# Les nouveautés de la version 2019 des recommandations sanitaires pour les voyageurs

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

L'intensité des voyages internationaux rend 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. Le paludisme d'importation reste une maladie fréquente et potentiellement grave, pour laquelle un chapitre à part est dédié (chapitre 2). Devant tout patient devenant symptomatique après le retour de zone d'endémie, des tests diagnostiques spécifiques du paludisme directs et indirects 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 stérîles 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.

#### Comment « alerter » ?

Les pathologies de retour susceptibles de 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 dédiée ainsi que d'une adresse courriel (http://www.ars.sante.fr/portail.0.html).

Alerte, signalement et prévention des maladies potentiellement graves présentant un risque épidémique pour l'ensemble du territoire français, février 2019

Cf. tableaux pages suivantes

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
BMR (Bactéries multi- résistantes) [56, 59-60]  - BHRe (Bactéries Hau- tement Résistantes aux antibiotiques émergentes) dont  - EPC: entérobacté- ries productrices de carbapénémases  - ERG: entérocoques résistants aux glyco- peptides  Cf. Paragraphe 7.2.2	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 (exp: 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	Cas suspect : Tout patient rapatrié sanitaire direct ou ayant été hospitalisé au moins 24h à l'étranger au cours de l'année précédente quel que soit le type de service	Signalement à l'équipe opérationnelle d'hygiène	Tout cas suspect doit faire l'objet, lors d'une hospitalisation en France :  • 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
Fièvres hémorragiques virales (FHV)  Infections par des virus de classe 4 appartenant aux familles Arenaviridae (Lassa), Filoviridae (Ebola et Marburg), Nairoviridae (fièvre hémorragique de Crimée-Congo – CCHF)  Non concernés : virus de classe 3 comme par exemple celui de la fièvre de la Vallée du Rift (Phenuiviridae) ou de la Dengue  Pour le virus de la fièvre jaune (Flaviviridae) : cf. ci-dessous	Risque d'importation très faible, même en période épidémique.  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 (vaccins expérimentaux pour Ebola).  Pour Ebola, stratégie de vaccination en pré- ou post-exposition définie <b>pour les professionnels</b> [68]:  • 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 (fièvre >38°5C, asthénie sévère, myalgies, maux de gorge, diarrhée, vomissements, évidemment en cas de signes hémorragiques), 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 - Ebola) ou la manipulation de viande de brousse dans une zone à risque  • un rapport sexuel (avec une personne malade, convalescente ou guérie) (Ebola)  • un séjour en milieu rural ou en zone infestée de rongeurs (Lassa)	Maladies à déclaration obligatoire (fiche disponible sur : https://www.formulaires.moder nisation.gouv.fr/gf/cerfa_12200.do)  Toute suspicion de FHV doit être notifiée à l'ARS concernée après :  • validation clinico-épidémiologique du cas par un infectiologue  • 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 [69])  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

[56] Haut Conseil de la santé publique. Recommandations sur la prévention de la transmission croisée des Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRe). Paris: HCSP; 2013. 79 p. http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=372

- [59] Haut Conseil de la santé publique Entérobactéries résistantes à la colistine : mesures pour les établissements de santé. Paris: HCSP; 2016. 5 p. http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=576
- [60] Haut Conseil de la santé publique. Diagnostic microbiologique des entérobactéries résistantes. Paris: HCSP; 2016. 6 p. Disponible sur http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=589
- 68] Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif aux mesures préventives par la vaccination contre le virus Ebola des personnes susceptibles d'être en contact avec des patients à risque de transmission. Paris: HCSP; 2018. 30 p. https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=676
- [69] 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

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 Aedes, Sabethes et Haemagogus.  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. paragraphe 3.2)  Vaccination (cf. paragraphe 1.5) dès l'âge de 9 mois, indispensable en zone endémique et épidémique, même si elle n'est pas exigée par les autorités locales. Précautions (cf. paragraphe 1.5) pour la vaccination des :  • nourrissons et personnes âgées  • femmes enceintes ou allaitantes  • donneurs de sang  • personnes immunodéprimées notamment 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	Maladie à déclaration obligatoire (fiche disponible sur https://www.formulaires. modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_12199.do): Signalement de tout cas probable ou confirmé à l'ARS concernée, après avis de l'infectiologue référent:  Cas suspects: tableau clinique évocateur de fièvre jaune chez une personne en provenance d'une zone d'endémie  Cas confirmés: cas suspects avec identification du virus amaril au Centre national de référence des arbovirus: https://www.mediterranee-infection.com/diagnostic/les-centres-nationaux-de-reference-cnr/cnr-arbovirus/	Investigation épidémiologique pour évaluation du risque de transmission et possible démoustication autour de tout cas suspect virémique en zone colonisée par Aedes albopictus  Confirmation biologique :  Joà 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 so moustiquaire pour les cas symptomatiques pour Antilles, Guyane, Réunion, Mayotte et départements métropolitains colonisés par Aedes albopictus (liste sur le site du ministère chargé de la santé [70]

