaire de la dernière dose de basal prévue avant le départ (ex : 17 h au lieu de 19 h, heure française), puis se mettre à l'heure locale et décaler l'horaire de la prochaine dose de basal de 3-4 heures (ex : 22 h au lieu de 19 h, heure locale). Sur place, rapprocher ensuite progressivement l'horaire de la dose de basal vers l'heure habituelle (ex : 19 h). Pour un décalage important (plus de 6 heures en plus, par exemple Sidney), faire la moitié de la dose de basal du jour du voyage à l'heure prévue (heure française ; ex : 19 h) puis se mettre à l'heure locale et faire la prochaine dose de basal (complète) à l'heure prévue (heure locale, ex : 19 h) ;
 - voyages vers l'ouest : pour un décalage faible (1 à 6 heures en moins, par exemple New York), faire la dernière dose de basal la veille du départ à l'heure prévue (ex : 19 h, heure française), puis se mettre à l'heure locale et faire la prochaine dose de basal à l'heure prévue (ex : 19 h, heure locale), en complétant au besoin par de l'insuline rapide entretemps. Pour un décalage important (plus de 6 heures en moins,

par exemple Los Angeles), faire la moitié de la dose de basal du jour du voyage à l'heure prévue (heure française ; ex : 19 h) puis se mettre à l'heure locale et faire la prochaine dose de basal (complète) à l'heure prévue (heure locale, ex : 19 h) ;

- si l'enfant a une pompe à insuline, les bolus d'insuline rapide seront faits en fonction des repas et des glycémies. Il faut garder l'horloge de la pompe sur l'heure de la zone de départ durant tout le voyage aérien, et la régler sur l'heure de la zone d'arrivée à destination. Programmer durant le vol le plus petit basal d'insuline antérieurement utilisé ;
- Stocker l'insuline dans un endroit réfrigéré et sec sur place. Il existe des pochettes réfrigérantes ou des sacs isothermes pour le transport de l'insuline et du glucagon. Les stylos et flacons d'insuline en cours d'utilisation peuvent être le plus souvent conservés à température ambiante.
- Durant le voyage, garder sur soi des sources de sucres rapides en cas d'hypoglycémie.
- Ajuster les doses sans arrêter l'insuline en cas de diarrhée ou de vomissements.

Enfant avec troubles neurologiques

- Une convulsion <24 heures ou une épilepsie mal équilibrée sont des contre-indications au voyage en avion.
- Faire rédiger un plan d'action en cas de convulsion par le médecin traitant ou le neurologue référent avant le départ. Pour les enfants ayant des troubles du comportement, discuter avec le thérapeute référent en amont du voyage, des moyens de contenir et de prendre en charge l'angoisse générée par le voyage.
- Garder en cabine le traitement de l'épilepsie.
- Prévoir des consultations à distance par visioconférence avec le thérapeute habituel pour les enfants ayant des troubles psychiatriques.
- Lors des transports en véhicule sur place, prévoir un dispositif adapté pour les enfants ayant un handicap neuromusculaire.

Enfant expatrié ou en séjour long en milieu tropical

L'expatriation en milieu tropical majore les risques sanitaires, notamment infectieux. Pourtant, l'observance des recommandations est insuffisante chez l'enfant dans cette situation, d'où la nécessité [123] :

- d'optimiser la chimioprophylaxie du paludisme et la préparation vaccinale, en particulier contre la rage, la tuberculose et les risques épidémiologiques spécifiques ;
- d'insister sur les mesures d'hygiène, de protection anti-vectorielle et de prévention générale (soleil...) ;
- de prévoir une consultation de relais sur place, puis un suivi régulier pour adapter les traitements préventifs ou curatifs d'une maladie chronique au poids de l'enfant et pratiquer les rappels vaccinaux.

9.2 Personnes âgées

L'âge en tant que tel n'est pas une contre-indication aux voyages. Compte tenu de la fréquence nettement plus élevée des maladies chroniques au-delà de 65 ans, une consultation avec le médecin traitant est recommandée avant le départ.

Une vigilance accrue doit être exercée sur l'existence de maladies, la diminution des capacités d'adaptation physiologique et la sensibilité à une déshydratation, de même que lors de voyages exposant à de fortes chaleurs (cf. § 6.2) ou à de grands froids (cf. § 6.4).

9.3 Personnes atteintes d'affections chroniques

Une vigilance accrue doit être exercée sur :

- la compatibilité de l'état de santé avec le type de voyage prévu, en particulier en présence de troubles cognitifs ou locomoteurs ;
- le risque de décompensation de comorbidités (insuffisance cardiaque ou respiratoire, diabète, épilepsie, maladies neurodégénératives, etc.) ;
- le risque lié à certains traitements selon les conditions du voyage (par ex. : diurétique et chaleur, etc.) ;
- le risque d'interaction du traitement au long cours avec de nouveaux médicaments prescrits pour le voyage ;
- l'exposition à de fortes chaleurs (cf. § 6.2) ;
- l'exposition à de grands froids (cf. § 6.4).

Une consultation médicale avant le départ est nécessaire afin de faire le point sur :

- les maladies chroniques ;
- les traitements suivis (cf. chapitre 10) ;
- les contre-indications éventuelles à certaines vaccinations ou la mise à jour de vaccins particulièrement recommandés sur ces terrains ;

- la constitution d'un dossier médical de voyage (cf. § 11.2) ;
- les conditions du voyage, en particulier en cas de voyage aérien (cf. § 5.2). Utiliser un appareil pour l'apnée du sommeil à pression positive continue (PPC/CPAP) pendant le vol peut nécessiter certaines autorisations préalables.

Les associations de patients proposent fréquemment sur leur site des conseils adaptés aux personnes souffrant de pathologies chroniques. Un guide sur la gestion du diabète au moment de prendre l'avion fait par la Fédération française des diabétiques en partenariat avec la Direction générale de l'aviation civile est consultable : <https://diabetelab.federationdesdiabetiques.org/memo-vacances/>.

La prise en charge des séances de dialyse à l'étranger peut être couverte par l'assurance maladie avec des modalités différentes selon les pays : <https://www.ameli.fr/paris/assure/droits-demarches/europe-international/protection-sociale-etranger/dialyse-etranger>.

9.4 Personnes vivant avec le VIH et personnes immunodéprimées

Les personnes pour lesquelles une consultation spécialisée est justifiée avant le départ sont notamment les personnes :

- vivant avec le VIH (PVVIH) ;
- hypospléniques ou aspléniques ;
- transplantées d'organe solide ;
- ayant reçu une greffe de cellules souches hématopoïétiques ;
- sous chimiothérapie ou radiothérapie pour tumeur solide ou hémopathie maligne ;
- traitées par immunosuppresseurs, biothérapie ou corticothérapie pour une maladie auto-immune ou inflammatoire chronique ;
- présentant un déficit immunitaire congénital.

Une vigilance accrue doit être exercée sur :

- le risque lié à certaines maladies infectieuses chez les PVVIH (leishmanioses, salmonelloses, tuberculose, infections dues à des coccidies intestinales, histoplasmoses et les autres infections fongiques contractées par inhalation, etc.) ;
- la nécessité de précautions d'hygiène notamment alimentaire ;
- les vaccinations (cf. § 1) : les recommandations doivent être adaptées en fonction du type d'immunodépression. Un avis de novembre 2014 du HCSP [11] et pour les PVVIH, les recommandations nationales de 2018 [119] les formalisent :
 - les vaccins vivants atténués tels que le vaccin contre la fièvre jaune, sont généralement contre-indiqués (cf. § 1.6). Chez les enfants vivant avec le VIH, le taux de CD4 qui conditionne la contre-indication de vaccination contre la fièvre jaune varie avec l'âge (cf. tableau 4, § 1.6). Quand dans le cas d'un déficit immunitaire modéré le vaccin anti-amaril est administré, le délai d'acquisition de l'immunité post-vaccinale semble augmenté et la durée de protection peut être inférieure à dix ans ;
 - chez ces patients, le BCG est par ailleurs contre-indiqué, quels que soient l'âge et le taux de CD4 ;
 - les vaccins inactivés sont recommandés comme pour l'ensemble des voyageurs. Néanmoins, la réponse vaccinale peut être altérée ou de courte durée, justifiant un contrôle régulier de la sérologie, et pouvant conduire à l'administration de doses de rappel supplémentaires.
- les interactions médicamenteuses entre le traitement de fond et les médicaments prescrits pour le voyage. Les interactions entre les antirétroviraux et les antipaludiques existent mais semblent avoir un impact clinique limité, ne justifiant pas d'adaptation des doses [119,124,125,126] ;
- la survenue d'un accès palustre, s'accompagnant d'une augmentation transitoire de la charge virale ;
- le risque de photosensibilisation provoqué par les sulfamides qui peuvent être prescrits en prophylaxie d'infections opportunistes chez les PVVIH ayant un déficit immunitaire ;
- l'exposition au soleil (cf. § 6.3), les personnes immunodéprimées étant plus à risque de cancer de la peau [127,128]. Une protection solaire (vêtements, chapeau et crèmes écran) est fortement recommandée.

9.5 Femmes enceintes ou qui allaitent

La décision de voyager durant la grossesse doit être réfléchi en raison d'une exposition possible à des risques accidentels ou infectieux.

9.5.1 Avant le départ

Il est recommandé aux femmes enceintes de :

- prendre l'avis d'un médecin ou d'une sage-femme sur la possibilité, selon leurs antécédents et le déroulement de leur grossesse, d'effectuer sans risques le voyage programmé ;
- emporter des photocopies ou des fichiers numériques des documents médicaux du suivi de la grossesse : carnet de maternité, résultats d'échographies, de bilans sanguins ;
- se munir d'un certificat médical de non contre-indication au voyage, en particulier aérien ;
- évaluer avec un médecin, en fonction du type de voyage et de la destination, la pertinence et la balance bénéfice-risque des vaccinations ([tableau 12](#)) et des traitements préventifs et curatifs relatifs au voyage ;
- souscrire une assurance rapatriement/frais d'hospitalisation couvrant la zone géographique concernée.

