
AVIS

Relatif à la prise en charge du corps d'une personne décédée et infectée par Hantavirus

20 mai 2026

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi par la Direction générale de la santé (DGS) par courriel en date du 18 mai 2026 pour produire des recommandations de gestion des infections à Hantavirus souche Andes. (Annexe 1).

Cette saisine comprend plusieurs volets présentés ci-dessous :

- Les conditions de prise en charge des corps et de gestion funéraire dans l'hypothèse où un décès lié à l'hantavirus Andes devait intervenir, et de la nécessité de mettre à jour la réglementation en vigueur (cf. arrêté du 12 juillet 2017) ;
- L'actualisation des mesures de prévention et de conduite à tenir chez les voyageurs à destination et au retour de zones de circulation de l'hantavirus Andes ;
- Les modalités de nettoyage et de désinfection des environnements exposés, dès confirmation d'un cas, en particulier en milieu de transport, milieu communautaire et touristique (hors protocole propres aux établissements de santé) ;
- La gestion des excréta et des eaux usées hospitalières et des aéronefs.

Seule la partie relative au funéraire qui consiste à actualiser l'avis du HCSP en date 16 juin 2023 est traitée dans cet avis [1].

Afin de répondre à cette saisine, le HCSP a mis en place un groupe de travail (GT) pluridisciplinaire composé d'experts membres ou non du HCSP. Le HCSP a notamment sollicité l'expertise de la mission Coreb nationale et de la Société Française de santé publique (SF2H), voir composition du GT en Annexe 2.

Dans le contexte récent d'une épidémie au sein d'un navire de croisière et du rapatriement de cas sur le sol français, il est apparu nécessaire de préciser les mesures de prévention du risque infectieux sur le sujet du funéraire en recommandant l'adoption de mesures adaptées aux incertitudes quant au risque de contamination potentielle lors de la prise en charge du corps d'une personne décédée infectée par ce virus.

Le HCSP a également pris en compte les données et les éléments bibliographiques relatifs à l'épidémiologie de l'hantavirus Andes, seul hantavirus de transmission interhumaine.

1. Éléments virologiques

Les virus du genre *Orthohantavirus*, de la famille des *Hantaviridae* (sous-famille des *Mammantavirinae*) et de l'ordre des *Heliovirales* (dénommés *Bunyavirales* avant 2023) sont principalement responsables de zoonoses asymptomatiques. Leur réservoir naturel est exclusivement constitué de rongeurs. Au sein des hantavirus, les *Orthohantavirus* sont les seuls à être pathogènes dans l'espèce humaine.

Sous l'angle morphologique, il s'agit de virus enveloppés caractérisés par un génome à ARN constitué de 3 segments et par un aspect pléomorphe en microscopie électronique, le plus souvent sphérique, d'une taille de 80 à 160 nm. L'enveloppe d'une épaisseur de 5 nm comporte 2 glycoprotéines de surface dénommées GN et GC qui constituent des projections de 10 nm à la surface du virus.

Les 3 segments d'ARN sont dénommés S (pour *small*), M (pour *medium*) et L (pour *large*). Le segment S code la protéine de nucléocapside hélicoïdale N qui protège les segments d'ARN. Le segment M code les glycoprotéines d'enveloppe qui permettent au virus d'entrer dans les cellules de l'hôte. Le segment L code une « polyprotéine » qui possède 3 domaines dont une hélicase, une ARN polymérase ARN-dépendante et une endoribonucléase. Comme pour tout virus à génome segmenté, il est possible d'observer des réassortiments entre fragments de deux virus différents infectant une même cellule.

