



# LA LETTRE

de la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DES VOYAGES

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

N° 2

juillet 2002

EDITORIAL

## SOMMAIRE

Editorial	1, 2
Réunion SMV Angers	1
Biennale SMV 2002	
Paludisme	2, 3, 4, 5
Psychopathologie du voyage	5, 6
Tourisme sexuel	6, 7
Certificat international	8
CR colloques	
Florence	8
SPE Paris	8
Lu pour vous	9
Edisan	9, 10, 11
Informations, annonces	12
Courrier des lecteurs	12

## BUREAU de la SMV

Président d'honneur  
M. Armengaud

Président  
M. Rey

Vice-Président  
E. Caumes  
Secrétaire Générale  
C. Goujon

Secrétaire gén. adj.  
A. Chippaux  
Trésorier  
N. Picot  
Trésorier-adjoint  
F. Legoff

Site web

[www.medecine-voyages.org](http://www.medecine-voyages.org)

Liste de diffusion  
[list@medecine-voyages.org](mailto:list@medecine-voyages.org)

Secrétariat  
de la SMV

## DES OISEAUX ET DES HOMMES, GRANDS MIGRATEURS

La 5<sup>ème</sup> Biennale de Médecine des Voyages a rassemblé plus de 300 participants. Elle a été riche en mises au point et suscité de nombreuses questions. Que les différents orateurs soient vivement félicités et remerciés pour leur contribution. Quelques réflexions ont surgi de la confrontation des sujets, des discours et des images. Par exemple, qu'il nous soit permis de rapprocher deux images saisissantes, deux cartes du monde, celle des migrations des oiseaux, et celle des migrations touristiques. Les immenses migrations des oiseaux, citées par Vincent DEUBEL, aériennes bien sûr, généralement Nord-Sud aller-retour, nous stupéfient, et intéressent la médecine des voyages, quand ces migrations contribuent à disséminer des zoonoses virales, tel le West-Nile, ou à distribuer de nouveaux virus grippaux. Quant aux migrations touristiques, généralement aériennes elles aussi, à partir des pays assez riches pour exporter des touristes, souvent Nord-Sud, en principe aller-retour, elles constituent aujourd'hui, comme l'a rappelé Georges CAZES, la plus grande migration de l'histoire humaine, avec 700 millions

La Société angevine de médecine des voyages, le Laboratoire de parasitologie mycologie du CHU d'Angers, le Service des maladies infectieuses tropicales du CHU d'Angers, le Centre des vaccinations internationales d'Angers, Conseils aux voyageurs et aux expatriés organisent à l'Ecole supérieure des arts et métiers d'Angers, 2 bd du Ronceray Angers

**le samedi 19 octobre 2002,**

### La Journée de la Société de médecine des voyages

Programme préliminaire :

8 h30 Accueil des participants

9 h - 10 h **Particularités du paludisme d'importation dans l'Ouest de la France, modalités de la prise en charge** avec la participation du Centre national de référence des maladies d'importation (CNRMI, Paris)

10 h-12 h30 **La responsabilité médicale du médecin dans la prise en charge du voyageur**

- Conférence du Pr Michel PENNEAU (Angers)
- Recueil des questions de l'assistance pendant la pause
- Table ronde et débat avec la participation d'un juriste
- Réponse aux questions de l'assistance

1 2h30-14 h30 *Déjeuner - visite des stands des annonceurs*

14 h30-15 h15 **Télé médecine maritime - Prise en charge et gestion à distance des patients en cours de navigation.** Michel PUJOS (Centre de consultations médicales maritimes, Toulouse)

15 h15-15 h45 Foie et voyages Pr Eric PICHARD (Angers)

16 h-17 h **Cas originaux de médecine des voyages et discussion**  
*fin prévue de la journée : 17 h30*

Une conférence et un débat animé par Bernard de la VILLARDIERE (Zone Interdite® M6) sont organisés vendredi 18 octobre, à 20 h 30 sur la lutte contre la prostitution enfantine dans les pays tropicaux, avec la participation de C. BLANC, B. BETREMIEUX, F. PASNIK et de l'Association contre la prostitution enfantine (Mme BRUAS).

**Renseignements :** sur le site de l'université d'Angers (<http://www.univ-angers.fr/>) rubrique "à savoir liste des prochains colloques" et sur le site de la Société de médecine des voyages (<http://www.medecine-voyages.org>)

Comité d'organisation : Pr D. CHABASSE, Pr E. PICHARD, Dr P. LEROY, Dr L. de GENTILE et Dr J.M. MAZÉ (trésorier), avec l'aide du Pr M. BONNEAU (ESTHUA) pour la soirée du 18 octobre.

Dr Catherine GOUJON. Centre médical - Service des vaccinations - Institut Pasteur,  
211 rue de Vaugirard, 75015 Paris. Téléphone: 01 40 61 38 46, télécopie: 01 40 61 38 44.

d'arrivées internationales annuelles. Et c'est justement l'industrie des voyages qui gère le plus gros chiffre d'affaires du monde. Reconnaissons que c'est grâce à cette énorme migration que s'est développée la médecine des voyages. Autre sujet d'intérêt et de préoccupation, les migrations touristiques contribuent à la mondialisation des agents infectieux pathogènes pour les humains.

Il est opportun de rappeler ici le passé et le présent des migrations européennes, d'après les données rassemblées dans l'excellent Grand dossier du journal *Le Monde*, intitulé "L'immigration en Europe", publié dans le numéro du 9-10 juin dernier. Après avoir été longtemps, surtout au XIX<sup>e</sup> siècle, une terre d'émigration (pour raison économique, des millions d'européens ayant fui la misère, voire la famine, et afflué vers le " nouveau monde "), l'Europe est devenue, depuis les années 1970, le premier continent d'immigration du monde. Dix-neuf millions d'étrangers y résident actuellement. En réalité ils ne représentent que 5,1 % de la population européenne. Treize millions d'entre eux (soit 3,5 %) sont originaires de pays extérieurs à l'Union européenne. Il faut y ajouter les clandestins, non recensés, estimés à environ 3 millions. Certains de ces immigrants sont des réfugiés politiques, la plupart d'entre eux sont des réfugiés économiques, en provenance d'Europe de l'Est, d'Afrique, d'Asie, éblouis par le tableau paradisiaque, plutôt fallacieux, qu'ils se font de la riche Europe occidentale, dont le PIB par habitant peut être 50 à 100 fois supérieur à celui de leurs pays d'origine, et qu'ils rejoignent parfois au péril de leur vie. Quatre mille noyés ont été repêchés au cours des 5 dernières années sur les rives espagnoles du détroit de Gibraltar, principale voie d'immigration clandestine de l'Afrique vers l'Europe.

La France a largement accueilli, voire sollicité, au cours du XX<sup>e</sup> siècle, une main d'œuvre immigrée, nécessaire à son développement. Elle a d'abord accueilli de nombreux immigrants européens qui ont fui leurs pays (Italie, Espagne, Portugal) pour des raisons économiques ou politiques. Elle a aussi abondamment fait venir, surtout après la 2<sup>ème</sup> guerre mondiale, les ressortissants de ses anciennes sessions d'outre-mer, notamment de l'Algérie. N'oublions pas aussi l'autre importation d'immigrés non volontaires, celle des nombreux Africains et Asiatiques qui ont été enrôlés pour combattre à nos côtés lors des deux guerres mondiales. En 2000 119 000 nouveaux immigrants permanents sont entrés en France, parmi lesquels 53 % sont originaires de pays d'Afrique, 29 % d'Asie, les 20 % restants venant d'Amérique, d'Europe non communautaire ou de la CI. Est-il permis de rappeler que dans un futur proche, l'Europe aura besoin d'importer une main d'œuvre étrangère, surtout une main d'œuvre qualifiée, du fait de son déclin démographique et du vieillissement de sa population. Déjà certains pays en développement approvisionnent les pays riches en main d'œuvre qualifiée : 100 000 Indiens spécialisés quittent leur pays chaque année pour l'Europe ou les Etats-Unis, ainsi que 40 000 diplômés nigériens privant leur pays de cadres indispensables à leur développement. Quant au déferlement sur l'Europe d'immigrés non qualifiés non invités, il est bien évident qu'il pose un sérieux problème. Mais revenons à nos oiseaux migrateurs, que nous avons aussi plus en plus de mal à accueillir, du fait de la réduction des sites où il leur faut se poser et où ils trouvent les ressources nécessaires à leur survie.

Michel REY



## Comptes rendus de la 5<sup>e</sup> Biennale SMV, Paris, ASIEM, 20 juin 2002 (1<sup>ère</sup> partie)

### LE PALUDISME DES VOYAGEURS (MISES À JOUR)

#### Caractéristiques épidémiologiques du paludisme d'importation en France (Données métropolitaines 2000)

F. LEGROS (1,3), M. DANIS (1,2) & le Réseau du CNRMI

(1): Centre national de référence pour les maladies d'importation, 75270 Paris Cedex 06.; (2): CHU Pitié-Salpêtrière. 75651 Paris Cedex 13; (3): IRD, 75480 Paris Cedex 10.

**Contexte:** analyse des caractéristiques épidémiologiques des cas et des tendances évolutives recueillis dans le cadre de la surveillance statutaire nationale du paludisme importé en France métropolitaine en 2000.

**Méthode:** Les cas authentifiés parasitologiquement sont rapportés sur un formulaire standardisé au CNRMI. Les doublons sont éliminés. La représentativité du réseau, mesurée rétrospectivement par 2 enquêtes exhaustives récentes, est de 50-55 % de l'ensemble des cas survenus.

#### Résultats:

- Un total de 4240 cas de paludisme ont été analysés en 2000 représentant 8 056 cas estimés.
- L'âge médian des personnes atteintes est

de 29,8 ans; le sex-ratio de 1,77. Plus de 80 % des personnes résident en zone non-endémique, mais 63 % sont d'origine non-européenne.

- 95 % des contaminations proviennent d'Afrique subsaharienne, 2,5 % d'Amérique Latine et Caraïbe, 2 % d'Asie et Pacifique. Le tiers des cas sont déclarés en août-septembre.

- 81,2 % des cas sont dus à *P. falciparum*, 5 % à *P. vivax*, 7,8 % à *P. ovale*, 1,4 % à *P. malariae*, 2,2 % *Plasmodium spp* et 2 % associent plusieurs espèces.

- Les délais médians d'apparition des symptômes et de diagnostics après le retour sont respectivement et par espèce, de 6/10 (Pf), 72/90 (Pv), 85/107 (Po) et 24/40 (Pm) jours. 90 % des accès sont diagnostiqués dans les six semaines qui suivent le retour.

- Le lieu de consultation et de prise en charge pour traitement est l'hôpital dans 70 % des cas.

- Les formes cliniques sont: 95,7 % accès simples, 2,2 % accès graves (critères OMS), 1,4 % asymptomatiques, 1 % chroniques. La létalité (*P. falciparum*) est de 0,3 %, mais représente 14 % des accès graves (12/85).

- Le traitement des accès graves fait appel à la quinine seule ou plus rarement en association avec la doxycycline. Les médicaments utilisés pour le traitement des accès

simples sont l'halofantrine (54,1 %; 43,4 24,6 %); la méfloquine (8,5 %; 13,2 19,5 %) et la quinine (25,9 %; 32,9 45,7 %) respectivement pour les années 1998, 1999 et 2000, évolution reflétant l'influence des recommandations de la conférence de consensus (Paris, 1999).

