



LA LETTRE

de la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DES VOYAGES

Lettre de liaison des centres de vaccination et d'information aux voyageurs

N° 1 –
Mars-avril 2006

BUREAU de la SMV

Président
Éric Caumes

Vice-présidents
Olivier Bouchaud,
Catherine Goujon

Secrétaire général
Ludovic de Gentile

Secrétaires gén. adj.
Fabrice Legros
Jean-Philippe Leroy

Trésorière
Fabienne Le Goff

Trésorière-adjointe
Danièle Badet

Présidents d'honneur
Maxime Armengaud
Michel Rey

Rédacteur en chef
Pierre Tattevin

Site Web
www.medecine-voyages.org
Liste de diffusion
list@medecine-voyages.org

S O M M A I R E

- ✓ Éditorial - Les élections en trois leçons - *Éric Caumes* 1
- ✓ Rapport moral présenté par Éric Caumes, président de la SMV, à l'Assemblée générale du 16 mars 2006 à Bobigny (93) - *Éric Caumes* 2
- ✓ Résultats des élections pour le renouvellement du Conseil d'Administration de la SMV - 4
- ✓ Le migrant voyageur - Réunion provinciale de la SMV - Hôpital Avicenne, Bobigny - *Catherine Goujon, Dominique Jean* 4
- ✓ Compte-rendu des XVI^{es} Journées médicales, pharmaceutiques, odontologiques et vétérinaires de Dakar, Sénégal, 6-9 février 2006 - *Michel Rey* 7
- ✓ Marche de solidarité Marseille-Genève (*encadré*) - *Éric Ledru* 7
- ✓ Comment renforcer la contribution du tourisme à l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des populations d'accueil ? - *Michel Rey* 8
- ✓ Le point sur les récentes épidémies exotiques (fin 2005-début 2006) - *D'après la messagerie EDISAN - Michel Rey* 8
- ✓ Lu pour vous - *Pierre Tattevin, Michel Rey* 10
- ✓ À lire. Somaly Mam - "Le silence de l'innocence". Éditions Anne Carrière, 2005 - *Pierre Tattevin* 12
- ✓ Congrès et réunions - *Pierre Tattevin* 12

É D I T O R I A L

Les élections en trois leçons

Les élections ont eu lieu par correspondance en mars 2006. Elles ont abouti au renouvellement du Conseil d'administration (CA) de la SMV (*voir la présentation des résultats dans ce numéro de la Lettre*), annoncé au décours de l'Assemblée générale à Bobigny et élu pour six ans. Le nouveau bureau de la SMV a été élu, lors du premier CA de la mandature, le 25 mars 2006, pour trois ans.

La première leçon à tirer de ces élections concerne **le taux de participation**. Il est un peu décevant, atteignant seulement 41 % des inscrits. Néanmoins, il faut relativiser ce manque de participation. Il n'est pas possible de le comparer avec des chiffres antérieurs, le mode de scrutin étant différent. Nombre de personnes ont voté, mais faute d'avoir affranchi leur enveloppe, leur courrier n'a pas été envoyé. Enfin, d'autres ont cru qu'ils pourraient voter juste avant l'Assemblée générale de Bobigny (comme c'était le cas lors des élections antérieures), mais cela n'a pas été possible. C'est néanmoins regrettable, car le mode de vote par correspondance, devait faciliter une meilleure participation. Il faudra faire mieux la prochaine fois !

La deuxième leçon concerne les résultats de ces élections et ses conséquences au niveau du CA. Avant tout, il faut se féliciter de l'envie manifestée par les membres de la SMV d'entrer au CA puisque l'on a compté vingt-cinq candidatures pour dix-huit postes. Ensuite, l'appel des anciens (et des sortants) au renouvellement et à l'arrivée d'une nouvelle génération a été bien entendu. Le CA est renouvelé de près de la moitié avec l'arrivée de sept entrants, trois jeunes revenants (Sylvie Piccoli, Marie-Catherine Receveur, Frédéric Sorge) et quatre jeunes nouveaux (Nadine Godineau, Albane Perdrix, Christophe Rapp, Philippe Parola). Chacun des

Secrétariat général

Dr Ludovic de Gentile, laboratoire de parasitologie-mycologie, CHU, 49033 Angers.
Tél. : 02 41 35 40 56. E-mail : LudeGentile@chu-angers.fr

élus a obtenu au moins 50% des voix. Les sortants qui se représentaient ont été réélus, à une exception près et le travail fourni par ses "travailleurs" les plus acharnés a été reconnu par l'ensemble des votants. De plus, la composition du CA reflète bien la diversité de la SMV, diversité qui fait sa richesse. On compte des médecins (cliniciens, biologistes, pédiatres, militaires, du travail) et une infirmière, représentant des Centres de Vaccination Internationales, des services hospitalo-universitaires et du monde de l'entreprise. La représentation nationale est correcte, les élus de l'Île-de-France et ceux de province se répartissant les postes avec l'arrivée d'une élue de Genève témoignant de l'ouverture de la SMV vers le monde francophone et l'Europe. Enfin, et ce n'est pas le moindre des résultats, la parité hommes-femmes est presque respectée, sans avoir eu besoin de recourir à une quelconque discrimination positive (ou négative, selon le point de vue). Tous ces résultats font du nouveau CA un élément représentatif de la SMV.

La troisième leçon concerne la composition du bureau, naturellement issu des nouvelles élections au CA. C'est la continuité qui a été choisie pour ce premier mandat de trois ans, mission étant donnée au nouveau bureau de mener à son terme le travail entamé sous la précédente mandature (*résumé dans le "Rapport*

moral" publié dans ce numéro de la Lettre). La composition du nouveau bureau a aussi tenu compte des résultats des élections. Les entrants au bureau étant Olivier Bouchaud à la vice présidence, où il rejoint Catherine Goujon, Fabrice Legros et Jean-Philippe Leroy au secrétariat général pour assister Ludovic de Gentile. Le reste du bureau étant inchangé. Dominique Jean et Laurent Sido quittent le bureau du fait d'un manque croissant de disponibilité mais investissent la commission éditoriale, amenée à devenir, en articulation avec le nouveau site Internet de la SMV (annoncé pour le mois de juin) et la commission informatique, le témoin de la nouvelle politique, plus électronique, plus en phase avec les événements, de la SMV.

La continuité n'empêchera pas les nouveaux venus, au CA et en dehors de celui-ci, de s'investir dans le fonctionnement de la SMV. Au contraire, le socle est maintenant suffisamment solide pour qu'ils puissent s'épanouir sans trop de difficultés dans le fonctionnement de la Société au travers des différentes commissions : éditoriale, informatique, recherche et enseignement. Ce compagnonnage devra, à terme, faciliter la relève au sein des instances dirigeantes de la SMV.

Eric Caumes

RAPPORT MORAL PRÉSENTÉ PAR ÉRIC CAUMES, PRÉSIDENT DE LA SMV, À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 16 MARS 2006 À BOBIGNY (93)

ÉRIC CAUMES

L'année 2005 peut être considérée pour la SMV comme une année de transition importante. L'approbation des modifications statutaires lors de l'Assemblée générale extraordinaire de novembre 2004 à Nice a conduit à proroger le mandat de l'ensemble des membres du Conseil d'administration (CA) pour un an avec pour mission d'assurer la refonte administrative de la SMV et de préparer de nouvelles élections.

Sur le plan administratif

1- Le CA s'est réuni en séance plénière à cinq reprises. Pour la deuxième année, la gestion de la SMV a reposé uniquement sur les administrateurs, tous bénévoles.

2- La base informatique des membres a été reconstruite et mise en conformité avec la réglementation. Nous avons repris l'ensemble du fichier et procédé à des rappels successifs par courrier, par téléphone mais surtout par courriel. La fiche d'inscription a permis de relever pour la première fois de façon systématique les modes d'exercice des adhérents à la SMV.

Le fichier actuel comprend 509 fiches individuelles :

- 8 membres d'honneur ;
- 366 adhérents à jour pour 2005 ;
- 75 adhérents à jour pour 2004.

Ces 449 adhérents composent le corps électoral pour les élections au CA.

Les fiches de 60 personnes n'ayant pas - malgré les rappels successifs - réglé leur cotisation depuis 2003 ont été maintenues en sursis à statuer. Conformément à nos statuts, ces personnes n'ont pas été autorisées à participer au scrutin du 16 mars.

Sur les 456 personnes dont le statut est connu, on retrouve :

- 427 médecins dont 156 déclarent travailler dans un Centre de Vaccinations Internationales (CVI) ;
- 4 pharmaciens ;
- 13 infirmiers ;
- 3 scientifiques ;
- 9 représentants de l'industrie pharmaceutique.

Les lieux d'exercice déclarés par 399 personnes correspondent à :

- centre hospitalier général (CHG) : 52 ;
- centre hospitalo-universitaire (CHU) : 115 ;
- service de Santé des Armées (SSA) : 17 ;
- exercice libéral : 72 ;
- entreprise ou médecin du travail : 85 ;
- administrations (territoriale : 20 ; nationale : 13 et internationale : 4) ;
- industrie pharmaceutique : 13 ;
- université ou organisme de recherche (exclusivement) : 8.