Tableau 12

Vaccinations des femmes enceintes ou allaitantes qui voyagent

(cf. le calendrier vaccinal [12] et le [chapitre 1](#))

Vaccination	Femme enceinte	Femme qui allaite
Coqueluche (en association)	Possible	Possible
Covid-19	Recommandée (vaccins à ARNm)	Recommandée (vaccins à ARNm)
Diphtérie (en association)	Possible	Possible
Encéphalite japonaise	Possible	Possible
Encéphalite à tiques	Possible	Possible
Fièvre jaune	Ne doit pas être utilisé (vaccin vivant), sauf en cas de réel besoin après évaluation du bénéfice/risque. Peu de données.	Allaitement d'un nourrisson < 6 mois : possible sous réserve de la suspension de l'allaitement pendant les 2 semaines suivantes Allaitement d'un nourrisson ≥ 6 mois : possible
Fièvre typhoïde	Possible	Possible
Grippe	Recommandée	Recommandée si risques
Hépatite A	Possible	Possible
Hépatite B	Possible	Possible
Méningocoque C, B ou ACYW	Possible	Possible
Pneumocoque :	Possible	Possible
• Conjugué	Peu de données	Peu de données
• Polysaccharidique	Uniquement après évaluation du bénéfice/risque	Uniquement après évaluation du bénéfice/risque
Poliomyélite injectable seul ou en association	Possible	Possible
Rage	Possible	Possible
Rougeole (associée à rubéole et oreillons)	Contre-indiquée	Possible
Tétanos seul ou en association	Possible	Possible
Tuberculose	Non indiquée	Non indiquée

9.5.2 Risques liés aux transports

Évaluer les risques de chaque moyen de transport utilisé au cours du voyage.

Voyage en avion

- La plupart des compagnies aériennes n'acceptent pas à bord les femmes enceintes au-delà de la 36^e semaine d'aménorrhée (SA) en cas de grossesse simple, et de la 32^e SA en cas de grossesse multiple. Les longs voyages aériens sont déconseillés en fin de grossesse. La meilleure période pour voyager se situe entre la 12^e et la 28^e SA.
- Le voyage en avion impose une vigilance accrue sur le risque de survenue de thrombophlébite. Pour prévenir les thromboses veineuses profondes, les recommandations sont identiques à celles concernant la population générale (cf. [§ 5.2.4](#)).

Croisières maritimes

- Les femmes enceintes ne sont plus acceptées après 28 SA sur les bateaux de croisières.

Voiture

- Les longs voyages en voiture, en particulier sur des routes en mauvais état ou des pistes, sont déconseillés. En cas de mal des transports, il est possible d'utiliser :
 - de la difacéylline diphénhydramine : selon le RCP, l'utilisation de ce médicament est possible au cours de la grossesse, limitée à un usage ponctuel au 3^e trimestre. En effet, il a été constaté des signes digestifs de type atropinique chez des nouveau-nés de mères traitées au long cours par de fortes posologies de tels antihistaminiques anticholinergiques. Si la prise de ce médicament a eu lieu en fin de grossesse, une période de surveillance des fonctions neurologiques et digestives du nouveau-né semble justifiée. La prise de ce médicament est à éviter en cas d'allaitement ;
 - du dimenhydrinate et caféine, pendant toute la grossesse. Si la prise de ce médicament a eu lieu en fin de grossesse, une période de surveillance des fonctions neurologiques et digestives du nouveau-né semble justifiée. L'utilisation de ce médicament est déconseillée pendant l'allaitement (du fait de son passage dans le lait maternel) ;
 - du métoclopramide, sauf en fin de grossesse. Il n'est pas recommandé pendant l'allaitement.

La scopolamine, anticholinergique non sélectif, est déconseillée pendant la grossesse ou l'allaitement.

9.5.3 Activités physiques ou de loisir

- Les conseils généraux donnés aux autres voyageurs ([chapitres 6 et 7](#)) concernent également les femmes enceintes et allaitantes.
- Le voyage est souvent propice à une activité physique inhabituelle ou plus importante qui peut majorer le risque d'accouchement prématuré.
- Certaines activités sportives sont incompatibles avec la grossesse : trekking, canyoning, plongée sous-marine.
- Les activités physiques sont déconseillées au-dessus de 2 000 m d'altitude.

9.5.4 Hygiène alimentaire

La diarrhée du voyageur est fréquente, souvent passagère mais elle peut parfois se présenter sous forme sévère. Les aliments peuvent être vecteurs de maladies non-diarrhéiques (hépatite E ou toxoplasmose), plus graves chez la femme enceinte.

Les recommandations en cas de diarrhée du voyageur sont identiques à celles concernant la population générale (cf. [§ 4.1.1](#)).

En cas de survenue d'une diarrhée, il est recommandé de :

- consulter un médecin en cas de forme aiguë modérée ou sévère ;
- prévenir la déshydratation en buvant abondamment ;
- prendre un traitement anti-diarrhéique (cf. [§ 4](#)) :
 - le lopéramide (Imodium®) peut être utilisé, si besoin, en cure courte pendant la grossesse et l'allaitement, sauf en cas de syndrome dysentérique ;
 - le racécadotril (Tiorfan®) est à éviter pendant la grossesse par mesure de précaution et au cours de l'allaitement.

Concernant l'antibiothérapie des diarrhées, les indications sont les mêmes que pour les autres voyageurs. L'azithromycine (Zithromax®) comprimés à 250 mg, 4 comprimés en 1 seule prise, ou 2 comprimés par jour pendant 3 jours, est utilisable pendant toute la grossesse et l'allaitement, quand sa prescription est indiquée.

9.5.5 Protection contre les arthropodes

En dehors de l'aspect de nuisance, plusieurs arthropodes peuvent être responsables de la transmission de maladies infectieuses ou parasitaires, dont le paludisme qui peut être particulièrement grave chez les femmes enceintes.

Il est donc recommandé de suivre avec soin les recommandations de protection contre les piqûres d'arthropodes (cf. [§ 2.2.2](#)). Plusieurs répulsifs peuvent être utilisés chez les femmes enceintes (vérifier sur le flacon les préconisations du fabricant) (selon les recommandations figurant en [tableau 7](#)).

Chez la femme allaitante, tous les répulsifs peuvent être utilisés selon les recommandations figurant au [§ 2.2](#) mais ne doivent pas être appliqués au niveau des seins et un lavage des mains est recommandé avant la mise au sein.

9.5.6 Recommandations spécifiques vis-à-vis de certaines pathologies infectieuses

9.5.6.1 Le paludisme

Le paludisme peut entraîner des manifestations aiguës et graves chez les femmes enceintes, avec notamment des risques de perte du fœtus, de mortinaissance et de survenue d'un accès palustre grave.

Application des mesures de protection anti-vectorielle individuelles

Les mesures de protection anti-vectorielle individuelles sont les mêmes que pour la population générale ; néanmoins les répulsifs cutanés doivent être utilisés à des concentrations adaptées (cf. § 2.2.2, tableau 7). Comme pour la population générale, l'imprégnation des vêtements par la perméthrine n'est plus recommandée (cf. § 2.2.3).

Choix d'une chimioprophylaxie en cas de grossesse ou d'éventualité d'une grossesse pendant le séjour

Un niveau d'exposition très élevé, l'état de santé de la future mère et la contre-indication de certaines molécules antipaludiques chez la femme enceinte, peuvent amener le praticien à déconseiller certains voyages à une femme enceinte. Si toutefois, le séjour en zone de transmission palustre ne peut être évité, il est indispensable que la femme enceinte prenne, si elle est indiquée, une chimioprophylaxie, en dépit de l'insuffisance d'information ou des effets secondaires potentiels des molécules disponibles, compte tenu des risques associés à cette pathologie.

- L'association atovaquone-proguanil peut être prescrite en cas de séjour inévitable dans les zones où cette association est recommandée en prophylaxie. Le suivi de grossesses exposées à l'association atovaquone-proguanil est insuffisant à ce stade pour exclure formellement tout risque malformatif ou fœto-toxique.
- La doxycycline est déconseillée pendant le premier trimestre de la grossesse et contre-indiquée à partir du deuxième trimestre (elle expose l'enfant à naître au risque de coloration des dents de lait).
- La méfloquine. Comme en population générale, la méfloquine n'est plus envisagée qu'en dernière intention compte tenu de ses effets indésirables graves potentiels ; elle est contre-indiquée en cas d'antécédents neuropsychiatriques ou dépressifs. Néanmoins elle peut être prescrite en cas de séjour inévitable dans les zones où cette molécule est recommandée, en l'absence d'autre alternative et en dépit de ses potentiels effets indésirables. L'analyse d'un nombre élevé de grossesses exposées n'a relevé aucun effet malformatif ou fœto-toxique particulier lié à son utilisation en prophylaxie.
- La chloroquine, n'est plus recommandée en population générale pour la chimioprophylaxie du paludisme (cf. 3.3.3.2) et ne doit pas être utilisée chez la femme enceinte en raison de son potentiel génotoxique. Une contraception est nécessaire chez les hommes et femmes en âge de procréer pendant le traitement et jusqu'à 8 mois après son arrêt (cf. rubriques 4.6 du RCP mis à jour le 07/01/2022).

Choix d'une chimioprophylaxie en cas d'allaitement au sein

Compte tenu de la très faible excrétion des antipaludiques dans le lait, les concentrations atteintes sont insuffisantes pour assurer une prévention efficace du paludisme chez l'enfant allaité. Si une chimioprophylaxie est indiquée, elle doit donc être administrée aussi à l'enfant, et ce même si la mère prend elle-même un traitement préventif, quel qu'il soit.

Plusieurs éléments sont à prendre en compte pour le choix de la chimioprophylaxie :

- l'atovaquone-proguanil est le traitement recommandé en première intention si l'enfant allaité pèse au moins 5 kg. Cette restriction concernant le poids, justifiée par mesure de précaution du fait du peu de données disponibles à ce jour, peut ne pas être appliquée comme le recommande l'OMS en cas de nécessité urgente de chimioprophylaxie;
- la méfloquine passe dans le lait maternel et doit, par mesure de précaution, être évitée. Les faibles concentrations atteintes dans le lait et l'absence d'événement particulier signalé à ce jour chez les enfants allaités au sein ont conduit l'OMS à considérer son utilisation comme possible. Néanmoins les risques d'effets indésirables psychiatriques (cf. § 3.3.3.2) ne la font pas recommander chez une femme enceinte n'en ayant jamais pris, compte tenu du fait que la bonne tolérance ne peut être anticipée et du risque accru des troubles psychologiques qui accompagnent le post-partum.
- la doxycycline est contre-indiquée en France chez les femmes qui allaitent du fait du risque d'effets indésirables sur la dentition de l'enfant ;
- la chloroquine est contre-indiquée du fait d'une excrétion dans le lait pouvant atteindre 12% de la dose quotidienne maternelle, et de son potentiel génotoxique. Elle n'est plus recommandée en population générale pour la chimioprophylaxie du paludisme (cf. § 3.3.3.2).

