

Actualisation des recommandations du Comité suisse d'experts en médecine des voyages concernant la prévention du paludisme chez les voyageurs en 2019: adaptations relatives à l'autotraitement d'urgence et à la prophylaxie médicamenteuse

Le présent document décrit les changements intervenus en 2019 concernant les recommandations de prophylaxie antipaludique. Ces dernières ont été élaborées par le Comité suisse d'experts en médecine des voyages (CEMV) en collaboration avec la commission permanente de médecine des voyages (StAR) de la Société allemande de médecine tropicale et de santé internationale (DTG). Cette publication commune a pour objectif de formuler, dans la mesure du possible, les mêmes recommandations aux voyageurs originaires de Suisse et d'Allemagne. L'épidémiologie du paludisme n'étant pas statique, il se peut que des changements non signalés interviennent subitement à l'échelle locale. Les éléments pertinents exerçant une influence sur les recommandations de prévention du paludisme sont publiés dans les informations épidémiologiques (EpiNews) de www.tropimed.ch, sur www.safetravel.ch, ainsi que deux fois par année, dans les tableaux relatifs à la médecine des voyages sur www.bag.admin.ch/sante-voyages. Il convient par ailleurs de préciser que même l'application systématique des mesures de prophylaxie antipaludique recommandées ne garantit pas une protection absolue. Elle permet seulement de réduire significativement le risque d'infection. Vous trouverez d'autres conseils (notamment concernant la protection contre les insectes) ainsi que des informations sur les médicaments contre le paludisme et les dosages dans le document Prophylaxie antipaludique pour les séjours à l'étranger de courte durée (séjours jusqu'à 3 mois), Office fédéral de la santé publique, 2016: www.bag.admin.ch/paludisme [1] et dans les références [2].

État des lieux

Le risque d'infection par le paludisme au sein des populations autochtones des zones d'endémie a fortement diminué au cours des dernières décennies: à l'échelle mondiale, l'incidence a reculé de 18 % entre 2010 et 2017. En 2017, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recensait 219 millions de cas de paludisme dans le monde, dont 92 % dans des pays d'Afrique subsaharienne [3]. C'est en Asie du Sud-Est que la baisse est la plus importante (59 %). Sur le continent asiatique, la plupart des cas ont été enregistrés en Inde et en Indonésie. À l'échelle mondiale, on constate toutefois depuis trois ans une stagnation de l'incidence de la maladie, et même une recrudescence dans certains pays (p. ex. en Afrique australe et au Venezuela). Il arrive que le nombre de cas varie très fortement au sein d'un même pays (p. ex. en Asie du Sud-Est et en Amérique du Sud) [3]. Conformément à la répartition à l'échelle mondiale, la plupart des cas de paludisme déclarés sous nos latitudes ont été importés par des voyageurs en provenance d'Afrique. Au cours des cinq dernières années (entre 2014 et 2018), la Suisse en a répertorié en moyenne 340 par an, avec un pic en 2015 dans un contexte de migration. Sur les 230 cas importés liés au voyage chaque année (hors immigrés), 87 % sont conséquents à un séjour en Afrique, et seulement 5 % à un voyage sur un autre continent. Dans 8 % des cas, la destination de voyage n'a pas pu être déterminée (Office fédéral de la santé publique, données non publiées). On constate une répartition similaire en Allemagne (près d'un millier de cas importés par an [4]), où sont formulées

