

VOYAGE AU PAYS ET CONSEILS MÉDICAUX

Pour préparer de façon efficace un séjour transitoire dans le pays d'origine de façon à limiter au maximum les risques de santé des migrants-voyageurs, il faut prendre en compte certaines spécificités liées davantage à des contraintes financières souvent importantes qu'à des conditions socioculturelles. Comme dans toute consultation de conseil, il s'agit de cibler et de sélectionner les messages de prévention, de sorte que ceux-ci soient retenus et effectivement utiles au voyageur en fonction de sa situation.



Voir aussi *Vaccinations*, p. 355, et *Parasitologie*, p. 519

LE CONTEXTE DU RETOUR AU PAYS

• **Le retour au pays est un événement important auquel aspire la plupart des migrants résidant en France.** Selon le contexte du projet migratoire, cet événement peut être à la fois autant désiré que craint dans les situations où les retombées de ce projet, notamment lorsqu'il a été porté au niveau communautaire, ne sont pas à la hauteur des espérances. « Vu de là bas », la dure réalité du quotidien en France n'est bien souvent pas perçue à la hauteur de ce qu'elle est. Ainsi, chez les migrants en situation précaire, au delà du « mal du pays », le motif du retour au pays est souvent lié à un événement contraignant : deuil, événement familial, conflit à résoudre, démarches rituelles à effectuer... Ce contexte est important à prendre en considération, notamment pour des migrants parfois contraints de s'endetter lourdement pour mener à bien cette « obligation de retour », ce d'autant qu'il est difficilement concevable d'arriver au pays sans apporter des cadeaux à son entourage.

• **Sur le plan administratif, il faudra bien sûr vérifier que le statut du voyageur l'autorise à quitter le territoire, et à revenir au terme du voyage.** Si le départ ne pose pas de difficulté en pratique, le retour sera très aléatoire, voire impossible, y compris chez des patients suivis pour des problèmes de santé sévères ayant un traitement d'importance vitale. En pratique, les étrangers munis d'une autorisation provisoire de séjour (*voir APS, guide 2008*) ou d'un récépissé de demande/renouvellement d'une carte de séjour (*guide 2008*) doivent s'assurer, pour prévenir toute difficulté, que la date de retour précède largement la date de péremption du titre de séjour, et si possible prévenir la préfecture du voyage à venir. Les réfugiés, ayant perdu la protection des autorités de leur pays d'origine, n'ont pas le droit de s'y rendre mais il arrive que certains retrouvent des proches à l'occasion d'un voyage dans un pays limitrophe.

CONSEILS POUR LES VOYAGEURS N'AYANT PAS DE PROBLÈME DE SANTÉ PARTICULIER

• **Comme pour tout voyageur, il faut prendre un certain nombre de précautions pour limiter les risques sanitaires.** Dans le choix de prévention, le médecin doit garder à l'esprit les contraintes financières parfois très importantes de certains de ces migrants voyageurs. Dans la mesure où l'acte de prévention est peu valorisé et où les prescriptions afférentes ne sont, en règle, pas remboursées, ces limites financières sont d'autant plus contraignantes et paradoxales que la santé de ces voyageurs est affectée par des facteurs de vulnérabilité multiples (*voir Exil et santé, p. 8*), et que les conditions de vie en zone rurale, pour ceux des migrants continuant à passer la majorité de leur séjour au village d'origine, exposent davantage à un certain nombre de maladies transmissibles. Ainsi, si le nombre de cas de paludisme d'importation est en diminution ces dernières années, les migrants représentent toujours environ près des trois quarts des cas diagnostiqués en France, alors que ces derniers sont très loin de représenter cette même proportion parmi l'ensemble des voyageurs. À côté des maladies transmissibles, d'autres risques sont également à prendre en considération, même si les moyens préventifs sont souvent limités, la traumatologie et les accidents de la circulation arrivant en tête des risques potentiellement sévères, bien avant les pathologies infectieuses.

Un certain nombre de pathologies peuvent être contractées lors du voyage et être révélées au retour en France (fièvre, pneumopathie, dermatose...).