La taxonomie des hantavirus est très évolutive. Selon l'ICTV (*International Committee of Taxonomy of Viruses*), le genre *Orthohantavirus* comprend actuellement une soixantaine de virus différents répartis en 37 espèces officiellement répertoriées et de nombreux autres candidats [2]. Chaque virus présente un (ou parfois plusieurs) réservoir viral spécifique de rongeurs. Ces 37 espèces virales se répartissent schématiquement en deux grands groupes :

- les *Orthohantavirus* de l'ancien monde qui sont principalement responsables dans l'espèce humaine de formes fébriles et de formes hémorragiques avec syndrome rénal ; les plus connus sont les virus Hantaan, Dobrava, Puumala et Seoul ; ils circulent principalement en Europe, en Asie centrale et dans le sud-est asiatique ;
- les *Orthohantavirus* du nouveau monde qui sont principalement responsables dans l'espèce humaine de formes cardio-respiratoires avec des taux de mortalité pouvant dépasser 50 % ; les plus connus sont le virus Sin Nombre (États-Unis et Mexique), le virus Bayou (sud des États-Unis), les virus Laguna Negra et Rio Mamore (Amérique du sud) et le virus Andes (voir ci-dessous) ; on peut également mentionner le virus Maripa, un variant du virus Rio Mamore qui a été isolé en Guyane française (11 cas identifiés entre 2008 et 2022 dont 45 % de létalité) [3-4].

Le virus Andes (dont la nouvelle dénomination est *Orthohantavirus andesense*, abrégée ANDV) est l'agent qui a été identifié comme responsable de l'épidémie décrite à bord du navire néerlandais MV Hondius. C'est un virus qui circule principalement au Chili, en Argentine et en Uruguay. Son réservoir naturel est le rat pygmée des rizières à longue queue (*Oligoryzomys longicaudatus*). Ce virus possède la particularité épidémiologique d'être le seul hantavirus pour lequel il existe une transmission interhumaine avérée, même si la transmission nécessite des contacts rapprochés (voir infra). Concernant l'épidémie en cours, il est important de préciser que les premières souches isolées qui ont été séquencées à partir de patients décédés ne montrent aucune évolution génomique par rapport aux souches habituellement rencontrées sur le continent sud-américain, ce qui permet d'exclure l'émergence d'un nouveau variant [5].

Les données virologiques disponibles à ce jour concernant la souche de virus Andes impliquée dans cette épidémie permettent d'exclure l'émergence d'un variant différent des souches actuellement circulantes en Amérique du Sud.

2. Situation épidémiologique

Les infections à Hantavirus sont des zoonoses présentant des tableaux cliniques différents : syndrome rénal en Asie et en Europe et syndrome cardio-pulmonaire sur le continent américain. Des cas sporadiques ou groupés sont régulièrement décrits notamment aux États-Unis, au Mexique et en Amérique du Sud avec souvent une mortalité élevée (30-50 %) [6-7].

Situation épidémique au 19 mai 2026

Un cluster d'infections à ANDV ayant débuté à bord du navire de croisière MV Hondius, reliant

l'Amérique du Sud à l'Europe est en cours d'investigation depuis le 02 mai 2026 [8]. Au 19 mai 2026, 152 personnes exposées (passagers et équipage) de 23 nationalités différentes ont été recensées, et 11 cas ont été identifiés (9 confirmés et 2 probables) dont 3 décès. En France, 1 cas a été confirmé le 11 mai 2026, et 25 personnes contacts à risque présents sur la croisière ou ayant partagé un vol avec un cas confirmé ont été identifiés et font l'objet d'un isolement en établissement de santé. À ce stade, le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) maintiennent que le risque de diffusion dans la population générale reste faible [8].

3. Modalités de transmission

La transmission des Hantavirus se fait principalement par inhalation de poussières contaminées par les selles, le salive ou les urines provenant de rongeurs infectés [6].

D'autres sources minoritaires de transmission sont décrites [9] :

- interhumaine directe par voie respiratoire, avérée uniquement pour le *hantavirus Andes* qui est l'agent de cette épidémie ;
- sécrétions génitales ;
- lait maternel ;
- sang

À noter que de rares cas de transmission par morsures de rongeurs sont rapportés.

La transmission interhumaine des hantavirus a été historiquement décrite pour ANDV [9]. Elle survient par l'intermédiaire de particules respiratoires contenant le virus, mais uniquement en situation de contact prolongé ou rapproché (transmission au sein d'un même foyer familial, partage d'une chambre, rapports sexuels, prise en soins sans port d'équipements de protection individuelle adaptés ou encore exposition prolongée dans des locaux mal ventilés ou bondés) et principalement à partir de sujets déjà symptomatiques [9].

