

# **La fièvre chez les voyageurs internationaux : lignes directrices pour l'évaluation initiale**



Santé  
Canada Health  
Canada

*Direction générale de la protection de la santé - Laboratoire de lutte contre la maladie*

Relevé des maladies transmissibles au Canada **Vol. 23 (DCC-1)** 1<sup>er</sup> avril 1997

*Une déclaration d'un comité consultatif (DCC)*

**Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages (CCMTMV)**

## **Introduction**

**1. L'approche diagnostique initiale face à un voyageur de retour au pays qui présente une maladie fébrile aiguë**

**2. Les services de santé publique et de quarantaine, et les documents relatifs à la lutte internationale contre les maladies**

## **Annexe**

## **Références**

## Introduction

*La fièvre est un signe cardinal de maladie <sup>(1,2)</sup>, mais un signe si peu spécifique qu'il n'est guère utile, considéré isolément, dans la détermination des causes de la maladie ou l'établissement du diagnostic. Une anamnèse détaillée, faisant notamment état de tous les voyages antérieurs, et un examen physique rigoureux constituent une entrée en matière indispensable. On fera ensuite une utilisation judicieuse des analyses de laboratoire. Ces étapes sont essentielles à la détermination de la cause de la fièvre chez les voyageurs internationaux. Il convient de souligner qu'il sera sans doute impossible de découvrir l'origine tropicale de la fièvre, avec les conséquences graves que cela risque d'avoir pour le patient fébrile, si l'on ne s'est pas enquis des maladies auxquelles ce dernier a été exposé au cours de ses voyages antérieurs<sup>(3,4)</sup>. Il faut demander à tous les patients fébriles s'ils ont fait un voyage. Si le patient a été exposé au paludisme, on doit tenir pour acquis qu'il est atteint de cette maladie, jusqu'à preuve du contraire.*

*Nous aborderons ici, sous deux angles différents, le problème de la fièvre chez les voyageurs internationaux :*

- 1. l'approche diagnostique initiale face à un voyageur de retour au pays qui présente une maladie fébrile aiguë; et*
- 2. les services de santé publique et de quarantaine, et les documents relatifs à la lutte internationale contre les maladies.*

---

\* **Membres** : D<sup>r</sup> W. Bowie; D<sup>r</sup> L.S. Gagnon; D<sup>r</sup> S. Houston; D<sup>r</sup> K. Kain; D<sup>r</sup> D. MacPherson (président); D<sup>r</sup> V. Marchessault; D<sup>r</sup> H. Onyett; D<sup>r</sup> R. Saginur; D<sup>r</sup> D. Scheifele (CCNI); D<sup>r</sup> F. Stratton; M<sup>me</sup> R. Wilson (CUSO).

**Membres d'office** : LCdr. D. Carpenter (MDN); D<sup>r</sup> E. Gadd (DGPS); D<sup>r</sup> B. Gushulak (secrétaire); D<sup>r</sup> H. Lobel (CDC); D<sup>r</sup> A McCarthy (LLCM et MDN); D<sup>r</sup> S. Mohanna (DGSM); D<sup>r</sup> M. Tipple (CDC).

## 1. L'approche diagnostique initiale face à un voyageur de retour au pays qui présente une maladie fébrile aiguë

Si l'on est en droit de soupçonner une maladie importée inhabituelle chez un malade qui rentre de voyage, les maladies non tropicales, comme les infections virales, la pneumonie et les infections urinaires, demeurent courantes. On trouvera au Tableau 1 deux listes des causes de fièvre chez des voyageurs de retour au pays, fondées sur les diagnostics posés dans des cliniques de médecine tropicale. Il y a lieu de rappeler que le paludisme est, de loin, la maladie tropicale qui est le plus souvent responsable de la fièvre : entre 30 % et 40 % des cas de fièvre chez des voyageurs de retour au pays sont dus à cette maladie. Dans les cas de paludisme, de méningite et de fièvre hémorragique virale, il faut poser immédiatement un diagnostic et prendre sur-le-champ des

mesures pour protéger la santé du malade ainsi que la collectivité. Le lecteur intéressé lira avec profit des articles portant expressément sur l'évaluation des voyageurs malades à leur retour au pays [\(5-8\)](#) .