La lecture de ce fichier a permis de démontrer et de quantifier la grande diversité d'origine des adhérents. Une analyse plus détaillée a permis d'établir que 80 % des CVI étaient représentés au sein de la SMV par au moins un membre.

3 - Un Comité éditorial (CE) a été constitué pour coordonner la politique éditoriale de la SMV. Il a été piloté par Philippe Guibert et comprend depuis son origine : Catherine Goujon, Marie Odile Lalot, Jean-Philippe Leroy, Fabrice Legros, Michel Rey, Jean-Marc Segalin, Pierre Tattevin, membres auxquels se sont ralliés plus récemment Jean-Claude Croix et Christophe Rapp. Il s'est réuni cinq fois

et a débattu principalement de l'articulation des rubriques médicales et scientifiques du site Internet, du contenu de la *Lettre de la SMV* ainsi que des modalités de sa diffusion et des projets de publications qui pouvaient être envisagés.

La Lettre de la SMV a été confiée à Pierre Tattevin, en tant que rédacteur en chef. Le rythme de quatre numéros par an a pu être tenu. Le passage à une distribution électronique, même s'il a connu quelques difficultés, a permis d'étoffer notre *Lettre* et de nous libérer de contraintes financières et logistiques importantes. La diffusion électronique est assurée par Jean-Philippe Leroy. La diffusion papier, théoriquement assurée par le président, ne donne pas satisfaction et le circuit de distribution papier est à revoir.

La liste de diffusion est toujours animée par Jean-Philippe Leroy. On a pu noter une augmentation du nombre de messages diffusés avec un rapport de situations cliniques précises pour lesquelles les échanges d'expériences sont riches. Il convient maintenant de pouvoir valoriser ces interventions en proposant par grands thèmes une synthèse commentée et argumentée qui pourrait être disponible sur le site, ainsi que le CE l'a acté.

La coopération avec le réseau de surveillance de la grippe s'est largement concrétisée par la *diffusion du bulletin e-grippe* rédigé sous la houlette de Daniel Camus.

Le site de la SMV est en reconstruction. Pour ce faire, après avoir analysé trois devis et longuement débattu, le CA a retenu la Société Silk Informatique pour la refonte du site (pour la somme de 24 000 euros). Le groupe de suivi, composé de Ludovic de Gentile, Fabrice Legros et Jean-Philippe Leroy qui en assure le pilotage, a pris - en raison de contraintes professionnelles - du retard sur le calendrier qu'il s'était fixé pour la validation des différentes fonctionnalités. Une des difficultés est la création d'un espace privatif permettant à chaque sociétaire de gérer ses données personnelles et à chaque CVI de disposer d'un espace spécifique. Il s'agit également de créer différents niveaux de protection tant pour alléger la gestion administrative de la SMV que pour bénéficier de l'utilisation de la publication en ligne.

Pour l'espace public, les informations concernant les CVI restent au centre du dispositif, autour duquel le Comité éditorial s'efforcera de proposer un ensemble de données utiles aux voyageurs et aux professionnels de santé.

Le litige avec l'Éditeur Format Utile est maintenant entre les mains de notre avocat, Maître Cargill. Tant qu'il n'est pas réglé, nous ne pouvons pas nous engager dans un ouvrage collectif se substituant au *Guide de Médecine des Voyages*.

4 - Un règlement intérieur a été rédigé, validé par le CA. Il est consultable sur le site de la SMV. Ce règlement est encore en devenir sur certains points, mais permet à la SMV de présenter une structure claire autour de quelques commissions dont les prérogatives et le fonctionnement ont été bien cadrés. Les modalités de l'élection des membres du CA et du fonctionnement du CA ont également été précisées.

5 - Une rencontre avec les services de l'inspection du travail chargés de la formation continue a eu lieu en décembre 2005. Il en ressort la nécessité pour la SMV de bien formaliser son offre de formation continue tant sur le plan pédagogique que comptable, afin de respecter la réglementation en vigueur. Il s'agit d'un enjeu important pour la SMV. Deux réflexions sont en cours pour proposer d'une part une formation continue spécifique aux infirmières des CVI et, d'autre part, de faire adhérer la SMV à la Fédération française des Sociétés Savantes qui est l'interlocuteur privilégié des pouvoirs publics pour toutes les discussions sur les modalités de la formation médicale continue.

6 - Au niveau international, la SMV est représentée au niveau du comité éditorial du *Journal of Travel Medicine*. Elle a été représentée par son président à la réunion de l'*Infectious Diseases Society of America* (IDSA) à San Francisco en octobre 2005, aux *Journées québécoises de médecine des voyages* à Québec en novembre 2005 et sera également représentée au *Congrès nord européen de médecine des voyages* à Édimbourg en juin 2006.

Mais la vie de la SMV ne se résume pas à l'administratif !

1 - Partenaire du ministère de la Santé, la SMV a participé aux réunions du CMVI et au groupe de travail sur les répulsifs auprès de l'Afssaps.

2 - Les deux journées scientifiques de 2005 ont été largement suivies, montrant ainsi le dynamisme de notre Société :

✓ À Paris, la réunion de printemps a regroupé 120 participants et nous avons développé à cette occasion les présentations cliniques.

✓ À Lille, la réunion organisée par Daniel Camus a regroupé également une centaine de participants. Elle a été l'occasion de débats importants sur les CVI, la responsabilité médicale et la pharmacovigilance vaccinale.

Ces réunions ont été possibles grâce au soutien financier et à la fidélité de nos partenaires de l'industrie pharmaceutique.

3 - Dans le domaine de la recherche, plusieurs travaux sont en cours ou ont été effectués et ont permis d'établir une collaboration avec d'autres sociétés savantes

✓ La préparation de la réunion lilloise a été l'occasion de deux enquêtes importantes, l'une sur les destinations privilégiées et la structure de population des voyageurs se rendant dans les CVI (dans l'optique d'une approche de vaccino-vigilance anti-amarille), l'autre sur un état des lieux des CVI de France métropolitaine, en perspective de l'application du nouveau Règlement Sanitaire International (RSI) en 2007. Ces travaux qui ont impliqué l'ensemble des CVI et des membres de la SMV exerçant dans ces Centres, ont permis de mettre en place un groupe de travail pour élaborer des propositions, rédiger un guide de bonnes pratiques et finaliser une charte des CVI métropolitains. Ce groupe de travail est composé de: Éric Caumes, Daniel Camus, Paul-Henri Consigny, Ludovic de Gentile, Nadine Godineau, Catherine Goujon, Claude Hengy, Vincent Héraud, Fabrice Legros, Jean-Philippe Leroy, Fabienne Le Goff et Anne-Sophie Monge. Enfin, la SMV a attiré l'attention du Comité technique de la pharmacovigilance sur la problématique des effets indésirables potentiels de la vaccination et l'intérêt de mettre en place une vaccino-vigilance.

✓ Un travail scientifique est en cours, en collaboration avec la Société Française de Médecine Générale (SFMG), avec Pascale Arnould et Didier Duhot, ainsi qu'avec le réseau des Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe (GROG), avec Anne Mosnier, sur les pathologies observées au retour des voyages. Une première enquête a été réalisée en octobre. Un complément d'enquête doit avoir lieu en 2006. Cette année sera aussi l'occasion de mettre en place l'enquête "avant le départ". Au niveau de la SMV, elle a impliqué Éric Caumes, Olivier Bouchaud, Catherine Goujon et Fabrice Legros. Cette première rencontre a été l'occasion d'un échange fructueux. La SFMG a sollicité la SMV pour l'élaboration d'un référentiel concernant les vaccinations et la prophylaxie du paludisme pour son site Internet. Notre collègue Alain Strady a accepté de mettre à disposition le fichier informatique qu'il a réalisé et dont il assure la mise à jour. La concrétisation de ce projet, très dépendante de la disponibilité des différents intervenants, tient aussi à des solutions techniques qui sont à l'étude.

✓ Un autre travail est en cours, promu par Daniel Camus. Il s'agit d'une étude de tolérance et d'observance de nos prescriptions d'antipaludiques. Son principe avait été décidé lors de la réunion de l'*International Society of Travel Medicine* (ISTM) de New York. Malheureusement, pour des raisons administratives, elle a pris du retard et n'a pu se mettre en place qu'à partir de juillet 2005.

4 - En ce qui concerne la formation continue, véritable enjeu pour les années à venir, la SMV a continué à travailler avec l'OCP en direction des pharmaciens d'officine. Une seule réunion a eu lieu, à Melun, le 15 décembre 2005. Plusieurs interventions sont programmées pour 2006.

5 - En 2005, la collaboration avec CDConseil et ADIMI a permis la sortie de

la **troisième édition du dictionnaire de médecine des voyages** : "Les Maux du Voyage". Le comité de rédaction était composé de Alain Chippaux, Jean Delmont, Vincent Feuillie, Catherine Goujon, Bruno Marchou, Sylvie Piccoli, Michel Rey et surtout de Auguste Bourgade.