La maladie à Ébola présente aujourd'hui deux principaux foyers (Afrique centrale et Golfe de Guinée) qui nécessitent une surveillance clinique et particulièrement de la température pendant 21 jours après le retour d'une zone d'endémie. Les principales mesures de prévention sont la réduction des contacts entre les animaux sauvages et l'homme, une bonne hygiène des mains et la réduction du risque de transmission interhumaine provenant de contacts directs ou rapprochés avec des sujets présentant des symptômes d'Ébola, en particulier avec leurs liquides biologiques (*voir www.sante.gouv.fr*).

Le développement mondial des **arboviroses** (dengue, chikungunya) et des **infections respiratoires** (virus de la grippe aviaire, coronavirus) sans oublier les **tuberculoses résistantes** (toute tuberculose récidivante doit être considérée .../...



.../...

jusqu'à preuve du contraire comme une forme de résistance) sont également à considérer et à discuter avec les personnes, si elles se rendent dans une région touchée.

Enfin, **les bactéries hautement résistantes et émergentes**

(« BHR e ») font l'objet de recommandations spécifiques depuis 2013 : un dépistage systématique de tout patient ayant été hospitalisé à l'étranger dans l'année qui précède son hospitalisation en France est recommandé par le Haut Conseil de la santé publique.

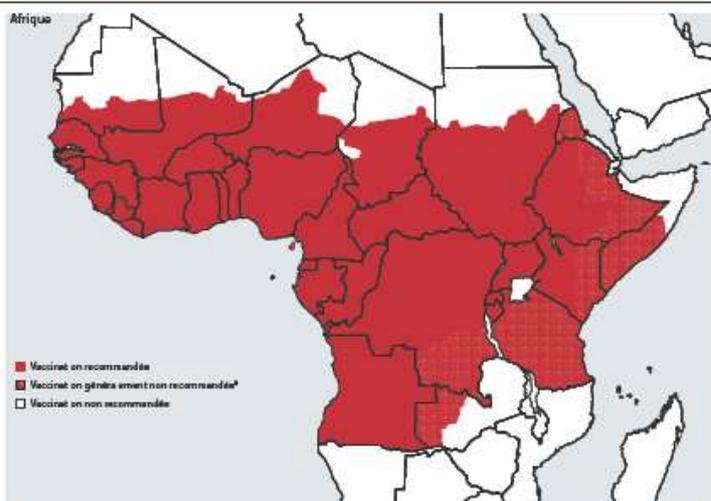
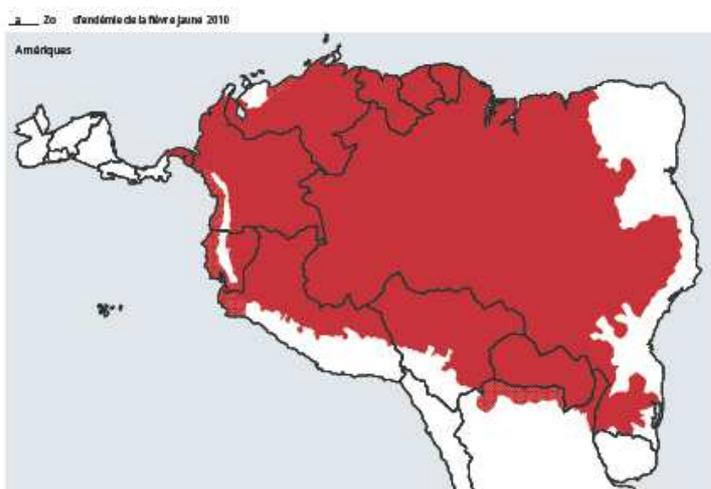
• **Chez l'adulte migrant, la consultation est une opportunité pour mettre à jour le calendrier vaccinal**, ainsi que d'assurer si besoin une protection contre la fièvre jaune, en zone d'endémie (*voir carte infra*). La mise à jour de la vaccination diphtérie, tétanos et poliomyélite est une priorité. La vaccination contre l'hépatite A n'a pratiquement aucun intérêt chez les migrants, plus de 90 % d'entre eux étant immunisés. Le schéma de vaccination contre l'hépatite B (*voir p. 454*) est souvent incompatible avec le délai disponible avant le départ. Cependant un schéma vaccinal de trois injections rapprochées sur 21 jours (J0 J7 J21) avec un rappel à 1 an est recommandé pour un déplacement dans une zone d'endémie (prévalence > 2 %) chez l'adulte (pas applicable chez l'enfant). La vaccination contre l'encéphalite à tiques est recommandée pour les voyageurs devant séjourner en zone rurale ou boisée dans les régions d'endémie (Europe centrale, orientale et septentrionale, nord de l'Asie centrale, nord de la Chine, nord du Japon) du printemps à l'automne. Compte tenu d'un risque globalement faible, d'une efficacité imparfaite, et d'un traitement disponible, la vaccination contre la typhoïde peut être omise, particulièrement pour les séjours de durée brève. De même, les indications du vaccin contre la méningite (A/C/Y/W135) doivent être limitées à des séjours prolongés, en période de transmission (de janvier à mars), dans les zones endémiques sahéliennes et chez les enfants et adultes jeunes (en cas de pèlerinage à La Mecque, ce vaccin est obligatoire).