Tableau 1 Causes déclarées de la fièvre chez des voyageurs de retour au pays		
Diagnostic	1 <sup>er</sup> rapport <sup>(31)</sup> (n=587) %	2 <sup>e</sup> rapport <sup>(32)</sup> (n=195) %
Paludisme	32	42
Maladie respiratoire*	11	2,5
Diarrhée	4,5	6,5
Hépatite	6	3
Dengue	2	6
Infection urinaire	4	2,5
Fièvres entériques	2	2
Tuberculose	1	2
Méningite	1	1
Infection aiguë à VIH	0,3	1
Divers	11,3	8
Non diagnostiquée	25	24,5

\*comprend les infections des voies respiratoires supérieures, la bronchite et la pneumonie.

La prise en charge d'un cas de fièvre chez un voyageur doit débiter par un interrogatoire fouillé sur les voyages antérieurs. Il faut notamment s'enquérir des dates de départ et d'arrivée, des pays visités, de la nature de l'exposition à l'étranger, des vaccins reçus avant l'exposition et de la prise de médicaments antipaludiques et d'autres agents antimicrobiens. Le diagnostic différentiel sera facilité si l'on connaît la durée d'incubation, la répartition mondiale et le mode de transmission des maladies tropicales. Plusieurs publications indiquent avec précision la répartition des maladies dans le monde [\(9-11\)](#) . Des rapports épidémiologiques mis à jour régulièrement sont en outre consacrés à certaines maladies, comme le paludisme [\(12-16\)](#) , la poliomyélite [\(17-19\)](#) et la tuberculose [\(20,21\)](#) . Le Tableau 2 fait état des périodes d'incubation habituelles des maladies tropicales courantes.

Dans une récente étude prospective des cas de fièvre, réalisée auprès de 1 572 sujets volontaires, 123 (10,4 %) des 1 187 voyageurs qui ont retourné leur questionnaire ont indiqué avoir présenté de la fièvre [\(22\)](#) . La majorité des patients avaient écarté la possibilité d'un diagnostic de paludisme. Seulement six de ces 123 voyageurs avaient pris des médicaments au cas où ils seraient atteints de paludisme. Une évaluation approfondie de la cause de la fièvre chez ces six voyageurs a mis en évidence les diagnostics suivants : trois cas d'infection virale (un cas de dengue), un cas de gastrite, un cas d'amibiase et un cas de paludisme (espèce non précisée). Parmi les autres voyageurs, 14,2 % avaient été malades ou avaient eu un accident, mais n'avaient pas souffert de

fièvre, tandis que 73,5 % des répondants ont dit n'avoir souffert d'aucune maladie pendant leur voyage ou au cours du mois suivant leur retour. La fièvre est courante chez les voyageurs, mais il est rare que l'on soupçonne une maladie grave et que l'on prenne les mesures voulues. Il y a lieu d'améliorer les conseils dispensés aux futurs voyageurs concernant les conséquences de la fièvre pendant ou après un voyage international, de manière à les inciter à consulter plus rapidement un médecin et à les renseigner sur les maladies tropicales.

Tableau 2  
Périodes d'incubation de certaines infections tropicales <sup>(33)</sup>

Infection	Période d'incubation
Paludisme <i>P.falciparum</i> <i>P.spp.</i>	7 jours (minimum) à 12 semaines (maximum habituel) De quelques semaines à plusieurs années
Dengue	Entre 3 et 14 jours
Hépatite A	Entre 15 et 50 jours
Hépatite B	Entre 45 et 180 jours
Fièvres entériques Fièvre typhoïde <i>Campylobacter</i> <i>Shigella</i> Fièvres hémorragiques virales	Entre 3 jours et 3 mois (généralement 1 à 3 semaines) Entre 1 et 10 jours (généralement 2 à 5 jours) Entre 12 et 96 heures Entre 2 et 21 jours

Au cours de l'examen physique, il faut tenter de répondre à deux questions :

1. La fièvre a-t-elle une cause évidente?
2. Observe-t-on des signes de septicémie, de choc ou d'hémorragie?

Les observations cliniques peuvent aider à déterminer la cause la plus probable de la fièvre chez les voyageurs internationaux, même s'il faut généralement procéder à des analyses de laboratoire pour confirmer le diagnostic. Ainsi, en présence d'une escarre causée par une tique, on soupçonnera un typhus; des taches roses feront soupçonner une fièvre typhoïde et une jaunisse pourra indiquer une hépatite.