- 75 % des personnes n'avaient utilisé aucune protection anti-moustiques; 35 % des personnes disaient avoir utilisé une chimioprophylaxie, mais celle-ci n'était adéquate que dans moins de 10 % des cas.

#### Conclusion:

- L'existence d'un suivi épidémiologique contribue à maintenir la vigilance et l'alerte.

- L'augmentation régulière du nombre de cas depuis 1996 découle essentiellement de celle du nombre de voyageurs vers les zones d'endémie (3,3 millions en 2000),

- l'optimisation du diagnostic clinique et biologique en urgence, et de la prise en charge doit être recherchée afin de réduire la mortalité,

- une grande partie des voyageurs se infectant en pays impaludés sont encore très souvent insuffisamment ou mal informés du risque de paludisme, et des moyens de le préserver efficacement,

- l'éducation prophylactique des voyageurs, en particulier à destination

l'Afrique subsaharienne, doit être développée et renforcée. Le message doit être personnalisé, compréhensible et éventuellement accompagnée de mesures économiques facilitant son accès à l'ensemble du corps social; l'apparition de schémas moins contraignants et de produits mieux tolérés peut favoriser cette éducation, -l'information et la formation continue de tous les protagonistes du voyage - acteurs économiques, médias, professions de santé - doivent être améliorées et régulièrement actualisées.

Remerciements: Ce travail collectif a pu être effectué grâce à la collaboration active des membres correspondants du réseau CNRMI.

## Chimiosensibilité du paludisme importé en France en 2001

\*J. LE BRAS, P. RALAIMAZAVA, O. BOUCHAUD, V. HUART, R. DURAND; \*\*B. PRADINES, A. KEUNDJIAN, D. PARZY; § N. GODINEAU, M.-L. BIGEL, P. HOUZÉ.

Centre national de référence de la chimiosensibilité du paludisme, \*Hôpital Bichat Claude Bernard, 75018 Paris; \*\*Institut de médecine tropicale du service de santé des armées, 13998 Marseille; § Hôpital Delafontaine, 93200 Saint Denis, CHG de Mantes, 78701 et Hôpital Saint Louis, 75010 Paris.

Les autorités sanitaires françaises recommandent aux voyageurs une chimioprévention du paludisme par la chloroquine (C) et le proguanil (P) lors de séjours dans des zones endémiques de pays du groupe 2 et par la méfloquine (M) dans les pays du groupe 3. Un consensus médical recommande l'usage d'un aminoalcool (quinine, méfloquine ou halofantrine) pour le traitement des accès palustres. L'établissement et l'actualisation de ces recommandations impose de connaître la situation de la chimiosensibilité du paludisme importé. En 2001, le Centre de référence a reçu 615 isolats de *Plasmodium* provenant de 40 hôpitaux de la métropole, *P. falciparum* a été identifié pour 562 souches.

Trois hôpitaux ont envoyé tous leurs isolats (n = 416): pour 86 % des patients, la résidence principale est en France et pour 99 % des patients, la contamination a eu lieu en Afrique. La Côte d'Ivoire reste le pays de contamination le plus représenté suivi par le Cameroun, le Mali et le Sénégal. Le délai médian entre le retour de zone impaludée et le diagnostic est de 10 jours pour *P. falciparum*, cette espèce représentant 91 % des cas. L'absence de chimioprophylaxie est rapportée par 241 patients (63 %), 144 patients ont pris plus ou moins régulièrement un antipaludique, essentiellement de la C, seule (37 %), ou associée au P (60 %), 31 n'ont pas répondu.

Parmi les 562 cas de *P. falciparum*, 48 patients déclarent avoir pris régulièrement C + P mais seuls 12 des 36 accès déclarés pendant cette chimioprophylaxie correspondent à une concentration plasmatique de C ou de P effi-

cace (7 contaminés dans un pays du groupe 2). En 1998-2001, 55 des 56 isolats de sujets en échec d'une prophylaxie correcte par le P (seul ou associé) présentaient la mutation ponctuelle S108N dans le gène de la DHFR contre 53 % parmi les 949 isolats de sujets sans prophylaxie de la même période. Dans 76 % des cas, aucun traitement n'est pris avant le diagnostic et le traitement prescrit, connu pour 405 cas de *P. falciparum*, est une monothérapie de quinine (60 %), d'halofantrine (20 %), ou de méfloquine (17 %), sauf dans 10 cas qui reçoivent une association d'antipaludiques. Un échec de l'halofantrine et un de la méfloquine sont associés à une résistance de la souche, aucun échec vrai de la quinine n'a été observé. Les fréquences de résistances ont été mesurées sur les isolats non sélectionnés par une chimioprophylaxie. La résistance *in vitro* à la C est de 30 sur 79 souches en 2001, fréquence inchangée depuis 1991 (44 % sur 835 souches). La résistance au P, de fréquence stable depuis 1996, est de 52 % sur 1389 souches. La résistance à l'association C + P est de 20 % (IC95 = 11-31 %) sur 75 souches en 2001. En 1996-2001, la proportion de résistance à C + P dans le groupe 2 (IC95 = 9,9-19) est moindre que dans le groupe 3 (IC95 = 30-47). Vingt et une souches sur 69 ont montré une résistance *in vitro* à l'atovaquone. Les chiffres observés sont remarquablement similaires à ceux des trois années précédentes, ce qui témoigne de la stabilité du comportement des résidents français voyageant en Afrique qui contractent une infection palustre et probablement de la stabilité des chimiorésistances dans les régions visitées. Les dosages évoquent que les renseignements d'interrogatoire des patients sont fréquemment erronés et/ou que l'autotraitement ou les prises prophylactiques irrégulières ne sont pas toujours déclarés. Il est estimé que 2 % des cas de cette étude avaient observé correctement une chimioprophylaxie adéquate. La grande fréquence du paludisme importé en France, consécutive au niveau élevé de transmission dans les régions visitées, est due à la mauvaise observance des mesures de prévention et non à leur inadéquation.

## Place des nouvelles associations dans la prophylaxie et le traitement du paludisme: Riamet® et Malarone®

D. CAMUS, E. DUTOIT et L. DELHAES  
Faculté de médecine de Lille et Institut Pasteur de Lille.

La diminution de l'efficacité des antipaludéens actuellement disponibles et l'absence de perspectives vaccinales concrètes dans un avenir immédiat incitent à privilégier la recherche de nouveaux médicaments. Riamet® et Malarone® sont deux nouvelles associations qui se présentent dans des formulations orales et qui sont indiquées dans le traitement curatif des accès palustres

simples dues à des souches de *Plasmodium falciparum* résistantes aux autres anti-paludiques. Tandis que l'utilisation de Riamet® est réservée au traitement curatif, Malarone® peut également être prescrit en chimioprophylaxie. Son activité reconnue contre les souches multirésistantes rend Malarone® utilisable par les voyageurs séjournant aussi bien en zone 2 qu'en zone 3, ce qui devrait faciliter le travail du prescripteur. Par ailleurs, la durée du traitement, limitée à 7 jours après le retour, rend cette présentation attractive et devrait permettre d'améliorer la compliance.

### Riamet®

Il associe, pour administration par voie orale, l'artéméthér et la luméfántrine.

L'artéméthér est un endoperoxyde du groupe des sesquiterpènes-lactones, appartenant à la famille des trioxanes, et qui selon toute probabilité agit par la production de radicaux libres de l'oxygène. L'artéméthér est actif sur le parasite en situation intra-érythrocytaire en raison de la formation du complexe artémisinine-hème dans la vacuole digestive du parasite. La caractéristique essentielle de l'artéméthér est sa rapidité d'action. Les études pharmacocinétiques montrent que les doses plasmatiques maximales sont atteintes rapidement, que la demi-vie est de l'ordre d'une quinzaine d'heures et que le métabolisme aboutit à la formation de déhydro-artémisinine qui possède une activité anti-parasitaire marquée.

La luméfántrine (ou benflumétol) présente une conformation proche de celle des aryl-amino-alcools, tels que la quinine, la méfloquine ou l'halofantrine. Sa structure laisse supposer que son mécanisme d'action serait assez proche de celui des autres anti-paludiques du même groupe avec une demi-vie d'environ 4-5 jours.

Le bien-fondé du développement d'un médicament associant artéméthér et luméfántrine repose sur un enchaînement logique d'arguments. Le paludisme dû à *Plasmodium falciparum* peut être mortel chez les sujets non-immuns, en particulier les enfants, et bien souvent dans un délai relativement bref après admission à l'hôpital. Il est vrai que la quinine reste le médicament de choix mais elle agit relativement lentement et elle s'est avérée inefficace dans un certain nombre de cas. Dans certaines contrées comme la Thaïlande, il existe des résistances importantes *in vivo* et *in vitro* vis à vis de la chloroquine, de la pyriméthamine-sulfadoxine, de la quinine, de l'halofantrine et de la méfloquine. Pour répondre à ce besoin de nouveaux médicaments, l'artémisinine et ses dérivés (artésunate et artéméthér) sont particulièrement intéressants mais il a été constaté que ces produits, lorsqu'ils sont utilisés seuls, sont à l'origine d'un taux important de rechutes à l'arrêt du traitement. L'idée a donc été de combiner ces molécules avec d'autres, capables d'assurer une élimination totale de la population parasitaire portée par le sujet infecté. L'association artémisinine-méfloquine répond à cet objectif mais devant la crain-

te de son inefficacité, en raison d'une augmentation prévisible de la résistance des parasites à la méfloquine, la recherche d'une nouvelle association s'est trouvée justifiée. L'association artéméther-luméfántrine, qui s'avère synergique, a ainsi été proposée et testée avec succès dans les accès aigus non-complicés dus à *P. falciparum*.

Riamet® (20 mg d'artéméther et 120 mg de luméfántrine par comprimé), réduit plus rapidement la parasitémie que la pyriméthamine-sulfadoxine, la méfloquine ou l'halofántrine, et la fièvre, que la méfloquine ou l'halofántrine. Il n'y a, par contre, pas de différence notable par rapport à l'association artésunate-méfloquine. Le suivi des patients pendant plusieurs semaines révèle une plus grande fréquence de la ré-apparition de parasites chez ceux traités par le Riamet® que dans les autres cas. Si il y a de vraies rechutes, les ré-apparitions de parasites sont, pour une large part, imputables à une ré-infection des sujets en raison d'une élimination relativement rapide de la luméfántrine. Le schéma consensuel optimal correspond à la prise de 6 cps, répétée 4 fois en 48 h (0, 8, 24 et 48ème heure). Riamet® est proposé pour le traitement des accès à *P. falciparum* résistants aux autres médicaments. La présentation en comprimés réduit la prescription aux formes non-complicées. Le Riamet® n'est pas proposé en prophylaxie.

La neurotoxicité des dérivés de l'artémisinine, d'une part, et la crainte d'une cardiotoxicité de la luméfántrine en raison de sa structure proche de celle de l'halofántrine, d'autre part, ont conduit plusieurs études concernant l'innocuité du Riamet®. Les troubles neurologiques n'apparaissent pas plus fréquents que ceux observés chez des patients en pleine crise de paludisme et traités par d'autres médicaments. Par ailleurs, toutes les études concordent pour affirmer une absence de cardiotoxicité de l'association artéméther-luméfántrine.

### Malarone®

Malarone® correspond à une association d'atovaquone et de proguanil.