Si la porte d'entrée des particules virales est principalement respiratoire lors des transmissions interhumaines, le potentiel épidémique des hantavirus est toutefois beaucoup moindre que celui du SARS-CoV-2 ou des virus influenza.

Concernant l'excrétion virale dans les liquides biologiques, les données de la littérature sont assez peu documentées [10-12] :

- la détection du ANDV par RT-PCR dans le sang est précoce par rapport à l'apparition des symptômes, estimée entre 5 à 15 jours avant la phase prodromique et 7 à 18 jours avant le début des signes cardiopulmonaires, et persiste pendant la maladie ;
- la plupart des cas de transmission interhumaine décrits dans la littérature sont survenus dans le cadre d'expositions très rapprochées.

Concernant la capacité de persistance du virus ANDV dans l'environnement et sa sensibilité aux biocides [13] :

- comme les autres virus enveloppés, le virus ANDV est considéré comme fragile dans l'environnement, bien qu'il puisse persister jusqu'à 5 jours sur une surface en acier inoxydable en conditions expérimentales ;
- il existe peu de données sur la survie du virus ANDV en présence de matières organiques ;
- les solutions hydroalcooliques pour la désinfection des mains sont efficaces sur le virus ANDV dès 30 secondes de contact ;
- les désinfectants usuels à base d'alcool, aldéhyde et peroxyde d'hydrogène répondant à la norme

de virucidie EN14476 sont efficaces pour inactiver le virus ANDV.

Le HCSP statue donc sur l'absence d'argument, à ce jour, concernant un risque de transmission interhumaine accru par rapport aux connaissances disponibles sur l'infection à hantavirus Andes qui reste une zoonose pour laquelle une contamination interhumaine est également possible à l'occasion de contacts rapprochés. Le HCSP souligne que l'hantavirus Andes est un virus enveloppé fragile, sensible aux détergents, aux désinfectants et aux antiseptiques dont les produits hydro-alcooliques.

4. Risque spécifique en lien avec la prise en charge du corps d'une personne décédée et infectée par le virus des Andes

Les professionnels de santé et assimilés (agents funéraires, thanatopracteurs) peuvent dans le cadre de la prise en charge d'un défunt, être exposés à du sang et à d'autres liquides biologiques.

La famille et les proches peuvent également être exposés à un risque de contamination d'un défunt du fait d'un contact avec le corps, en raison notamment lors des rites funéraires.

Il est rappelé que le Code général des collectivités territoriales doit s'appliquer pour toutes les manipulations des corps de personnes décédées quel que soit leur statut infectieux [14].

La mise en place de mesures de prévention permet de maîtriser le risque de contamination par ANDV tant pour les professionnels que pour les proches. En effet, en raison de la létalité importante de la maladie induite par ANDV renforcée par l'absence sur le marché actuelle de thérapeutique spécifique efficace.

Le HCSP considère que le risque de contamination par hantavirus Andes lors des opérations funéraires, même s'il est faible, nécessite la mise en place de mesures de prévention complémentaires tant pour les professionnels de santé que pour les proches en raison de la létalité de la maladie et de l'absence de thérapeutique spécifique efficace.

5. Prévention du risque infectieux lors de opérations funéraires

Sur le plan réglementaire, le HCSP considère que l'infection à hantavirus Andes entre dans le cadre des pathologies évoquées à l'alinéa 2 de l'article 2 de l'Arrêté du 12 juillet 2017 fixant les listes des infections transmissibles prescrivant ou portant interdiction de certaines opérations funéraires, s'agissant de fait d'une maladie émergente infectieuse transmissible avec des éléments de gravité tel le syndrome respiratoire aigu sévère cité en exemple dans ce texte réglementaire.

Concernant les professionnels prenant en charge le défunt, outre les précautions standard, le HCSP recommande :

- que les agents respectent les précautions complémentaires REB : appareil de protection respiratoire de type FFP2, protection oculaire, coiffe, protection de la tenue, gants pour tout contact avec le patient et son environnement [15] ;
- qu'en cas de nécessité d'ablation de dispositif implantable (stimulateur cardiaque,...), celle-ci peut être réalisée en chambre. Les procédures de nettoyage et désinfection du dispositif implantable explanté suivent les règles habituelles de la structure dans lequel le patient est décédé ;
- que les excréta soient éliminés dans la filière DASRI spécifique après inactivation et gélification ;
- que les déchets soient éliminés dans la filière DASRI spécifique après inactivation.