Traitement préventif intermittent en zone de forte transmission

Chez les femmes vivant en zones de forte transmission palustre (Afrique subsaharienne essentiellement), l'OMS recommande chez les autochtones un schéma de chimio-prévention particulier : le traitement préventif intermittent. Il consiste en l'administration de doses curatives de sulfadoxine-pyriméthamine lors de chaque consultation

prénatale, à partir du second trimestre de grossesse. Cette stratégie, destinée avant tout à protéger le fœtus et à éviter la naissance d'enfants de faible poids de naissance, s'adresse à des femmes résidant en permanence dans des zones fortement impaludées, et donc partiellement protégées par leur immunité. **Elle n'est pas indiquée chez les femmes vivant habituellement dans des zones indemnes de paludisme (y compris si ces femmes sont originaires d'un pays à risque de paludisme)**, effectuant un séjour de durée limitée dans un pays impaludé car elles ne seraient pas suffisamment protégées par ces prises espacées.

9.5.6.2 La dengue

La dengue peut être responsable de fausses couches spontanées au 1^{er} trimestre, de mort fœtale *in utero*, d'accouchement prématuré et de retard de croissance du fœtus. En cas d'infection proche du terme, le risque d'hémorragie de la délivrance est majoré, ainsi que celui de dengue néonatale.

La transmission au nouveau-né est possible par l'allaitement maternel ; celui-ci doit être suspendu pendant la période fébrile de la dengue et les 6 jours suivants.

La prévention repose sur la protection individuelle contre les moustiques (cf. § 2.2).

9.5.6.3 Le chikungunya

La transmission materno-fœtale du chikungunya est :

- rare avant 22 SA mais susceptible d'entraîner une mort fœtale ;
- fréquente à l'approche du terme et pouvant être à l'origine d'infections néonatales sévères avec encéphalopathie.

La prévention repose sur la protection individuelle contre les moustiques (cf. ci-dessus).

9.5.6.4 Zika

La transmission materno-fœtale du virus Zika est possible tout au long de la grossesse. Maximale si l'infection maternelle survient au 1^{er} trimestre, elle peut entraîner un syndrome de Zika congénital dans 6% des cas, avec lésions cérébrales parfois très sévères [129].

Les recommandations aux femmes enceintes qui prévoient un voyage en zone de circulation du virus Zika et à celles ayant un projet de grossesse qui prévoient un voyage en zone d'épidémie de Zika sont disponibles dans l'avis du HCSP du 16 février 2017 [129].

9.6 Personnes drépanocytaires

Les principales contre-indications aux voyages prolongés sont, pour les sujets drépanocytaires : une accélération récente de la fréquence des crises vaso-occlusives, un syndrome thoracique aigu dans les mois précédents, des antécédents récents d'accident vasculaire cérébral, un priapisme non contrôlé, l'association de plusieurs complications chroniques, une hypertension artérielle pulmonaire non traitée, une majoration récente de l'anémie avec des signes de mauvaise tolérance, la grossesse et toute déstabilisation récente de la maladie [130].

Les voyages en avions ne disposant pas de pressurisation sont contre-indiqués.

Quand le voyage est possible, sont aussi recommandées :

- une hyperhydratation per os dans les 24 heures précédant le vol (3 l/m²/jour) et durant le vol (0,15 ml/m²/heure) ;
- éventuellement une injection d'héparine de bas poids moléculaire avant le vol (la drépanocytose étant en soi un état pro-thrombotique) ;
- voire une transfusion dans la semaine qui précède le vol si l'anémie est importante. Si le patient est engagé dans un programme d'échanges transfusionnels (ET), la durée du voyage ne doit pas excéder la durée qui sépare habituellement deux ET.

Pendant le vol :

- porter des vêtements amples et suffisamment chauds, en raison de la climatisation ;
- porter des bas de contention ;
- éviter la station assise prolongée ;
- prévoir un antalgique à disposition pendant le vol (paracétamol, voire paracétamol codéiné) ;
- être en possession d'un certificat médical pour pouvoir réclamer de l'oxygène à bord en cas de douleurs osseuses ou thoraciques, ou en cas de dyspnée (il n'est pas justifié d'équiper systématiquement le patient en oxygène pour le voyage en avion).

Il convient de ne pas oublier que, chez les drépanocytaires, le premier risque du voyage à l'étranger est l'infection.

Les mesures de protection anti-vectorielles, les recommandations concernant la chimioprophylaxie contre le paludisme et les vaccinations seront renforcées du fait de l'asplénie fonctionnelle⁽¹⁷⁾ [58]. L'hydroxycarbamide (hydroxyurée) aux doses prescrites dans la drépanocytose ne constitue pas une contre-indication à la vaccination antiamarile (cf. § 1.6).

Les sujets dits simples hétérozygotes (AS) ou encore « porteurs d'un trait drépanocytaire » peuvent voyager sans problème.

10. Trousse à pharmacie

Il n'existe pas de trousse de pharmacie type. Sa composition est à adapter en fonction du voyage. Les médicaments doivent être emportés dans leur emballage et non pas en vrac (gain de place dans les bagages mais source possible d'erreurs).

La trousse à pharmacie pourrait comporter notamment :

- des médicaments systémiques :
 - antalgique et antipyrétique (le paracétamol est recommandé) ;
 - antibiotique (cf. encadré « Prescription d'antibiotiques avant le départ ») ;
 - sels de réhydratation orale surtout chez l'enfant ;
 - antidiarrhéique antisécrétoire, éventuellement (cf. chapitre 4) ;
 - antiémétique si nécessaire (pour le mal des transports, cf. § 5.4) ;
 - antihistaminiques de dernière génération (anti H1). La notion d'anaphylaxie devrait faire l'objet d'une prescription de stylo auto-injecteur d'adrénaline (se munir du nom et d'une photo du ou des allergènes incriminés).
- une protection contre le paludisme et les arboviroses :
 - répulsif contre les moustiques (cf. tableau 7) ;
 - produit pour imprégner les moustiquaires (cf. § 2.2.3) ;
 - antipaludique à usage préventif ;
 - antipaludique à usage présomptif si nécessaire (cf. chapitre 3).
- d'autres produits :
 - collyre antiseptique (conditionnement monodose) ;
 - topique pour les brûlures ;
 - pansements stériles et sutures adhésives ;
 - antiseptique cutané ;
 - dosettes de sérum physiologique (unidose) ;
 - crème écran solaire (indice de protection maximal IP 50+) ;
 - bas de contention ;
 - gel ou solution hydro-alcoolique pour l'hygiène des mains ;
 - masques chirurgicaux ou UNS1 ;
 - thermomètre incassable ;
 - pince à épiler ;
 - préservatifs (norme NF) ;
 - produit pour désinfection de l'eau de boisson ;
 - gouttes auriculaires antibiotiques (si risque d'otite externe), par exemple en cas de baignade ;
 - set de matériel à usage unique (aiguilles, seringues, matériel à suture, etc.), avec un certificat bilingue français/anglais à l'intention des contrôles douaniers.

Les formes liquides ou suppositoires ne sont pas préconisées.

La galénique et le dosage des produits doivent être adaptés à l'âge.

⁽¹⁷⁾ voir les recommandations du HCSP « Vaccination des personnes immunodéprimées ou aspléniques », décembre 2014, 168 p.
https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20141107_vaccinationimmunodeprime.pdf

Pour le voyageur atteint d'une ou plusieurs maladies chroniques

La trousse à pharmacie doit associer, en plus des traitements liés au voyage :

- le traitement des pathologies chroniques en quantité suffisante ;
- le matériel d'injection si nécessaire (diabétiques), avec un certificat médical.

Il est souhaitable que le voyageur dispose de la totalité de son traitement pour le séjour, voire plus dans l'éventualité d'un retard ou d'une perte.

Pour des séjours de longue durée (3-6 mois), une autorisation de délivrance d'un traitement pour plusieurs mois dans une pharmacie française peut être demandée auprès de sa caisse d'assurance maladie en cas de maladie chronique (diabète, insuffisance thyroïdienne, VIH, etc.).

(<https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/dispensation-prise-charge/delivrance-derogatoires/dispensation-traitement-1-mois>)

Il est préférable que les médicaments voyagent dans le bagage à main en cabine du fait du risque d'égarement ou de retard des bagages en soute. Il faut pouvoir disposer des ordonnances (rédigées avec la dénomination commune internationale) pour les contrôles et un éventuel achat sur place.

Les traitements qui requièrent des seringues, aiguilles ou stylos injecteurs peuvent être acceptés en cabine avec un certificat rédigé en anglais précisant le caractère indispensable des injections. Certains médicaments doivent être gardés à basse température et voyager en conditionnement isotherme (se renseigner auprès des compagnies aériennes).

La fréquence des contrefaçons dans beaucoup de pays en développement doit inciter à la plus grande prudence quant à l'utilisation de médicaments achetés sur place (efficacité moindre ou nulle, voire toxicité).

Prescription d'antibiotiques avant le départ

Dans le contexte croissant de l'antibiorésistance pour des agents pathogènes cosmopolites ou des pathologies liées aux voyages, l'usage des antibiotiques durant un voyage doit être raisonné. Ils ne doivent être utilisés qu'après avis médical sauf en cas d'accès limité aux soins. Les modalités de prise de l'antibiotique (posologie, durée, précautions d'emploi et conditions d'arrêt) et le contexte (diagnostic possible) de la mise en route de l'antibiothérapie doivent également être explicités.

Le choix d'un antibiotique, si jugé nécessaire, doit s'établir sur plusieurs critères :

- lieu et durée de voyage ;
- accessibilité aux soins ;
- antécédents personnels de l'individu ;
- site potentiel d'infection selon les susceptibilités individuelles et les risques encourus.

Il est recommandé de se référer aux règles de bon usage des antibiotiques.

11. Aspects administratifs

Des renseignements sur chaque pays, notamment d'ordre sécuritaire et sanitaire (recommandations avant le départ, informations et contacts utiles) sont fournis sur le site du ministère de l'Europe et des Affaires étrangères : <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs>

11.1 Prise en charge médicale, assistance et rapatriement

Avant le départ, il est indispensable de vérifier la couverture, le plafond maximal de la prise en charge et la validité de son contrat d'assistance et de son assurance maladie.

