

**Recommandations sanitaires pour les voyageurs,
2017 // Health recommendations for travellers, 2017****> ÉDITORIAL // Editorial****MALADIES VECTORIELLES, ENTRE LA FIN ET LE DÉBUT**Éric Caumes¹ & Daniel Camus²¹Président du Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation (CMVI), Haut Conseil de la santé publique²Vice-président du CMVI, Haut Conseil de la santé publique

La fin d'une épidémie signifie souvent « retour à la normale », avec son cortège d'abandon de certaines des mesures mises en place pour la gestion de cette crise. Dans le cas de l'infection à virus Zika, la fin de l'épidémie en Amérique latine et dans les Caraïbes met à jour une nouvelle problématique de gestion de crise, celle des recommandations dans un contexte de faible risque, comme nous l'avons déjà connu avec le chikungunya. En effet, la fin de l'épidémie de Zika dans les Amériques ne signifie pas l'absence totale de circulation du virus mais plutôt un passage à l'endémicité, avec le constat de déclarations de cas se poursuivant à un rythme faible mais persistant. Cette forme d'endémisation s'observe également dans d'autres parties du monde, notamment dans le Sud-Est asiatique, les îles du Pacifique et même en Afrique, territoires où le virus semble circuler à bas bruit depuis longtemps. Il faut apprendre à vivre avec la possibilité de cas sporadiques de Zika et rester extrêmement vigilant quant aux complications néonatales, dont la fréquence est certainement très élevée si l'on ne se focalise pas uniquement sur les microcéphalies, partie émergée de l'iceberg. Pour les professionnels de santé qui travaillent dans les Territoires français d'Amérique (TFA), cette situation implique le maintien d'une surveillance soutenue des grossesses. Pour ceux qui reçoivent les voyageurs désireux de se rendre dans des zones de circulation du virus Zika, le conseil est paradoxalement plus difficile que lorsque le risque était majeur. Certes, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a émis des recommandations précises en regard de cette nouvelle situation mais, dans la pratique quotidienne, l'information fournie aux femmes enceintes et aux couples ayant un projet d'enfant, même si elle est « claire, loyale et appropriée » génère, chez les consultants, si ce n'est chez les consultés, un véritable dilemme. Nous ne sommes qu'au début de l'ère Zika en matière de voyages en zone de faible endémie.

L'année 2016 a aussi été marquée par une épidémie majeure de fièvre jaune en Angola et en République démocratique du Congo, avec plusieurs milliers de cas et des centaines de décès. Au Brésil, l'infection à virus Zika, sitôt en décroissance, a fait place à une résurgence et une extension géographique de la fièvre jaune, à un point tel que la carte des zones où la vaccination contre cette maladie est recommandée a dû être modifiée. Au Pérou, une reprise épidémique a été observée, avec 2 cas dont un décès chez des touristes français. En dehors de la France, un cas importé de fièvre jaune a été rapporté aux Pays-Bas chez une touriste néerlandaise de retour du Suriname, et un autre cas chez un touriste danois de retour de Bolivie. Face à cette situation, le HCSP a été sollicité pour formuler des recommandations sur la conduite à tenir devant un cas importé ou autochtone de fièvre jaune, notamment dans les territoires français où le moustique vecteur est déjà installé. Il est par ailleurs paradoxal de constater que c'est au moment même où la garde a été baissée en matière de vaccination contre la fièvre jaune, avec le doute grandissant sur la protection conférée par une seule injection pour la vie et dans un contexte de pénurie générale de vaccin, que cette maladie historique renaît de ses cendres. Les causes de cette recrudescence sont multiples et si, dans les fonctions qui sont les nôtres, nous ne pouvons les corriger ou les prévenir, il nous appartient de veiller à ce que les recommandations de vaccination soient connues du public et respectées car, selon la loi de Murphy, « *Tout ce qui est susceptible de mal tourner tournera nécessairement mal* ».

Les indicateurs permettant d'évaluer la situation du paludisme mettent en lumière des tendances positives, y compris en Afrique subsaharienne où sont rapportés 90% des cas, avec un meilleur accès aux interventions préventives, diagnostiques et thérapeutiques. Toutefois, selon l'Organisation mondiale de la santé, plus de la moitié

des 91 pays endémiques ne sont pas en voie d'atteindre l'objectif de 40% de réduction de l'incidence du paludisme et de la mortalité associée, d'ici à 2020. Le paludisme resurgit en outre dans de nombreux pays ou de nombreuses régions de pays qu'on pensait être sur la voie de l'éradication. La résistance aux insecticides vient aussi se combiner avec celle aux dérivés de l'artémisine pour faire craindre une résurgence du paludisme dans certaines régions. D'ailleurs, les cas de paludisme d'importation ré-augmentent depuis deux-trois ans, et il ne faut pas oublier le rôle de sentinelle épidémiologique du voyageur. Ainsi, l'approche micro-géographique régionale (plutôt que macro-géographique nationale ou continentale) est hautement souhaitable pour gérer la prévention du paludisme chez les voyageurs, dans l'intérêt même du voyageur qui préfère éviter de prendre des médicaments inutiles tout autant que de ne pas prendre de chimioprophylaxie quand le risque existe. La difficulté s'accroît avec la survenue d'épidémies de paludisme hors de zones d'endémie classiques (cas récents de l'Afrique du Sud, du Botswana, du Costa Rica, du Venezuela et de la Malaisie). Dans l'attente d'un vaccin adapté au voyageur, retenons que « *La catastrophe qui finit par arriver n'est jamais celle à laquelle on s'est préparé* » (Mark Twain).

Concernant la dengue, il existe bien un vaccin mais la limitation actuelle à son utilisation, exprimée par le HCSP lorsqu'il a été saisi d'une demande d'avis portant sur l'opportunité d'une vaccination à La Réunion, à Mayotte ou dans les TFA, oblige à un strict respect des mesures de lutte et de protection personnelle antivectorielles pour une maladie qui, selon l'OMS, a progressé de manière spectaculaire au cours des dernières décennies et à laquelle environ la moitié de la population mondiale est exposée. Que ce soit en Asie, dans les îles du Pacifique ou en Afrique, ces derniers mois ont été marqués par une nette tendance à l'augmentation des cas de dengue, notamment dans les zones urbaines et semi-urbaines.

En guise de conclusion, on peut s'interroger sur « l'ambiguïté vaccinale », cette attitude qui consiste à remettre en cause l'intérêt de vaccins dont l'innocuité et l'efficacité sont bien établies, tout en demandant coûte que coûte des vaccins efficaces contre la dengue, le chikungunya, le Zika ou le paludisme, autant de fléaux pour lesquels nous n'avons toujours pas de vaccins ou des vaccins insuffisamment efficaces. Quand le temps de la vaccination efficace sera arrivé, sera-t-elle pareillement remise en cause ?

Composition 2016 - 2017 du Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation (CMVI)

Personnalités qualifiées

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

Membres de droit

- Elsa Boher, ANSM
- Sandrine Houzé, CNR du paludisme, Hôpital Bichat-Claude Bernard
- Isabelle Leparc-Goffart, CNR des arbovirus, Marseille
- Rémy Michel, Cespa, antenne de Marseille
- Isabelle Morer, ANSM
- Harold Noël, Santé publique France
- Christophe Schmit, vaccinations internationales
- Marc Thellier, CNR du paludisme, Université P. & M. Curie et CHU Pitié-Salpêtrière

Secrétariat général du Haut Conseil de la santé publique

- Marie-France d'Acremont, coordinatrice scientifique
- Claudine Le Grand