Les analyses de laboratoire initiales (Tableau 3) devraient être orientées vers la cause la plus probable de la fièvre. Si le patient a séjourné dans une zone impaludée, il faut effectuer de toute urgence des frottis sanguins, qui seront examinés par des personnes compétentes dans la recherche des parasites

responsables du paludisme. Si les frottis sanguins ne peuvent être examinés rapidement par une personne compétente, il faut les transmettre le plus vite possible à un centre en mesure de procéder à cet examen ou y adresser le patient <sup>(23)</sup>. L'urgence de l'examen des frottis sanguins varie selon que le patient a ou non subi un traitement antipaludique à action chimiosuppressive. C'est au cours des 12 semaines suivant la dernière exposition potentielle à un moustique infecté que le patient risque le plus de présenter des signes cliniques d'infection à *Plasmodium falciparum*. Il peut s'avérer nécessaire d'effectuer de nouveaux frottis sanguins, même si les premiers étaient négatifs.

Tableau 3

Liste des analyses de laboratoire initiales recommandées en présence de fièvre chez un voyageur de retour au pays

Hémogramme complet, formule leucocytaire et numération plaquettaire

Frottis sanguins (gouttes minces et épaisses) pour l'identification des parasites responsables du paludisme

Hémocultures

Transaminases hépatiques et de dosage de la bilirubine

Analyse d'urine

Radiographie thoracique (si indiquée sur le plan clinique)

Conserver un aliquot de sérum (considéré comme un "sérum de phase aiguë", en vue de tests sérologiques ultérieurs)

Les signes de septicémie, d'état de choc ou d'hémorragie font craindre une septicémie d'origine bactérienne (p. ex. une fièvre entérique, une méningococcémie), une forme grave et compliquée du paludisme et une fièvre hémorragique virale (p. ex. cas graves de dengue, d'infection à virus Ebola ou à virus de Lassa, etc.). Il faut effectuer des hémocultures, des cultures d'urine et, éventuellement, de liquide céphalo-rachidien. Un traitement présomptif devrait être envisagé dans les cas d'infection grave ou potentiellement mortelle. Si le diagnostic ou le traitement soulève des problèmes, il y a lieu de consulter dès que possible un spécialiste des maladies tropicales ou des maladies infectieuses.

### Conseil au praticien

La démarche diagnostique doit débiter par un interrogatoire détaillé sur les voyages antérieurs. Jusqu'à preuve du contraire, le voyageur fébrile qui a été exposé au paludisme est atteint de cette maladie.

### Première recommandation

Lors de toute évaluation d'un patient fébrile, il faut s'enquérir des expositions et des voyages antérieurs. Après avoir obtenu ces renseignements, il convient de procéder à une évaluation approfondie afin de déterminer s'ils permettent d'expliquer l'épisode fébrile.

### Catégorie A <sup>(24)</sup>

On dispose de données suffisantes pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait avoir recours à cette intervention.

### **Grade III**

Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.

## **2. Les services de santé publique et de quarantaine, et les documents relatifs à la lutte internationale contre les maladies**

Il incombe aux services municipaux, provinciaux et fédéraux de santé publique et de quarantaine de procéder à la surveillance, au dépistage et aux interventions visant à protéger les Canadiens contre les maladies transmissibles. Des événements récents, notamment les épidémies internationales de peste en Inde <sup>(25)</sup>, d'infection à virus Ebola au Zaïre <sup>(26)</sup> et de dengue dans l'ensemble des tropiques <sup>(27)</sup> ont fait ressortir l'importance de ces services.