quasiment les mêmes recommandations de prophylaxie antipaludique par pays qu'en Suisse [5]. Il convient de noter que le nombre de cas importés en valeur absolue est globalement stable alors que le total des voyageurs suisses ou allemands concernés a augmenté. Afin d'évaluer le risque pour les voyageurs d'être infectés par le paludisme dans un pays donné, on compare donc systématiquement le nombre de cas importés avec celui des personnes s'étant rendues dans le pays en question. On procède de cette façon en Suisse, en Allemagne et en Autriche. Ces données viennent s'ajouter aux informations relatives au paludisme dans les populations autochtones pour définir si le risque y est minime, faible ou élevé (voir tableau 1). Les données locales se fondent sur le Rapport sur le paludisme dans le monde [3] ainsi que sur les informations fournies par l'Organisation panaméricaine de la Santé (PAHO) [6] pour les années 2016, 2017 et 2018. Afin de prendre en compte les tendances ainsi que les éventuelles influences d'ordre climatique dans les différents pays, on se fonde généralement sur le pire scénario observé au cours des trois dernières années. D'autres données concernant notamment l'altitude et des localisations spécifiques sont tirées de publications de l'OMS [7] et des Centers for Disease Control and Prevention [8]. Les recommandations se basent également sur des facteurs susceptibles d'exercer une influence sur la prévalence du paludisme dans un pays donné (situation politique instable comme au Venezuela, guerre, catastrophe naturelle, etc.). La méthode appliquée par le CEMV pour formuler ces recommandations sera décrite en détail prochainement.

Tableau 1 : paramètres d'évaluation du risque de paludisme pour les voyageurs

Niveau de risque	Stratégie de prévention	Nombre de cas de paludisme importés en Allemagne, en Autriche et en Suisse, par an	Nombre de cas de paludisme au sein de la population autochtone, par an
Élevé	Protection contre les piqûres de moustiques et prophylaxie médicamenteuse (P)	>10/100 000	>10/1000
Faible	Protection contre les piqûres de moustiques + dans les situations à risque, autotraitement d'urgence (T*)	>1-10/100 000	>1-10/1000
Minime	Protection contre les piqûres de moustiques uniquement (M)	≤1/100 000	≤1/1000
Aucun	-	-	0 cas au cours des trois dernières années

Source : Office fédéral de la santé publique, Comité d'experts en médecine des voyages (CEMV). Prophylaxie antipaludique pour les séjours à l'étranger de courte durée. Directives et recommandations. Berne : Office fédéral de la santé publique, 2016, p. 7 [1], adaptation par le CEMV en 2019.

L'évolution, à l'échelle mondiale, de l'épidémiologie du paludisme influe également sur le risque, et donc sur les recommandations aux voyageurs en matière de prophylaxie antipaludique. Étant donné que le risque de paludisme peut varier selon les régions d'un même pays (minime sur une grande partie du territoire et faible/élevé localement), le CEMV et la StAR de la DTG ont adapté en 2019 leurs recommandations en matière de mesures de prévention, en s'appuyant sur une analyse microépidémiologique du risque par pays ou région. Au Cambodge, par exemple, selon la région visitée, on recommande ainsi uniquement de se protéger contre les piqûres de moustiques (M), de prendre en plus avec soi un autotraitement d'urgence (personnes à risque (T*)), ou d'utiliser une prophylaxie médicamenteuse (P). Ces nouveautés ont été intégrées à la liste des pays figurant dans les tableaux Santé-voyages (www.bag.admin.ch/sante-voyages) et sont illustrées sur les cartes mondiale et régionales en annexe. Les recommandations doivent toutefois être systématiquement considérées dans le cadre d'une évaluation individuelle du risque tenant notamment compte du type de voyage, de la saison, de la durée du séjour, du type d'hébergement, d'une éventuelle autre infection/médication ou d'une grossesse, de l'âge de la personne concernée, etc.

Recours plus ciblé à l'auto-traitement d'urgence

Le CEMV a restreint le nombre de situations où il est indiqué d'emporter avec soi un autotraitement d'urgence contre le paludisme. En effet, les infrastructures médicales de nombreux pays se sont considérablement améliorées ces dernières années, si bien que la grande majorité des voyageurs peut aujourd'hui bénéficier d'un diagnostic rapide du paludisme et même d'un traitement fiable. En outre, les résultats de plusieurs études et revues systématiques ont mon-

tré que le paludisme était rarement à l'origine de la fièvre ou que l'autotraitement d'urgence n'avait pas été correctement appliqué [9-12]. Jusqu'ici, en cas de séjour dans une région à risque faible ou modéré de paludisme (p. ex. au Cambodge), on recommandait de manière générale d'avoir avec soi un autotraitement d'urgence à prendre en cas de fièvre supérieure à 37,5 °C et d'aller consulter un médecin ou de faire établir un diagnostic de paludisme dans les 24 heures [1]. Depuis 2019, se munir d'un autotraitement d'urgence n'est