Les perspectives

Beaucoup de chantiers sont en cours et le prochain CA, élu pour six ans, aura en charge de les mener à bien et d'ouvrir à la SMV d'autres perspectives.

✓ L'enjeu de la formation continue est majeur dans notre domaine. Cependant, il ne peut être atteint qu'en formalisant de façon précise notre offre pédagogique et en menant parallèlement une réflexion sur la formation académique initiale.

✓ Malgré des statuts très divers, les CVI doivent développer une démarche homogène de qualité et d'offre au public. La SMV regroupant les CVI, se doit d'animer

la réflexion et de favoriser les liens des CVI avec les tutelles.

✓ Le réseau de la SMV recouvre la totalité du territoire. La diversité de ses membres est le reflet de son dynamisme et de la diversité des voyageurs. Il est donc indispensable de favoriser les travaux collectifs autour de ces populations de voyageurs (épidémiologie, vaccino-vigilance, pratiques, etc.).

✓ La biennale est une rencontre majeure pour notre société. La prochaine aura lieu le jeudi 19 octobre 2006 sur le campus de l'Institut Pasteur de Paris. Le thème retenu est celui de *La prise en charge médicale de l'expatrié* et l'organisation se fait en collaboration avec le Comité d'information médicale (CIMED). Le comité d'organisation est composé de Danièle Badet, Olivier Bouchaud, Éric Caumes, Arnaud Fontanet, Ludovic de Gentile, Marc Goudal, Catherine Goujon, Jean-Philippe Leroy, Michel Rey et Jean Thévenot.

Enfin, nous avons procédé à l'organisation des élections pour le renouvellement du CA. Le prochain CA aura lieu le 25 mars, il aura en charge la formation du nouveau bureau.

Je voudrais conclure ce rapport moral en rappelant l'engagement de certains piliers de notre Société qui ont choisi de ne pas se représenter au CA et, je cite : "de laisser la place aux plus jeunes". Il s'agit de Michel Rey, Alain Chippaux, Véronique Benoist, Jean-Michel Lichtenberger, Olivier Schlösser, Vincent Feuillie et Bruno Marchou. Qu'ils soient ici remerciés pour leur travail et leur contribution au dynamisme de la SMV.

À Paris, le 4 mars 2006

*Eric Caumes,
Président de la Société
de Médecine des Voyages*

RÉSULTAT DES ÉLECTIONS POUR LE RENOUVELLEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA SMV

✓ Nombre d'inscrits à jour des cotisations 2004-2005 : 449

✓ Nombre de votants : 187

- 1 bulletin non pris en compte (pas à jour de cotisations)
- 2 enveloppes vides
- 4 bulletins nuls (plus de 18 noms valides)

✓ Soit 180 bulletins analysés

ONT ÉTÉ ÉLUS AU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA SMV

- | | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|
| ✓ Catherine GOUJON : 169 voix | ✓ Frédéric SORGE : 147 voix | ✓ Nadine GODINEAU : 119 voix |
| ✓ Jean-Philippe LEROY : 165 voix | ✓ Fabrice LEGROS : 141 voix | ✓ Christophe RAPP : 117 voix |
| ✓ Ludovic de GENTILE : 165 voix | ✓ Dominique JEAN : 141 voix | ✓ Philippe PAROLA : 116 voix |
| ✓ Olivier BOUCHAUD : 163 voix | ✓ Sylvie PICCOLI : 133 voix | ✓ Danièle BADET : 110 voix |
| ✓ Éric CAUMES : 158 voix | ✓ Laurent SIDO : 124 voix | ✓ Albane PERDRIX : 104 voix |
| ✓ Fabienne LE GOFF : 153 voix | ✓ Marie-Catherine RECEVEUR : 120 voix | ✓ Sabine GENTY : 95 voix |

LE MIGRANT VOYAGEUR : COMPTE-RENDU DE LA RÉUNION PROVINCIALE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DES VOYAGES (Hôpital Avicenne, Bobigny, 16 mars 2006)

CATHERINE GOUJON, DOMINIQUE JEAN

Un hommage a été rendu en introduction, au personnage éponyme de l'établissement qui accueillait la Société de Médecine des Voyages pour sa réunion "provinciale" et son Assemblée Générale annuelle.

Un migrant voyageur : Ibn Sina O. Kerouani, *Institut du Monde arabe* Ibn Sina, dont le nom a été traduit en Occident par Avicenne, naquit et passa toute sa vie dans ce qui était alors la Perse, entre la fin du X^e et le début du XI^e siècle, âge d'or de la civilisation arabo-musulmane. Ce médecin, philosophe, homme poli-

tique, lui-même grand voyageur et d'une érudition encyclopédique, fut l'auteur de très nombreux ouvrages scientifiques et littéraires, dont le plus connu est "*Le Canon de la Médecine*", traduit en latin et utilisé jusqu'au XVII^e siècle dans les universités européennes, en particulier à Montpellier.

L'anthropologie avait une place de choix, dans cette journée consacrée au migrant voyageur. Les diverses communications faites sur ce thème ont mis en évidence l'importance de la dimension culturelle dans le domaine de la santé et la nécessité de la prendre en compte dans la prévention des maladies liées aux voyages chez les personnes issues de sociétés traditionnelles.

Notion de prévention dans les cultures africaines : "du palud au jaloux"

A. Epelboin, *Museum d'Histoire naturelle*
L'immigré africain qui retourne en vacances dans son pays d'origine, se retrouve dans un univers traditionnel très éloigné du mode de pensée occidentale. La vie sociale et religieuse en Afrique est régie par des codes complexes et contraignants, dont la transgression peut entraîner des représailles sous forme de mauvais sorts jetés par la personne offensée, vivante ou défunte. C'est à un acte malveillant de cette nature plutôt qu'au paludisme que sera souvent attribué un épisode fébrile et la première mesure pour traiter le mal sera le recours à un rituel de réparation. Quant à la prévention, elle consiste à se munir d'objets à valeur symbolique comme des boules de plumes, des cordelettes, un cadenas, destinés à protéger l'individu contre des influences néfastes. De plus, le migrant voyageur qui, en France, occupe souvent le bas de l'échelle sociale, se retrouve chez lui symbole de réussite pour ceux qui sont restés au pays et détenteur d'une richesse propre à susciter des jalousies.

Il se voit donc contraint de partager ses ressources entre les nombreux membres de sa vaste famille. Il peut s'agir d'argent, mais aussi des comprimés initialement prescrits comme chimioprophylaxie antipaludique, très utiles également pour soigner entre autres le mal de tête d'une belle-sœur...

Aspects transculturels du vécu des migrants en France

F. Heidenrich, *hôpital Avicenne*
La prise en compte du mode de pensée dans les sociétés traditionnelles est très importante également dans le domaine de la psychiatrie. Cela implique de la part du psychiatre une ouverture d'esprit et une écoute vis-à-vis de son patient migrant : en montrant à celui-ci qu'il prend au sérieux l'interprétation qu'il fait de ses troubles à travers son propre prisme culturel, il peut espérer le voir en retour accepter les explications données par la médecine occidentale. Dans certains cas, un voyage dans le pays d'origine pour permettre le recours à des pratiques de diagnostic et de soins traditionnels, peut être un complément utile au traitement préconisé en France. Loin d'être mutuellement exclusifs, les regards portés sur la maladie mentale par la médecine traditionnelle et la biomédecine sont, au contraire, complémentaires.

Histoire des migrations récentes et profil actuel des migrants en Europe

L. Loutan, *hôpital universitaire de Genève*

L'Europe est actuellement la principale destination des migrations internationales : sur les 370 millions d'habitants de l'Union européenne, 19 millions (5,1 %) sont de nationalité étrangère. Cette situation est amenée à changer. On prévoit que dans les vingt prochaines années, c'est l'Asie qui prendra le relais de l'Europe comme terre d'accueil de l'immigration.

Du fait de la baisse de la natalité autochtone, l'immigration assure à elle seule les trois quarts de l'augmentation de la population européenne. Cette situation n'est cependant pas homogène : ainsi, certains pays d'Europe du Nord comme la Pologne et les Républiques baltes restent en dehors des courants migratoires et voient au contraire leur population diminuer.

Le profil des migrants évolue au cours du temps et de grandes disparités existent dans cette population. La migration des professionnels de santé est un phénomène nouveau : les étrangers constituent actuellement 52,4 % du personnel médical en Grande-Bretagne. La période actuelle est marquée également par une augmentation du nombre d'immigrants clandestins ; ceux-ci, n'étant pas reconnus par l'administration, restent en dehors de tout système de prise en charge sociale ou médicale (à la différence des sans-papiers, qui même en attente de régulation, ont accès aux structures de soins).

Aux difficultés administratives rencontrées par les migrants, viennent s'ajouter les barrières linguistiques et culturelles. Pourtant, les migrations internationales sont une des composantes de la mondialisation et toutes les tentatives faites par les pays récepteurs ne parviendront pas à endiguer cet afflux de personnes à la recherche d'un emploi, de conditions de vie meilleures ou fuyant des persécutions subies dans leur propre pays.