L'atovaquone est une hydroxynaphtoquinone active sur *Plasmodium*, mais également sur *Pneumocystis* et *Toxoplasma*. Elle inhibe le transport des électrons au niveau mitochondrial en ciblant le complexe bc1 du cytochrome, elle diminue la biosynthèse des pyrimidines car celle-ci dépend du transport d'électrons via l'ubiquinone/ubiquinol et elle altère le potentiel de membrane au niveau des mitochondries. L'atovaquone agit sur les parasites en situation intra-érythrocytaire, y compris ceux résistants à d'autres antimalariques. Par ailleurs, il a été observé que l'atovaquone était active sur les formes intra hépatiques de *P. berghei* et de *P. falciparum*, ce qui laissait entrevoir la possibilité d'une utilisation en prophylaxie "causale".

Les essais expérimentaux ont montré une absence de résistance croisée avec les amino-4-quinoléines, les antifolates, la quinine et les amino-alcools. Les premiers essais chez l'homme ont démontré la rapidité d'action du pro-

duit puisqu'une clairance parasitaire et une nette régression des symptômes peuvent être obtenues après la prise d'une dose unique de 500 mg. Toutefois, même en augmentant les doses et la durée de prescription, un nombre de rechutes important était observé. L'on sait maintenant que ce phénomène est imputable à l'apparition d'une résistance du parasite à l'atovaquone en relation avec des mutations ponctuelles sur le gène du cytochrome b. Il était donc évident que l'atovaquone ne pourrait être utilisée qu'en association.

Une série de tests réalisés *in vitro* ont montré que si l'atovaquone et certains médicaments comme la méfloquine ou l'artésunate pouvaient avoir un effet antagoniste, d'autres associations révélaient un effet synergique, en particulier avec le proguanil.

Le proguanil est une biguanide qui est métabolisée en un composé actif: le cycloguanil, un inhibiteur puissant de la dihydrofolate-réductase (DHFR). Des mutations sur le gène de la DHFR peuvent aboutir à une résistance des parasites au cycloguanil; cependant, même dans ce cas, le proguanil garde une activité antiparasitaire probablement en raison d'un mécanisme de toxicité mitochondrial. Le proguanil est non seulement actif sur les parasites en situation intra-érythrocytaire mais également sur le stade hépatique et les gamétocytes.

L'association atovaquone-proguanil a été testée à différentes doses pour chacun des 2 produits, ce qui a permis d'observer que les isolats de parasites, provenant de sujets présentant une recrudescence de paludisme après traitement avec des doses insuffisantes, n'étaient pas devenus systématiquement résistants aux produits utilisés. Aux doses retenues pour la mise sur le marché de la Malarone® (1,000 mg d'atovaquone et 400 mg de chlorhydrate de proguanil, 1 fois/jour, 3 jours de suite chez l'adulte), l'efficacité thérapeutique globale est de plus de 98 % chez des patients infectés en Asie du Sud-Est, en Amérique du Sud ou en Afrique, et présentant des accès palustres non compliqués dus à *P. falciparum*. Dans les groupes témoins correspondants l'efficacité de la méfloquine était de 86 %, de l'amodiaquine de 85 % et de la chloroquine de 8 à 30 %. Par contre, une efficacité comparable a été obtenue avec la sulfadoxine-pyriméthamine, la quinine, la tétracycline ou l'halofántrine. Chez les patients traités par atovaquone-proguanil et pour lesquels une rechute a été observée 19 à 25 jours après le début du traitement, il ne peut être exclu qu'un certain nombre d'entre eux aient été réinfectés. Lorsque l'étude est menée chez des sujets qui ne peuvent être ré-infectés après traitement, il est intéressant de constater qu'aucun phénomène de recrudescence n'a été observé.

Des effets indésirables ont été observés avec une fréquence comparable dans les groupes correspondants traités avec d'autres médicaments, bien que des troubles gastro-intestinaux aient été plus fréquemment rapportés que lors de l'utilisation de l'halofántrine, chez des sujets infectés ne résidant pas en zone d'endémie.

Malarone® peut également être utilisée pour la chimioprophylaxie du paludisme. De nombreuses études ont d'abord été réalisées chez des sujets vivant en zone d'endémie où, sur un ensemble de 600 participants, l'efficacité prophylactique avoisinait les 98 %. Ces études ont été complétées d'observations effectuées chez des voyageurs se rendant occasionnellement en zone d'endémie, avec comme objectifs de confirmer l'efficacité du médicament dans des populations non-immunes, mais surtout d'évaluer la compliance. En effet, il est bien connu que tout événement indésirable que le voyageur/touriste impute à la prise d'une prophylaxie aboutit, le plus souvent, à une suspension de celle-ci, et donc à un risque accru de contracter un paludisme. Dans les deux études menées sur un total de plus de 2.000 voyageurs, la tolérance de l'association atovaquone-proguanil a été supérieure à celle de la méfloquine ou de l'association chloroquine-proguanil, avec une efficacité de 100 %. Par ailleurs, l'activité "causale" de la Malarone® permet de suspendre la prise du produit 7 jours après avoir quitté la zone d'endémie.

---

## Actualités du diagnostic biologique du paludisme des voyageurs

Marc THELLIER, CHU Pitié-Salpêtrière.

Le paludisme des voyages ou paludisme d'importation reste une maladie méconnue dont la prise en charge est souvent négligée tant par les voyageurs que, trop souvent encore, par le corps médical. Cependant cette maladie n'est ni rare ni anodine. En France métropolitaine, le paludisme n'est plus, par définition, une maladie rare puisque la barre des 5000 cas par an est dépassée depuis 1996. Le CNRMI fait état de 8062 cas pour l'année 2000. La fréquence et la sévérité des infections dues à *P. falciparum*, espèce responsable des formes graves et parfois mortelles de paludisme, rendent impératif un diagnostic biologique fiable et rapide. Ce diagnostic est à effectuer en urgence absolue à toute heure du jour et de la nuit. Le frottis sanguin mince (FSM) et la goutte épaisse (GE) prévus par la nomenclature (B100) sont les techniques de référence. Cependant la GE nécessite des microscopistes entraînés du fait des distorsions et des artefacts occasionnés par la lyse par choc osmotique des globules rouges (eau). Des améliorations de la GE ou de nouvelles techniques diagnostiques ont été proposées ces dernières années pour pallier ces inconvénients. La réalisation technique, les performances et les avantages et inconvénients d'une goutte épaisse rapide utilisant une lyse par une solution iso-osmotique à base de saponine et de formol, de techniques immunoenzymatiques sur bandelette pour la détection antigénique des différents *Plasmodium* et de différentes techniques de biologie moléculaire sont décrits et discutés.

## Paludisme d'importation chez l'enfant.

P BÉGUÉ & B. QUINET

Le paludisme importé de l'enfant représente 12 à 20 % des cas de paludisme en France d'après les données du centre national de référence des maladies d'importation (CNRMI).

L'accès palustre simple se distingue de la forme de l'adulte par la fréquence des signes digestifs et en particulier des vomissements (30 % dans une série de 70 cas à Trousseau). Ils justifient l'hospitalisation de tout accès palustre de l'enfant.

Les cas de paludismes d'importation de l'enfant ont nettement progressé en France. Les cas déclarés sont passés de 208 en 1995 à 495 en 1997 et les cas estimés de 655 à plus de 1000. Parallèlement, les cas de paludisme grave ont aussi progressé depuis 1998, justifiant de rechercher systématiquement les critères de gravité remis à jour en 2000 par l'OMS, avec une classification particulière pour l'enfant.

L'expérience rapportée montre l'importance actuelle de ces formes graves. De 1993 à 1998, aucun cas de forme grave n'avait été enregistré à l'hôpital Trousseau mais, à partir de 1998, on observe une augmentation des formes graves: 4 sur 41 cas en 1998, 7 sur 80 en 1999. En 1999, 80 cas de paludisme ont été diagnostiqués à l'hôpital A. Trousseau (Paris), dus à *Plasmodium falciparum* dans 87,5 % des cas, à *Plasmodium malariae* dans 12,6 % des cas, *Plasmodium ovale* dans 10 % des cas et *Plasmodium vivax* dans 6,3 %, avec 13 fois une association de deux *Plasmodium*. L'âge moyen des enfants était de 8,1 ans (3 mois à 15 ans). 60 venaient de l'Afrique de l'Ouest, 10 de l'Afrique centrale et 7 des Comores. 66 cas étaient des accès simples et 7 étaient des accès graves. Ces accès graves étaient 6 fois un neuropaludisme, associés cinq fois à une anémie à 5 g d'Hb/dL. Le septième cas était un syndrome de détresse respiratoire aiguë de type adulte et il est décédé. Les autres cas graves n'ont pas présenté de séquelles. Dans l'évolution, 8 rechutes se sont produites: 1 fois après un neuropaludisme, 6 fois après un accès simple dû à *Plasmodium falciparum* et 1 fois après un accès dû à *Plasmodium ovale*. La parasitémie était plus élevée que dans les cas des années précédentes (moyenne 3 %) et supérieure à 5 % dans 11 cas. La thérapeutique des accès simples par l'halofantrine en une seule cure a été à l'origine de 5 rechutes, faisant rediscuter la place de ce médicament. Enfin, aucun de ces enfants n'avait eu de prophylaxie antipalustre correcte (55/80 sans prophylaxie).

La recherche des signes de gravité adaptés à l'enfant doit donc être systématique et l'hospitalisation de tout accès palustre, même brève, est justifiée chez l'enfant dès que le diagnostic de paludisme est porté.

## PSYCHOPATHOLOGIE DU VOYAGE

Les textes des autres intervenants de cette session

P. MICHAUDEL, A. BRACCO et M. LEBORGNE seront publiés dans le numéro suivant de la *Lettre de la SMV*.

### Du voyage pathologique au voyage thérapeutique.

Dr Ch. RECASSENS

L'homme n'est ni tout à fait sédentaire, ni tout à fait nomade, voyager a toujours fait partie de sa vie, quels que soient les buts, vitaux, exploratoires, belliqueux, religieux, commerciaux, ou encore touristiques qu'il donne à ses déplacements. Si les récits épiques ont fait exister des héros accomplissant de longs voyages, en d'autres temps et dans certains lieux, le nomadisme et la vie errante ont été considéré comme vagabondage interdit par la loi. Encore aujourd'hui, les populations migrantes, nomades ou même sédentarisées après leur migration, font l'objet de réactions pour le moins ambivalentes. Comme si l'homme résistait à reconnaître sa part instable, son besoin d'horizons nouveaux, sa recherche incessante d'échanges, et préférerait parfois se convaincre que seuls le sol natal, la familiarité avec le semblable et l'endogamie étaient les garanties d'une existence paisible. Valeurs souvent défendues au prix d'une restriction de l'espace des échanges, des idées, et des richesses humaines dans leur diversité.

En voyageant, l'homme s'expose. Contrairement à l'idée conventionnelle selon laquelle nous nous enrichissons des expériences vécues au cours de nos voyages, Henri MICHAUX considère que nous nous y appauvrissons, entendons par là que le contact avec une autre langue, une autre culture, fragilise notre stabilité faite d'habitudes, d'évidences communes, fait vaciller la réalité telle que nous nous la représentons et nous impose de relativiser l'attachement à nos représentations. Nous sommes pauvres de nous, même quand nous découvrons l'étendue de notre ignorance et surtout de notre inexpérience du monde d'autrui, alors que nous pensions tenir dans notre moi quelque chose d'assez solide.