Il est également recommandé de s'inscrire sur l'application « Ariane » du ministère de l'Europe et des Affaires étrangères qui propose de recevoir des alertes sécuritaires et sanitaires par SMS ou par courriel : <https://pastel.diplomatie.gouv.fr/fildariane/dyn/public/login.html>

11.1.1 Assurance maladie

Pour les séjours au sein de l'Union européenne (UE), de l'Espace économique européen (EEE) ou de la Suisse, la Carte européenne d'Assurance maladie peut être obtenue en ligne ou auprès de sa caisse d'assurance maladie.

Pour les séjours hors pays de l'UE :

- pour les séjours inférieurs à six mois, il est fortement recommandé de contracter une assurance couvrant les frais médicaux non pris en charge par l'Assurance maladie française ;
- pour les séjours dépassant six mois effectifs, il est indispensable de contracter une assurance maladie auprès de la Caisse des français de l'étranger ou d'un assureur privé. La France a signé une convention de sécurité sociale avec une quarantaine d'États et territoires : <https://www.cleiss.fr/docs/textes/index.html>

Les renseignements sur les démarches et les documents nécessaires pour avoir une assurance maladie lors des voyages se trouvent sur le site de l'Assurance maladie, que ce soit pour les voyages en Europe ou hors d'Europe : <https://www.ameli.fr/paris/assure/droits-demarches/europe-international/protection-sociale-etranger>

11.1.2 Assistance rapatriement

L'assistance aux voyageurs est différente de l'assurance maladie (qui couvre le remboursement des soins dans certaines conditions). Le rapatriement sanitaire est l'une des possibilités offertes par un contrat d'assistance. Plus d'informations sur : <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/infos-pratiques/preparer-son-depart/assurances/>

Pour les séjours supérieurs à trois mois effectifs, il est recommandé de souscrire un contrat d'assistance spécifique.

Pour les séjours inférieurs à trois mois, de nombreux contrats d'assistance sont liés aux contrats d'assurances habitations, véhicules, ou aux cartes bancaires, mais les plafonds peuvent être vite dépassés en cas de prise en charge lourde dans certains pays.

La plupart des assurances comportent des clauses d'exclusion en cas de maladie chronique ayant conduit notamment à une hospitalisation récente depuis moins de six mois, y compris en hôpital de jour, qui doivent être clairement énoncées dans la notice d'information. La prise en charge du risque Covid-19 doit également être précisée.

Il existe des informations complémentaires sur le site du ministère de l'Europe et des Affaires étrangères : <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/informations-pratiques/>

11.2 Dossier médical

Tout voyageur atteint d'une ou plusieurs maladies chroniques doit emporter avec lui :

- un compte-rendu médical, traduit dans la langue du pays de destination ou au moins en anglais ;
- les coordonnées d'une structure de santé ou d'un médecin correspondant spécialiste locaux : <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs>, ou en se renseignant avant le départ auprès de son prestataire d'assurance/assistance ;
- un certificat médical, traduit si possible en anglais, pour le matériel d'injection d'un traitement (aiguilles, seringues et stylos injecteurs pour les diabétiques par exemple) ;
- les certificats reconnaissant les maladies chroniques nécessitant un suivi rapproché et les carnets de suivi des traitements chroniques nécessitant une surveillance.

11.3 Voyager avec des médicaments

Pour toutes les informations concernant les contrôles de sécurité, les règles de transport des médicaments, des liquides et des dispositifs médicaux en cabine, il convient de se renseigner auprès de sa compagnie aérienne ou via le site de la Direction générale de l'aviation civile : <https://airbag.dsac.aviation-civile.gouv.fr/AirBag>

Concernant le passage aux douanes, il est recommandé de voyager avec l'ordonnance pour traitement régulier sous sa dénomination commune internationale (DCI) et rédigée si possible en anglais.

Pour un déplacement au sein de l'espace Schengen avec :

- des médicaments dits courants : la quantité transportée de médicaments doit généralement correspondre à la durée du traitement prescrit par le médecin ou, à défaut, à trois mois de traitement maximum ;
- des médicaments stupéfiants ou psychotropes : la quantité transportée doit généralement être limitée à celle nécessaire pour un usage personnel et pour la durée du séjour et une demande spécifique d'autorisation est impérativement requise (auprès de son agence régionale de santé et de l'ANSM).

Pour un déplacement en dehors de l'espace Schengen avec :

- des médicaments dits courants : il n'y a pas d'harmonisation des réglementations et chaque pays applique ses propres dispositions. Outre l'ordonnance du médecin traitant, chaque patient doit avant son départ se renseigner auprès de l'ambassade (ou consulat) en France du pays de destination afin de connaître la réglementation en vigueur ;
- des médicaments stupéfiants ou psychotropes : chaque pays appliquant ses propres dispositions, il est impératif de se renseigner auprès de l'ambassade ou du consulat en France du pays de destination. Pour connaître les dispositions des différents pays, consulter le site de l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) : <https://www.incb.org/incb/en/travellers/country-regulations.html>

Pour plus d'informations :

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/index.php/voyager-avec-ses-medicaments>
<https://ansm.sante.fr/vos-demarches/patient/voyager-avec-mes-medicaments>

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
BHRe (Bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes) [105,106,107, 108, 109, 112,113], dont : • EPC : entéro-bactéries productrices de carbapénèmes • ERG : entéro-coques résistants aux glycopeptides cf. § 8.2.2	Risque de portage élevé pour voyageurs hospitalisés ou rapatriés sanitaires Prévention : • 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	<u>Cas suspect</u> : 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	Signalement à l'équipe opérationnelle d'hygiène de l'établissement de prise en charge	Tout cas suspect doit, lors d'une hospitalisation en France : • 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
Diphthérie (Corynébactéries du complexe diphtheriae productrice de toxine diphthérique – gène tox+ – <i>Corynebacterium diphtheriae</i>, <i>C. ulcerans</i>, <i>C. pseudotuberculosis</i>)	<i>C. diphtheriae</i> endémique en ex-URSS, sous-continent indien, Asie du Sud-Est, Afrique, Amérique du Sud, Yémen... Une résurgence des isoléments de <i>C. diphtheriae</i> tox+ a été notifiée à Mayotte depuis 2019 Vaccination obligatoire pour l'enfant et les professionnels de santé (cf. chapitre 1) <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) <i>C. tuberculosis</i> transmises par les caprins	Devant un tableau évocateur : • 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]	Maladies à déclaration obligatoire (fiche disponible sur : https://www.formulaires.service-public.fr/gf/cerfa_12198_03.do) Signalement sans délai à l'ARS de : • 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	Prise en charge thérapeutique d'un cas de diphthérie, porteur du gène codant la toxine diphthérique : • antibiothérapie et sérothérapie • isolement respiratoire en cas d'atteinte ORL et désinfection des surfaces/objets souillés • mise à jour du statut vaccinal Prévention autour d'un cas de diphthérie : • 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
Fièvres hémorragiques virales (FHV) 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) 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 Pour le virus de la fièvre jaune (<i>Flaviviridae</i>) : cf. ci-dessous	Risque d'importation très faible, même lors d'épidémies Prévention par l'hygiène des mains renforcée et l'éviction de contacts avec : - 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) Solutions thérapeutiques ou préventives limitées (actuellement 4 vaccins disposent d'une AMM pour Ebola). Pour Ebola, stratégie de vaccination en pré- ou post-exposition définie pour les professionnels [133] : - 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	Dans les 21 jours suivant le retour de la zone à risque ou épidémique, devant un tableau clinique évocateur (patient suspect) : - 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] Les expositions spécifiques à rechercher à l'interrogatoire sont : - 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)	Maladies à déclaration obligatoire (fiche : https://www.formulaires.service-public.fr/qf/cerfa_12200_02.do) Toute suspicion de FHV doit être notifiée à l'ARS concernée après : - 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/fievres-hemorragiques-virales)	Possibilité de prise en charge en box fermé pendant quelques heures d'un patient non sécrétant pour validation avec infectiologue de garde. 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]. 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

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)	Endémique dans les régions intertropicales d'Afrique et d'Amérique du Sud, Guyane française incluse Transmission par les moustiques appartenant aux genres <i>Aedes</i>, <i>Sabethes</i> et <i>Haemagogus</i> 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) Prévention par protection individuelle contre les piqûres de moustiques (cf. § 2.2). 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 : • nourrissons et personnes âgées • femmes enceintes ou allaitantes • donneurs de sang • personnes immunodéprimées notamment celles présentant un dysfonctionnement du thymus	Dans les 15 jours suivant le retour de zone de transmission, chez une personne non vaccinée ou de statut vaccinal inconnu Cas suspect de fièvre jaune : • 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]	Maladie à déclaration obligatoire (fiche: https://www.formulaires.service-public.fr/gf/cerfa_12199_02.do) Signalement de tout cas probable ou confirmé à l'ARS concernée, après avis de l'infectiologue référent : <u>Cas suspects</u> : tableau clinique évocateur de fièvre jaune chez une personne en provenance d'une zone d'endémie <u>Cas confirmés</u> : 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/	Investigation épidémiologique pour évaluation du risque de transmission et possible démostication autour de tout cas suspect virémique en zone colonisée par <i>Aedes albopictus</i> Confirmation biologique : • 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 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])
Gripes aviaires Actuellement les principaux virus à risque sont :	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] : • A(H5N1) • A(H7N9) (majoritaire-ment en Chine, en Asie du Sud-Est et en Égypte) • 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) Absence de vaccin actuellement disponible pour l'homme protégeant contre les virus influenza aviaires ou porcins	Hors contexte d'apparition de souches capables d'induire une transmission interhumaine durable Au retour de zone à risque : 1. <u>Cas suspect</u> 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. <u>Cas possible</u> 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]	Signalement par téléphone : • 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) médecins traitant(s)	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 ») 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 Confirmation du cas par prélèvement respiratoire indiquant la présence du virus influenza aviaire confirmé par le CNR des virus respiratoires dont la grippe