Table ronde - La prévention chez les migrants en médecine des voyages : pistes pédagogiques et méthodologie de production de documents

Évaluation d'un document sur la prévention du paludisme destiné à la population sénégalaise du Rhône

Maïka Mensah, *Association Départementale d'Éducation pour la Santé (ADES) du Rhône*

Une plaquette a été élaborée à partir d'une enquête menée par l'ADES sur les connaissances et les représentations du paludisme dans la communauté sénégalaise de la région lyonnaise. Dans un premier temps, 1000 exemplaires ont été distribués dans cette population. Une évaluation

a ensuite été réalisée au moyen d'un questionnaire portant sur le mode de diffusion, la forme et la pertinence des informations véhiculées. Il s'agit d'un travail expérimental qui devrait déboucher sur un outil pédagogique permettant d'améliorer la prévention du paludisme dans les communautés d'origine africaine vivant en France, lorsqu'elles retournent dans leur pays. Ce document pourrait être largement diffusé, par le relais des CVI, des agences de voyages et des aéroports, ainsi que sous forme d'affiches, placées dans les cabinets de médecins généralistes.

Modalités de communication adaptées aux migrants : l'exemple des campagnes d'information sur le sida

Élodie Stanojevich, *Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES)*

Dans les campagnes de lutte contre le sida, l'INPES utilise des techniques de communication qui prennent en compte les caractéristiques de la population visée telles que le sexe, l'âge, les facteurs de risque et le contexte socioculturel. Plusieurs éléments conditionnent le succès de l'opération :

- Le contenu du message, qui doit être adapté à sa cible.
- L'image, qui doit permettre au public visé de s'identifier aux personnages mis en scène.
- Le support : affiches, plaquettes, films, etc. (Un support qui semble avoir particulièrement de succès auprès de la communauté africaine est le roman-photo).
- Les lieux de diffusion : pharmacie, cabinets de médecins généralistes, aubus...

Ces principes peuvent s'appliquer à la production de documents sur la prévention du paludisme à l'intention des migrants : l'idée d'un roman-photo sur ce sujet réalisé par la commission pédagogique de la SMV a été retenue.

"Palud pas vu" ou "avant d'en arriver là"

Deborah Moreau, *Association Place des Fêtes*

Une compagnie de théâtre professionnelle fonctionnant en association a monté au Sénégal, en collaboration avec une troupe locale, un spectacle mettant en scène les différents aspects de la prévention du paludisme, l'objectif étant de sensibiliser la population à ce problème de santé publique. Une première tournée a été réalisée dans différentes villes sénégalaises au cours de l'année 2005, avec la participation des habitants. Chaque représentation était suivie d'une distribution de moustiquaires, de médicaments antipaludiques et de plaquettes informatives illustrant les mesures de prévention individuelle. Une seconde tournée est prévue pour 2007, dans d'autres villes du Sénégal.

Catherine Goujon

Session “Voyages Sud-Nord, état de santé des primo-arrivants”

Cette session a comporté des communications de **Éric Ledru**, de l'Agence Nationale pour l'Accueil des Étrangers et les Migrations (ANAEM) et de **Arnaud Veïsse**, directeur du Comité Médical pour les Exilés (Comede).

À l'ANAEM, chaque année, sont effectuées 200 000 visites médicales obligatoires pour les migrants légaux (travailleurs, étudiants, regroupements familiaux). La tuberculose pulmonaire évolutive reste un problème majeur avec une prévalence de 157 pour 100 000 en 2004, dont 11,3 % étaient des tuberculoses multirésistantes. Par ailleurs, un phénomène de “transition épidémiologique accélérée” vers la multiplication des facteurs de risque cardiovasculaires est souligné (principalement la sédentarisation et l'obésité). Le dépistage de l'infection VIH est encouragé : il a augmenté de 66 % chez les étrangers entre 2000 et 2003. Chez les migrants d'Afrique subsaharienne, le VIH est généralement bien connu et la principale limite au dépistage volontaire est la crainte de l'exclusion, mais le dépistage en CDAG est finalement bien accepté. Chez les migrants originaires d'Asie, d'Europe de l'Est, d'Afrique du Nord ou d'Haïti, l'existence d'une phase asymptomatique est généralement méconnue et le dépistage est moins bien compris et donc moins bien accepté.

Un problème important est à souligner chez ces migrants : dès qu'ils obtiennent leur régularisation administrative, une proportion importante retourne en visite au pays, le plus souvent sans information sur le risque de paludisme.

Le Centre de santé du Comede, hébergé à l'hôpital de Bicêtre, accueille environ 5 000 personnes par an, de 90 nationalités différentes (dont 55 % d'Afrique subsaharienne), mais draine une population d'environ 500 000 personnes (demandeurs d'asile, étrangers en séjour régulier et précaire, sans-papiers). La majorité sont des hommes jeunes, récemment arrivés. Parmi cette population, on estime que 20 % relèvent de l'ANAEM.

Un bilan systématique est proposé, avec quelques variantes selon l'origine géographique.

Les pathologies sont réparties approximativement en trois catégories représentant chacune environ un tiers du total :

- les psycho-traumatismes ;
- les maladies infectieuses ;
- les pathologies autres (notamment le diabète, particulièrement pour les patients en provenance d'Afrique du Nord et d'Asie du Sud).

Les dépistages des infections VHB, VHC et VIH sont proposés et 95 % des sujets dépistés positifs découvrent leur infection virale chronique à cette occasion.

Le guide du Comede “Migrants/Étrangers en situation précaire. Prise en charge médico-psycho-sociale” a été remis aux participants de cette journée. Ce guide est une mine d'informations, médicales bien sûr, mais surtout administratives et juridiques, domaines dans lesquels les médecins sont généralement totalement incompetents. Pour tous ceux qui ont eu le tort d'être absents à Bobigny, le guide est consultable sur :

www.leguideducomede.org

ou

www.inpes.sante.fr

Session “Voyages Nord-Sud,

Sabine Genty a présenté **les résultats préliminaires de l'étude PREMIVO**, dont le but est de décrire les problèmes de santé des migrants d'Afrique subsaharienne lors de séjours au pays de moins de trois mois, et, en particulier, le risque de paludisme et l'observance de la chimioprophylaxie. D'août 2001 à décembre 2005, 1 141 adultes et 541 enfants ont été inclus lors de consultations en CVI avant un départ, puis interrogés par téléphone dans la semaine du retour et six semaines après. La diarrhée est la pathologie la plus fréquente au cours du séjour quel que soit l'âge, mais elle est plus fréquente chez les enfants. Au retour, diarrhée et infections respiratoires prédominent. Concernant le paludisme, l'observance de la chimioprophylaxie est de 65 % chez les adultes et de 73 % chez les enfants. Elle est meilleure si le séjour est inférieur à un mois. Au total, 37 adultes et 15 enfants ont présenté un paludisme, sur place ou au retour (aucun cas grave chez les adultes, un enfant décédé). Globalement, la mortalité est élevée (0,3 %), davantage chez les enfants (0,7 %) : les accidents de la voie publique (AVP) en sont la première cause.

Thierry Pistone a présenté une étude réalisée à Paris en 1998 sur la **connaissance du paludisme et les pratiques de prophylaxie de voyageurs d'origine africaine interrogés avant le voyage (n = 191), en CVI ou agence de voyages (AV), et au retour (n = 106)**. Parmi eux, 74 % savent que le paludisme est transmis par piqûre de moustique, mais il y a confusion fréquente entre paludisme et fièvre jaune, et 62 % d'entre eux pensent qu'il existe un vaccin efficace contre le paludisme. Par ailleurs, si 75 % ont pris une chimioprophylaxie, celle-ci est adéquate dans 29 % des cas seulement, avec une différence significative entre groupe CVI (41 %) et groupe AV (13 %). La prophylaxie antivectorielle est peu employée et les moustiquaires imprégnées évoquées seulement dans le groupe CVI (11 %).

NDLR. Une chimioprophylaxie “adéquate” pour l'Afrique de l'Ouest coûtait beaucoup moins cher en 1998 qu'actuellement : la situation ne s'est donc probablement pas améliorée...

Éric Caumes a présenté **les pathologies du retour observées chez 210 migrants parmi 622 voyageurs sur une étude ayant porté sur six mois à La Pitié-Salpêtrière**. Par ordre décroissant, on diagnostique des dermatoses (biais de recrutement probable), bilharzioses, paludisme, hépatites virales, infections respiratoires, pathologies digestives, tuberculose, infections sexuellement transmissibles (IST) et infections urinaires. La pathologie tropicale représente 41,9 % des pathologies dans cette population (bilharzioses, paludisme, nématodoses intestinales) ; 27 % consultent pour fièvre, dont la première cause est le paludisme. Bilharzioses, tuberculose et hépatites virales sont plus fréquentes chez les migrants que chez les autres voyageurs.

Les infirmières de la consultation du voyage de Bobigny ont présenté leur **expérience dans un centre où elles sont très impliquées**, avec une grosse activité et une forte proportion de migrants (centre fonctionnant depuis fin 2003, ayant assuré 6 000 consultations en 2005).