L'invention du tourisme a consisté à réduire l'importance de l'exposition du voyageur, à le protéger en lui assurant à la mesure de ses craintes un cadre plus ou moins contenant. On a ainsi transformé le voyage en objet de consommation socialement valorisé, dont on peut "profiter pleinement" et s'enrichir en consommant des "excursions", en rapportant des souvenirs, des objets, des photographies qui attestent de l'existence d'une autre réalité, mais tenue bien à distance de l'autre côté de l'objectif. Sur ce versant, le voyage relève bien d'une sorte d'enrichissement, un capi-

tal d'émotion et d'agrément, mais il s'éloigne de la dimension existentielle de "chemin à parcourir", à la rencontre de soi-même et d'autrui.

Les assurances de rapatriement font partie du cortège des protections du voyageur d'aujourd'hui et elles n'ont rien de superflu dans le domaine psychopathologique, même si les contrats sont souvent restrictifs pour ce type de trouble. Même protégé par l'organisation, l'accompagnement, l'encadrement, le voyageur touriste ou expatrié professionnel reste exposé à toutes sortes de mouvements subjectifs inattendus et à des décompensations psychopathologiques inscrites dans la signification même du voyage. L'homme peut connaître l'angoisse dans ses voyages mais il peut aussi être poussé à voyager parce qu'il angoisse là où il se trouve. L'homme peut déprimer durant ses voyages mais c'est aussi pour éviter ou surmonter une dépression qu'il peut entreprendre un voyage, un changement de mode de vie et de lieu de vie. L'homme peut délirer en parcourant le monde mais il peut aussi voyager pour des raisons initialement délirantes, c'est cela même qu'on appelle un voyage pathologique. Ces aliénés migrants, comme les nommait FOVILLE en 1875, ont été les fondateurs de la psychopathologie du voyage mais ils ne la résumèrent pas. On reste pourtant étonné de la rareté des publications et plus encore des études systématiques sur ce thème alors que les voyages se développent considérablement, que les situations cliniques rencontrées sont très diverses et que les problèmes pratiques de prise en charge sont conséquents.

S'intéresser à la psychopathologie du voyage nous amène à considérer le voyage au sens large pas seulement comme un événement auquel une personne réagit plus ou moins bien mais comme un projet, pris dans la dynamique propre d'une existence, participant à cette dynamique d'existence. Et observer que les troubles psychiques apparaissant loin de "chez soi" sont aussi ceux qui poussent parfois à s'éloigner de "chez soi" avec plus ou moins de réussite souligne que le voyage, déplacement du familier vers l'étranger, du connu vers l'inconnu, est au cœur de l'existence humaine comme une richesse née de la fragilité, et qu'il apparaîtra à nos yeux de médecins soit comme un symptôme soit comme un traitement, ou encore ne correspondant à rien de cela.

Pour notre pratique, nous avons à mettre en forme une sémiologie, une psychopathologie, et des réflexions thérapeutiques spécifiques: description des troubles rencontrés, rôle des facteurs "écologiques", spécificités cliniques liées à l'éloignement, attitudes thérapeutiques appropriées, aspects médico-légaux liés aux troubles du comportements à l'étranger, recherche de facteurs de risques, mesures de prévention,

de préparation psychologique, adaptation des conditions de vie à l'étranger, et nous discuterons plusieurs de ces points. Au delà de cette attitude raisonnée et nécessaire, le médecin s'intéressera à échanger avec le candidat au voyage sur ses dispositions au changement qu'il projette. L'expatriation dans le cadre du travail est une situation type où les enjeux professionnels résonnent avec les éléments de stabilité personnelle (famille, amis, habitus social). On mesure l'intérêt d'un temps de préparation pour de telles décisions et, dans certains cas, d'une évaluation des capacités d'adaptation à des contextes géographiques ou sociaux particuliers.

Les séjours touristiques sont, on l'a dit, placés sous le signe de l'agrément, du dépaysement et du plaisir. Ils remplissent heureusement cette fonction dans la majorité des cas. On ne doit pas en déduire que les voyages ont en toutes circonstances un "intérêt thérapeutique". Ne peut profiter d'un voyage que celui qui est disposé à se sentir bien, à éprouver des choses agréables. Ce n'est le cas ni pour un sujet déprimé ni pour une personne rongée par l'angoisse lors de son séjour. On ne prescrira donc pas l'exotisme comme remède à un effondrement dépressif ou à une personne extrêmement dépendante de ses liens d'attachement.

Au retour d'un voyage ou séjour professionnel marqué par une décompensation psychologique ou psychiatrique, il est important d'aider la personne à retrouver sa santé mais aussi sa confiance dans la possibilité de repartir et cela suppose un travail psychique pour reconsidérer l'expérience vécue, à distance de la souffrance aiguë qu'elle a provoquée.

## Psychopathologie parmi le personnel diplomatique.

R. DUREPAIRE

Avant de parler d'éventuelles différences entre les troubles psychiatriques présentés par des membres du personnel diplomatique et ceux rencontrés parmi les voyageurs "tout venant", les expatriés d'une grande entreprise et les volontaires des ONG, il faut présenter d'abord ce qui différencie ces patients. Le terme de personnel diplomatique recouvre une grande hétérogénéité de catégories socio-professionnelles, de statuts, de fonctions. Les postes d'affectation eux-mêmes sont très divers de par leur taille, l'importance du personnel, la localisation dans des pays parfois "hostiles". De même, ce personnel se différencie de l'expatrié traditionnel à des degrés plus ou moins importants par la contrainte à l'expatriation selon l'appartenance à certains "corps", l'absence de choix du poste imposé et du choix des collaborateurs, l'absence d'investissement affectif ou idéologique, les contacts souvent limités avec la population locale...

Pour les médecins dits "de prévention" qui ont en charge ces personnels, la diffé-

rence est assez marquée entre les troubles psychiatriques rencontrés à l'administration centrale et ceux qui sont présentés par nos agents à l'étranger. A l'Administration centrale prédominent les troubles chroniques, ceux qui se manifestent chez certains de façon récurrente, qui donnent lieu périodiquement lors de manifestations aiguës à des "remises à disposition du service du personnel", qui conduisent à terme à l'obtention de ces "congés de longue durée" bien connus des fonctionnaires, avant mise à la retraite ou licenciement

A l'étranger, tout ce qui ne perturbe pas de façon suffisamment probante le milieu socio-professionnel, ne paraît qu'en filigrane. L'importance de ces pathologies est mesurée par le nombre de rapatriements suscités, qui représente la part la plus importante de tous les rapatriements sanitaires (de 20% à 35% selon les années, plutôt en augmentation actuellement). Selon une étude récente de O. VERGELY sur 298 rapatriements répertoriés, 58 avaient des raisons psychiatriques avec 34 syndromes dépressifs, 7 bouffées délirantes, 7 troubles comportementaux liés à l'alcoolisme, 3 épisodes maniaques, 7 tentatives d'autolyse réelles ou alléguées... Le délai de survenue par rapport à la première expatriation est très variable (la moitié survenant lors du 1<sup>er</sup> séjour, le quart lors du second, 15% lors du 3<sup>ème</sup>... 1 lors du 7<sup>ème</sup> séjour après plus de 20 ans d'expatriation. Le continent de provenance le plus représenté est l'Afrique contrairement à la prédominance des décompensations asiatiques soulignée par certaines études (A. SAUTERAUD). Toutes les pathologies psychiatriques peuvent être présentées et rétrospectivement, par rapport à la visite d'aptitude précédant le départ, une classification grossière peut-être établie en opposant "l'imparable" (*raptus* anxieux ou *panic attack* des anglosaxons), au "prévisible" (antécédents avérés psychotiques ou névrotiques, sans problèmes patents depuis plusieurs années...) et au probable (décompensation de personnalités "limite" difficilement objectivables, fuite devant des problèmes familiaux ou financiers...). Enfin, les modalités du retour sont également particulières ; dans un nombre non négligeable de cas, le symptôme disparaît dès la rentrée en France, dans d'autres, les plus nombreuses, après une période de traitement, voire d'hospitalisation, la remise au travail, peut s'effectuer soit par la réintégration à l'administration centrale pour une durée plus ou moins longue (mise en observation ou "purgatoire" soit par une affectation dans un poste francophone peu éloigné, "poste hospital"...).

En conclusion, toutes les psychopathologies peuvent se manifester dans le milieu diplomatique comme dans tout groupement d'individu, de l'érotomanie aux grands syndromes bipolaires en passant par les réactions psychotiques transitoires ; le fait d'appartenir à une administration en modifie souvent la présentation et les conséquences.

## IMPACT DU COMPORTEMENT DES TOURISTES ET CLIENTS ÉTRANGERS SUR LES JEUNES PROSTITUÉ(E)S OU QUI VONT ÊTRE ENRÔLÉ(E)S DANS LA PROSTITUTION APRÈS AVOIR ÉTÉ VENDU(E)S.

F. PASNIK, AIDÉTOUS.

### Le Projet

**Objectif principal :** Organiser la lutte contre le tourisme sexuel impliquant les jeunes.

L'objectif d'Aidétous au Cambodge jusqu'à fin 2002, dans le cadre de ses enquêtes sur le tourisme sexuel, est de **déterminer l'impact du comportement des touristes et clients étrangers sur les populations locales en particulier sur les filles ou garçons prostitués, ou qui vont être enrôlés dans la prostitution sous la pression de l'offre des maffias et de la demande des touristes.** Ce projet s'inscrit dans un cadre plus global de mesure de l'impact du tourisme sur les populations qui est présenté chaque année à la SMV lors des AG depuis 1999.

A ce titre, AIDÉTOUS a conduit trois études (sous la forme de quatre enquêtes), chacune grâce à des partenariats officiels et informels.

- La première enquête commencée et terminée en 2000-2001 porte sur les pratiques et comportements sexuels des touristes et clients étrangers auprès des prostituées à Phnom Penh. Les données sont recueillies auprès de 1000 jeunes filles dans le centre de diagnostic et traitement pour les maladies sexuellement transmissibles de Psar Thmey géré par Médecins du monde (MDM) et Médecine de l'espoir Cambodge (MEC, association cambodgienne). Ces deux associations ont signé un contrat de partenariat nécessaire aussi bien à la conduite de l'enquête qu'à la fusion des questionnaires, à la saisie, au traitement des données, à l'analyse et à la réflexion.

- La seconde enquête, toujours en cours (2001-2002), est le fruit d'une collaboration informelle entre Médecins sans frontières (MSF) et KHEMARA (association cambodgienne). Il s'agit de deux études menées conjointement sur Svay Pak (Village de prostitution à 11 Km de Phnom Penh), sous la forme :

- de "Focus group", dans le but de mieux définir les comportements des touristes et clients étrangers dans le cadre de la prostitution et de faire de la prévention pour les MST/sida.



- d'un comptage au faciès de toute personne venant sur le site à des fins de consommation sexuelle et d'une enquête sur le comportement des clients dans ces "bordels" qui ont chacun une "spécialité". Cette étude permet de comparer la fréquentation du site par les touristes étrangers et par les cambodgiens afin d'en estimer l'importance et les conséquences.

• La troisième enquête, débutée en 2002, se réalise dans le cadre d'un partenariat avec Pharmaciens sans frontières (PSF). L'enquête est directement menée auprès des prostituées par les équipes mobiles cambodgiennes de PSF. La finalité est de déterminer la relation entre l'accroissement du tourisme sexuel (et des problèmes y afférant), avec l'accroissement du tourisme international. Il s'agit, entre autre, de déterminer la responsabilité des touristes à comportement pédophile sur l'âge d'entrée des enfants en prostitution.

D'autres enquêtes en cours seront présentées ultérieurement.