Figure 1 : Stratégies de prévention en cas de voyage dans une région touchée par le paludisme



1 Les régions à risque minime de paludisme sont indiquées en jaune clair sur les cartes régionales, et signalées par la mention « M » dans les tableaux Santé-voyages.

2 Les régions à faible risque de paludisme sont indiquées en jaune foncé sur les cartes régionales, et signalées par la mention « M (+T*) » dans les tableaux Santé-voyages.

3 Pour les **groupes potentiellement vulnérables** (personnes immunosupprimées, enfants ≤5 ans, adultes de >65 ans, personnes atteintes d'une maladie chronique relevante), il est recommandé de procéder à une évaluation individuelle des risques et de proposer une stratégie adaptée. Une chimioprophylaxie médicamenteuse est recommandée aux **femmes enceintes** qui ne peuvent éviter de se rendre dans une région où le risque de paludisme est faible.

4 Les régions à risque élevé de paludisme sont indiquées en rouge sur les cartes régionales, et signalées par la mention « P » dans les tableaux Santé-voyages.

recommandé qu'en cas de séjour dans une région où le risque de paludisme est faible et dans des situations à risque bien spécifiques, notamment en cas d'impossibilité pour les voyageurs d'obtenir un diagnostic ou de se procurer un traitement antipaludique dans les 48 heures (voir figure 1). C'est en particulier le cas lors de séjours dans des régions rurales, isolées et mal desservies, et/ou lorsque l'accès à des infrastructures médicales, après un séjour dans une région à faible risque de paludisme, est impossible ou ne peut être garanti.

La limitation de l'autotraitement d'urgence aux situations à risque signifie aussi que l'ensemble des voyageurs doit systématiquement être conscient du risque de paludisme, de l'importance d'une protection optimale contre les piqûres de moustiques ainsi que d'un comportement adéquat en cas de fièvre. **En présence de fièvre $>37,5^{\circ}\text{C}$, il est impératif de consulter un médecin dans les plus brefs délais afin d'exclure l'éventualité du paludisme** (voir figure 2).

La procédure à suivre pour la prise de l'autotraitement d'urgence pendant ou après un séjour dans une zone à faible risque de paludisme est illustrée dans la Figure 3. Il faut expliquer aux voyageurs concernés que l'autotraitement d'urgence doit être pris, si la fièvre persiste pendant plus de 24 heures ou qu'elle réapparaît et qu'une consultation médicale n'est pas possible dans de brefs délais. Dans tous les cas, après avoir pris un autotraitement d'urgence, un médecin doit être consulté le plus rapidement possible dans le pays de séjour afin de ne pas passer à côté d'une autre cause de maladie ou de mesurer l'efficacité du traitement antipaludique.