Jean Delmont a présenté **la consultation de conseils aux voyageurs migrants développée à Marseille, orientée en particulier vers la population comorienne** (60 000 habitants). Cette consultation a été créée suite au constat d'un nombre élevé de cas de paludisme au retour : les Comores étant hors zone d'endémie amarile, cette population ne fréquentait pas les CVI et partait sans chimioprophylaxie adaptée (groupe 3) : 352 cas de paludisme ont été hospitalisés de 2001 à 2003 (240 adultes, 112 enfants). Actuellement, la consultation est fréquentée surtout par les mères et leurs enfants, la “publicité” étant faite par la PMI et le bouche-à-oreille.

Jean-Yves Siriez a présenté **les problèmes spécifiques des enfants de migrants**, en particulier les difficultés concernant la chimioprophylaxie antipaludique (obstacles culturels à la compréhension du risque, coût, peu de formes pédiatriques disponibles), et la nécessité de conseils spécifiques pour les vaccinations, la prise en charge des gastro-entérites du nourrisson, la désinfection des plaies, le risque d'AVP et les drépanocytaires prenant l'avion. La population cible est estimée à 300 000 enfants (immigrés ou nés en France de parents migrants, en majorité d'Afrique subsaharienne).

Dominique Jean

COMPTE RENDU DES XVI^{es} JOURNÉES MÉDICALES, PHARMACEUTIQUES, ODONTOLOGIQUES ET VÉTÉRINAIRES DE DAKAR Sénégal, 6-9 février 2006

MICHEL REY

Autour du thème principal de ces Journées : *Morbidité et Santé de la Reproduction*, plusieurs sujets ont été abordés, susceptibles d'intéresser les professionnels de la santé des voyageurs. Une session commune, dédiée aux maladies infectieuses et à leur prévention, s'est tenue en partenariat avec la Société de Pathologie Exotique.

■ **Le paludisme** est au Sénégal la cause de 35 % de la morbidité officielle. Dû en majorité à *P. falciparum*, il est saisonnier (de juillet à décembre) dans la plupart des régions. Les antipaludiques récents sont coûteux et hors de portée de la plupart des familles sénégalaises, qui utilisent encore la chloroquine, malgré le taux élevé de résistance de *P. falciparum*, l'amodiaquine, ainsi que la quinine et le Fansidar® (ces deux derniers étant encore à peu près toujours actifs). Un nouveau schéma préventif "intermittent" utilisant le Fansidar® est en cours d'application, en saison de transmission, sur les deux groupes les plus vulnérables : les femmes enceintes (trois prises au cours de la grossesse) et les jeunes enfants (une prise mensuelle).

■ **Le VIH/sida** a au Sénégal une prévalence relativement faible par rapport à la plupart des autres pays d'Afrique subsaharienne. Celle-ci est estimée à 1 % dans la population générale, 2 % chez les femmes enceintes, mais elle dépasse 5 % chez les prostituées, les porteurs d'infections sexuellement transmissibles (IST) et les tuberculeux. La trithérapie antivirale est distribuée gratuitement chez les malades détectés quand elle est indiquée.

■ **La tuberculose** reste très fréquente. Son incidence annuelle à Dakar serait de 130 pour 100 000 habitants. De nombreux cas sont ignorés ou dépistés très tardivement, et des patients disparaissent en cours de traitement, bien que celui-ci soit dispensé gratuitement.

■ **Le choléra** a été épidémique au Sénégal en 2005, dans la plupart des régions. Les malades admis au CHU de Dakar ont été réhydratés avec succès par voie orale dans plus de la moitié des cas. La doxycycline (une prise) était associée systématiquement à la réhydratation orale ou parentérale. Elle est toujours active, de même que les fluoroquinolones. Acheminés à l'hôpital, faute d'ambulances, par des taxis (qui étaient nettoyés et désinfectés avant de quitter l'hôpital), les malades étaient hospitalisés brièvement, entre quelques heures et quelques jours. La létalité, chez les malades traités à l'hôpital, a été de 2 %.

■ **L'hépatite A** reste très fréquente dans les pays en voie de développement (PVD). Sa morbidité est peu visible, puisqu'elle touche essentiellement les enfants, où elle est généralement pauci ou asymptomatique. L'immunité acquise est très solide et la séroprévalence est proche de 100 % chez les adultes. La vaccination du voyageur non immunisé est fortement recommandée.

■ **L'hépatite E**, transmise par voie digestive comme l'hépatite A, est endémo-épidémique. Trois millions de cas ont été observés à Shanghai en 1978. La maladie est très grave chez la femme enceinte, chez laquelle la létalité peut atteindre

20%. Un réservoir animal a été mis en évidence chez des vertébrés (porc, cervidés). Les anticorps acquis de type IgG ne persistent pas longtemps, ce qui perturbe les études de séroprévalence dans les différentes populations. Il n'y a pas de vaccin disponible.

■ **Les vaccinations**, appliquées en routine avec le programme élargi de vaccinations (PEV), ont obtenu des résultats appréciables au Sénégal, comme en témoignent les statistiques des grandes endémies et des services hospitaliers. La diphtérie aurait pratiquement disparu, la coqueluche serait devenue rare et l'incidence de la rougeole a été divisée par trois. Le tétanos, encore prévalent chez l'adulte, est plus rare chez l'enfant, avec une incidence du tétanos néonatal qui a beaucoup diminué. Les deux derniers cas autochtones de poliomyélite datent de 1998.

■ **La contraception** est encore peu appliquée au Sud du Sahara où elle ne serait suivie que par 13 % des femmes en âge de procréer. En Afrique occidentale, la natalité reste très élevée, avec une moyenne de 6,5 enfants par femme.

■ **Les mutilations féminines**, encore souvent appliquées en Afrique subsaharienne, sont maintenant interdites et réprimées au Sénégal. Il importe de rappeler que contrairement à des croyances solidement établies, il ne s'agit pas d'une prescription coranique, à l'inverse de la circoncision des garçons.

Michel Rey

MARCHE DE SOLIDARITÉ MARSEILLE-GENÈVE

L'ONG marseillaise "Santé Sud", spécialisée dans la formation médicale pour les pays en développement, organise une marche de solidarité Marseille-Genève du 7 mai (mairie de Marseille, Vieux Port), au 1^{er} juin (siège de l'Organisation Mondiale de la Santé), en vue de sensibiliser l'opinion à la difficulté quotidienne de l'accès aux soins dans les pays du Sud.

Merci à tous ceux qui sont sur le trajet de la marche (Marseille, Aix, Apt, Die, Grenoble, Annecy, Genève), qui pourraient faire un bout du chemin, transmettre l'information à leurs "réseaux" médicaux, associatifs, artistiques, médiatiques... ou proposer des hébergements ou animations dans les communes traversées !

Toutes les informations sont sur le site de Santé Sud : www.santesud.org

Contact pour cette marche (les étapes, l'hébergement des marcheurs, etc.) : 04 91 95 63 45

Merci et rendez-vous sur la route !

Éric Ledru (membre SMV et "Santé Sud")

COMMENT RENFORCER LA CONTRIBUTION DU TOURISME À L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ ET DE LA QUALITÉ DE VIE DES POPULATIONS D'ACCUEIL ?

MICHEL REY

Il s'agit d'un projet d'étude, qui se déroulerait au Sénégal en 2006-2007 sous la coordination du Pr Abdourahmane Sow. Ce projet va être prochainement soumis à la cellule de recherche de la SMV. Cette étude serait la suite attendue de l'enquête préliminaire réalisée sur la Petite Côte sénégalaise en 2001 par Sophie Dupont, avec le soutien de la SMV.

Une exploration de la situation présente du tourisme, ainsi que des motivations et des moyens susceptibles d'être mobilisés pour cette étude, a été réalisée au Sénégal en février 2006 par M. Rey et A. Sow

après de responsables de Santé publique, d'administrateurs de structures hôtelières et de l'équipement touristique de la Petite Côte sénégalaise

Les retombées positives du tourisme au Sénégal sur la population d'accueil sont réelles, parmi lesquelles la création de quelques milliers d'emplois directs dotés d'une certaine protection sociale, auxquels s'ajoutent de nombreux emplois indirects. Ces retombées restent néanmoins insuffisantes, qu'il s'agisse de l'approvisionnement des villages en eau potable, de l'assainissement, de l'accès

aux soins et à l'école. Les effets du tourisme sur le comportement des jeunes, souvent démunis et sans emploi, sont préoccupants. Quelles autres activités leurs sont offertes, que le petit commerce, certains trafics et surtout la prostitution (celle des jeunes adultes des deux sexes, mais aussi celle des enfants) qui est un des moyens les plus rentables de gagner de l'argent au contact des touristes ? La prostitution des enfants est interdite au Sénégal. Encore faudrait-il que cette interdiction puisse être appliquée.