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</i> des sérogroupes A, C, W135 et Y) Non concernées : les infections invasives à méningocoque B	Transmission interhumaine à partir de sécrétions rhinopharyngées (microgouttelettes de Pflügge) Endémiques en Afrique et hyper-endémiques 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 rapportées lors du pèlerinage de la Mecque) Risque élevé lors de grands rassemblements (pèlerinages, camps de réfugiés) 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 <u>Prévention</u> : vaccination (§ 1.11) recommandée pour les séjours : - 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 La vaccination contre le méningocoque C est obligatoire pour les nourrissons (dès 5 mois) nés à partir du 1^{er} janvier 2018	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 <u>Cas probable et cas confirmé</u> : (définitions cf. déclaration obligatoire) Au moins l'un des quatre critères suivants : - 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 - Présence de diplocoques gram négatif à l'examen direct du LCS - 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 - 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)	Prévoir une prise en charge en réanimation en aval Appel systématique du Samu-Centre 15 du territoire concerné en cas de suspicion clinique de purpura fulminans en amont de l'hôpital Maladie à déclaration obligatoire (fiche : https://www.formulaires.service-public.fr/gf/cerfa_12201_04.do) Signalement de tout cas probable ou confirmé à l'ARS concernée	Mise en route en urgence d'une antibiothérapie appropriée et traitement de l'état de choc Réalisation en urgence de prélèvement diagnostique selon présentation clinique (sang, hémoculture, LCS, liquide articulaire, lésion cutanée purpurique) Investigations, évaluation et mise en œuvre par l'ARS des mesures de prophylaxie pour les contacts proches et co-exposés (vaccination, antibiotiques) [139]
Infection à MERS-CoV (majoritairement le Moyen-Orient - Péninsule arabique)	Absence de vaccin ou de traitement spécifique actuellement disponible 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]) : - 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	Au retour de la zone à risque, les expositions spécifiques à rechercher à l'interrogatoire sont : - 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 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 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]	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	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 ») 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 Si infection exclue, prise en charge standard

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
Infection à SARS-CoV-2 et Covid-19 (anciennement 2019-nCoV) 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	Circulation pandémique du SARS-CoV-2 avec risque d'acquisition de variants différents selon situation sanitaire du pays/zones visitées Restrictions et mesures variables au départ ou au retour selon la destination : https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/deplacements : - 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 Les gestes barrières pendant tout le séjour : - 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 Vaccination	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 Incubation moyenne de 5 j (2 à 12j) Infection pauci-symptomatique ou asymptomatique chez 30-60% des sujets infectés <u>Cas possible :</u> - 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 <u>Cas probable :</u> Cas possibles + signes évocateurs de Covid-19 en tomodensitométrie thoracique <u>Cas confirmé :</u> Toute personne symptomatique ou non avec une confirmation par RT-PCR, RT-LAMP, test antigénique	Signalement des cas confirmés par les biologistes (SI-DEP) Réalisation de tests moléculaires de typage pour caractériser les souches conformément aux recommandations en vigueur	Mise en place de mesures de prévention air et contact de la transmission directe autour du patient dès la suspicion Hospitalisation indiquée si : - 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) Appel SAMU-Centre 15 si : - SpO₂ < 90% en air ambiant - fréquence respiratoire > 30 cycles/minutes au repos - PA systolique < 90 mmHg - altération de conscience, confusion, somnolence Stratégie « Tester-Alerter-Protéger » 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 Isolement de tout cas confirmé symptomatique ou non pendant 10 jours à partir de la date de début des symptômes 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/



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 à transmission de type oro-fécale Shigelloses (avant tout <i>Shigella flexneri</i> et <i>S. dysenteriae</i> type 1) Fièvres typhoïdes et paratyphoïdes (<i>Salmonella enterica</i> sérotypes Typhi et Paratyphi A, B et C) Choléra (<i>Vibrio cholerae</i> O1 ou O139 producteur de toxine cholérique) Hépatite aiguë A (virus de l'hépatite A-HAV) Hépatite aiguë E (virus de l'hépatite E HEV)	<u>Risque d'importation :</u> <u>Shigelloses, fièvres typhoïdes et paratyphoïdes et hépatites aiguës A et E [142]</u> Au retour de pays en développement à faible niveau d'hygiène <u>Choléra [143] :</u> Au retour de zone endémique : - 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 <u>Risque élevé de shigelloses et d'hépatites si :</u> - 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...) <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 <u>Vaccin :</u> - 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	Shigelloses : 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. Diagnostic : mise en évidence de <i>Shigella</i> (coproculture/détection moléculaire sur selles) Fièvres typhoïdes et paratyphoïdes : 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. Diagnostic : isolement ou détection moléculaire de <i>S. enterica</i> Typhi ou Paratyphi sur sang, moelle osseuse, urines ou selles Choléra : Dans les 5 jours suivant le retour, devant une gastroentérite sans fièvre, en particulier devant de violents vomissements ou des diarrhées « eau de riz ». 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 Hépatites aiguës 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 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. Diagnostic : - 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	<u>Signalement des cas groupés à l'ARS du territoire concerné.</u> Shigellose : surveillance microbiologique par réseau de laboratoires volontaires autour du CNR des <i>Escherichia coli</i> et <i>Shigella</i> Hépatite E : surveillance virologique par le réseau de laboratoires volontaires autour du CNR des hépatites A et E Pas de déclaration obligatoire pour l'hépatite E Fièvres typhoïdes et paratyphoïdes (fiche : https://www.formulaires.service-public.fr/gf/cerfa_12213_02.do) 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>)) Choléra (fiche : https://www.formulaires.service-public.fr/gf/cerfa_12197_02.do) 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). Hépatite aiguë A (fiche : https://www.formulaires.service-public.fr/gf/cerfa_12614_02.do) En tout cas avec mise en évidence d'IgM sériques anti-HAV	Traitement symptomatique et curatif de la diarrhée du voyageur. Traitement curatif (cf. § 4.2) Hospitalisation seulement si nécessaire En milieu de soins, respect des précautions standard complétées par les précautions de type contact 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 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]) 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 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])

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
Tuberculoses résistantes Infections à <i>Mycobacterium tuberculosis</i> multi-résistantes : MDR (<i>Multi Drug Resistant</i>), ultra-résistantes : XDR (<i>Extensively Drug Resistant</i>)	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] : - 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 Risque de tuberculose résistante est plus élevé [146] - 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 Risque de tuberculose maladie plus élevé si voyageurs : - 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	<u>Tuberculose maladie</u> Cas confirmé : maladie due à une mycobactérie du complexe <i>tuberculosis</i> prouvée par la culture Cas probable : (1) signes cliniques et/ou radiologiques compatibles avec une tuberculose, et (2) décision de traiter le patient avec un traitement antituberculeux standard <u>Infection tuberculeuse latente</u> 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 immuno-dépression, et pour toutes les infections de moins de deux ans : - 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	Maladie à déclaration obligatoire (fiche : https://www.formulaires.service-public.fr/gf/cerfa_13351_03.do) Signalement de tout cas probable ou confirmé à l'ARS concernée Recherche de personnes-contacts lors d'un voyage en avion à considérer quand les 4 conditions suivantes sont réunies (cf. recommandations RAGIDA [147,148]) : - 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	Mise en place de mesures de précaution « air » autour du patient si suspicion de tuberculose pulmonaire active Patients hospitalisés dans des unités dédiées L'ARS concernée partage les informations avec les CLAT (Centres de lutte antituberculeuse) afin que les investigations autour des cas puissent être menées
Arboviroses potentiellement transmises en métropole par les moustiques <i>Aedes albopictus</i> Chikungunya Dengue Zika	France métropolitaine uniquement Risque d'importation au retour de voyage dans les zones tropicales ou subtropicales 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 Prévention par protection individuelle contre les piqûres de moustiques du genre <i>Aedes</i> (cf. § 2.2) Rapports sexuels protégés pour prévention de la transmission sexuelle du virus Zika [129]	Dans les 15 jours suivant le retour de zone de transmission. Cas suspect de chikungunya et de dengue (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 Cas suspect d'infection à virus Zika : 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	Maladies à déclaration obligatoire des cas confirmés 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 Liste des départements et fiches de signalements [149] Chikungunya : https://www.formulaires.service-public.fr/gf/cerfa_12685_02.do Dengue : https://www.formulaires.service-public.fr/gf/cerfa_12686_02.do Zika : https://www.formulaires.service-public.fr/gf/cerfa_15550_01.do	Investigation épidémiologique pour évaluation du risque de transmission et possible détermination autour de tout cas suspect virémique en zone colonisée par <i>Aedes albopictus</i> Confirmation biologique : - 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 Traitement symptomatique Repos sous moustiquaire pour les cas symptomatiques Prévention de la transmission sexuelle du virus Zika (cf. § 9.5)

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](#).