Séjour de personnes vulnérables dans une région à faible risque de paludisme

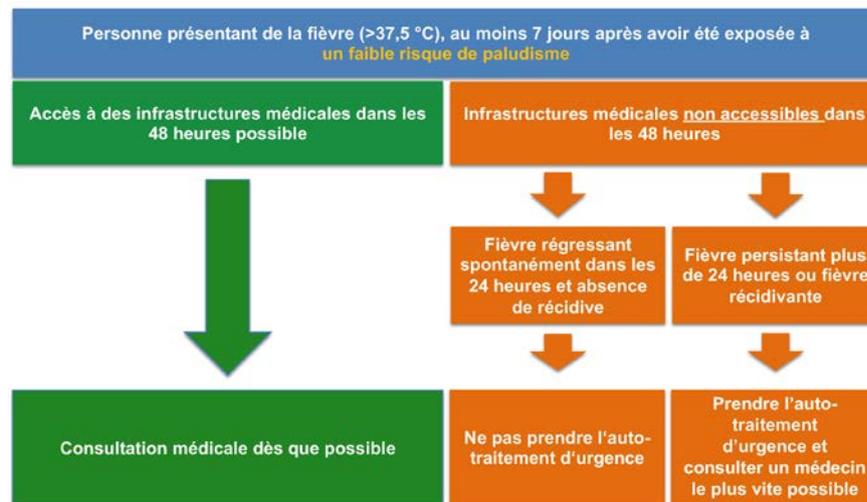
Certaines personnes peuvent être sujettes à une exposition accrue au paludisme ou, en raison de facteurs individuels, présenter un risque plus important de souffrir d'une forme sévère de la maladie ou de complications. Les remarques suivantes portent sur les mesures de prévention à prendre en cas

Figure 2: Comportement en cas de fièvre pendant et après un séjour dans une zone à risque de paludisme

Informations destinées à toute personne se rendant dans une zone à risque de paludisme :

- Emporter un thermomètre médical avec soi !
- En cas de fièvre ($>37,5^{\circ}\text{C}$), au moins 7 jours après avoir été exposée à un risque de paludisme → consultation médicale le plus rapidement possible afin d'exclure l'éventualité du paludisme !

Figure 3: Procédure en cas de fièvre pendant et après le séjour dans une région à faible risque de paludisme



de séjour dans une région où le risque de paludisme est faible.

Femmes enceintes

Non seulement les femmes enceintes sont exposées à un risque accru (elles sont plus souvent piquées par des moustiques que les autres personnes [13]), mais la probabilité qu'elles souffrent d'une forme sévère de la maladie est aussi plus élevée [14, 15]. De manière générale, il leur est donc déconseillé de se rendre dans une région impaludée. Si elles ne peuvent pas éviter une région à faible risque de paludisme, il leur est recommandé de se protéger de manière optimale contre les piqûres de moustiques et d'utiliser en outre une prophylaxie médicamenteuse. Selon les experts, la méfloquine est la prophylaxie de choix [16]. On ne dispose que de peu de données concernant l'atovaquone/proguanil. Bien qu'une revue systématique publiée récemment amène à considérer comme acceptable le niveau de sécurité offert par l'atovaquone/proguanil pendant la grossesse, il est préférable d'informer la patiente de la limita-

tion des données disponibles si l'on veut prescrire ce médicament.

Enfants et seniors

On suppose qu'une infection par le paludisme peut engendrer plus rapidement des complications chez les enfants de moins de 5 ans. Cependant, étant donné le peu de données probantes dont on dispose au sujet d'enfants ne vivant pas en zone d'endémie, on s'appuie surtout sur les opinions d'experts. Par ailleurs, la limite d'âge en dessous de laquelle les enfants sont exposés à un risque accru fait débat [17, 18]. Le risque d'une évolution grave ou mortelle du paludisme augmente avec l'âge [19]. Pour les familles voyageant avec des enfants de moins de 5 ans ainsi que les personnes >65 ans se rendant dans une région à faible risque de paludisme, il est recommandé de procéder au préalable à une évaluation individuelle de la situation et d'adapter les mesures de prévention en conséquence.

Personnes immunosupprimées

En théorie, les personnes immunosupprimées à la suite d'une maladie ou de

la prise de médicaments sont susceptibles d'être à risque accru de complications en cas de paludisme. On ne dispose toutefois d'aucune donnée probante à ce sujet. Il est recommandé à ces personnes (ne serait-ce qu'en raison de la plus forte probabilité d'être atteintes par d'autres infections) de planifier leur voyage de façon à pouvoir consulter rapidement un médecin. En cas de séjour dans une région présentant un faible risque de paludisme, il convient de décider au cas par cas s'il est pertinent ou non d'emporter avec soi un autotraitement d'urgence, voire d'utiliser une prophylaxie médicamenteuse. Il est en outre important de faire attention aux interactions médicamenteuses. En cas d'immunosuppression ou en présence d'autres pathologies concomitantes complexes, il est donc judicieux de recueillir l'avis d'une ou d'un spécialiste en médecine tropicale et/ou des voyages.