Des documents détaillés sont maintenant consacrés aux questions entourant la santé internationale et la menace éventuelle d'une maladie importée inhabituelle et dangereuse. Dans ces documents, qui portent sur la prise en charge des cas suspects de maladies infectieuses virulentes, on reconnaît le fait que la surveillance est le maillon le plus faible du système de défense contre l'importation de maladies infectieuses émergentes ou en recrudescence <sup>(28-30)</sup>. Vu la rapidité des déplacements internationaux, il est possible que même des sujets atteints d'une maladie infectieuse transmissible ayant une courte période d'incubation aient le temps de franchir plusieurs frontières internationales avant de présenter les premiers signes cliniques de la maladie. Lorsque le patient consulte enfin un médecin, il est parfois loin de la région endémique, ce qui rend difficile l'établissement rapide d'un diagnostic exact précoce. La nouvelle frontière où l'on est confronté à des patients atteints de maladies transmissibles importées est fort probablement la salle d'urgence ou le cabinet d'un médecin de soins primaires; cela peut donc se produire n'importe où au pays.

Il y a tout lieu de croire que le recours à des énoncés de politique pour empêcher l'importation de maladies transmissibles virulentes aura un succès très mitigé si on ne retrouve pas, parallèlement, une capacité de :

faire en sorte que les professionnels de la santé dispensant des soins primaires dans l'ensemble du pays aient accès aux lignes directrices régissant la pratique; et

communiquer l'information en cas d'apparition d'une nouvelle maladie potentiellement "importable".

Cette situation a une incidence sur la surveillance et la prise en charge des maladies sévissant à l'échelle internationale, ainsi que des maladies émergentes à l'échelle locale, comme les maladies dues à des hantavirus ou à des microorganismes multirésistants (p. ex. *Mycobacterium tuberculosis*,

*Streptococcus pneumoniae*, *Enterococcus* résistant à la vancomycine) et les syndromes associés à une maladie virulente (p. ex. l'infection à streptocoque du groupe A, le syndrome de choc toxique, la maladie de Lyme), qui peuvent également avoir des répercussions considérables sur la santé publique. La transmission de rapports rigoureux en temps utile aux établissements de santé constituera le défi à relever dans un avenir prévisible. On trouvera en annexe les adresses des personnes-ressources aux paliers provincial et fédéral en ce qui concerne les questions liées à la santé publique et à la quarantaine.

### **Conseil au praticien**

Vu la rapidité des déplacements internationaux, il est possible qu'une personne contracte une maladie exotique ou émergente dans un lieu donné et ne présente les signes cliniques de cette maladie qu'à des centaines de milles de là. Il convient de faire preuve d'une grande vigilance et, en présence de problèmes cliniques, de communiquer avec les spécialistes de la médecine tropicale ou des maladies infectieuses, le médecin hygiéniste ou le ministère fédéral de la Santé.

### **Deuxième recommandation**

a) Il faut faire en sorte que les professionnels de la santé qui dispensent des soins primaires aient accès aux lignes directrices régissant la pratique, de manière à faciliter l'évaluation des maladies infectieuses transmissibles émergentes ou en recrudescence.

b) Il faut concevoir des mécanismes de communication qui permettront de diffuser rapidement et avec exactitude, dans l'ensemble du système de santé, les renseignements relatifs à ces maladies et d'autres renseignements pertinents.

### **Catégorie A**

On dispose de données suffisantes pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait avoir recours à cette intervention.

### **Grade III**

Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.