Concernant la prise en charge du corps du défunt, le HCSP recommande :

- que les soins de corps (thanatopraxie) soient prohibés bien qu'une toilette mortuaire soit possible si le personnel qui la pratique est protégé ;

- que l'utilisation d'une housse mortuaire étanche et la réalisation de la mise en bière dans un cercueil simple dans la chambre du défunt soient mises en œuvre dans un délai le plus court possible en accord avec les proches ;
- qu'il n'y ait plus de présentation du défunt une fois le corps transféré à la morgue.

Concernant la famille et les proches, le HCSP précise les éléments figurant dans le tableau ci-dessous. Une demande particulière, notamment liée aux rites culturels, impliquerait une analyse et un accompagnement au cas par cas de l'équipe de prévention du risque infectieux de l'établissement de référence concerné.

Tableau I - Recommandations du HCSP pour la prévention du risque infectieux pour la famille et les proches

Avec le défunt	Recommandation	Mesure de prévention	Commentaires
Visite	Autorisé	Port de surblouse, masque FFP2, friction hydro-alcoolique avant et après la visite	Pas plus de 2 personnes à la fois
Contact physique	Déconseillé		
Participation à la toilette mortuaire	Déconseillé		

6. Aspects humains, éthiques et juridiques

Le décès d'une personne en contexte infectieux soulève de nombreuses questions éthiques et juridiques. L'une d'entre elles concerne l'équilibre entre la protection de la santé de la collectivité qui est un objectif à valeur constitutionnelle dont la mise en œuvre peut justifier des limitations aux autres droits et libertés garanties par la Constitution [16] et la préservation des rites funéraires à dimensions culturelles et religieuses entourant les soins aux mourants, les soins aux corps des personnes décédées, ainsi que le respect du deuil dans un contexte pouvant être traumatique pour la famille et les proches. L'analyse plus précise de la situation laisse entrevoir d'autres parties prenantes comme les professionnels intervenants dans les soins y compris ceux intervenant sur les corps des défunts ou encore les autorités religieuses.

Les conditions de décès des patients atteints de Covid-19 dans la première période pandémique sont encore présentes dans les mémoires des soignants et des familles. Le décès de patients en isolement à l'hôpital en raison des restrictions de sécurité sanitaire, a entraîné pour les familles et amis des sentiments d'abandon, des incertitudes sur les conditions de décès (mort paisible, mort dans la douleur...) allant jusqu'à l'incertitude sur la réalité de la mort [17], et finalement des conséquences psychologiques pour les familles à long terme. Les soignants ont également exprimé de la détresse morale liée à l'application des mesures sanitaires (empêcher les familles d'entrer, limiter les accompagnements des patients, appliquer des protocoles ressentis comme déshumanisants) [18].

Dans son avis « Risque funéraire et virus à tropisme respiratoire » du 16 juin 2023, le HCSP rappelait que d'un point de vue socio-anthropologique, les rites funéraires sont une « nécessité en ce qu'ils donnent aux vivants les moyens de continuer à vivre » [19]. Ils auraient également une fonction psychologique en ce qu'ils aideraient les proches du défunt à faciliter le travail de deuil [20-21]. Le HCSP rappelait :

- que les mesures de santé publique visant à lutter contre la pandémie de Covid-19 ne devaient pas être guidées uniquement par des aspects biologiques et médicaux, mais nécessitaient d'être contextualisées et de prendre en considération les aspects anthropologiques, juridiques, sociaux, spirituels et plus généralement éthiques.

- que les aspects biologiques et médicaux ne sauraient à eux seuls primer sur les libertés, sur les aspects anthropologiques et spirituels hors d'un état de crise sanitaire ou de nécessité de santé publique légalement constatée (...), de même que les aspects spirituels et sociaux ne sauraient faire oublier les mesures universelles d'hygiène et les équipements qu'elles induisent concernant la

manipulation des corps des défunts.