Michel Rey



LE POINT SUR LES RÉCENTES ÉPIDÉMIES EXOTIQUES (FIN 2005, DÉBUT 2006)

D'après la messagerie EDISAN

RAPPORTÉ PAR MICHEL REY

■ **Fièvre jaune** (20-12-2005, 3-1-2006, 7-3-2006)

En **Guinée**, plusieurs districts sanitaires ont été touchés en 2005 : à l'Ouest (Boké), au centre (Mamou, Faranah, Kankan) et au Sud-Est (Nzérékoré). Deux cas ont même été observés à Conakry. Une campagne de vaccination de masse est programmée.

Au **Pérou** un village de l'Amazonas, près de Bagua, a été touché par une épidémie sévère (73 cas, dont 7 décès, sur 435 habitants).

En **Bolivie**, 18 cas suspects (dont 5 confirmés), signalés dans les départements de Cochabamba, Santa Cruz et La Paz, se sont ajoutés en 2006 aux 16 cas confirmés signalés en 2005.

■ **Chikungunya** (10-3-2006)

Épidémie de **La Réunion** : estimé à partir d'un modèle mathématique, le nombre de cas cumulés d'infections survenues depuis le début de l'épidémie (de mars 2005 à mars 2006) s'élève à 204 000, dont 191 600 en 2006. Le décompte hebdomadaire indique une tendance à la régression, mais l'épidémie s'étend à l'ensemble de l'île. Selon

les médecins du réseau sentinelle, la fréquence respective des principaux signes cliniques est la suivante : fièvre 100 %, arthralgies 100 %, céphalées 70 %, myalgies 60 %, éruption 33 %. Au total, 73 cas graves confirmés ont été hospitalisés en réanimation : formes neurologiques, hépatiques, touchant des personnes âgées, des immunodéprimés, des nouveau-nés (33 cas observés chez des nouveau-nés âgés de moins de 28 jours). Depuis janvier 2006, 125 certificats de décès ont mentionné le Chikungunya, soit comme cause du décès, soit comme élément de comorbidité. L'âge médian de ces personnes décédées est de 78 ans. Chez la fillette de 10 ans décédée en février de méningo-encéphalite, des IgM et des IgG spécifiques ont été mis en évidence dans le LCR, mais la PCR est restée négative dans le LCR. Faute de vaccin, c'est sur la lutte anti-moustique, dirigée contre *Aedes albopictus*, que repose l'essentiel de la prévention.

Autres notifications régionales : à **Maurice**, 2 553 cas ; à **Mayotte**, 2 833 cas ; aux **Seychelles**, 4 650 cas et à **Madagascar**, 2 cas confirmés à Tamatave. En **Inde** (Andhra Pradesh), on dénombre 5 671 cas.

Entre avril 2005 et janvier 2006, 160 cas, sans caractère de gravité, ont été importés en **France métropolitaine**. On recense également quelques cas en **Suisse** et en **Allemagne**. Aux **Antilles** et en **Guyane**, où sont présents en grande quantité les vecteurs du genre *Aedes*, pas de nouveau cas importé depuis les 3 cas signalés en février à La Martinique.

■ **Dengue** (17-1-2006)

À l'origine de l'importante épidémie qui a touché les Antilles françaises au cours des derniers mois de l'année 2005, 3 sérotypes du virus de la dengue étaient en cause. Le sérotype DEN 4 était prépondérant, suivi par DEN 2 et par quelques isolats de DEN 3.

■ **Méningite à méningocoques** (6, 8 et 13-3-2006)

L'habituelle recrudescence saisonnière du méningocoque A, dans la ceinture africaine de la méningite, est signalée au Soudan, en Ouganda, et surtout au Niger (> 600 cas) et au Burkina-Faso (près de 3 000 cas, dont 330 mortels). Au Kenya, 74 cas ont été déclarés, dont 15 cas mortels, rapportés au sérotype W 135.

■ **Trypanosomiase africaine (2-3-2006)**

Cette grave maladie serait en diminution à la suite du renforcement des activités de surveillance et surtout des campagnes de dépistage (> 26 500 cas enregistrés en 2001, 17 000 en 2004).

T. gambiense (Afrique de l'Ouest, Afrique centrale). Les pays les plus touchés sont : Angola, République Démocratique du Congo (RDC) et le Soudan. Autres pays touchés : République Centre Africaine (RCA), Tchad, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée, Burkina, Cameroun, Gabon, Nigeria et Guinée équatoriale.

T. rhodesiense (Afrique orientale). Les pays les plus touchés sont : Malawi, Ouganda et Tanzanie. Autres pays touchés : Kenya, Mozambique, Rwanda, Zambie et Zimbabwe. S'ajoutant à plusieurs cas de cette trypanosomiase contractés au cours des dernières années par des touristes en Afrique de l'Est, deux nouveaux cas ont été observés en Afrique du Sud, chez un touriste sud-africain et un militaire britannique, qui avaient contracté la maladie en novembre 2005 au Malawi, dans le Kasungu National Park.

■ **Hépatite A**

Cette maladie est maintenant, en France, une maladie à déclaration obligatoire (à la DDASS).

■ **Grippe aviaire**

La conduite à tenir devant un cas suspect a été mise à jour par l'InVS (Institut de Veille Sanitaire) sur le site :

www.invs.sante.fr/surveillance/grippe_aviaire/fiche_pratique.html

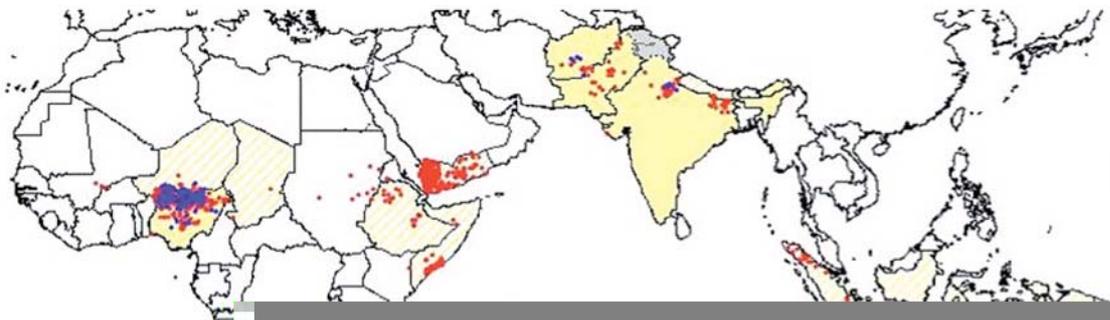
Michel Rey

Le point, d'après l'OMS (7-3-2006) sur la situation actuelle de la réémergence de la poliomyélite dans le monde à partir de l'épidémie du Nigeria :

Cas notifiés du 8 mars 2005 au 7 mars 2006 : Nigeria, 733 cas ; Yémen, 475 cas ; Indonésie, 304 cas ; Somalie, 194 cas ; Éthiopie, 18 cas ; Niger, 12 cas ; Angola, 10 cas ; Soudan, 8 cas ; Népal, 4 cas ; Mali, 3 cas ; Tchad, 2 cas ; Érythrée, 1 cas. Trois pays du sous-continent indien restent endémiques : Inde, 58 cas ; Pakistan, 24 cas ; Afghanistan, 10 cas.

Information hebdomadaire et carte disponibles sur : www.polioeradication.org/

Wild Poliovirus*, 08 Mar 2005 to 07 Feb 2006



■ Pathologie du retour chez les voyageurs

Freedman DO et al. *Spectrum of disease and relation to place of exposure among ill returned travellers. N Engl J Med* 2006;354(2):119-30

Plus de 50 millions de personnes se rendent chaque année dans des pays en voie de développement. On estime que 4 millions d'entre eux (8 %) présenteront au décours de ce voyage des symptômes suffisamment préoccupants pour justifier une consultation médicale. Les principales données dont on dispose concernant la répartition des maladies contractées au cours de ces voyages datent des années 1980. Le réseau Geosentinel regroupe 30 cliniques spécialisées en médecine tropicale et en médecine des voyages, disséminées dans le monde, principalement en Europe (49 %), Amérique du Nord (33 %), Australie et Nouvelle-Zélande (8 %) et Israël (8 %). D. Freedman et al. ont étudié les caractéristiques de 17 353 patients ayant consulté dans une de ces cliniques entre juin 1996 et 2004 pour une suspicion de pathologie(s) liée(s) à un voyage.