---

## **Annexe**

### **Personnes-ressources responsables, aux paliers provincial et fédéral, des questions liées à la santé publique et à la quarantaine**

#### **Alberta**

D<sup>r</sup> John Waters  
Directeur, Communicable Disease  
Control and Epidemiology,  
Alberta Health  
10030-107th Street  
Edmonton (Alberta) T5J 3E4  
Bureau : (403) 427-5263  
FAX : (403) 422-6663

#### **Manitoba**

D<sup>r</sup> John Guilfoyle  
Médecin hygiéniste en chef  
Ministère de la Santé du Manitoba  
301- 800 avenue Portage  
Winnipeg (Manitoba) R3G 0N4  
Bureau : (204) 945-6839  
FAX : (204) 948-2204

#### **Nouveau Brunswick**

D<sup>r</sup> Denis Allard  
Médecin hygiéniste en chef  
520 rue King, 2<sup>e</sup> étage  
Charleton Place, C.P. 5100  
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B  
5G8  
Bureau : (506) 453-2323  
FAX : (506) 453-8702

#### **Nouvelle-Écosse**

D<sup>r</sup> Jeff Scott  
Épidémiologiste provincial int.,  
Department of Health and Fitness  
1690 Hollis St., 11th Floor  
P.O. Box 488  
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2R8  
Bureau : (902) 424-8698  
FAX : (902) 424-0558

#### **Columbie-Britannique**

D<sup>r</sup> John Millar  
Médecin hygiéniste en chef, Province of  
British Columbia  
2-1810 Blanchard Street  
Victoria (C.-B.) V8V 1X4  
Bureau : (604) 952-0876  
FAX : (604) 952-0877

#### **Terre-Neuve**

D<sup>re</sup> Faith Stratton  
Directrice, Disease Control and  
Epidemiology,  
Department of Health  
West Block, Confederation Building  
P.O. Box 8700  
St. John's (Terre-Neuve) A1B 4J6  
Bureau : (709) 729-3430  
FAX : (709) 729-5824

#### **Territoires du Nord-Ouest**

D<sup>r</sup> Ian Gilchrist  
Médecin hygiéniste en chef, Department  
of Health  
P.O. Box 1320, Center Square Tower  
Yellowknife (T.N.-O.) X1A 2L9  
Bureau : (403) 920-8946  
Urgence: (403) 873-8250  
FAX : (403) 873-0266

#### **Ontario**

D<sup>r</sup> Richard Schabas  
Directeur, Direction de la santé publique  
et  
Médecin hygiéniste en chef  
5700 Yonge Street, 8th Floor  
Toronto (Ontario) M2M 4K5  
Bureau : (416) 327-7392  
FAX : (416) 327-7439

**Île-du-Prince-Édouard**

D<sup>r</sup> Lamont Sweet  
Médecin hygiéniste en chef, Department  
of Health and Social Services  
P.O. Box 2000, 1616 Fitzroy  
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)  
C1A 7N8  
Bureau : (902) 368-4996  
FAX : (902) 368-4969

**Saskatchewan**

D<sup>r</sup> David Butler-Jones  
Laboratory and Disease Control, Services  
Branch,  
Saskatchewan Health  
Room 130, 3211 Albert Street  
Regina (Sask.) S4S 5W6  
Bureau : (306) 787-6716  
FAX : (306) 787-9576

**Canada**

D<sup>r</sup> Rudi Nowak  
Directeur, Services de santé et  
quarantaine  
Bureau des initiatives spéciales en  
matière de santé  
Laboratoire de lutte contre la maladie  
Parc Tunney  
Ottawa (Ontario) K1A 0L2  
Bureau : (613) 954-3236  
FAX : (613) 952-8286

**Québec**

D<sup>re</sup> Christine Colin  
Sous-ministre adjointe, Direction  
générale de la santé publique  
Ministère de la Santé et des Services  
sociaux  
1075 chemin Ste-Foy, 16<sup>e</sup> étage,  
Québec (Québec) G1S 2M1  
Bureau : (418) 646-3487  
FAX : (418) 528-2651

**Yukon**

D<sup>re</sup> Hilary Robinson  
Spécialiste en santé communautaire  
2 Hospital Road  
Whitehorse (Yn) Y1A 3H8  
Bureau : (403) 667-8356  
FAX : (403) 667-8338