Ces enseignements, dans le contexte particulier d'une pandémie restent valables pour un agent infectieux émergent comme *hantavirus Andes*. C'est pourquoi, dans ce contexte particulier, toute demande sortant du cadre défini au paragraphe précédent et, notamment en relation avec les rites culturels, impliquerait une analyse et un accompagnement au cas par cas de l'équipe opérationnelle d'hygiène de l'établissement de référence concerné.

Le HCSP rappelle que les restrictions imposées aux familles et aux rites funéraires doivent être proportionnées au risque réel de transmission et que des mesures excessivement restrictives sans application pesée du principe de précaution (1/un danger suspecté, scientifiquement crédible, même non totalement démontré 2/un risque pouvant entraîner des dommages graves, irréversibles, ou collectifs ; 3/ des connaissances incomplètes, évolutives et insuffisantes pour écarter le danger) [22] et hors situation sanitaire exceptionnelle seraient difficilement justifiables sur le plan éthique comme sur le plan juridique.

Ainsi, les recommandations figurant dans le Tableau I et leur mise en application peuvent être laissées à l'évaluation du risque par les professionnels de santé et au contexte lié au deuil pour les proches.

Une information claire, loyale et appropriée aux circonstances doit être réalisée auprès des familles et amis des patients, mais également auprès des soignants ou tous autres professionnels intervenant dans les soins à la personne ou au corps.

Ces recommandations, élaborées sur la base des connaissances disponibles à la date des travaux, peuvent évoluer en fonction de l'actualisation des connaissances et des données épidémiologiques.


Avis rédigé par un groupe d'experts membres ou non du Haut Conseil de la santé publique. Validé le 20 mai 2026 par la présidente du Haut Conseil de la santé publique

Références

1. Haut Conseil de la santé publique - Avis du 16 juin 2023 relatif à la prise en charge du corps d'une personne décédée et infectée par un virus à tropisme respiratoire (incluant la mise à jour des avis publiés dans un contexte d'épidémie de SARS-CoV-2) : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1315>
2. International Committee of Taxonomy of viruses (ICTV). ICTV report: Subfamily Mammantavirinae. Genus Orthohantavirus. Disponible sur : <https://ictv.global/report/chapter/hantaviridae/hantaviridae/mammantavirinae/orthohantavirus> (consulté le 18 mai 2026).
3. Matheus S, Djossou F, Moua D, Bourbigot AM, Hommel D, Lacoste V, Dussart P, Lavergne A. Hantavirus pulmonary syndrome, French Guiana. *Emerg Infect Dis.* 2010;16:739-41. doi: 10.3201/eid1604.090831. PMID: 20350412; PMCID: PMC3321943.
4. Matheus S, Lavergne A, de Thoisy B, Dussart P, Lacoste V. Complete genome sequence of a novel hantavirus variant of Rio Mamoré virus, Maripa virus, from French Guiana. *J Virol.* 2012;86:5399. doi: 10.1128/JVI.00337-12. PMID: 22492924; PMCID: PMC3347398.
5. Institut Pasteur [Internet]. 2026 [cité 17 mai 2026]. L'Institut Pasteur confirme par séquençage complet l'origine latino-américaine de l'Hantavirus Andes détecté à bord du MV Hondius. Disponible sur : <https://www.pasteur.fr/fr/espace-presse/documents-presse/institut-pasteur-confirme-sequencage-complet-origine-latino-americaine-hantavirus-andes-detecte-bord>
6. Cyrille Gourjault, Séverine Matheus, Paul Le Turnier, Romain Palich, France Wallet, François Goehringer, Catherine Chirouze, Hatem Kallel, Anne Lavergne, Loïc Epelboin, Les Orthohantavirus du Nouveau Monde, Médecine et Maladies Infectieuses Formation, Volume 2, Issue 4, 2023, Pages 192-204, ISSN 2772-7432, <https://doi.org/10.1016/j.mmifmc.2023.09.004>.
7. Martínez VP, Di Paola N, Alonso DO, Pérez-Sautu U, Bellomo CM, Iglesias AA, et al. « Super-Spreaders » and Person-to-Person Transmission of Andes Virus in Argentina. *N Engl J Med.* 3 déc 2020;383(23):2230-41. doi:10.1056/NEJMoa2009040 PubMed PMID: 33264545.
8. World Health Organization. Hantavirus cluster linked to cruise ship travel, Multi-country [Internet]. 2026 [cité 14 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/emergencies/diseaseoutbreak-news/item/2026-DON599>
9. Martinez VP, Bellomo CM, Cacace ML, Suarez P, Bogni L, Padula PJ. Hantavirus pulmonary syndrome in Argentina, 1995-2008. *Emerg Infect Dis.* déc 2010;16(12):1853-60. doi:10.3201/eid1612.091170 PubMed PMID: 21122213; PubMed Central PMCID: PMC3294556. + <https://www.nature.com/articles/d41586-026-01512-w>
10. Martinez Valdebenito C, Calvo M, Vial C, Mansilla R, Marco C, Palma RE, et al. Person-to-person household and nosocomial transmission of andes hantavirus, Southern Chile, 2011. *Emerg Infect Dis.* oct 2014;20(10):1629-36. doi:10.3201/eid2010.140353 PubMed PMID: 25272189; PubMed Central PMCID: PMC4193174.
11. Ferrés M, Martínez-Valdebenito C, Henriquez C, Marco C, Angulo J, Barrera A, et al. Viral shedding and viraemia of Andes virus during acute hantavirus infection: a prospective study. *Lancet Infect Dis.* juill 2024;24(7):775-82. doi:10.1016/S1473-3099(24)00142-7 PubMed PMID: 38582089; PubMed Central PMCID: PMC11193614.
12. Ferrés M, Vial P, Marco C, Yanez L, Godoy P, Castillo C, et al. Prospective evaluation of household contacts of persons with hantavirus cardiopulmonary syndrome in Chile. *J Infect Dis.* 1 juin 2007;195(11):1563-71. doi:10.1086/516786 PubMed PMID: 17471425.