[70] Ministère des Solidarités et de la Santé. Santé environnement. Cartes de présence du moustique tigre (*Aedes albopictus*) en France. [Internet]. 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

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
Grippes aviaires Actuellement les principaux virus à risque sont :  - A(H5N1)  - A(H7N9) (majoritairement en Chine, en Asie du sud-est et en Egypte)	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 [71]):  • 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. Cas suspect a) Tout patient présentant des signes respiratoires de retour d'un pays à risque dans les 10 jours précédant le début des signes cliniques b) Toute personne co-exposée symptomatique, définie comme ayant été soumise aux mêmes risques d'exposition (de séjour ou de travail) qu'un cas possible ou confirmé, et qui présente une infection respiratoire aiguë quelle que soit sa gravité, dans les 10 jours suivant l'exposition c) Tout contact étroit d'un cas possible ou confirmé, qui présente une infection respiratoire aiguë quelle que soit sa gravité, dans les 10 jours suivant le dernier contact avec le cas alors que ce dernier était symptomatique 2. Cas possible Cas suspect validé conjointement par Santé publique France et l'Agence régionale de santé (ARS) concernée, suite à l'appel du point focal régional de l'ARS [72]	Signalement par téléphone:  à l'ARS pour validation de la classification en cas possible par Santé publique France via la Cire, 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 ci-dessus)  Après validation du cas possible (cf. avis du HCSP du 21/12/2017 et 22/06/2018) [72]: 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

[71] Santé publique France. Grippe aviaire. Liste des zones exposées par la grippe aviaire (pays à risque). Mise à jour le 7 janvier 2019. http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Grippe/ Grippe-aviaire/Surveillance-definitions-de-cas-et-conduite-a-tenir-pour-la-grippe-aviaire
[72] Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif à l'actualisation de la conduite à tenir lors d'une exposition à des volailles 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

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 (Neisseria meningitidis des sérogroupes A, C, W135 et Y) Non concernées : les infections invasives à méningocoque B	Transmission interhumaine à partir de sécrétions rhino-pharyngées (microgouttelettes de Pflügge)  Endémiques en Afrique et hyper-endémique dans la zone de savane-sahel subsaharienne allant du Sénégal à l'Ethiopie (« 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 sérogroupe C ont été décrits chez des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) entre 2012 et 2015  Prévention: vaccination (paragraphe 1.10) 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 1er 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  Cas probable et cas confirmé: (définitions cf. déclaration obligatoire) Au moins l'un des quatre critères suivants: 1. Culture de méningocoques ou PCR positive à partir d'un site normalement stérile (sang, LCS, liquide articulaire, liquide pleural, liquide péricardique, liquide péritonéal, liquide de la chambre antérieure de l'œil) OU à partir d'une lésion cutanée purpurique 2. Présence de diplocoques gram négatif à l'examen direct du LCS 3. LCS évocateur de méningite bactérienne purulente (à l'exclusion de l'isolement d'une autre bactérie) ET présence d'éléments purpuriques cutanés quel que soit leur type 4. Présence d'un purpura fulminans (purpura dont les éléments s'étendent rapidement en taille et en nombre, avec au moins un élément nécrotique ou ecchymotique de plus de trois millimètres de diamètre associé à un syndrome infectieux sévère) non attribué à une autre étiologie.	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 disponible sur https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_12201.do ) Signalement de tout cas probable ou confirmé à l'ARS concernée	Mise en route en urgence d'une antibiothéra- pie appropriée et traitement de l'état de choc  Réalisation en urgence de prélèvements diagnostiques 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 (vaccina- tion, antibiotiques) [73]

[73] Ministère des solidarités et de la santé. INSTRUCTION N° DGS/SP/2018/163 du 27 juillet 2018 relative à la prophylaxie des infections invasives à méningocoque. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction\_dgs\_sp\_2018\_163.pdf