Les critères d'inclusion étaient simples : il suffisait d'avoir traversé une frontière dans les dix années précédentes et de consulter pour une suspicion de maladie(s) liée(s) au voyage(s). Les principales zones visitées sont l'Afrique subsaharienne (n = 4524), l'Asie du Sud-Est (n=2793), le Sud de l'Asie centrale (n=2403), l'Amérique du Sud (n=1675), l'Amérique centrale (n=1326) et les Caraïbes (n=1115). La durée médiane du séjour s'étend de 14 jours (Caraïbes) à 35 jours (Amérique du Sud). Le principal motif du voyage est le tourisme (59% des cas), mais de manière moins marquée en Afrique subsaharienne où l'on retrouve une proportion importante de voyages dits "d'affaires" (17%) ou de visites à des proches (23%). Il est à souligner que plus de la moitié (55%) des voyageurs de cette étude avaient bénéficié d'une consultation de conseils aux voyageurs avant de partir. Pour l'analyse des diagnostics posés à l'issue de la consultation au retour du séjour, seuls ceux qui étaient documentés ou classés "probables" ont été retenus. Ont donc été exclus de l'analyse les 1942 patients considérés comme "non malades" à l'issue de la consultation et les 1518 patients pour lesquels le diagnostic retenu n'était ni documenté, ni jugé probable. Deux tiers des diagnostics retenus sont regroupés dans l'une des quatre grandes catégories suivantes : maladie fébrile systémique, diarrhée aiguë, pathologie dermatologique et diarrhée chronique. On retrouve des disparités géographiques importantes dans la répartition des groupes de pathologies selon la région visitée : les maladies fébriles systémiques sont bien plus fréquentes au retour

d'Afrique subsaharienne ou d'Asie du Sud-Est, alors que la diarrhée aiguë est le motif de consultation le plus fréquent au retour du Sud de l'Asie centrale et de l'Amérique centrale. À l'inverse, les pathologies dermatologiques sont proportionnellement un motif de consultation bien plus rare au décours d'un séjour en Afrique subsaharienne ou au Sud de l'Asie centrale.

En termes de diagnostics spécifiques, le paludisme est globalement au premier rang des maladies fébriles systémiques sans signe de localisation. Cela est particulièrement vrai au retour d'Afrique subsaharienne, mais le paludisme reste une des trois principales causes de ces syndromes quelle que soit la région considérée. Cependant, la dengue est un diagnostic plus fréquent que le paludisme au retour de toutes les régions étudiées en dehors de l'Afrique subsaharienne et de l'Amérique centrale. Les rickettsioses sont diagnostiquées quasiment exclusivement au retour d'Afrique subsaharienne, alors que la fièvre typhoïde n'est fréquemment diagnostiquée qu'au retour du Sud de l'Asie centrale. Les diarrhées sont le plus souvent parasitaires, sauf au retour d'Asie du Sud-Est où *Campylobacter* sp est au premier rang des étiologies. Les principales pathologies dermatologiques sont, globalement, par ordre décroissant :

- les complications locales des piqûres d'insectes ;
- les *larva migrans* cutanées ;
- les allergies ;
- les abcès.

Au retour des Caraïbes, les *larva migrans* cutanées sont au premier rang. Les leishmanioses cutanées et les myases ne jouent un rôle significatif qu'au retour d'Amérique latine. En ce qui concerne les pathologies digestives autres que les diarrhées, les hépatites virales A (40 pour 1000) sont signalées plus fréquemment que les hépatites virales B (20 pour 1000), les hépatites virales E (13 pour 1000), les hépatites virales C (6 pour 1000) et les hépatites de causes non précisées (36 pour 1000). Les bilharzioses sont essentiellement signalées au retour d'Afrique subsaharienne. Les principales causes de décès sont les accès palustres, les embolies pulmonaires, les pneumonies et les abcès à pyogènes, avec une mortalité globale à un pour 1000 parmi les 17353 patients de cette étude.

Plusieurs éléments de la discussion méritent d'être soulignés. Tout d'abord, cette étude ne permet en aucun cas de déterminer l'incidence de ces pathologies en fonction des séjours, pour de multiples raisons. On ne connaît pas précisément le dénominateur, on ne dispose d'aucune

garantie de l'exhaustivité et le lieu même du recrutement de ces patients (cliniques spécialisées en médecine tropicale et/ou en médecine des voyages) a probablement largement sélectionné la population étudiée. Ainsi, les pathologies dont l'incubation est généralement courte (de nombreuses diarrhées bactériennes, la dengue...) ont beaucoup plus de chances de se déclarer pendant le séjour et d'être prises en charge sur place. De même, les pathologies considérées comme moins spécifiques des voyageurs (infections respiratoires) ou moins sévères (pathologies dermatologiques mineures) ont plus probablement été prises en charge par les médecins traitants que dans une clinique spécialisée. À l'autre extrême, des pathologies plus sévères d'emblée ont plus de chance d'être directement hospitalisées, sans passer par les cliniques des voyageurs. Les infections sexuellement transmissibles (8 consultations sur 1000 dans cette étude) provoquent des symptômes souvent explicites et ont peut-être été prises en charge plus souvent dans des structures plus spécifiques de ces pathologies. La part de ces pathologies parmi les consultations effectuées dans des cliniques spécialisées comme celles participant à cette étude est donc probablement une sous-estimation notable de leurs véritables poids au sein des pathologies du voyageur.

Quoiqu'il en soit, cette étude présente de nombreux atouts : elle a porté sur une période récente, s'est intéressée à toutes les régions du globe, a inclus un nombre très important de patients et s'est concentrée sur ceux dont le diagnostic était documenté (le plus souvent) ou probable, à l'issue d'une évaluation dans des cliniques spécialisées dans les pathologies tropicales et/ou du voyageur. On peut donc en tirer des renseignements précieux concernant la répartition des principaux diagnostics posés au décours des voyages, selon la région visitée. On peut également s'aider de ces données pour aiguiller les conseils aux voyageurs avant le départ.

Pierre Tattevin

■ Enquête diagnostique devant une hyperéosinophilie asymptomatique chez le migrant

Seybolt L et al. *Diagnostic evaluation of newly arrived asymptomatic refugees with hypereosinophilia. Clin Infect Dis* 2006; 42:363-7.

Des études ont montré que l'examen parasitologique des selles réalisé à titre systématique chez les migrants permettait de mettre en évidence un pathogène dans 5% à 63% des cas, ce taux variant en fonction de l'âge et du pays d'origine. Bien que l'hyperéosinophilie soit reconnue comme un médiocre marqueur de parasitose chez

les expatriés au retour d'un séjour en zone tropicale, la valeur diagnostique de l'hyperéosinophilie chez les migrants n'est pas bien connue. On sait cependant que parmi les réfugiés d'Asie du Sud-Est présentant une hyperéosinophilie, une enquête diagnostique initiale poussée est souvent prise en défaut, alors qu'une proportion importante de ces patients va présenter ultérieurement une ankylostomiase ou une anguillulose, probablement déjà présente mais méconnue lors de l'enquête initiale. Lorna Seybolt et al. ont tenté de mieux préciser l'intérêt diagnostique des différents examens proposés chez les réfugiés présentant une hyperéosinophilie asymptomatique (*Diagnostic evaluation of newly arrived asymptomatic refugees with hypereosinophilia. Clin Infect Dis 2006; 42:363-7.*)

Il s'agit de l'étude rétrospective d'un programme d'évaluation de la santé des réfugiés réalisé au *Boston Medical Center* entre octobre 1998 et mai 2002. Tous les réfugiés bénéficiaient d'un bilan paraclinique standard comprenant une formule sanguine et un examen parasitologique des selles. L'hyperéosinophilie était définie par un nombre absolu de polynucléaires éosinophiles $> 450/\text{mm}^3$. Des tests supplémentaires pouvaient être effectués à la demande du clinicien en cas d'hyperéosinophilie, en dehors de tout protocole pré-établi. Parmi les tests sérologiques les plus prescrits, deux étaient effectués par les *Centers for Disease Control and prevention* (CDC, Atlanta, États-Unis) : la sérologie anguillulose (test immuno-enzymatique, sensibilité 90 %) et la sérologie bilharziose (test ELISA ; sensibilité de 99 % pour *Schistosoma mansoni* et de 95 % pour *S. hematobium*).

Au total, 2 224 réfugiés ont pu être étudiés, en provenance d'Afrique (44 %), d'Europe de l'Est (19 %), d'Asie du Sud-Est (13 %), d'Amérique latine ou Caraïbes (10 %) et du Moyen-Orient (14 %). Parmi ces 2 224 réfugiés, 266 (12 %) présentent une hyperéosinophilie. Plus de 75 % d'entre eux présentent une éosinophilie $> 1000/\text{mm}^3$ (maximum = $3224/\text{mm}^3$; médiane = $656,5/\text{mm}^3$). Un peu plus de la moitié (58 %) des patients hyperéosinophiliques sont des hommes. L'âge médian est de 17,3 ans (extrêmes : 2 mois-81 ans). Environ 30 % des patients hyperéosinophiliques ont moins de 10 ans. L'examen parasitologique des selles a permis de mettre en évidence un pathogène dans

29 % des cas, mais il s'agissait d'une giardiase dans plus de la moitié des cas (protozoaire, classiquement non responsable d'hyperéosinophilie). En ce qui concerne la nature du pathogène identifié dans les selles, aucune différence significative n'est notée selon le continent d'origine. Parmi les patients chez qui aucun pathogène n'a été identifié par un premier examen parasitologique des selles, la répétition de cet examen a permis un diagnostic chez 6 patients sur 37 (16,2 %) lors d'un deuxième examen et chez 3 patients sur 18 (16,7 %) lors d'un troisième examen.