- L'équipe de AIDÉTOUS Cambodge participe aux files d'attente des consultations MST/SIDA, aux consultations avec les médecins et à tous les moyens visant à renforcer une prévention quotidienne de proximité auprès de jeunes prostitués. Elle contribue par ailleurs activement à mobiliser et sensibiliser dans les ministères et les coopérations internationales. L'équipe est aussi dans la rue, les bordels, les bars et les salons de massage, dans les villages d'origine des enfants vendus.

Ces phases de sensibilisation, d'enquête, d'étude et de restitution visent aussi à mobiliser, autour de cette urgence, de nombreux acteurs nationaux et internationaux pour la mise en œuvre de programmes de prévention, d'accompagnement et de renforcement de capacités.

## L'équipe

Depuis 2000, Frédéric THOMAS, économiste du tourisme, est le représentant salarié au Cambodge de AIDÉTOUS. Il est chargé de diriger l'équipe locale (animateurs, enquêteurs, superviseurs), de coordonner la mise en œuvre des projets sur le terrain et d'assurer le développement de nos activités. Il est soutenu par Roberto GARCIA, économiste senior, co-fondateur de AIDÉTOUS, actuellement en poste à Phnom Penh et par Florence PASNIK qui assure la coordination méthodologique du siège avec l'appui ponctuel des membres de AIDÉTOUS tels que Fabienne BEJANIN, Jean DEWAILLY, Yves CHARPAK, Frédéric SORGE. Toute l'équipe est bénévole.

Dans les villes de Phnom Penh et de Siem Reap, AIDÉTOUS a conduit, depuis 2000, plusieurs études et enquêtes médico-sociales, épidémiologiques et comportementales, en matière de tourisme sexuel, afin d'en comprendre les mécanismes en analysant le rôle des quatre pôles : l'industrie du tourisme qui favorise le tourisme sexuel, la pauvreté, qui réduit les familles à vendre leurs enfants,

les motivations et comportements des touristes, le rôle des autorités locales et des mafias. Ainsi, nous pouvons construire des projets et programmes concrets basés sur une connaissance précise des réalités du terrain.

Le prolongement de ces enquêtes s'inscrit, à présent, dans le cadre d'un partenariat enfin conclu entre AIDÉTOUS et l'UNICEF pour construire un programme de lutte contre le tourisme sexuel impliquant des enfants.

Nous collaborons avec toutes les ONG internationales que nous avons pu sensibiliser, notamment Médecins du monde, Médecins sans frontières et Pharmaciens sans frontières, mais aussi avec plusieurs associations locales (Khemara, Médecine de l'espoir...), dans le cadre de ces enquêtes et de programmes de prévention sur les maladies sexuellement transmissibles/sida.

## Le contexte

Au Cambodge, la prostitution est à 95% féminine et se présente principalement sous deux formes : directe et indirecte.

On estime que près de 15 000 filles travaillent dans des bordels en ville, et 20 000 comme prostituées indirectes (masseuses, danseuses, vendeuses de bière, filles des karaokés, couturières dans les industries textiles). Dans Phnom Penh, on estime à 1 000 le nombre de bordels sans compter les bars, les dancings, les boîtes et les karaokés.

### La loi est pourtant formelle :

- Article 46 : le commerce d'êtres humains, l'exploitation par la prostitution et l'obscurité qui affectent l'image des femmes doivent être prohibés.

- Article 48 : l'état doit protéger les droits des enfants comme stipulés dans la convention des droits de l'enfant. En particulier, le droit de vivre, d'éducation, de protection en temps de guerre et de l'exploitation sexuelle ou économique.

La pauvreté est toujours mise en avant comme facteur d'exploitation (revenu moyen annuel par personne : 25 Euros / 160 F, officiellement 1 enfant sur 6 travaillent).

L'OMS estime que presque les deux tiers des prostituées au Cambodge sont séropositives, que 170 000 personnes sont séropositives en 2000, que 80 000 morts sont enregistrés depuis l'apparition de l'épidémie et que le pays compte déjà 6000 orphelins du SIDA.

D'autre part, selon le ministère de la santé vietnamien, environ 20 000 vietnamiennes travaillent comme prostituées au Cambodge et la moitié contracteront le virus avant de retourner définitivement dans leur pays. La plupart des filles des zones rurales qui arrivent sur Phnom Penh sont vierges. Les traditions de certains hommes concernant le maintien de la jeunesse et l'épidémie VIH/SIDA ont rendu les vierges extrêmement désirables aussi bien pour la clientèle asiatique que touristique.

Alors que l'exploitation sexuelle des enfants restait donc principalement asiatique, le phénomène est en forte augmentation au Cambodge avec une demande touristique en augmentation qu'AIDÉTOUS tente de quantifier.

## Les hypothèses

Concernant l'influence de la demande sexuelle des touristes sur la prostitution :

- o La demande des touristes fait augmenter le nombre de prostituées,
- o La demande des touristes renforce la productivité exigée par les proxénètes de leurs prostituées,
- o La demande des touristes pour satisfaire leur fantasme de déflorer un(e) vierge accroît le nombre de jeunes filles, jeunes garçons et d'enfants entrant dans la prostitution,
- o La demande des touristes pour des relations sexuelles sans préservatif et sans risque de contamination par le VIH, impose l'entrée de toujours plus d'enfants dans la prostitution.

## Les résultats d'une enquête

Dans le cadre de la troisième enquête, débutée en 2002 dans 3 districts de Phnom Penh, les activités se déroulent sur les lieux de prostitution accessibles aussi bien par des touristes que des résidents.

L'unité mobile de PSF prend en charges 384 prostituées pour le suivi MST/sida. Environ 150 jeunes filles ont été vendues pour être déflorées et sont restées depuis dans le milieu de la prostitution. L'enquête AIDÉTOUS porte sur ces 150 jeunes.

Sur 94 déjà interrogées depuis 2002, la moyenne d'âge est de 16,5 ans, 80% des filles étaient mineures au moment du dépeçage, elles ont perdu leur virginité dans 36,2 des cas avec des touristes, parmi les clients, il y avait 8 français, 1 seul client sur 94 a porté un préservatif.

## Collaboration SMV - Aidétous

Nous proposons à la SMV d'animer une commission sur l'impact du tourisme sur la santé des populations hôtes dont le thème prioritaire pourrait être "*la lutte contre le tourisme sexuel impliquant les jeunes*", afin de développer un partenariat technique.

Nous remercions l'équipe de la SMV de ANGERS pour l'organisation d'une journée sur ce thème prévue en octobre 2002 et pour son invitation.

Nous sollicitons une aide d'urgence en terme financier pour financer le poste de responsable des enquêtes sur place, pour que nos actions se poursuivent.

Avec tous nos remerciements pour votre écoute.

Florence PASNIK

Aidétous, 25 bd Poniatowski 75012 Paris

Tél : 01 43 44 97 01

Email : aidetous@wanadoo.fr

## Organisation du premier Certificat international de médecine des voyages.

L'ISTM organise un examen international, en vue de l'obtention d'un diplôme de médecine des voyages (traduction approximative de l'anglais " *Certificate in Travel Health* "). Il s'agira d'un contrôle de connaissances, par QCMs (en anglais), couvrant les différents aspects de la médecine des voyages, les prescriptions et conseils avant le départ, la prise en charge (diagnostique) des pathologies du retour. Les questions ont été rédigées par un Comité international. Cet examen est ouvert à tous les professionnels de santé diplômés, médecins, infirmier(e)s, pharmaciens. Il aura lieu le 7 mai, la veille de l'ouverture de la 8<sup>ème</sup> Conférence de l'ISTM, qui se tiendra à New-York du 7 au 11 mai 2003.

Si vous êtes intéressé par l'obtention de ce diplôme international, informez notre Secrétaire générale, le Dr C. GOUJON.

## Comptes rendus de colloques

### " Travel and Epidemics ", 3<sup>ème</sup> Conférence européenne sur la Médecine des Voyages, Florence 15-18 mai 2002, rapportée par M. REY.

Cueillies parmi les 92 communications présentées aux 600 participants, quelques informations succinctes :

- présentée par R. STEFFEN, une enquête a été réalisée par le European Travel Health Advisory Board (ETHAB) auprès de 600 voyageurs, interrogés à leur départ pour des destinations " à risque " dans 3 aéroports (Londres-Heathrow, Paris-Roissy, Munich). Il s'agissait de touristes pour les 2/3 d'entre eux. Seulement 57% des 200 voyageurs interviewés à Roissy avaient consulté avant leur départ (leur médecin de famille surtout, ou un centre spécialisé, ou un pharmacien) ;

- le **vaccin contre l'hépatite A** confirme sa remarquable immunogénicité (P. VAN DAMME, B. CONNOR) : d'après 9 études, ayant rassemblé 1694 adultes volontaires, 79% étaient protégés au 14<sup>ème</sup> jour après la 1<sup>ère</sup> dose, 99% au 19<sup>ème</sup> jour. Considérant que la durée moyenne d'incubation de l'hépatite A est de 4 semaines, et que la vaccination rapide d'une communauté autour d'un cas suffit à éviter une épidémie, il est admis qu'une seule dose de vaccin est efficace même après exposition. On peut donc protéger les voyageurs en leur injectant la 1<sup>ère</sup> dose de vaccin juste avant leur départ, voire à leur retour, juste après une éventuelle exposition. La durée de la protection obtenue par la réponse primaire est telle que la 2<sup>ème</sup> dose, conseillée en principe 6 à 12 mois plus tard, mais souvent oubliée, reste efficace même si elle n'est faite que 4 à 6 ans après la 1<sup>ère</sup>, et induirait une protection très durable, de 20 à 25 ans. La vaccination des enfants voyageurs est conseillée, même si l'hépatite A est chez eux généralement bénigne, voire asymptomatique. En effet, quand ils reviennent de voyage infectés – et contagieux – ils peuvent être à l'origine d'épidémies dans leur entourage, étant donné la réceptivité croissante de nos enfants, adolescents et jeunes adultes ;

- le **paludisme importé** en Europe (12.000 cas annuels recensés, dont 60 décès, certainement très sous-évalués) est dû à *P. falciparum* dans 80% des cas (F. CASTELLI). 63 cas de paludisme d'aéroport (dont 24 en France) ont été recensés depuis 1969. Le réseau TropNet Europe a recueilli 884 observations en 2001, au retour d'Afrique sub-saharienne pour la plupart. 3/4 des cas sont survenus en l'absence de prophylaxie. En Angleterre, on estime à 3 à 4.000 le nombre de cas importés annuellement (R. BEHRENS). Les voyageurs sont mal informés, deux sur trois ne prennent pas de prophylaxie, ou l'appliquent mal, ou l'interrompent. Un tiers au moins du temps de la consultation avant le départ doit être dévolu à la prévention du paludisme. A Londres, la majorité des cas importés concernent des immigrés ou des descendants d'immigrés. chez eux, le risque de paludisme acquis en voyage est 74 fois plus élevé que chez les britanniques d'origine caucasienne (D. BRADLEY) ;

- La **menace de bioterrorisme** <sup>(1)</sup> s'est renforcée depuis le 11 septembre 2001. Les maladies infectieuses les plus propices à un usage criminel sont le charbon, la variole, le botulisme, la peste, la tularémie, certaines fièvres hémorragiques (S. OSTROFF). Le charbon (anthrax), zoonose endémique chez les herbivores, encore très répandue dans le monde, a été volontairement distribué par courrier postal aux USA en octobre-novembre 2001. Les 22 cas humains observés (11 par inhalation, 11 cutanés), dont 5 cas mortels, ont mobilisé 200 professionnels du CDC, motivé l'antibioprophyllaxie de 30.000 personnes, et entraîné l'analyse bactériologique de 121.000 prélèvements (R. KHABBAZ). La souche incriminée serait finalement américaine ;

- le **manuel OMS " Voyage et santé "** change sa présentation et son contenu. L'édition 2002, disponible sur CD-Rom, dont la version française est annoncée, se présente comme un véritable ouvrage de Médecine des voyages (L. MARTINEZ).