## Références

1. Wunderlich CA. *On the temperature in diseases: a manual of medical thermometry*. London: the New Sydenham Society, 1871.
2. Rodbard D. *The role of regional body temperature in the pathogenesis of disease*. N Engl J Med 1981;305:808-14.
3. Wittes RC, Constantinidis P, McLean JD et coll. *Décès récents par paludisme contracté en Afrique enregistrés au Canada*. RHMC 1989;40:199-204.
4. Sharma S, Humar A, Kain KC et coll. *Cas de paludisme à **P. falciparum** mortel chez des voyageurs canadiens*. RMTTC 1996;22:165-68.
5. Wise M, Walter A. *Fever in the returning traveller*. Diagnosis 1986 (May);8:30-41.
6. Hill DH. *Evaluation of the returned traveller*. Yale J Biol Med 1992;65:343-56.
7. Strickland GT. *Fever in the returned traveller*. Med Clin North Am 1992;76:1375-92.
8. Humar A, Keystone J. *Evaluating fever in travellers returning from tropical countries*. BMJ 1996;312:953-56.
9. Wilson ME. *A world guide to infections*. Oxford: Oxford University Press, 1991.
10. Stuerchler D. *Endemic areas of tropical infections*. Kirkland, WA: Hogrefe & Huber, Publishers, 1988.
11. Lambert G. *Guide d'intervention santé-voyage. Situation épidémiologique et recommandations 1994*. Montréal, QC : Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995.
12. Organisation mondiale de la Santé. *La situation du paludisme dans le monde en 1993*. Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS 1996;71:17-22.
13. Ibid:25-9.
14. Ibid:37-9.
15. Ibid:41-8.

16. Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages. *Recommandations canadiennes pour la prévention et le traitement du paludisme (malaria) chez les voyageurs internationaux*. RMTTC 1995;21S3:1-18.
17. Organisation mondiale de la Santé. *Programme élargi de vaccination — Progrès réalisés vers l'éradication de la poliomyélite*. Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS 1996;71:189-94.
18. Organisation mondiale de la Santé. *Programme élargi de vaccination — Certification de l'éradication de la poliomyélite — les Amériques*. Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS 1994;69:293-95.
19. Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages. *Déclaration relative à l'immunisation des voyageurs internationaux contre la poliomyélite*. RMTTC 1995;21:145-48.
20. Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages. *Le dépistage de la tuberculose et les voyageurs internationaux*. RMTTC 1996;22:149-55.
21. Organisation mondiale de la Santé. *Notification des cas de tuberculose : mise à jour*. Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS 1996;71:65-69.
22. Schlagenhauf P, Steffen R, Tschopp A et coll. *Behavioural aspects of travellers in their use of malaria presumptive treatment*. Bull World Health Organization 1995;73:215-21.
23. Palmer J, Thomson S. Parasitology. *Broadsheet #13: recommendations for examination of blood films for malaria parasites*. Laboratory Proficiency Testing Program 1996 July;3(4.3):8-11.
24. MacPherson DW. *Une approche de la médecine fondée sur les preuves*. RMTTC 1994;20:145-47.
25. Organisation mondiale de la Santé. *Peste, Inde*. Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS 1994;69:289-91.
26. Idem. *Fièvre hémorragique à virus Ebola, Zaïre*. Ibid:137.
27. Idem. *Dengue et dengue hémorragique, 1990-1994, Singapour*. Ibid:334-35.
28. Idem. *Fièvre hémorragique virale — Prise en charge des cas suspects*. Ibid:249-56.
29. LLCM. *Plan canadien d'intervention d'urgence en cas de fièvres hémorragiques virales et autres maladies connexes*. RMTTC 1997;23S1:1-14.

30. United States National Science and Technology Council. Committee on International Science, Engineering, and Technology. Working Group on Emerging and Re-emerging Infectious Diseases. *Infectious disease — a global threat*. Washington, D.C.: United States National Science and Technology Council, 1995.
31. MacLean JD, Lalonde RG, Ward B. *Fever from the tropics*. *Travel Med Advisor* 1994 (May):27.1-27.14.
32. Doherty JR, Grant AD, Bryceson ADM. *Fever as the presenting complaint in travellers returning from the tropics*. *Q J Med* 1995;88:277-81.
33. Benenson AS, ed. *Control of Communicable Diseases Manual*. 16<sup>th</sup> ed. Washington, D.C.: American Public Health Association, 1995.

***Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.***