Références

- [1] Organisation mondiale de la Santé. Réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, avril 2018 – Conclusions et recommandations. Wkly Epidemiol Rec. 2018; 93(23):329-44. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272782/WER9323.pdf>
- [2] Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif aux recommandations de la vaccination contre l'encéphalite japonaise par le vaccin Ixiaro®. Paris: HCSP; 2013. 8 p. <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=381>
- [3] Hills SL, Lindsey NP, Fischer M. Japanese Encephalitis. In: CDC Yellow Book 2020. Chapter 4. Travel-Related Infectious Diseases. <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2020/travel-related-infectious-diseases/japanese-encephalitis>
- [4] Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif à la vaccination contre l'encéphalite à tiques avec le vaccin Encepur®. Paris: HCSP; 2009. 4 p. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=100>
- [5] Fischer M, Gould CV, Rollin PE. Tickborne Encephalitis. In: CDC Yellow Book 2020. Chapter 4. Travel-Related Infectious Diseases. <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2020/travel-related-infectious-diseases/tickborne-encephalitis>
- [6] European Centre for Disease Prevention and Control. Tickborne encephalitis. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2019. Stockholm: ECDC; 2021. 6 p. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER-TBE-2019.pdf>
- [7] Organisation mondiale de la Santé. Utilisation de doses réduites de vaccin anti-morbilli dans les situations d'urgence. Genève: OMS; 2016. 16 p. <https://www.who.int/fr/news/item/17-06-2016--lower-doses-of-yellow-fever-vaccine-could-be-used-in-emergencies>
- [8] Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif aux rappels de vaccination contre la fièvre jaune en Guyane - 23 octobre 2015 Paris: HCSP; 2015. 8 p. <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=531>
- [9] Direction générale de la Santé. Liste des centres de vaccination habilités à effectuer la vaccination anti-morbilli et à délivrer les certificats internationaux de vaccination contre la fièvre jaune. Paris: ministère des solidarités et de la Santé; 2019. <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/pre-server-sa-sante/vaccination-fièvre-jaune>
- [10] Haut Conseil de la santé publique. Vaccination des personnes âgées. Paris: HCSP; 2016. 99 p. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=559>
- [11] Haut Conseil de la santé publique. Vaccination des personnes immunodéprimées ou aspléniques. Recommandations actualisées. Paris: HCSP; 2014. 168 p. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=504>
- [12] Ministère des solidarités et de la Santé. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2021. Paris: ministère des Solidarités et de la Santé; 2021. 85 p. <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>
- [13] Gershman MD, Staples JE. Yellow Fever. In: CDC Yellow Book 2020. Chapter 4. Travel-Related Infectious Diseases. <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2020/travel-related-infectious-diseases/yellow-fever>
- [14] Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif à la vaccination antirabique préventive, au traitement post-exposition et au suivi sérologique des personnes régulièrement exposées au virus de la rage (voyageurs, professionnels, chiroptérologues. Paris: HCSP; 2013. 11 p. <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=316>
- [15] Organisation mondiale de la Santé. Principaux faits de l'OMS sur la rage. <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/rabies>
- [16] World Health Organization. Laboratory techniques in rabies, volume 2. 5th ed. Geneva: WHO; 2019. 202 p. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/310837>
- [17] Ministère des solidarités et de la Santé. Instruction N° DGS/SP1/2018/205 du 28 septembre 2018 relative à la conduite à tenir autour d'un ou plusieurs cas de rougeole. Paris: Ministère des solidarités et de la Santé. 2018. 33 p. <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=44038>
- [18] World Health Organization. Global tuberculosis report 2021. Geneva: WHO; 2021. 57 p. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240037021>
- [19] Organisation mondiale de la Santé. Profil de tuberculose: France. Généré le 2022-04-21. https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?inputs_entity_type=%22country%22&lan=%22FR%22&iso2=%22FR%22
- [20] Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif à la détermination d'un seuil pratique pour définir un pays de haute endémicité tuberculeuse - 18 mai 2018. Paris: HCSP; 2018. 14 p. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=668>
- [21] Olson JF, Eaton M, Kells SA, Morin V, Wang C. Cold tolerance of bed bugs and practical recommendations for control. J Econ Entomol. 2013;106(6):2433-41.
- [22] Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Note d'appui scientifique et technique relative à l'efficacité des biocides répulsifs contre les tiques et aux modalités de leur utilisation. Maisons-Alfort: Anses; 2018. 16 p. <https://www.anses.fr/fr/system/files/BIOC2018-SA0105.pdf>
- [23] Lupi E, Hatz C, Schlagenhauf P. The efficacy of repellents against *Aedes*, *Anopheles*, *Culex* and *Ixodes* spp. - A literature review. Travel Med Infect Dis. 2013;11(6):374-411.
- [24] Boulanger N, Boyer P, Talagrand-Reboul E, Hansmann Y. Ticks and tick-borne diseases. Med Mal Infect. 2019;49:87-97.
- [25] Barnard DR, Xue R-D. Laboratory evaluation of mosquito repellents against *Aedes albopictus*, *Culex nigripalpus*, and *Ochlerotatus triseriatus* (Diptera: Culicidae). J Med Entomol. 2004;41(4):726-30.
- [26] Fradin MS, Day JF. Comparative efficacy of insect repellents against mosquito bites. N Engl J Med. 2002;347(1):13-8.
- [27] Goodyer LI, Croft AM, Frances SP, Hill N, Moore SJ, Onyango SP, et al. Expert review of the evidence base for arthropod bite avoidance. J Travel Med. 2010;17(3):182-92.
- [28] Pages F, Dautel H, Duvallet G, Kahl O, de Gentile L, Boulanger N. Tick repellents for human use: Prevention of tick bites and tick-borne diseases. Vector Borne Zoonotic Dis. 2014;14(2):85-93.
- [29] Mutebi JP, Gimnig JE. Mosquitoes, ticks & other arthropods. In: CDC Yellow Book 2020: Chapter 3. Environmental Hazards & Other Noninfectious Health Risks. <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2020/noninfectious-health-risks/mosquitoes-ticks-and-other-arthropods>
- [30] Debboun M, Frances SP, Strickman D. Insect repellents handbook 2nd edition. Boca Raton: CRC Press; 2020. 410 p.
- [31] Agence européenne des produits chimiques. Active Substances. Permethrin. Helsinki: ECHA. <https://echa.europa.eu/fr/information-on-chemicals/biocidal-active-substances/-/disas/factsheet/1342/PT18>
- [32] Journal officiel de l'Union européenne. Règlement d'exécution (UE) N° 1090/2014 de la commission du 16 octobre 2014 approuvant la perméthrine en tant que substance active existante destinée à être utilisée dans les produits biocides des types de produits 8 et 18. 5 p. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=OJ:LJOL_2014_299_R_0005&from=FR

- [33] World Health Organization. World malaria report 2021. Geneva: WHO; 2021. 322 p. <https://www.who.int/teams/global-malaria-programme/reports/world-malaria-report-2021>
- [34] Zavala F. RTS,S: the first malaria vaccine. J Clin Invest. 2022;132(1):e156588. <https://www.jci.org/articles/view/156588>
- [35] Hussein MIH, Albashir AAD, Elawad OAM, Homeida A. Malaria and COVID-19: Unmasking their ties. Malar J. 2020; 19(1):457.
- [36] Rogerson SJ, Beeson JG, Laman M, Poespoprodjo JR, William T, Simpson JA, et al. Identifying and combating the impacts of COVID-19 on malaria. BMC Med. 2020;18(1):239.
- [37] Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif aux modalités d'utilisation de la primaquine dans le traitement radical du paludisme à *Plasmodium vivax* et *Plasmodium ovale* en France - 18 mai 2018. Paris: HCSP; 2018. 23 p. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=670>
- [38] Baird JK. Tafenoquine for travelers' malaria: Evidence, rationale and recommendations. J Travel Med. 2018;25(1).
- [39] Centers for Disease Control and Prevention. Choosing a drug to prevent malaria. Tafenoquine (Arakoda TM). Atlanta: CDC; 2018. <https://www.cdc.gov/malaria/travelers/drugs.html>
- [40] Zaw MT, Lin Z. Human *Plasmodium knowlesi* infections in South-East Asian countries. J Microbiol Immunol Infect. 2019;52:679-84.
- [41] Cramer JP. *Plasmodium knowlesi* malaria: Overview focussing on travel-associated infections. Curr Infect Dis Report. 2015;17(3):469.
- [42] Behrens RH, Carroll B, Hellgren U, Visser LG, Siikamäki H, Vestergaard LS, et al. The incidence of malaria in travellers to South-East Asia: Is local malaria transmission a useful risk indicator? Malar J. 2010;9(266).
- [43] Behrens RH, Carroll B, Beran J, Bouchaud O, Hellgren U, Hatz C, et al. The low and declining risk of malaria in travellers to Latin America: Is there still an indication for chemoprophylaxis? Malar J. 2007;6(114).
- [44] Angelo KM, Libman M, Caumes E, Hamer DH, Kain KC, Leder K, et al. Malaria after international travel: A GeoSentinel analysis, 2003-2016. Malar J. 2017;16(1):293.
- [45] Bruneel F, Tubach F, Corne P, Megarbane B, Mira JP, Peytel E, et al. Severe imported falciparum malaria: A cohort study in 400 critically ill adults. PLoS One. 2010;5(10):e13236.
- [46] Centers for Disease Control and Prevention. In: CDC Yellow Book 2020: Chapter 4. Malaria. <https://www.wnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2020/travel-related-infectious-diseases/malaria>
- [47] Minodier P, Noël G. Chimio prophylaxie du paludisme. EMC - Pédiatrie/Maladies infectieuses. Vol. 0. 2018. 4-320 – 30 p.
- [48] Tickell-Painter M, Maayan N, Saunders R, Pace C, Sinclair D. Mefloquine for preventing malaria during travel to endemic areas. Cochrane Database Syst Rev. 2017;10(10):CD006491.
- [49] Organisation mondiale de la Santé. Déclaration de principes. Utilisation des formes non pharmaceutiques d'Artemisia. Genève: OMS; 2020. 30 p. <https://www.who.int/fr/publications-detail/the-use-of-non-pharmaceutical-forms-of-artemisia/>
- [50] Ancelle T. Chimio prophylaxie du paludisme pour les séjours de longue durée en zone d'endémie. Lettre de l'infectiologue. 2008;23(6):216-43.
- [51] Chen LH, Wilson ME, Schlagenhauf P. Prevention of malaria in long-term travelers. JAMA. 2006;296(18):2234-44.
- [52] Société de pathologie infectieuse de langue française. Prise en charge et prévention du paludisme d'importation- Mise à jour 2017 des RPC 2007. Paris: Spilf; 2017. 71 p. <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/spilf/recos/2017-palu-texte-final.pdf>
- [53] Centre de référence sur les agents tératogènes. Chimio prophylaxie antipaludique et allaitement. Paris: Crat. Mise à jour 2020. https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=959
- [54] Centers for Disease Control and Prevention. Malaria Frequently Asked Questions (FAQs). Atlanta: CDC; 2021. <https://www.cdc.gov/malaria/about/faqs.html>
- [55] Riddle MS, Connor BA, Beeching NJ, DuPont HL, Hamer DH, Kozarsky P, et al. Guidelines for the prevention and treatment of travelers' diarrhea: A graded expert panel report. J Travel Med. 2017;24(suppl_1):63-80.
- [56] Giddings SL, Stevens AM, Leung DT. Traveler's Diarrhea. Med Clin North Am. 2016;100(2):317-30.
- [57] Szajewska H, Guarino A, Hojsak I, Indrio F, Kolacek S, Shamir R, et al. Use of probiotics for management of acute gastroenteritis: A position paper by the ESPGHAN Working Group for Probiotics and Prebiotics. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2014;58(4):531-9.
- [58] Ruppé E, Armand-Lefèvre L, Estellat C, Consigny PH, El Mniai A, Boussadia Y, et al. High rate of acquisition but short duration of carriage of multidrug-resistant enterobacteriaceae after travel to the tropics. Clin Infect Dis. 2015;61(4):593-600.
- [59] United Kingdom National Health Service. Health Jet lag. 2017. <https://www.nhs.uk/conditions/jet-lag/>
- [60] International Association for Medical Assistance to Travellers. IAMAT. How to manage jet lag. <https://www.iamat.org/managing-jet-lag>
- [61] Réseau Morphée. Conseils décalage horaire/Jet Lag, 2018. <https://reseau-morphee.fr/le-sommeil-et-ses-troubles-informations/lorganisation-du-sommeil/conseils-decalage-horaire-jet-lag>
- [62] Sleepopolis. Jet Lag Rooster, 2022. <https://www.jetlagrooster.com/>
- [63] Centre d'investigation et de recherche sur le jet-lag. Vaincre le jet lag, 2018. <https://www.chuv.ch/fr/sommeil/cirs-home/patients-et-familles/bien-dormir/vaincre-le-jetlag>
- [64] Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Avis relatif aux risques liés à la consommation de compléments alimentaires contenant de la mélatonine. Maisons-Alfort: Anses; 2018. <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2016SA0209.pdf>
- [65] Quera-Salva MA, Kilic-Huck U, Vecchierini MF. La mélatonine et son usage dans les troubles circadiens du rythme veille sommeil : recommandations de la société française de recherche et de médecine du sommeil (SFRMS). Médecine du Sommeil. 2021;18(2):55-69.
- [66] World Health Organization. International travel and health. Mode of travel: health considerations. In: Air travel Immobility, circulatory problems and deep vein thrombosis. Geneva: WHO. https://www.who.int/health-topics/travel-and-health/#tab=tab_1
- [67] Assurance maladie. Améli. Pneumothorax. 2021. <https://www.ameli.fr/assure/sante/urgence/pathologies/pneumothorax>
- [68] Luks AM, Hackett PH. Medical Conditions and High-Altitude Travel. N Engl J Med. 2022;386(4):364-73.
- [69] American Society of Hematology. ASH Clinical Practice Guidelines. Prophylaxis for Medical Patients. Recommendations. <https://ash-app.gradeapro.org/#guidelineGroups/3/guideline/1/recommendations/8>
- [70] Schünemann HJ, Cushman M, Burnett AE, Kahn SR, Beyer-Westendorf J, Spencer FA, et al. American Society of Hematology 2018 guidelines for management of venous thromboembolism: Prophylaxis for hospitalized and non-hospitalized medical patients. Blood Advances. 2018;2(22): 3198-225.