- l'**enquête SMV** conduite en France en 2001 auprès des pharmaciens d'officine, a été présentée par F. SORGE, et a suscité beaucoup d'intérêt chez nos collègues européens.

(1) au moment de mettre sous presse, nous apprenons (par le *Monde* du 04-07) que la souche d'anthrax a été identifiée comme étant celle de l'Institut de recherche de l'armée américaine (Fort Detrick), qui avait été distribuée dans plusieurs autres laboratoires. Le FBI recherche l'expert biologiste américain supposé être l'auteur de cet acte bioterroriste...

### 24 juin 2002, séance de la Société de pathologie exotique, présidée par le

Pr. R. DEDONDER, directeur honoraire de l'Institut Pasteur ; elle était organisée en liaison étroite avec le réseau international des Instituts Pasteur et Instituts associés et avait pour thème *Quelques points de rencontre*, rapportée par A. CHIPPAUX.

Les plupart des directeurs des Instituts du Réseau, dont plusieurs sont membres de l'Assemblée de l'Institut Pasteur (qui s'est réunie le lendemain 25) étaient présents.

Y. ROTIVEL a rappelé quelques propositions en matière de surveillance et de prophylaxie de la **rage humaine**. La rage cause encore, dans le monde, plusieurs dizaines de milliers de morts par an, bien qu'on puisse la prévenir et la traiter (avant l'apparition des signes cliniques) par la vaccination. C'est une maladie de la pauvreté et des jeunes. L'exposition à un chien aboutit à 94 % des traitements. En France, aucun cas de rage humaine autochtone n'a été observé depuis 1924, mais depuis l'apparition de la rage vulpine dans le nord – est en 1968, on a rapporté 19 cas de rage importée (dont 7 de 1991 à 2001). La mise en place du programme de vaccination orale de la faune sauvage a permis d'éliminer la rage des carnivores terrestres non volants en 10 ans. Y. ROTIVEL a également décrit un protocole de vaccination antirabique par voie intradermique multisites qui assurerait de substantielles économies. Enfin a été présenté le logiciel vaccilab, outil de surveillance et de gestion des vaccinations antirabiques qui équipe les centres français depuis 1992.

M. MOCK a ensuite remis à jour nos connaissances sur la **maladie du charbon**, toxi-infection mox, affectant surtout le bétail, due à une bactérie Gram + sporulante, à laquelle sont sensibles les humains qui se contaminent essentiellement au contact d'animaux infectés. *B. anthracis* produit deux toxines (létale et oedématogène) composées de trois protéines et dont l'organisation structurale et fonctionnelle a été largement élucidée ces dernières années. Des outils moléculaires permettent la détection spécifique du bacille parmi des *Bacillus* apparentés ont été mis au point, ouvrant des perspectives nouvelles dans l'étude phylogénétique du groupe. Pour être efficace, l'antibiothérapie doit être précoce. On distingue deux types de vaccins : un vaccin vétérinaire, vivant atténué qui a fait ses preuves dans le contrôle du charbon animal et un vaccin humain, acellulaire, dont l'efficacité reste incertaine.



**Epidemic Meningococcal Disease**

**and Travel**, by AJ POLLAND & DR

ELIM. *J Travel Med* 2002; 9 : 29-33.

« méningocoque » a une incidence mondiale annuelle d'environ 500 000 cas. Sur les 89 épidémies recensées par les auteurs de 1970 à 2000, 65 ont concerné l'Afrique, essentiellement tropicale. Les voyageurs sont rarement victimes de méningite à méningocoque : l'étude de KOCH et STEFFEN a calculé une incidence dans les pays hyperendémiques de 0,4 cas par million de voyageurs et par mois, à rapprocher de l'incidence moyenne des pays industrialisés (cas annuel pour 100 000 h). Comme l'a montré une étude népalaise, les voyageurs exposés sont ceux qui ont séjourné en contact étroit avec la population : sur les 1500 cas observés dans la région de Kathmandu de 1982 à 1984, 6 ont concerné des voyageurs, qui étaient tous des étrangers, mêlés à la population locale, ayant séjourné dans des chambres d'hôte ou sous tente. Deux d'entre eux sont morts de septicémie en > 24h. Mais les voyageurs les plus exposés sont de loin les pèlerins de La Mecque, où l'incidence a atteint 2 p 1000, lors de l'épidémie de 1987, due à une souche asiatique de

Méningo A. Les auteurs résument les indications relativement limitées de la vaccination des voyageurs par les vaccins polysaccharidiques A-C ou ACYW135 actuellement disponibles, et annoncent la préparation de vaccins conjugués, qui pourraient permettre la vaccination de routine des populations particulièrement exposées aux épidémies.

**Zoonoses parasitaires transmises par la chair animale en France**, par J DUPOUY-CAMET & T. ANCELLE. *La Lettre de l'Infectiologue*, 2002; XVII, 5: 143-7.

Les Français ont une propension à consommer de la chair animale crue ou peu cuite, cette consommation étant à l'origine de plusieurs parasitoses. La consommation de viande crue ou peu cuite expose à la toxoplasmose, la trichinellose, la taeniasis. La toxoplasmose, généralement bénigne, peut être gravissime quand elle affecte la femme enceinte non prémunie (risque de foetopathie) ou certains immunodéprimés, dont les sidéens, chez lesquels elle provoque des abcès du cerveau. La trichinellose se contracte en France surtout par la consommation de viande de cheval, importée, qui a été la cause d'épidémies spectaculaires, mais aussi de

dans un bateau à air conditionné et pendant les activités de pêche elles-mêmes, il portait des vêtements imprégnés de " DEET ". Il n'avait pas été vacciné contre la fièvre jaune et ne prenait aucune chimioprophylaxie contre le paludisme. Seuls huit de ses compagnons ont fait état d'une vaccination antiamarile valable (plus de 10 jours, moins de 10 ans avant l'arrivée à Manaus), trois avaient des antécédents vaccinaux incorrects (respectivement : plus de 30 ans, 11 ans, 5 jours avant l'arrivée à Manaus), les autres n'étaient pas vaccinés. Trois seulement des 15 voyageurs prenaient une chimioprophylaxie antipaludéenne.

- Trois autres cas de fièvre jaune mortelle chez des non vaccinés, tous trois contractés dans la région amazonienne (deux au Brésil, une au Venezuela) avaient déjà été signalés aux USA au cours des dernières années.

- Juillet 1996 (2) Décès à Bâle (Suisse) d'un touriste suisse ayant contracté une FJ au cours d'un séjour de courte durée dans la région de Manaus (Brésil). Il n'était pas vacciné.

- Août 1996 (3). Décès aux USA d'un touriste US ayant contracté une FJ au cours d'un voyage au Brésil comportant un séjour de 9 jours le long de l'Amazone et du Rio Negro. Ce voyageur n'avait pas été vacciné.

- Septembre 1999 (4). Décès en Californie d'un touriste américain ayant contracté une FJ au cours d'un voyage de dix jours dans une zone amazonienne du sud du Venezuela (région de Canaima dans l'Etat de Bolivar). Il n'était pas vacciné contre la maladie, à la différence de ses cinq compagnons de voyage, restés indemnes (4).

Nous rappelons que selon une information Promed du 8 juillet 2001 (voir notre dépêche du 18/07/2001), les autorités sanitaires brésiliennes engageaient vivement les voyageurs à destination de la région amazonienne et de ses zones adjacentes à l'Est à se faire vacciner contre la fièvre jaune, en raison d'une circulation " avérée " du virus amaril. Cette région n'est pas cependant la seule région à risque. Doivent être considérés comme à risque les Etats et régions suivantes : nord-ouest du Rio Grande do Sul (épidémie de fièvre jaune simienne de mars à mai 2001), Parana, nord de l'Etat de São Paulo, Mato Grosso, District fédéral, nord et centre-ouest de Minas Gerais (une cinquantaine de cas humains en février-mars 2001; un cas humain en janvier 2001), Amazonas, Acre,

sanglier, dans le midi, et de porc, à l'étranger. Le taeniasis d'origine bovine reste fréquent en France : 130 000 cas par an. Les parasitoses liées à la consommation de poisson cru (bothriocéphalose, anisakidose) sont beaucoup plus rares.

**Waterborne Outbreak of Norwalk-like Virus Gastro-enteritis at a Tourist Resort, Italy**, by D. BOCCIA et al. *Emerging Infectious Diseases* 2002; 8-6: 563-8.

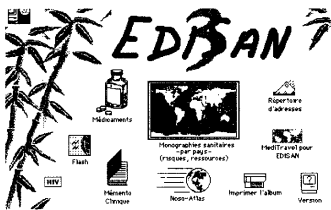
Une épidémie de gastroentérite aiguë a éclaté en juin 2002 dans un établissement touristique du golfe de Tarente, dans le sud de l'Italie. 344 cas ont été dénombrés dont 69 parmi le personnel. Le taux d'incidence a été de 10 % par semaine chez les touristes et de 38 % chez le personnel, atteignant 51 % chez les employés impliqués dans les sports nautiques. L'analyse épidémiologique a identifié deux facteurs de risque : l'usage des douches de plage et la consommation de boissons avec glace. Les 30 prélèvements effectués, dont 28 prélèvements de selles, ont permis d'identifier par PCR une souche de virus Norwalk-like. L'épidémie semble avoir été provoquée par la contamination fécale accidentelle de l'eau du robinet.

Rondonia, Para, Amapa, Maranhao, Tocantins, ouest de Bahia, sud de Piaui. L'Etat de Roraima devrait probablement être ajouté à cette liste. Le Brésil est un des sept Etats d'Amérique où sont observés des cas de fièvre jaune humaine. L'ensemble des sept Etats en ont déclaré 3 116 pour la période 1985-2001 (5), avec la distribution suivante : Pérou : 1 817 (58,3 %); la Bolivie : 654 (21 %); Brésil : 453 (14,5 %); Equateur : 93 (2,9 %); Colombie 80 (2,5 %); Venezuela : 18 (0,57 %); Guyane française : 1 cas en 1998 (0,03 %). Au Brésil et pour la période indiquée (1985-2001), les années les plus actives pour la fièvre jaune humaine ont été 1993 (83 cas) et 1998-2001 (respectivement : 34, 76, 85, 38 cas).

Pour les voyageurs à destination de l'Amérique du Sud arrivant de zones non endémiques, seule la Guyane française exige la vaccination à l'entrée dans le pays. Pour toutes les autres destinations à risque d'Amérique du Sud (les pays cités, auxquels il faut ajouter le Guyana, le Surinam, Trinidad et Tobago, et la province de Darién du Panama), la vaccination antiamarile, bien que non exigée, est nécessaire. Bien que les régions endémiques d'Amérique n'aient pas connu de fièvre jaune de type " urbain " depuis les années 40 (6), une telle éventualité ne serait pas impossible car les vecteurs *ad hoc* *Aedes aegypti* et *Aedes albopictus* sont présents (7) dans maintes zones urbaines d'Amérique du Sud voisines des foyers selvatiques de fièvre jaune. Ils y sont parfois impliqués dans des épidémies de dengue (8).