• **Chez les enfants et les adolescents accompagnants**, outre la mise à jour du calendrier vaccinal français (notamment la vaccination contre la rougeole), il faut souligner les points suivants. Lorsque l'injection d'un autre vaccin vivant (fièvre jaune) est nécessaire, un délai théorique de 28 jours doit normalement être respecté si les deux injections ne sont pas réalisées simultanément, néanmoins, en cas de départ imminent en zone d'endémie, les deux vaccins peuvent être réalisés à n'importe quel moment. Certaines PMI (*voir p. 337*) prennent en charge financièrement la vaccination contre l'hépatite A pour les enfants de migrants vivant en France. Cette vaccination est opportune si les enfants ne se sont jamais (ou peu) rendus dans le pays d'origine de leurs parents et n'ont donc pas eu l'occasion de s'immuniser contre cette pathologie. En dehors des jeunes enfants pour lesquels un séjour prolongé est envisagé, la vaccination antirabique (rage), dont le coût est important, est en pratique peu réalisée. D'autres vaccins sont réservés à des situations particulières moins fréquentes et sont à discuter au cas par cas, en évitant toute surenchère.

Zone d'endémie de la fièvre jaune en 2010

La vaccination anti-amarilic n'est généralement pas recommandée dans les zones où l'exposition au virus est peu probable. La vaccination peut toutefois être envisagée en cas de séjour prolongé, de forte exposition aux moustiques, d'impossibilité d'éviter les piqûres de moustiques.

Carte DI-InVS - données MinSa - OMS - littérature/ Fonds de carte Esri



Sites Internet utiles :

www.medicinevoyages.fr,
site de la Société
de médecine des voyages
<http://vosdroits.servicepublic.fr/particuliers/F720.xhtml>, liste des centres
de vaccination habilités
à effectuer la vaccination
contre la fièvre jaune,
fixée par l'arrêté du 5 avril
2005,
<http://www.who.int/csr/don/fr/index.html>,
actualité des flambées
épidémiques

• **Prévention du paludisme.** Justifiée d'un point de vue épidémiologique, la prévention contre le paludisme peut être mal réalisée par certains migrants si elle n'est pas adaptée aux contraintes financières que connaissent ces voyageurs. La chimioprophylaxie (prise de médicaments) ne se conçoit qu'en complément des mesures antivectorielles. L'efficacité



de l'association chloroquine + proguanil (SAVARINE® chez l'adulte) est insuffisante dans la plupart des pays africains, celle de la chloroquine l'étant depuis longtemps. La méfloquine (LARIAM®) et surtout l'association atovaquone + proguanil (MALARONE®) représentent un coût prohibitif pour la majorité de ces voyageurs.