- [71] Cesarone MR, Belcaro G, Nicolaides AN, Incandela L, De S, Geroulakos G, *et al.* Venous thrombosis from air travel: the LONFLIT3 study--prevention with aspirin vs low-molecular-weight heparin (LMWH) in high-risk subjects: A randomized trial. *Angiology*. 2002;53(1):1-6.
- [72] Karsanji DJ, Bates SM, Skeith L. The risk and prevention of venous thromboembolism in the pregnant traveller. *J Travel Med*. 2020;27(2):taz091.
- [73] Institut national du cancer. Thrombose et cancer. Boulogne-Billancourt: INCa; 2008. 12 p. https://www.e-cancer.fr/content/download/58370/532136/file/reco_PlaquetteThrombose0410.pdf
- [74] Cuker A, Tseng EK, Nieuwlaar R, Angchaisuksiri P, Blair C, Dane K, *et al.* American Society of Hematology living guidelines on the use of anticoagulation for thromboprophylaxis in patients with COVID-19: July 2021 update on postdischarge thromboprophylaxis. *Blood Adv*. 2022;6(2):664-71.
- [75] Brainard A, Gresham C. Prevention and treatment of motion sickness. *Am Fam Physician*. 2014;90(1):41-6.
- [76] Stefanie K. Erskine. In: Yellow Book 2020. Chapter 8. Travel by Air, Land & Sea. Travelers' Health. Motion Sickness. <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2020/travel-by-air-land-sea/motion-sickness>
- [77] VIDAL. Comment prévenir et traiter le mal des transports ? 2021. <https://www.vidal.fr/maladies/estomac-intestins/mal-transports-cinetose/prevention.html>
- [78] Ministère de la Santé et des sports. Risques solaires. Ce qu'il faut savoir pour que le soleil reste un plaisir. 8 p. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/risques_solaires_-_ce_qu_il_faut_savoir_pour_que_le_soleil_reste_un_plaisir_campagne_inpes_.pdf
- [79] Institut national du cancer. Rayonnements ultraviolets et risques de cancer E-Cancer. Fiche repères. Boulogne-Billancourt: INCa; 2021. <https://www.e-cancer.fr/content/download/333339/4758289/file/Fiche%20rep%C3%A8res%20UV-2021.pdf>
- [80] Jean D. L'enfant en montagne : dangers de l'altitude, du froid et du soleil. *J Pédiatr Pueric*. 2008;21(8):349-52.
- [81] Organisation mondiale de la santé. Pollution de l'air ambiant (extérieur). Genève: OMS; 2021. [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ambient-\(outdoor\)-air-quality-and-health](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ambient-(outdoor)-air-quality-and-health)
- [82] World Health Organization. SDG Indicator 11.6.2 Concentrations of fine particulate matter (PM2.5). <https://www.who.int/data/gho/data/themes/air-pollution/who-air-quality-database>
- [83] Ministère des solidarités et de la Santé. La pollution de l'air extérieur : quels effets sur notre santé ? Paris: ministère des solidarités et de la Santé; 2021. 8 p. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/q_r_air_et_sante_octobre2021.pdf
- [84] Légifrance. Arrêté du 13 mars 2018 modifiant l'arrêté du 20 août 2014 relatif aux recommandations sanitaires en vue de prévenir les effets de la pollution de l'air sur la santé, pris en application de l'article R. 221-4 du code de l'environnement – Légifrance. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000036736002>
- [85] Institut national de recherche et de sécurité. Appareils de protection respiratoire et risques biologiques, Paris: INRS; 2019. 4 p. <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%20146>
- [86] Haut Conseil de la santé publique. Masques dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus SARS-CoV-2. Paris: HCSP; 2020. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=943>
- [87] Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Comité d'experts spécialisé « Évaluation des risques liés aux milieux aériens ». Procès-verbal de la réunion du « 16 mars 2018 ». Maisons-Alfort: Anses; 2018. 36 p. <https://www.anses.fr/fr/system/files/AIR-PV-2018-03-16.pdf>
- [88] Charpin D. Masques anti-pollution. *Rev Mal Respir*. 2021; 38(9):936-41. <https://www.em-consulte.com/article/1440205/masques-anti-pollution>
- [89] Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif aux messages sanitaires à diffuser lors d'épisodes de pollution de l'air ambiant par les particules, l'ozone, le dioxyde d'azote et/ou le dioxyde de soufre - 15 novembre 2013. Paris: HCSP; 2013. 7 p. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=392>
- [90] Ministère des solidarités et de la Santé. Maitrise de la qualité de l'air intérieur dans les établissements recevant du public (ERP), dans le contexte de l'épidémie de COVID-19. Paris: ministère des solidarités et de la Santé. 7 p. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/mai_trise_qai_dans_les_erp.pdf
- [91] European Medicines Agency. Mvabea Ebola vaccine. Amsterdam: EMA; 2020. <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/mvabea>
- [92] European Medicines Agency. Zabdeno Ebola vaccine. Amsterdam: EMA; 2022. <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/zabdeno>
- [93] European Medicines Agency. Ervebo Ebola Zaire vaccine. Amsterdam: EMA; 2019. <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/ervebo>
- [94] Service-Public.fr (site officiel de l'administration française). Voyager à l'étranger avec son animal de compagnie. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F21374>
- [95] Services de l'État à La Réunion. Prévention et réduction du risque requin. 2019. <http://www.reunion.gouv.fr/prevention-et-reduction-du-risque-requin-r106.html>
- [96] Fédération française de la montagne et de l'escalade (FFME), Commission médicale. Le mal aigu des montagnes. 5 p. <https://www.ffme.fr/wp-content/uploads/2019/06/mal-aigu-montagne.pdf>
- [97] Haut Conseil de la santé publique. Avis et rapport relatifs aux recommandations vaccinales contre les infections à pneumocoques pour les adultes. Paris: HCSP; 2017. 70 p. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=614>
- [98] Haute Autorité de santé. Réponses rapides dans le cadre de la COVID-19. Prophylaxie (PrEP) du VIH par ténofovir disoproxil/emtricitabine dans le cadre de l'urgence sanitaire. Saint-Denis: HAS; 2021. 17 p. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3262060/fr/reponses-rapides-dans-le-cadre-de-la-covid-19-prophylaxie-prep-du-vih-par-tenofovir-disoproxil-emtricitabine-dans-le-cadre-de-l-urgence-sanitaire
- [99] AIDES. La PrEP (pre-exposure prophylaxis), mode d'emploi. Pantin: Aides; 2018. 24 p. https://www.aides.org/sites/default/files/Aides/bloc_telechargement/AIDES_GUIDE_PREP_2018_FR.pdf
- [100] PrEP Map (Guide to PrEP in Asia Pacific) – PrEP Portal. https://www.prepmap.org/prep_map
- [101] PrEP Watch (PrEP data, research, cost, access, implementation and advocacy efforts across the globe). <https://www.prepwatch.org/>
- [102] HIVTravel (Global data base on HIV specific travel and residence restriction). <https://www.hivtravel.org/>