13. Nilsson-Payant BE, Dafi RF, Krüger S, Rosenthal M, Todt D, Addo MM, et al. Stability of Andes virus and its inactivation by WHO-recommended hand-rub formulations and surface disinfectants. *J Hosp Infect.* déc 2025;166:5-11. doi:10.1016/j.jhin.2025.08.010 PubMed PMID: 40983301.
14. Arrêté du 12 juillet 2017 fixant les listes des infections transmissibles prescrivant ou portant interdiction de certaines opérations funéraires mentionnées à l'article R. 2213-2-1 du code général des collectivités territoriales - Légifrance
15. SF2H - Réponses rapides aux questions spécifiques concernant la prise en soins de cas suspects, probables ou confirmés d'Hantavirus des Andes, et à la mise en quarantaine des sujets contact en milieu de soins dans les Établissements Sanitaires de Référence. 18 mai 2026.
16. Conseil constitutionnel 12 août 2004, n° 2004-504 DC § 5
17. Kentish Barnes N, Cohen-Solal Z, Morin L, Souppart V, Pochard F, Azoulay E. Lived experiences of family members of patients with severe COVID-19 who died in intensive care units in France. *JAMA Netw Open.* 2021;4(6):e2113355. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.13355.
18. Maglio M, Galmiche P, Foureur N. Soigner pendant la crise : entre pratiques habituelles et malaises éthiques. *Les « relectures éthiques » du Centre d'éthique clinique de l'AP-HP. Ethique Santé.* 2022;19(1):22-30. doi:10.1016/j.etiqe.2022.01.003
19. Clavandier G. Chapitre 3 - Rituels funéraires et croyances. In: *Sociologie de la mort* [Internet]. Paris: Armand Colin; 2009 [cité 16 juin 2023]. p. 71-93. (Collection U). Disponible sur: <https://www.cairn.info/sociologie-de-la-mort-9782200355432-p-71.html>
20. Corpuz JCG. From grieving to healing: moving forward a year after COVID-19. *J Public Health.* 7 juin 2021;43(2):e403-4.
21. Walsh F. Loss and Resilience in the Time of COVID-19: Meaning Making, Hope, and Transcendence. *Fam Process.* sept 2020;59(3):898-911.
22. Commission of the European Communities. Communication from the Commission on the precautionary principle. Brussels: European Commission; 2000.