Une alternative possible, très efficace sous réserve d'une prise scrupuleuse quotidienne (demi vie courte), est représentée par les cyclines, peu onéreuses en France. Avant l'âge de la marche, il est préférable de conseiller aux parents de placer le nourrisson sous une moustiquaire imprégnée dès le coucher du soleil, plutôt que de prescrire des médicaments dont la forme galénique n'est pas adaptée aux très jeunes enfants. Pour les séjours prolongés en Afrique sahélienne, on peut ne prendre une chimioprophylaxie que pendant la saison des pluies, en débutant le traitement un mois après le début et surtout en ne l'interrompant que 4 à 6 semaines après la fin des pluies. Dans certaines zones d'Asie et d'Amérique latine où le risque de transmission est faible, une abstention de chimioprophylaxie peut se discuter au cas par cas, sauf situation particulière, en poursuivant les mesures anti vectorielles.

Chimioprophylaxie du paludisme, médicaments disponibles

(groupe 1 : pas de chloroquinorésistance/groupe 2 : chloroquinorésistance moyenne/groupe 3 : chloroquinorésistance élevée)

- **Chloroquine (NIVAQUINE®) : pays du groupe 1 (groupe 2 en association avec proguanil)/séjour + 4 semaines après le retour.**

Possible en cas de grossesse. En une seule prise par jour au cours d'un repas. **Attention aux intoxications accidentelles** (danger si > 25 mg/kg en 1 prise),

enfant : 1,5 mg/kg/j

1 flacon de 150 ml de NIVAQUINE® (5 ml = 25 mg), 3,89 €, R 65 %

1 boîte 20 cp de NIVAQUINE® 100 mg (sécable en 2; à écraser avant 6 ans) : 2,70 €, R 65 %

- **Proguanil (PALUDRINE®) : pays du groupe 2 (uniquement en association à la chloroquine)/séjour + 4 semaines après le retour.**

Possible en cas de grossesse, enfant : 3 mg/kg/j,

1 boîte de 56 cp de PALUDRINE® 100 mg (sécable en 4, à écraser avant 6 ans), environ 20 €, NR



	Chloroquine	Proguanil
Poids : < 8,5 kg	12,5 mg/j (½ cuillère mesure)	25 mg/j (½ comprimé)
Poids : 8,5-16 kg	25 mg/j (1 cuillère mesure)	50 mg/j (½ comprimé)
Poids : 16-33 kg	50 mg/j (2 cuillères mesure)	100 mg/j (1 comprimé)
Poids : 33-45 kg	75 mg/j (3 cuillères mesure)	150 mg (1,5 comprimé)
Poids > 45 kg et adulte	100 mg (1 comprimé)	200 mg (2 comprimés)

Adulte et enfant de plus de 45 kg SAVARINE®
(1 comprimé = 100 mg de chloroquine = 200 mg de proguanil)
= 1 cp par jour 1 boîte de 28 cp de SAVARINE® : environ 25€, NR

• **Méfloquine (LARIAM®) : pays du groupe 3/10 jours avant + séjour + 3 semaines après le retour.**

Possible en cas de grossesse. Contre indication : antécédent de convulsion ou de dépression, plongée. Inconvénients : vomissements, oubli et possible survenue d'effets secondaires psychologiques invalidants. Dose enfant 5 mg/kg en une prise par semaine 1 boîte de 8 cp de LARIAM® 250 mg (quadrisécale, à écraser avant 6 ans) : 40 à 45€, NR

Poids : 15-20 kg	½ comprimé par semaine
Poids : 20-30 kg	½ comprimé par semaine
Poids : 30-40 kg	½ comprimé par semaine
Poids > 45 kg et adulte	1 comprimé par semaine

• **Atovaquone/proguanil (MALARONE®) : pays du groupe 2 et 3/séjour + 7 jours après le retour. Prendre avec un repas ou une boisson lactée.**

Possible en cas de grossesse ; déconseillé si allaitement. Inconvénients : vomissements. Comprimé à couper avec un massicot si besoin ; à écraser avant 6 ans.
1 boîte de 12 cp adulte 250 mg/100 mg : environ 45€, NR
1 boîte de 12 cp enfant 62,5 mg /25 mg : environ 15€, NR



Poids : 5-7 kg (hors AMM)	½ comprimé enfant par jour
Poids : 7-11 kg (hors AMM)	¾ comprimé enfant par jour
Poids : 11-21 kg	1 comprimé enfant par jour
Poids : 21-31 kg	2 comprimés enfant par jour
Poids : 31-41 kg	3 comprimés enfant par jour
Poids > 40 kg et adulte	1 comprimé adulte par jour

• **Doxycycline : pays du groupe 3 (et éventuellement groupe 2), séjour + 4 semaines après le retour.**

Contre indiqué avant l'âge de 8 ans et femme enceinte.
Prendre au milieu du repas du soir.