Sources :

- 1- HALL P, FOJTASEK M, PETTIGROVE J, SISLEY N, PENTUE J. Fatal yellow fever in a traveler returning from Amazonas, Brazil, 2002. *MMWR*, 2002; 51 (15): 324-5.
- 2- Notre dépêche du 7 juillet 1996.
- 3- MCFARLAND JM, BADDOUR LM, NELSON JE, ELKINS SK, CRAVEN RB et al. Imported yellow fever in a United States Citizen. *Clin Infect Dis*, 1997; 25: 1143-7.
- 4- SCHWARTZ F, DRACH F, GUYROY ME, OLSON J, RABBAN J et al. Fatal yellow fever in a traveler returning from Venezuela. *MMWR*, 2000; 49 (14): 303-5.
- 5- Pan American Health Organization (PAHO). Yellow fever: number of cases and deaths notified to PAHO, 1985-2002. 17/03/2002.
- 6- Update of yellow fever in the Americas. *Epidemiological bulletin PAHO*, June 2000; 21 (12).
- 7- BARROS MLB, BOECKEN G. Jungle yellow fever in the Central Amazonas. *Lancet*, 1996; 348 (9032): 969-70.
- 8- Edison



**lundi 23 avril 2002, nouveau cas de fièvre jaune aux USA chez un voyageur revenant d'Amazonie**

Un Américain du Texas âgé de 45 ans est décédé de fièvre jaune (FJ) trois jours après son retour d'un voyage au Brésil au cours duquel il avait effectué la partie de pêche d'une durée de 6 jours sur le Rio Negro, à l'Ouest de Manaus (Etat d'Amazonas) (1). Durée de l'incubation non précisée. Retour du Brésil le 10 mars 2002. Hospitalisation deux jours à l'hôpital, alors qu'il en était au 6ème jour d'un syndrome algo-fébrile (douleurs abdominales, céphalées) avec vomissements. Pas de données rapportées d'examen physique. Anémie (Hb: 10,5 g/dl); leucopénie (GB: 2500/mm<sup>3</sup>); thrombopénie (plaquettes: 36000/mm<sup>3</sup>); temps de prothrombine: 29 c (normale 10,5 - 13); créatininémie: 5,5 mg/dl (normale: 0,6 - 2); ALAT: 7600 U/l, ASAT: 13700 U/l. Sérologies des arboviroses d'Amérique du Sud, y compris fièvre jaune (YF) négatives au 2ème jour de la maladie en IgM et IgG, mais aux 4ème, 5ème et 7ème jours, des sérums se sont montrés positifs en PCR pour le virus amaril. Tentative infructueuse de diagnostic de la maladie par isolement du virus négative. Recherche de paludisme négative, hémocultures négatives. Trois jours après l'admission: état de choc, convulsions, myocardiopathie avec points de ponction veineuse. Décès le lendemain, soit au 10<sup>ème</sup> jour de la maladie. L'examen d'un prélèvement de foie post mortem a montré une nécrose hépatocellulaire aciculaire avec réaction inflammatoire modérée; des tests immunohistochimiques utilisant une réaction de groupe pour les virus ont été positifs. Un prélèvement sanguin post mortem a été négatif pour la recherche d'anticorps IgG et IgM vis-à-vis de *ptospira*, du virus Machupo et des *Arenavirus* du nouveau-Monde.

Le voyageur faisait partie d'un groupe de 15 Américains ayant effectué le même voyage au Brésil. Au cours de la partie de pêche, il dormait

### **Mercredi 24 avril 2002, Grèce, petite épidémie de myocardites chez des enfants.**

Le Ministre de la santé de Grèce a annoncé hier (mardi 23 avril) que toutes les écoles du pays seraient fermées à partir de ce jour (mercredi 24 avril) jusqu'à la fin de la semaine, en raison d'un nombre croissant d'infections virales à manifestations cardiaques (myocardites, myopéricardites) qui suggèrent que l'on se trouve peut-être au début d'une épidémie. Les écoles resteront ainsi fermées jusqu'à la fin des deux semaines de vacances qui débutent normalement lundi prochain. Jusqu'ici, 35 cas de ce type d'infection sont survenus dans le pays, dont 3 mortels (2 en Crète, 1 dans le nord-ouest du pays). Treize cas, non mortels, sont survenus à Athènes. La Macédoine et la Thrace sont les seules régions à n'avoir pas, à ce jour, rapporté de cas.

Selon des informations recueillies sur place auprès d'un de nos correspondants, un virus Coxsackie pourrait être à l'origine de cette petite épidémie d'infections survenant chez des enfants. La fermeture des écoles, quelques jours avant les congés de printemps, est une mesure de prudence.

Sources :

- Agence de presse
- Correspondant Edisan

### **Vendredi 26 avril 2002, paludisme, Etat de Rio (Brésil)**

Les autorités sanitaires du Brésil viennent de faire état d'un cas de paludisme autochtone dans l'Etat de Rio. Il a concerné un résident d'Angra dos Reis qui venait de passer deux semaines sur un chantier de construction à la "Praia de Sonho" de Parati. Une enquête menée sur place n'a pas permis de trouver de moustique vecteur. Ce cas est resté isolé. On signale par ailleurs qu'un cas de paludisme importé dû à *Plasmodium vivax* est survenu récemment à Parati chez un jeune Argentin qui revenait d'Amazonie brésilienne. Il se serait agi d'une rechute d'un paludisme mixte dû à *P. falciparum* et *P. vivax* traité peu auparavant dans l'Etat de São Paulo. Le lien avec le cas autochtone, évoqué par certains, n'est pas clair. Quelques autres cas de paludisme autochtone avaient été signalés dans l'Etat de Rio au cours des années passées: en 1997 à Lumiar; en 1998: à Cachoeiras de Macacu, Nova Friburgo, Teresópolis, Angra dos Reis. La région touchée est une région de forêt atlantique où il existerait un foyer de paludisme simien chez le singe *Alouatta*.

La nature des *Plasmodium* en cause dans les cas humains autochtones n'est pas précisée. Il s'agit vraisemblablement de *Plasmodium vivax*.

Ces observations n'impliquent pas la nécessité d'une chimioprophylaxie antipaludéenne pour les voyageurs se rendant dans cette région, mais simplement des mesures de protection contre les piqûres de moustiques.

Source: Promed, 20 avril 2002

### **Lundi 29 avril 2002, Ross River Fever en Tasmanie (Australie)**

Quatre-vingts cas de Ross River Fever sont survenus dans le sud de la Tasmanie depuis le début de l'année, dont trente depuis la mi-avril, soit une incidence sept fois plus élevée que celle de l'année dernière pour la même période. Une très forte pluviosité, favorable à la multiplication des moustiques vecteurs du virus, semble en cause. Les régions côtières orientales, du nord au sud, les régions côtières du sud d'Adélaïde, de Perth sont, avec la Tasmanie, les principales régions à risque. Fait inhabituel, une petite épidémie avait frappé en juin 1997 la ville et les faubourgs de Sydney. En janvier 2001, des cas ont été signalés au nord du pays, dans la région de Darwin.

Si l'Australie est le principal foyer de cette arbovirose, elle est aussi signalée dans de nombreuses autres îles du Pacifique: Cook, Fidji, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Salomon, Samoa, Cook, Nouvelle-Calédonie, Wallis et Futuna.

Le principal vecteur du virus Ross River, un alpha-virus, est *Aedes vigilax*. Les régions côtières et, à l'in-

terieur des terres, le voisinage des rivières, sont propices à la transmission du virus.

Ross River, qui a donné son nom au virus, est une rivière, avec une petite agglomération du même nom, très proche de Townsville (Queensland).

Des mammifères animaux servent d'hôtes naturels au virus, notamment des marsupiaux (kangourous, wallabies). Des anticorps sont aussi trouvés chez de nombreuses espèces animales: bétail, chiens, chauves-souris, rongeurs. En période épidémique, l'espèce humaine se comporte elle-même en réservoir.

Le virus Ross River est responsable d'une polyarthrite fébrile épidémique. Les manifestations articulaires vont d'arthralgies passagères à des manifestations d'arthralgies ou arthritiques durables (plusieurs semaines ou mois). Au début de la maladie, dont l'incubation varie de 3 à 21 jours, 50 % des malades ont une éruption cutanée d'une durée approximative d'une semaine. Beaucoup d'infections restent asymptomatiques.

Prévention: protection anti-moustiques.

Source: Promed, 27 avril 2002

### **Lundi 29 avril 2002, dengue en Thaïlande, et notamment sur l'île de Ko Phangan**

La Thaïlande signale 10494 cas de dengue pour les trois premiers mois de l'année, incidence légèrement supérieure à celle de l'année dernière. Toutes les régions du pays sont touchées, y compris Bangkok (1845 cas).

Dans le sud, l'île de Ko Phangan est un foyer actuellement très actif. Au cours des dix derniers jours, sur sept touristes allemands revenant de Thaïlande qui ont été hospitalisés pour une éruption fébrile à Munich, et pour lesquels le diagnostic de dengue a été confirmé par IgM (le septième résultat est en attente), cinq avaient séjourné sur l'île Ko Phangan (carte). Plusieurs autres cas de dengue seraient

signalés sur l'île elle-même. À Cologne, ce sont trois touristes qui présentent un tableau de dengue au retour de Ko Phangan, à Berlin, deux. D'autres cas de dengue contractés à Ko Phangan au cours des dernières semaines sont aussi rapportés par Israël (17 cas), dont les touristes fréquentent volontiers cette île, et par l'Australie (nombre de cas non précisés). Les cas contractés à Ko Phangan sont particuliers dans la mesure où ils surviennent en dehors de la période épidémique habituelle pour la région, qui est plutôt celle de la saison des pluies, qui va de juillet à novembre.

Le réseau de surveillance de maladies d'importation TropNetEurop, qui relate tous ces cas, signale avoir noté depuis novembre dernier une augmentation significative des cas de dengue importés de Thaïlande.

Source: Promed, 19 avril 2002, 26 avril 2002.

### **Jeudi 2 mai 2002, Brésil. État de São Paulo. Paludisme autochtone.**

La Direction générale de la Santé de l'Etat de São Paulo confirme qu'un cas autochtone de paludisme est survenu au mois de mars à Cananéia (325 km environ au sud de São Paulo). Chaque année, une vingtaine de cas sont signalés dans la région, couverte par la forêt de la Serra do Mar qui court le long de la côte atlantique. Cette forêt est le siège d'un foyer de paludisme simien. Tantôt étiologiquement comme *Plasmodium vivax*, plus rarement comme *P. malariae*, le parasite identifié dans les cas humains serait en réalité *P. simiae* ou *P. brazilianum*, deux agents de ce paludisme simien. Il n'y a pas de transmission de paludisme en milieu urbain sur cette côte atlantique. Les rares cas de paludisme autochtone signalés sont contractés dans la forêt par des résidents ou des touristes.

Voir aussi notre dépêche du 19 avril sur le cas de paludisme de Parati (Etat de Rio).

Source: Promed, 15 et 19 avril 2002

### **Jeudi 2 mai 2002, Brésil, Rio de Janeiro. Dengue.**

Voir nos dépêches des 28 janvier 2002, 19 février 2002, 5 mars 2002.

L'épidémie de dengue qui a frappé le Brésil - et tout spécialement l'Etat et la ville de Rio - depuis le début de l'année est sur le déclin (under control').