Personnes issues de la migration (visiting friends and relatives, VFR)

Les personnes originaires de régions où sévit le paludisme retournent régulièrement dans celles-ci pour rendre visite à leurs proches et amis. Une grande partie des cas de paludisme importés en Suisse et en Allemagne touchent précisément cette catégorie d'individus. Les raisons en sont multiples. Le principal problème est que, souvent, ces personnes n'ont pas conscience du risque de paludisme ou sous-estiment celui-ci. Pensant – à tort – bénéficier encore d'une certaine immunité contre cette maladie car elles y ont été exposées durant leur enfance, elles ne jugent souvent pas utile d'être conseillées en matière de médecine des voyages [20]. Non seulement elles encourrent le risque d'être infectées par le paludisme, mais, le cas échéant, elles tardent en outre à réagir et ne consultent un médecin qu'une fois que la maladie a pris une forme sévère. Il est donc particulièrement important de les informer de manière adéquate au sujet du paludisme. Ce conseil peut – et devrait – intervenir lors de consultations de routine chez le médecin de famille ou la/le pédiatre. Les mesures de prévention à prendre sont les mêmes que pour tous les autres voyageurs (voir listes de pays et cartes).

Synthèse des recommandations en matière de prévention du paludisme 2019

- Au sein d'un même pays, le risque de paludisme peut être minime, faible ou élevé selon la région. Les stratégies de prévention recommandées aux voyageuses et voyageurs dans ce cadre ont été adaptées en 2019 sur la base de critères définis à l'échelle régionale et nationale.
- La prescription d'un auto-traitement d'urgence n'est désormais plus indiquée que pour les personnes séjournant dans une région à faible risque de paludisme et ne pouvant pas accéder, pendant et/ou après leur séjour, à des infrastructures médicales dans les 48 heures.
- Les personnes susceptibles de contracter une forme sévère de paludisme devraient être conseillées de manière individuelle. Il s'agit de leur proposer une stratégie de prévention adaptée.
- Un principe important demeure inchangé : toute personne qui présente une fièvre supérieure à 37,5 °C au moins sept jours après avoir été exposée à un risque de paludisme doit consulter le plus rapidement possible un médecin afin d'exclure l'éventualité du paludisme.
- Une grande partie des cas de paludisme importés touchent les immigrés qui se rendent dans leur pays d'origine. Les médecins de famille devraient donc, même lors de consultations de routine, les informer et les conseiller en prévision d'un éventuel voyage dans une région impaludée.

Séjours de longue durée

Dans ce cadre également, le risque dépend surtout de la situation : les personnes séjournant dans des zones isolées, rurales ou boisées de régions à faible risque de paludisme ont plus de chances d'être piquées par des moustiques et, partant, d'être infectées. Le risque augmente avec la durée de séjour. Souvent, ces personnes ne connaissent pas leur itinéraire et ne savent donc pas si elles auront toujours accès à des infrastructures médicales. Il peut donc être judicieux qu'elles emportent avec elles un autotraitement d'urgence en prévision d'un éventuel séjour dans une région à faible risque de paludisme. Il en va de même lorsque, dans le cadre d'un séjour de longue durée dans une ville d'Asie ou d'Amérique (où l'on n'est pas exposé à un risque accru et où l'on peut généralement consulter rapidement un médecin), on entreprend un voyage imprévu dans une région à faible risque de paludisme.