Annexe 1 : saisine de la Direction générale de la santé en date du 18 mai 2026



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES**

*Séant
Santé
Autonomie*

CENTRE DE CRISES SANITAIRES
UNITÉ SURVEILLANCE ET ANTICIPATION DES RISQUES
Affaire suivie par : Lydéric AUBERT
TÉL : 01.40.52.99.99
MÉL : lyderic.aubert@santepubliquefrance.fr

Nos réf. : 1-26-012037

**Direction générale de la
santé**

Paris, le 18/05/2026

Le Directeur général de la santé

à

Madame Véronique GILLERON
Présidente du Haut Conseil
de la santé publique

Objet : saisine relative aux recommandations de gestion des infections à hantavirus (souche Andes)

Un foyer de cas d'infection à hantavirus de souche Andes (ANDV), identifié à l'étranger, a conduit au diagnostic d'un premier cas confirmé sur le territoire national parmi des ressortissants rapatriés.

Si le risque pour la population générale est à ce stade considéré comme faible, la situation nécessite de prévoir des protocoles et doctrines sur la conduite à tenir dans certains contextes opérationnels.

Dans ce cadre, je souhaite recueillir votre expertise au regard des connaissances scientifiques les plus récentes, notamment sur les points suivants :

- Les conditions de prise en charge des corps et de gestion funéraire dans l'hypothèse où un décès lié à l'hantavirus devrait intervenir, et de la nécessité de mettre à jour la réglementation en vigueur (cf. arrêté du 12 juillet 2017) ;
- L'actualisation des mesures de prévention et de conduite à tenir chez les voyageurs à destination et au retour de zones de circulation de la souche Andes ;
- Les modalités de nettoyage et de désinfection des environnements exposés, dès confirmation d'un cas, en particulier en milieu de transport, milieu communautaire et touristique (hors protocole propres aux établissements de santé) ;
- La gestion des excréta et des eaux usées hospitalières et des aéronefs.

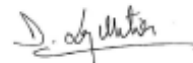
Afin de répondre à ces questions de façon coordonnée, vous veillerez à associer dans vos travaux les équipes de Santé publique France, de la mission Coreb nationale, la Société française d'Hygiène hospitalière (SF2H), du Centre national de référence (CNR) des Hantavirus à l'Institut Pasteur et les équipes de l'ANRS MIE.

Au regard de l'actualité et des enjeux opérationnels associés à ces différentes questions, je souhaite pouvoir disposer de premiers éléments d'ici au 19 mai 2026 sur les questions de doctrine funéraire. Pour les autres points, un avis synthétique est souhaité pour le 21 mai 2026 au plus tard.

TÉL 01 40 56 60 00
14 avenue Duquesne – 75350 Paris 07 SP

Le traitement de vos données est nécessaire à la gestion de votre demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux.
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits à l'adresse service@hautconseil.santepubliquefrance.fr, ou par voie postale.
Pour en savoir plus : <https://santepubliquefrance.fr/information/article/3302026/mon-droit-aux-donnees-personnelles-et-cookies>

Nous vous remercions par avance pour votre expertise et restons à votre disposition pour tout complément d'information nécessaire à l'instruction de cette saisine.



Dr Didier LEPELLETIER
Directeur général de la Santé

Annexe 2 – Composition du groupe de travail

François CARON, président de la Cs-MIME

Frédérique CLAUDOT, vice-présidente du HCSP

Jean-François GEHANNO, professeur de médecine du travail, CHU de Rouen

Morgane MAILHE, représentante de la mission Coreb nationale

Emmanuel PIEDNOIR, membre de la Cs-3SP, pilote du groupe de travail

Bruno POZZETTO, membre de la Cs-MIME

Sara ROMANO-BERTRAND, représentante de la Société française d'Hygiène hospitalière (SF2H)

Fabien SQUINAZI, président de la Cs-RE

Coordination scientifique : Siham KHOUADHRIA, SG-HCSP

Le 20 mai 2026

Haut Conseil de la santé publique

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

www.hcsp.fr