- [103] HIVTravel - Travel tips : General information for HIV-positive travellers, tourists and PrEP users. <https://www.hivtravel.org/Default.aspx?pagelid=169>
- [104] Conseil national du sida et des hépatites virales. Prise en charge du VIH - Recommandations du groupe d'experts. Paris: CNS; 2019. <https://cns.sante.fr/actualites/prise-en-charge-du-vih-recommandations-du-groupe-dexperts/>
- [105] Haut Conseil de la santé publique. Actualisation des recommandations relatives à la maîtrise de la diffusion des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRE). Paris: HCSP; 2019. 101 p. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=758>
- [106] Epelboin L, Robert J, Tsyra-Kouyoumdjian E, Laouira S, Meyssonier V, Caumes E. MDR-GNB Travel Working Group. High rate of multidrug-resistant gram-negative bacilli carriage and infection in hospitalized returning travelers: A cross-sectional cohort study. *J Travel Med.* 2015;22(5):292-9.
- [107] Arcilla MS, Hattem JM, Haverkate MR, Bootsma MCJ, Genderen PJJ, Goorhuis A, *et al.* Import and spread of extended-spectrum β -lactamase-producing Enterobacteriaceae by international travellers (COMBAT study): A prospective, multicentre cohort study. *Lancet Infect Dis.* 2017;17(1):78-85.
- [108] Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif aux mesures à prendre en lien avec l'émergence d'une résistance plasmidique à la colistine (mcr-1) chez les entérobactéries - 27 septembre 2016. Paris: HCSP; 2016. 5 p. <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=576>
- [109] Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif au diagnostic microbiologique des entérobactéries résistantes productrices de carbapénémases ou résistantes à la colistine renfermant le gène mcr-1. Paris: HCSP; 2016. 6 p. <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=589>
- [110] Haut Conseil de la santé publique. Rapport relatif à la maîtrise de l'émergence et de la diffusion des entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG) dans les établissements de santé français. Paris: HCSP; 2013. 19 p. <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=134>
- [111] European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net). <https://www.ecdc.europa.eu/en/about-us/partnerships-and-networks/disease-and-laboratory-networks/ears-net>
- [112] Zhou YP, Wilder-Smith A, Hsu LY. The role of international travel in the spread of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *J Travel Med.* 2014;21(4):272-81.
- [113] Zanger P, Nurjadi D, Schleucher R, Scherbaum H, Wolz C, Kremsner PG, *et al.* Import and spread of Pantone-Valentine leukocidin-positive *Staphylococcus aureus* through nasal carriage and skin infections in travelers returning from the tropics and subtropics. *Clin Infect Dis.* 2012;54(4):483-92.
- [114] Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Sécurité des produits cosmétiques. Tatouages éphémères noirs à base de henné : mise en garde. Paris: ANSM/Afssaps; 2009. <https://ansm.sante.fr/actualites/produits-de-sante-cosmetiques-et-tatouages-en-ete-adoptez-les-bons-reflexes>
- [115] Richalet JP, Herry JP. Médecine de montagne: Alpinisme et sports de montagne. Elsevier Health Sciences; 2017. 382 p.
- [116] Ahmedzai S, Balfour-Lynn IM, Bewick T, Buchdahl R, Coker RK, Cummin AR, *et al.* Managing passengers with stable respiratory disease planning air travel: British Thoracic Society recommendations. *Thorax.* 2011;66(Suppl 1):i1-30. https://thorax.bmj.com/content/66/Suppl_1/i1
- [117] O'Neil J, Hoffman B, Council on Injury V. Transporting Children With Special Health Care Needs. *Pediatrics.* 2019; 143(5).
- [118] Kohl SE, Barnett ED. What do we know about travel for children with special health care needs? A review of the literature. *Travel Med Infect Dis.* 2020;34:101438.
- [119] Conseil national du sida et des hépatites virales. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Annexe pharmacologique. Paris: CNS; 2018. 27 p. https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2018/03/experts-vih_pharmacologie.pdf
- [120] Association Asthme et Allergies. Carte Crise d'asthme - Agir à télécharger ou commander par téléphone à l'association. <https://asthme-allergies.org/images/carte-crise-d-asthme-agir.pdf>
- [121] Allergy & Anaphylaxis Australia (A&AA). Translated Chef card template (editable). <https://allergyfacts.org.au/resources/aaa-translated-chef-card-template>
- [122] Willen SM, Thornburg CD, Lantos PM. The Traveler with Sick Cell Disease. *J Travel Med.* 2014;21(5):332-9.
- [123] Imbert P, Grondin-Mounier C, Faye A, Duron-Martinaud S, "RESETROP Group". Reasons for seeking care and adherence to pretravel preparation in expatriate or long-term travelers' children in the tropics: A French prospective study. *Travel Med Infect Dis.* 2022;46:102184.
- [124] Van Luin M, Van der Ende R, Richter C, Visser M, Faraj D, Van der Ven A, *et al.* Lower atovaquone/proguanil concentrations in patients taking efavirenz, lopinavir/ritonavir or atazanavir/ritonavir. *AIDS.* 2010;24(8):1223-6.
- [125] Abgrall S, Le Bel J, Lele N, Laouénan C, Eychenne N, Mentré F, *et al.* Lack of effect of doxycycline on trough concentrations of protease inhibitors or non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors in HIV-infected patients. *HIV Clin Trials.* 2013;14(6):313-8.
- [126] HIV Drug Interactions. Liverpool HIV Interactions (search HIV drugs, search co-médication and check HIV/HIV drug interactions). <https://www.hiv-druginteractions.org/>
- [127] Institut national du cancer (INCa). Facteurs de risque. Mélanome de la peau. <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Melanome-de-la-peau/Facteurs-de-risque>
- [128] Diaz JH, Nesbitt LT Jr. Sun exposure behavior and protection: Recommendations for travellers. *J Travel Med.* 2013; 20(2):108-18.
- [129] Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif à l'actualisation de l'avis du HCSP du 8 février 2016 relatif aux mesures recommandées pour éviter la transmission du virus Zika par voie sexuelle. Paris: HCSP; 2016. 17 p. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=565>
- [130] Receveur MC. Drépanocytose et voyage : mer ou montagne ? Présentation à la Journée d'automne de la Société de Médecine des Voyages. Bayonne; 2015.
- [131] Haut Conseil de la santé publique. Conduite à tenir lors de l'apparition d'un cas de diphtérie. Paris: HCSP; 2011. 56 p. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=215>

[132] Haut Conseil de la santé publique. Diphtérie cutanée : adaptation de la conduite à tenir pour Mayotte. Paris: HCSP; 2012 nov, 5 p. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=301>

[133] Haut Conseil de la santé publique. Avis portant sur la conduite à tenir face à des patients suspects de fièvre hémorragique virale (FHV) dont la maladie à virus Ebola (MVE) - 20 octobre 2021. Paris: HCSP; 2021. 15 p. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1129>

[134] Institut Pasteur. Fièvre hémorragiques virales. Envoyer un échantillon/une souche au CNR des Fièvres Hémorragiques Virales. <https://www.pasteur.fr/fr/sante-publique/CNR/les-cnr/fievres-hemorragiques-virales/envoyer-un-echantillon>

[135] Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif à la conduite à tenir devant un cas importé ou autochtone de fièvre jaune - 10 février 2017. Paris: HCSP; 2017. 26 p. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=599>

[136] Ministère des solidarités et de la Santé. Carte de présence du moustique tigre (*Aedes albopictus*) en France métropolitaine. Mise à jour avril 2022. <https://solidarites-sante.gouv.fr/sante-et-environnement/risques-microbiologiques-physiques-et-chimiques/especes-nuisibles-et-parasites/article/cartes-de-presence-du-moustique-tigre-aedes-albopictus-en-france-metropolitaine>

[137] Santé publique France. Dossiers thématiques. Grippe aviaire. Mise à jour mars 2022. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-transmissibles-de-l-animal-a-l-homme/grippe-aviare>

[138] Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif à l'actualisation de la conduite à tenir lors d'une exposition à des volatiles ou d'autres oiseaux atteints d'influenza aviaire à virus hautement pathogène et à risque établi de transmission humaine sur le territoire national. Paris: HCSP; 2018. 49 p. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=667>

[139] Ministère des solidarités et de la Santé. Instruction relative à la prophylaxie des infections invasives à méningocoque. Paris; juillet 2018. 44 p. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_dgs_sp_2018_163.pdf

[140] Santé publique France. Dossiers thématiques. Infection à coronavirus (SARS-CoV, Mers-CoV, SARS-CoV-2). Mise à jour mai 2021. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/donnees>

[141] Santé publique France. Surveillance des infections liées au Mers-CoV. Définition de cas. Mise à jour sept 2018, 1 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/9514/113545h>

[142] Haut Conseil de la santé publique. Survenue de maladies infectieuses dans une collectivité Conduites à tenir. Paris: HCSP; 2012. 97 p. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=306>

[143] Ali M, Nelson AR, Lopez AL, Sack DA. Updated global burden of cholera in endemic countries. PLoS Negl Trop Dis. 2015;9(6):e0003832.

[144] Haut Conseil de la santé publique. Guide pour l'immunisation en post-exposition : vaccination et immunoglobulines. Paris: HCSP; 2016. 88 p. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=548>

[145] Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif à la détermination d'un seuil pratique pour définir un pays de haute endémicité tuberculeuse - 18 mai 2018. Paris: HCSP; 2018. 14 p. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=668>

[146] World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2019. Geneva: WHO; 2019. 297 p. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329368/9789241565714-eng.pdf?ua=1>

[147] European Center for Disease Prevention and Control. Risk assessment guidelines for infectious diseases transmitted on aircraft (RAGIDA) – Tuberculosis. Stockholm: ECDC; 2014. 13 p. <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/tuberculosis-risk-assessment-guidelines-aircraft-May-2014.pdf>

[148] World Health Organization. Tuberculosis and air travel Guidelines for prevention and control. 2nd édition. Geneva: WHO; 2006. 46 p. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43455/WHO_HTM_TB_2006.363_eng.pdf

[149] Santé publique France. Dossiers thématiques. Maladies à déclaration obligatoire. Dispositifs de surveillance et partenaires : Chikungunya. Mise à jour : décembre 2021. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-transmission-vectorielle/chikungunya>

La reproduction (totale ou partielle) du BEH est soumise à l'accord préalable de Santé publique France. Conformément à l'article L. 122-5 du code de la propriété intellectuelle, les courtes citations ne sont pas soumises à autorisation préalable, sous réserve que soient indiqués clairement le nom de l'auteur et la source, et qu'elles ne portent pas atteinte à l'intégrité et à l'esprit de l'œuvre. Les atteintes au droit d'auteur attaché au BEH sont passibles d'un contentieux devant la juridiction compétente.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <https://www.santepubliquefrance.fr/revues/beh/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>

Directeur de la publication : Laëtitia Huiart, directrice scientifique, adjointe à la directrice générale de Santé publique France

Rédactrice en chef : Valérie Colombani-Cocuron, Santé publique France, redaction@santepubliquefrance.fr

Rédactrice en chef adjointe : Frédérique Biton-Debernardi

Responsable du contenu en anglais : Chloé Chester

Secrétariat de rédaction : Anne-Sophie Méliard, Valérie Contactis

Comité de rédaction : Raphaël Andler, Santé publique France ; Thierry Blanchon, Iglesp ; Florence Bodeau-Livinec, EHESP ; Julie Boudet-Berquier, Santé publique France ; Kathleen Chami, Santé publique France ; Bertrand Gagnière, Santé publique France - Bretagne ; Isabelle Grémy, ORS Île-de-France ; Anne Guinard / Damien Mouly, Santé publique France - Occitanie ; Nathalie Jourdan-Da Silva, Santé publique France ; Philippe Magne, Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière ; Valérie Olié, Santé publique France ; Alexia Peyronnet, Santé publique France ; Hélène Therre, Santé publique France ; Sophie Vaux, Santé publique France ; Isabelle Villena, CHU Reims.

Santé publique France - Site Internet : <http://www.santepubliquefrance.fr>

Préresse : Luminess

ISSN : 1953-8030