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 MERS- Coronavirus (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, Emirats 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 [74]) :  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	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. Cas suspect : Un patient présentant des signes respiratoires au retour d'un pays à risque, dans les 14 jours précédant le début des signes cliniques  2. Cas possible : 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 [75]	Tout cas suspect doit systématiquement faire l'objet d'un appel au SAMU-Centre 15 du territoire concerné en vue de l'organisation 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 ci-dessus)  Confirmation du cas possible par prélèvements de l'arbre respiratoire profond supérieur et de l'arbre respiratoire inférieur indiquant la présence du coronavirus MERS-CoV et prise en charge hospitalière en filière dédiée  Si infection exclue, prise en charge standard

[74]Santé publique France. Dossiers thématiques. Infection à nouveau coronavirus (MERS-CoV). http://invs.santepublique france.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-respiratoires/Infection-a-coronavirus/Infection-a-nouveau- coronavirus-MERS-CoV

[75] Santé publique France. Surveillance des Infection liées au MERS-CoV. Définition de cas. Septembre 2018. http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/87670/321570/version/18/file/Mers\_CoV\_Definition\_de\_cas\_septembre\_2018.pdf

### Infections à transmission de type féco-orale

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

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

Infections à transmission de très con-féciel.  Shigelloses (Shigelloses (Shigelloses (Lamatypholdes, et paratypholdes, e
Vingonous ausum rassim summir summer

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 Mycobacterium tuberculosis  multi-résistantes : MDR (Multi Drug Resistant), ultra-résistantes : XDR (Extensively Drug Resistant)	Risque faible d'acquisition d'une tuberculose latente ou active en cas de voyage conventionnel mais plus élevé en cas de visite à de la famille ou des amis dans une zone de haute endémicité tuberculeuse [78]:  • 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 le plus élevé [79] • dans les pays d'Europe centrale et de l'Est, y compris les pays de l'ex-URSS où le risque de tuberculose résistante est le plus élevé; • dans l'Union européenne : Lettonie, Lituanie et Estonie; • en Egypte 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 immuno-modulateurs) • diabétiques • âgés de moins de 5 ans	Tuberculose maladie Cas confirmé: maladie due à une mycobactérie du complexe tuberculosis 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 traite- ment antituberculeux standard  Infection tuberculeuse latente chez un enfant de moins de 15 ans: IDR à 5U positive sans signes cliniques ni paracliniques (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)	Maladie à déclaration obligatoire (fiche disponible sur https://www.formulaires. modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_13351.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 [80]):  • 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	
78] Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif à la détermination d'un seuil de haute endémicité tuberculeuse. Paris: HCSP; 2018. 14 p.					

78] Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif à la détermination d'un seuil de haute endémicité tuberculeuse. Paris: HCSP; 2018. 14 p https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=668

[79] World Health Organization. Global tuberculosis report 2018 (Figure 3.20). Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274453/9789241565646-eng.pdf?ua=1

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

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
		France métropolitaine uniquem	nent	
Arboviroses potentiellement transmises en métropole par les moustiques Aedes albopictus  Chikungunya Dengue Zika	Risque d'importation au retour de voyage dans les zones tropicales ou subtropicales Epidémies récentes sur le site de l'ECDC: https://ecdc.europa.eu/en/chikungunya https://ecdc.europa.eu/en/dengue-fever  Prévention par protection individuelle contre les piqûres de moustiques du genre Aedes (cf. paragraphe 3.2)  Rapports sexuels protégés pour prévention de la transmission sexuelle du virus Zika [82]	Dans les 15 jours suivant le retour de zone de transmission  Cas suspect de chikungunya et de dengue (définition Santé publique France [81]): patient présentant une fièvre > à 38,5°C d'apparition brutale et au moins un signe parmi les suivants: céphalées, arthralgies, myalgies, lombalgies, ou douleur rétroorbitaire, 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 étiologies	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 Aedes albopictus pour actions de lutte anti-vectorielle  Liste des départements et fiches de signalements [81]  Chikungunya : https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_12685.do  Dengue : https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_12686.do	Investigation épidémiologique pour évaluation du risque de transmission et possible démoustication autour de tout cas suspect virémique en zone colonisée par Aedes albopictus  Confirmation biologique :  RT-PCR sang chikungunya, Zika, dengue jusqu'à J+7 après début de 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. encadré au paragraphe 8.2)

[81] Santé publique France. Dossiers thématiques. Maladies à déclaration obligatoire. Dispositifs de surveillance et partenaires. Chikungunya: http://invs.santepubliquefrance.fr/%20fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-declaration-obligatoire/Chikungunya/Dispositifs-de-surveillance-et-partenaires, Dengue: http://invs.santepubliquefrance.fr/%20fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-declaration-obligatoire/Dengue/Dispositifs-de-surveillance-et-partenaires

[82] 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