< 40 kg : 50 mg par jour ; 40 kg et plus : 100 mg par jour

1 boîte de 28 cp de 50 mg de doxycycline : 4,81€, R 65 %

1 boîte de 30 cp de 100 mg de doxycycline : 7,59€, R 65 %

**Consulter un médecin en cas de fièvre au pays
ou au retour d'une zone d'endémie palustre**

• **Prophylaxie antivectorielle du paludisme** et d'autres affections transmises par les moustiques et d'autres insectes : arboviroses (dengue, Chikungunya), filarioses, et leishmanioses. Trois mesures ont fait la preuve de leur efficacité, aucun des produits concernés n'étant remboursé par la Sécurité sociale :

- la protection vestimentaire : recommandée quel que soit l'âge, vêtements amples et couvrant le maximum de peau ;
- les répulsifs cutanés (*insectifuges, voir infra*), de 8 à 15 € ;
- la moustiquaire imprégnée de pyréthrinoïdes (deltaméthrine ou perméthrine) : efficacité 6 mois et 5 lavages. Prix de 20 à 45 € pour une ou deux personnes. L'achat au pays est possible, les moustiquaires imprégnées étant de mieux en mieux distribuées dans les pays en développement.



Les répulsifs cutanés

Âge	Substance active	Concentration efficace	Durée d'efficacité	Produits (liste indicative)
6 mois et +	citriodiol (sauf ATCD de convulsions)	20-30 %	3-5 h	Mosi-guard (spray), Biovectrol, antimosquitospray
6 mois et +	IR 3535	20 %	2-4 h	Prébutix zones tropicales gel ou lotion, 5/5 tropic lotion (3 ans et +), Akipic gel (4 ans et +)
6 mois et + 24 mois à 12 ans 12 ans et +	DEET (sauf ATCD de convulsions, diminue l'efficacité des crèmes solaires de 1/3)	10 % 20-30 % 20-50 %	1 h 2-4 h 2-6 h	pas de présentation 10 % en France Mouskito Tropic (5 ans et + spray ou roller; Repel insect adult, Pinka, King)
30 mois et +	icaridine (limiter l'utilisation consécutives à 1 mois)	20-30 %	4-6 h	Insect écran peau enfant Insect écran spécial tropique

NB : La concentration efficace du DEET doit être d'au moins 30 % en cas d'exposition à l'anophèle, vecteur de *Plasmodium falciparum*.

• **Autres conseils.** Les migrants voyageurs n'ont la plupart du temps pas de contrôle sur leur nourriture, les conseils habituels concernant l'alimentation peuvent donc être illusoire. Le lavage des mains avant les repas, après un passage à la selle et aussi souvent que possible (même à l'eau claire) est la plupart du temps réalisable et bien accepté. Les conseils de réhydratation orale sont particulièrement utiles chez les jeunes enfants (solution de réhydratation orale). La consultation est une opportunité pour aborder la prévention des infections sexuellement transmissibles.