Des tests sérologiques pour l'anguillulose, la bilharziose et/ou les filarioses ont été effectués chez 120 des 266 patients présentant une hyperéosinophilie (45 %), plus particulièrement en cas d'hyperéosinophilie importante. La probabilité d'avoir au moins un de ces tests sérologiques effectué était huit fois plus importante dans le quartile supérieur (éosinophilie entre 953 et $3224/\text{mm}^3$) que dans le quartile inférieur (éosinophilie entre 450 et $533/\text{mm}^3$). Ces tests sérologiques étaient positifs chez 45 patients sur 115 (39 %) en ce qui concerne l'anguillulose ; chez 15 patients sur 67 (22 %) en ce qui concerne la bilharziose et chez 18 patients sur 35 (51 %) en ce qui concerne la filariose. Si la probabilité d'avoir une sérologie filariose positive est nettement plus importante en cas d'hyperéosinophilie majeure, on ne retrouve pas cette association entre l'importance de l'hyperéosinophilie et la probabilité d'avoir un test positif pour les sérologies anguillulose et bilharziose.

Qu'est-ce que cette étude à grande échelle peut nous apporter, en ce qui concerne la stratégie diagnostique des hyperéosinophilies asymptomatiques diagnostiquées chez les patients provenant de différentes zones d'endémies parasitaires ? Tout d'abord, la confirmation de l'existence d'une population nettement plus à risque d'hyperéosinophilie : les enfants. Ensuite, la nécessité de ne pas s'arrêter à l'examen parasitologique des selles, fréquemment pris en défaut pour le diagnostic de parasitoses d'importance indiscutable, soit parce que ces parasites ne transitent pas par les selles (exemple : *Schistosoma hematobium*, les filarioses), soit parce que la sensibilité du diagnostic parasitologique des selles n'est pas bonne (anguillulose). Pour ces pathogènes, il faut souligner la bonne rentabilité diagnostique des sérologies (entre 25

et 50 %) dans cette étude. Pour les auteurs, la gravité potentielle de ces parasitoses à long terme, lorsque le diagnostic est initialement méconnu, implique que toute hyperéosinophilie inexplicée, quelle que soit son intensité, devrait être explorée par une sérologie anguillulose systématique, ainsi que par des sérologies bilharziose et filariose si le patient est originaire d'une zone d'endémie. Cette étude confirme aussi l'intérêt de la répétition d'un examen parasitologique des selles après un premier examen négatif (identification d'un pathogène dans 16,2 % des cas) et même après deux examens négatifs (encore 16,7 % de diagnostics supplémentaires). Enfin, la stratégie de traitement systématique des hyperéosinophilies asymptomatiques des migrants par albendazole, proposée par certains experts, notamment sur des arguments de rapport coût/bénéfice, montre à travers cette étude ses limites : l'albendazole ne peut en aucun cas être considéré comme un bon traitement des anguilluloses, filarioses ou bilharzioses, pourtant fréquemment diagnostiquées dans ce contexte. Il ne semble donc pas raisonnable de faire l'économie des sérologies à ce stade.

Pierre Tattevin

■ Ansart S, Perez L, Vergely O, Danis M, Bricaire F, Caumes E. *Illnesses in travellers returning from the tropics : a prospective study of 622 patients. J Travel Med 2005; 12: 312-18.*

Cette étude prospective a été réalisée de novembre 2002 à mai 2003 par les services des maladies infectieuses et tropicales, de parasitologie et de mycologie de l'hôpital Pitié-Salpêtrière de Paris. Les 622 patients, dont 45 % de touristes, 34 % d'immigrants, 14 % d'expatriés et 8 % de voyageurs pour raison professionnelle, revenaient surtout d'Afrique (58 %) ou d'Asie (26 %). Parmi les diagnostics retenus, 23 % concernaient des affections cutanées, 19 % des infections gastro-intestinales, 12 % des infections respiratoires, 9 % du paludisme, 7 % des bilharzioses, 4 % des hépatites, 4 % des infections urinaires, 4 % des infections sexuellement transmissibles, 3 % des tuberculoses et 3 % de la dengue. Seulement 36 % des diagnostics se rapportaient à des maladies tropicales importées.

Michel Rey

À LIRE

Somaly Mam "Le Silence de l'Innocence" Éditions Anne Carrière, 2005

Ce livre autobiographique retrace le cauchemar d'une Cambodgienne vendue dès son enfance, à des particuliers puis dans divers bordels de Phnom Penh. Dans une société cambodgienne déglinguée par des années de guerre, la loi du plus fort balaye tout et réduit à l'état d'esclaves sexuels les plus faibles, notamment les femmes et les enfants. Les "profiteurs" de ces esclaves sont multiples : les proxénètes, certes, mais aussi une partie de la police locale, ainsi que les touristes pervers à qui tout est permis là-bas, contre une somme dérisoire.

Somaly Mam évoque les années cauchemardesques qu'elle a passé dans les mailles de ces réseaux, avant de fuir, enfin, par une des rares portes de sortie de cet enfer : un européen tombe amoureux d'elle et lui propose de le suivre en France.

Après une acclimatation brutale et difficile à Nice, elle décide de retourner au Cambodge pour fonder une association dont le but est "le sauvetage et la réinser-

tion des personnes réduites à l'esclavage sexuel" et plus largement "le combat contre les trafics d'êtres humains". Avec des hauts et des bas, notamment pour ce qui est du soutien des organisations internationales, l'AFESIP a déjà recueilli à Phnom Penh plus de 800 jeunes filles issues des bordels de la région. Somaly Mam y mène une lutte farouche contre la violence et le pouvoir des proxénètes, contre la corruption locale qui assure à ces proxénètes une impunité sans failles (ou presque), mais elle ne pense pas retourner vivre "à l'abri" en France, loin de cet enfer. Comme elle l'écrit, les cauchemars des violences subies dans son enfance ne lui laisseront pas de répit, où qu'elle soit, et c'est dans le combat contre ce fléau qu'elle peut retrouver un peu de sérénité.

Ce livre est terrible par la force de son témoignage, qui est livré sans effet de style particulier. La situation ne requiert aucun superlatif, aucune surenchère. L'auteur cherche à mieux faire connaître ce que peut être la vie pour ces femmes-enfants exploitées comme des marchandises, même si la rédaction de ce livre semble lui peser. Son courage est lisible à

travers cet ouvrage comme il l'est sans doute pour ceux qui la cotoient, là-bas. Somaly Mam tente d'alerter l'opinion internationale, tout en restant sur place afin de développer des structures d'accueil et de réinsertion pour celles qui tentent de fuir les bordels.

Il faut lire ce livre. Vous en sortirez secoués, avec une irrépressible envie de pulvériser sur place les consommateurs de ces "marchandises" que vous ne manquerez pas de croiser si vous passez par Phnom Penh, Bangkok, Phuket...

Contacts :
AFESIP France
Hôtel-Dieu, 6, place Daviel
13224 Marseille Cedex 02
e-mail : france@afesip.org
AFESIP Cambodge
23, St. 315, Sangkhat Beoung Kak I,
Khan Tuol, Kork,
Phnom Penh
Tél. : 023 884 123

Pierre Tattevin

CONGRÈS ET RÉUNIONS - PIERRE TATTEVIN

- **6 avril 2006.** *L'enfant voyageur. Quelle prévention ? Quels résultats ?*
Groupe de pédiatrie tropicale, Société française de pédiatrie. Hôpital Vincent-de-Paul, Paris
secret.pedfac@svp.ap-hop-paris.fr
- **7 au 9 juin 2006.** 7^{es} Journées Nationales d'Infectiologie (JNI), Bordeaux
<http://www.infectiologie.com>
- **15 au 18 juin 2006.** 12th International Congress on Infectious Diseases (ICID), Lisbonne, Portugal
http://www.isid.org/12th_icid/
- **7-10 juin 2006.** Northern European Conference on Travel Medicine (NECTM 2006), Édimbourg, Écosse
<http://also.cc/nectm/>
- **29-30 Juin 2006.** First International Conference on Avian Influenza in humans. Institut Pasteur, Paris
<http://www.isanh.com>
- **13-18 août 2006.** XVIth International AIDS Conference. Toronto, Canada
<http://www.aids2006.org>
- **30 août-1^{er} septembre 2006.** Geneva Forum - Towards global access to health. Genève, Suisse
<http://www.hcuge.ch/genevahealthforum>
- **7-9 septembre 2006.** Actualités du Pharo.
Thème : "Les Infections Sexuellement Transmissibles". Organisation : Institut de médecine tropicale du service de Santé des Armées (IMTSSA).
<http://www.actu-pharo.com>
- **27-30 septembre 2006.** 46th International Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy (ICAAC), San Francisco, USA
<http://www.icaac.org>
- **12-15 octobre 2006.** 44th Infectious Diseases Society America (IDSA) meeting, Toronto, Canada
<http://www.idsociety.org>
- **19 octobre 2006.** Biennale de la SMV. Institut Pasteur, Paris
Thème : "L'expatrié". Organisation : Catherine Goujon
- **25-28 octobre 2006.** 8th European Congress of Chemotherapy and Infection. Budapest, Prague.
<http://www.fesci.net/public/index.asp>
- **17 mai 2007.** Réunion provinciale de la SMV. Rennes-Saint-Malo (à l'occasion du festival "Étonnants voyageurs"). Thème maritime.
Organisation : Claude Guiguen.