Tests de diagnostic rapide du paludisme (rapid diagnostic tests, RDTs)

De plus en plus répandus dans le commerce, ces tests permettent de diagnos-

tiquer rapidement le paludisme. Cependant, étant donné qu'ils ne sont pas très simples à utiliser, qu'ils peuvent donner à tort des résultats négatifs et que certains parasites du paludisme peuvent être moins bien identifiés (sensibilité limitée en cas de paludisme autre que *P. falciparum*), le CEMV recommande de n'y avoir recours que dans certains cas particuliers et après avoir reçu une formation approfondie dans un centre spécialisé en médecine des voyages.

Conflits d'intérêts : Les auteurs du présent document n'ont mentionné aucun conflit d'intérêts.

Bibliographie

1. Office fédéral de la santé publique, Comité d'experts en médecine des voyages (CEMV). Prophylaxie antipaludique pour les séjours à l'étranger de courte durée. Directives et recommandations. Berne : Office fédéral de la santé publique, 2016. www.bag.admin.ch/malaria.
2. Neumayr A. Antiparasitic Treatment Recommendations. 2019. <https://tredition.de/autor/en/andreas-neumayr-16821/>.
3. World Health Organisation. World Malaria Report 2018. https://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report/en/.

4. Robert Koch Institut. Epidemiologisches Bulletin 44/2018. Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten Reiseassoziierte Krankheiten 2017 – Malaria. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2018/Ausgaben/44_18.pdf?__blob=publicationFile44/2018.
 5. Deutsche Gesellschaft Tropenmedizin und Internationale Gesundheit. Empfehlungen zur Prophylaxe und Therapie der Malaria der DTG 2018. <https://www.dtg.org/empfehlungen-und-leitlinien/empfehlungen/malaria.html>.
 6. Pan American Health Organisation (PAHO). Malaria Surveillance – Annual Parasite Index at Municipality Level by Selected Country. 2018. http://ais.paho.org/phis/viz/malaria_surv_API_popup.asp.
 7. International Travel and Health World Health Organisation. Vaccination requirements for international travellers by country – International Travel and Health – 2018. 2018. <https://www.who.int/ith/en/>.
 8. Mark D. Gershman ESJ, Rhett J. Stoney (Yellow Fever), Kathrine R. Tan, Paul M. Arguin (Malaria), Center for Disease Control and Prevention. Yellow Fever Vaccine & Malaria Prophylaxis Information, by Country. 2018. <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2018/infectious-diseases-related-to-travel/yellow-fever-malaria-information-by-country>.
 9. Vinnemeier CD, Rothe C, Kreuels B, et al. Response to fever and utilization of standby emergency treatment (SBET) for malaria in travellers to Southeast Asia: a questionnaire-based cohort study. *Malar J* 2017; 16(1): 44.
 10. Tan R, Elmers J, Genton B. Malaria Standby Emergency Treatment (SBET) for Travelers Visiting Malaria Endemic Areas: a Systematic Review and Meta-Analysis. *J Travel Med* 2019.
 11. Ferrara P, Masuet-Aumatell C, Agüero F, Ramon-Torrell JM. The use of stand-by emergency treatment (SBET) for malaria in travellers: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Infect* 2018; 77(6): 455-62.
 12. Utzinger K, HU, Grobusch M, Hanscheid M, Fehr J, Schlagenhauf P. Self-diagnosis and self-treatment of Plasmodium spp. infection by travellers (1990–2019): a systematic review. *Travel Med Infect Dis* 2019.
 13. Dobson R. Mosquitoes prefer pregnant women. *BMJ* 2000; 320(7249): 1558A.
 14. Kaser AK, Arguin PM, Chiodini PL, et al. Imported malaria in pregnant women: A retrospective pooled analysis. *Travel Med Infect Dis* 2015; 13(4): 300-10.
 15. Rogerson SJ, Desai M, Mayor A, Sicuri E, Taylor SM, van Eijk AM. Burden, pathology, and costs of malaria in pregnancy: new developments for an old problem. *The Lancet Infectious diseases* 2018; 18(4): e107-e18.