CONSEILS CHEZ LES VOYAGEURS SUIVIS POUR DES PROBLÈMES DE SANTÉ

• **Les personnes suivies pour des maladies chroniques peuvent voyager**, sous réserve qu'elles soient stabilisées lors du départ et qu'il n'y ait pas de changement thérapeutique (initiation, modification) prévu avant le départ (*voir Autres affections fréquentes, p. 468*). Une consultation avec le médecin spécialiste ou référent avant de partir est indispensable, et il est souhaitable qu'une consultation soit prévue à titre systématique précocement après le retour. Le patient voyageur doit être informé de la nécessité de partir avec le traitement nécessaire pour tout le séjour, auquel



Ces conseils spécifiques ne dispensent pas de conseils généraux de prévention, notamment concernant la **protection contre les infections sexuellement transmissibles** (voir p. 447).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Bouchaud O. et al.,
Médecine des voyages, médecine tropicale,
Masson, 2010

InVS,
Recommandations sanitaires pour les voyageurs, BEH du 3 juin 2014, n^{os} 16 17.
www.invs.fr

Prescrire rédaction,
Mieux se protéger des infections liées aux moustiques, Revue Prescrire 2008, 28 (296), p. 436 435

SPILF, *Prise en charge et prévention du paludisme d'importation à Plasmodium falciparum : recommandations pour la pratique clinique,* 2007,
www.infectiologie.com/site/consensus_recos

il est prudent d'adjoindre une marge de sécurité d'une à deux semaines en cas de retour différé par les aléas locaux. Pour les séjours de plus d'un mois, et jusqu'à concurrence de 3 mois au maximum, la délivrance par la pharmacie de l'ensemble du traitement est possible, sous réserve de l'accord préalable de la caisse de Sécurité sociale (tampon « spécial » apposé sur l'ordonnance), le plus souvent après visualisation du billet d'avion ou de la trace d'une réservation, apposé à côté de la mention « Séjour à l'étranger » écrite par le prescripteur.

• **Dans le cas particulier des personnes vivant avec le VIH,** les praticiens doivent savoir que le ritonavir se détériore à une température supérieure à 25° pendant plus d'un mois. Cette limite peut justifier la prescription d'un traitement n'ayant pas ces contraintes pendant la durée du séjour, voire des vacances thérapeutiques lorsque c'est possible. Une autre option est de préférer la forme thermostable de la combinaison lopinavir/ritonavir (KALÉTRA®), qui permet de s'affranchir de cette difficulté. Les praticiens doivent par ailleurs être conscients des difficultés que peut représenter la prise d'un traitement dans un environnement familial ou communautaire où la confidentialité ne peut pas souvent être respectée. Ces difficultés expliquent un certain nombre d'arrêts intempestifs ou de prises inadéquates qu'il vaut mieux anticiper par une discussion avec le patient avant le départ. De même, il est utile, en prenant le temps nécessaire pour le faire, d'aborder des questions sensibles telles que la protection des rapports pour éviter la contamination du partenaire resté au pays ou l'inutilité et le danger de partager son traitement. Une consultation d'éducation thérapeutique peut trouver ici un intérêt particulier pour développer ces aspects.

• **Pour les personnes atteintes de drépanocytose homozygote (p. 491),** les avions de ligne étant pressurisés à l'équivalent d'une altitude de 2 000 m environ, il faut savoir que l'air y est plus sec et plus pauvre en oxygène. Ces conditions peuvent créer des crises vaso occlusives parfois graves. Une hyperhydratation est donc recommandée, idéalement à débiter 24 h avant le vol et à poursuivre pendant toute la durée du vol. Il est également nécessaire de s'habiller suffisamment chaudement dans l'avion pour ne pas avoir froid, avec des vêtements non serrés et de bouger régulièrement. Dans les pays chauds, une hydratation plus abondante qu'en pays tempéré doit être poursuivie.

• **En cas de voyage en avion,** les personnes atteintes de maladie chronique ont intérêt à partager leur traitement entre le bagage



de cabine (accompagné d'une ordonnance récente pour les passages des différents contrôles) et les bagages de soute, de façon qu'un aléa (perte de bagages, vols, etc.) ne les prive pas de tout leur traitement. Enfin, lorsque c'est possible, il est souhaitable de donner au patient les coordonnées d'un médecin spécialiste dans son pays en cas de survenue d'une complication médicale. La présence d'au moins un facteur de risque de thrombose justifie le port d'une contention élastique (mi cuisse plus confortable que sous le genou) pour tous les voyages de plus de 6 heures et devrait concerner toute personne qui ne déambule pas dans l'avion, en plus d'une hydratation régulière.