 16. Shellvarajah M, Hatz C, Schlagenhauf P. Malaria prevention recommendations for risk groups visiting sub-Saharan Africa: A survey of European expert opinion and international recommendations. *Travel Med Infect Dis* 2017; 19: 49-55.
 17. Mornand P, Verret C, Minodier P, et al. Severe imported malaria in children in France. A national retrospective study from 1996 to 2005. *PLoS One* 2017; 12(7): e0180758.
 18. Zanotti P, Odolini S, Tomasoni LR, et al. Imported malaria in northern Italy: epidemiology and clinical features observed over 18 years in the Teaching Hospital of Brescia. *J Travel Med* 2018; 25(1).
 19. Behrens RH, Neave PE, Jones CO. Imported malaria among people who travel to visit friends and relatives: is current UK policy effective or does it need a strategic change? *Malar J* 2015; 14: 149.
- Auteurs**
Comité suisse d'experts en médecine des voyages:
O. Veit (département de médecine, Swiss TPH, Bâle, Centre de médecine des voyages, Département d'épidémiologie, de biostatistique et de prévention de l'Université de Zurich, secrétaire général du CEMV); **A Neumayr** (Département de médecine, Swiss TPH, Bâle, représentant la médecine des voyages à Bâle); **B. Beck** (cabinet de spécialiste en médecine tropicale et médecine des voyages, médecine interne générale, Bellevue, Zurich, représentant de la médecine interne générale); **C. Staehelin** (clinique universitaire d'infectiologie, Inselspital Berne, représentant la médecine des voyages à l'hôpital universitaire, Berne); **P. Schlagenhauf** (Centre de médecine des voyages, Département d'épidémiologie, de biostatistique et de prévention de l'Université de Zurich, centre collaborateur de l'OMS pour la médecine des voyages, représentant la médecine des voyages, Zurich); **F. Chappuis** et **G. Eperon** (Service de médecine tropicale et humanitaire, Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), représentant la médecine des voyages aux HUG); **A. Nieder-Loher** (Ostschweizer Kinderspital, St.-Gall, Consultante en pédiatrie); **P. Antonini** (Hôpital régional de Lugano, représentant la médecine des voyages, Tessin); **H. Etter** (Cabinet de spécialiste en médecine tropicale et médecine des voyages, médecine interne générale, St.-Gall, représentant la médecine des voyages pour l'Est de la Suisse); **J. Fehr** (Centre de médecine des voyages, Département d'épidémiologie, de biostatistique et de prévention de l'Université de Zurich, centre collaborateur de l'OMS pour la médecine des voyages, représentant la médecine des voyages, Zurich); **P. Landry** (Cabinet de spécialiste en médecine interne, médecine tropicale et médecine des voyages, Neuchâtel, représentant de la Société de médecine tropicale et médecine des voyages, membre de la Commission fédérale pour les vaccinations); **M. Stoeckle** (Infectiologie et hygiène hospitalière, hôpital universitaire, Bâle, représentant de la Société suisse d'infectiologie); **H. Furrer** (Clinique universitaire d'infectiologie, Inselspital Berne, représentant la médecine des voyages à l'hôpital universitaire de Berne); **D. Paris** (Département de médecine, Swiss TPH, Bâle, représentant la médecine des voyages à Bâle); **S. de Vallière** (Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Policlinique de médecine tropicale, voyages et vaccinations, Lausanne; représentant la médecine des voyages à Unisanté Lausanne); **C. Hatz** (Infectiologie, hôpital cantonal St.-Gall; département de médecine; Swiss TPH Bâle, Département d'épidémiologie, de biostatistique et de prévention de l'Université de Zurich, consultant); **B. Genton** (Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Policlinique de médecine tropicale, voyages et vaccinations, Lausanne; représentant la médecine des voyages à Unisanté Lausanne, président du CEMV).
- Représentante de la commission permanente de médecine des voyages de la Société allemande de médecine tropicale et de santé internationale:** C. Rothe