Au total plus de 150000 cas de dengue, dont une cinquantaine mortels, ont été observés au cours de cette épidémie. Alors que 100000 cas de la maladie avaient été décomptés en mars, il n'y en a eu que 6000 pour les deux premières semaines d'avril.

De janvier au 18 avril, 92381 cas de dengue ont été notifiés pour la seule ville de Rio, avec 18 décès pour 521 cas de dengue hémorragique.

Source: Promed, 19 et 26 avril 2002

### **Jeudi 2 mai 2002, Grèce. Myocardites.**

Voir notre dépêche du 24 avril 2002

Il est confirmé qu'un virus Coxsackie B est responsable de l'épidémie de myocardites signalées en Grèce depuis quelques semaines, épidémie qui a motivé une fermeture anticipée des écoles et des universités quelques jours avant les vacances de printemps. Du 1<sup>er</sup> mars au 28 avril: 39 cas de ce type d'infection ont été décomptés, la plupart observés à Athènes. Les décès, survenus au début du mois d'avril, étaient des décès d'adultes. Cliniquement: syndrome algofébrile, avec troubles respiratoires et atteinte myocardiopathique ou myopéricarditique.

L'OMS précise le 26 avril que cette épidémie ne justifie aucune restriction sur le tourisme ou le commerce avec la Grèce.

Sources ::

Promed, 24-25-26 au 26 avril 2002, 1<sup>er</sup> mai 2002.

OMS, 25 au 26 avril 2002.

### **Mardi 7 mai 2002, Burkina Faso.**

#### **Méningites à méningocoque W135**

L'épidémie actuelle de méningite à méningocoque a débuté à la fin du mois de janvier. L'épidémie s'est étendue à 29 des 53 districts du pays, avec une population à risque de 7 millions d'habitants. Au 28 avril, les autorités sanitaires du pays ont signalé un nombre total de 11899 cas de méningite, dont 1368 mortels. L'acmé de l'épidémie s'est située au cours de la 1<sup>ère</sup> semaine d'avril. Le réseau de surveillance bactériologique a reçu 504 prélèvements au cours de l'épidémie: 175 ont donné des résultats positifs, dont 147 pour le séro-groupe W135 de *Neisseria meningitidis*, 8 pour le séro-groupe A, 5 positifs pour A + W135, 13 pour *Streptococcus pneumoniae*, 2 pour *Haemophilus influenzae*.

Selon l'OMS, l'émergence de *N. meningitidis* séro-groupe W135 comme souche épidémique en Afrique constitue un nouveau défi pour la lutte contre les épidémies en raison de la pénurie possible de vaccin approprié en cas de besoin urgent et important. Comme les centres collaborateurs de l'OMS ont aussi isolé dans un passé récent plusieurs souches de *N. meningitidis* W135 dans des cas sporadiques d'autres pays africains (Algérie, Cameroun, République centrafricaine, Sénégal et Tchad), ou au cours des dernières épidémies au Niger et en Gambie, on ne peut exclure que des épidémies de méningococcie dues au séro-groupe W135 surviennent au cours de la prochaine saison épidémique. L'OMS souhaite qu'une collaboration internationale s'établisse au plus tôt pour résoudre le problème d'approvisionnement en vaccin W135.

Sources :

- Méningococcie. Séro-groupe W135. Burkina Faso.

Rapport préliminaire 2002. *Rel épidémiol hebdom OMS*, 2002; 77 (18): 152-5.

- OMS, 6 mai 2002

- Notre dépêche du 29 mars 2002.

### **Mardi 7 mai 2002, Ghana.**

#### **Méningocoques du séro-groupe X.**

Si, malgré les données récentes concernant la circulation du méningocoque W135 en Afrique, les méningocoques du séro-groupe A sont restés le plus souvent en cause dans les épidémies subsahariennes de méningites observées au cours des dernières années, les observations suivantes apportent une information supplémentaire sur la diversification des sérogroupes de méningocoques en circula-

ion dans cette région. Une surveillance sur le portage de méningocoques conduite dans le district de Cassana-Nankana du Nord-Ghana (population : 140 000 habitants) en 1998-2000 a noté une baisse progressive du portage de méningocoques A (3 % en 1998, absence en 2000) et une augmentation régulière du portage du méningocoque X : après une apparition pendant la saison sèche de 1999, une forte croissance du portage de ce sérotype a été observée en 2000, atteignant 17,8 % sur l'échantillon de la population testée (53/298), cette augmentation coïncidant avec une petite épidémie qui lui était liée. Il est possible que la campagne de vaccination massive antiméningococcique A + C menée en 1997 et 1998 dans cette zone géographique ait favorisé l'émergence du méningocoque X. Une circulation du méningocoque X dans la zone de la ceinture de méningite avait déjà été signalée au Niger en 1999.

Sources :

GAGNEUX SP.- Prospective study of a serogroup X *Neisseria meningitidis* outbreak in Northern Ghana. *J Infect Dis*, 2002; **185** (5) : 618-26. Edisan.

### Lundi 27 mai 2002, la fièvre hémorragique avec syndrome rénal (FHSR) en Slovénie et dans les Balkans

De janvier à mai 2002, 8 cas de FHSR dont 3 récemment chez des militaires (2 hospitalisés à Maribor et un autre à Brezice) ont été observés en Slovénie. En Slovénie, où a été identifié pour la première fois en 1988 un variant des *Hantavirus* spécifique aux Balkans, le virus Dobrava, est un des pays de la région où cette affection est le plus souvent signalée, avec une incidence déclarée qui reste faible : environ 110 cas au cours des 50 dernières années ; et pour les dernières années : 4 en 1996, 1 en 1997, 5 en 1999, 8 en 2000, 4 en 1991 (sic).

En Bosnie a connu au cours des années passées des incidences plus importantes de ce syndrome : en 1994, 322 cas ; en 1996 : 300 cas chez des militaires et 350 chez des militaires bosniaques selon les sources officielles, alors que des données officielles faisaient état de chiffres 10 fois plus élevés. La distribution géographique de la maladie est non homogène sur ces territoires, en fonction de celle des rongeurs qui servent de réservoirs aux virus en cause. Pour la Bosnie, la région de Tuzla, au N.E. du pays, serait une des régions à plus haut risque. Pour les Balkans, des cas de FHSR ont été aussi observés dans le passé en Bulgarie, en Albanie, et Grèce.

**Virologie.** Deux variants des *Hantavirus* circulent dans les Balkans : - le virus Puumala (PUU), initialement isolé en Suède, présent en Scandinavie, en Europe jusqu'à l'Oural, et dans les Balkans ; c'est ce virus qui touche le quart nord-est de notre pays ; - le virus Dobrova (DOB), du nom d'une petite localité proche de Ljubljana, où il a été identifié pour la première fois en 1988 des poumons d'un mulot qui lui sert de réservoir. Le virus DOB est spécifique aux Balkans.

**Clinique.** Le virus PUU est responsable d'un syndrome clinique sans forte gravité, à létalité faible inférieure à 0,5 % : fièvre élevée avec céphalées et myalgies ; épistaxis, pétéchies de gravité modérée ; oligurie ; troubles de l'accommodation ou myopie aiguë (signe considéré en France comme quasi pathognomonique) ; hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles, thrombocytopenie (pouvant descendre jusqu'à 20 000/l) ; protéinurie et hématurie microscopique ; hypercréatininémie (350 à 450 µmol/l) ; augmentation modérée des transaminases. Le virus DOB est responsable d'une FHSR beaucoup plus grave dont la létalité peut atteindre 8 à 10 %. T. AVSIC-ZUPANC et coll. ont pu comparer les tableaux cliniques de 19 infections à DOB virus et de 12 infections à PUU virus hospitalisées à Novo Mesto en Slovénie de 1985 à 1995. Après un début algo-fébrile identique à celui de l'infection par le virus PUU, le tableau de l'infection à virus DOB se complète rapidement d'un état de choc avec oligoanurie et insuffisance rénale majeure (créatininémie supérieure à 600 µmol/l), hémorragies multiples cutanéo-

muqueuses ou viscérales, plaquettes effondrées, cytolysse hépatique généralement forte.

**Diagnostic et traitement.** Le diagnostic de toutes ces infections repose sur la recherche d'anticorps de type IgM vis-à-vis des différents types d'*Hantavirus*. Seul des traitements symptomatiques sont possibles.

**Epidémiologie et prévention.** Le virus PUU a pour réservoir un petit rongeur de forêts et de leurs lisières que l'on rencontre en Scandinavie, en Europe centrale, dans les Balkans : le campagnol roussâtre (*Clethrionomys glareolus*), reconnaissable à la teinte roussâtre de son pelage dorsal.

Le réservoir du virus DOB est *Apodemus flavicollis*, un petit mulot à collier jaune et à ventre blanc, présent en milieu forestier ou agricole.

Les infections correspondantes se contractent au contact des rongeurs, ou par inhalation d'aérosols contaminés par les urines de rongeurs infectés.

La prévention passe par la lutte contre les rongeurs - auxquels il faut éviter de fournir habitat (les deux réservoirs cités affectionnent les terriers de fortune) et nourriture dans l'environnement humain -, et par l'information. Les sujets le plus exposés sont ceux que leur profession peut conduire à des contacts étroits avec les réservoirs de virus, par exemple : les ouvriers forestiers pour le virus PUU, les militaires en mission ou opérations dans les régions à risque (comme cela a pu se produire récemment en Bosnie pour les virus PUU ou DOB), les agriculteurs des régions à risque, tous ceux qui dans ces mêmes régions vivent dans un contexte social difficile, parfois les touristes ruraux. En France, l'infection par *Hantavirus* (due au virus PUU) figure au tableau des maladies professionnelles pour les professions exposées au contact avec le virus.

Références :

- Promed : 1995 (19, 20 et 29/12) ; 1996 (4/1 et 4/3) ; 1999 (18 et 27/08) ; 2002 (12,13,14 et 15/05).

- Fièvre hémorragique avec syndrome rénal, Bosnie-Herzégovine. *Bull épidémiol hebdom* OMS, 1996; **71** (7).

- AVSIC-ZUPANC T, PETROVEC M, FURLAN P, KATS R, ELGH F, LUNDKVIST A. Hemorrhagic fever with renal syndrome in the Dolenjska Region of Slovenia- A 10-Year Survey. *Clin Infect Dis*, 1999; **28** : 860-5.

- ANTONADIS A, LEDUC JW, DANIEL-ALEXIOU

S. Clinical and epidemiological aspects of hemorrhagic fever with renal syndrome in Greece. *Eur J Epidemiol*, 1987; **3** : 295-301.

- ELTARI E, NUTI M, HASKO I, GINA A. Hemorrhagic fever with renal syndrome in a case of northern Albania. *Lancet*, 1987; **2**, 1211.

- CHUMAKOV M, SHINDAROV L, GAVRILOVSKAYA I, VASILENKO S, GORBACHKOVA E, KATZAROV G.

Seroepidemiology of hemorrhagic fever with renal syndrome in Bulgaria. *Acta Virol*, 1988; **32** : 261-6.

### Lundi 27 mai 2002, épidémie de leishmanioses cutanées à Kaboul (Afghanistan)

Depuis la fin des années 90, Kaboul connaissait une forte recrudescence de leishmanioses cutanées. Cette recrudescence s'est amplifiée aux dimensions d'une véritable épidémie depuis le début de l'année 2002 avec, selon l'OMS, 200 000 cas estimés (deux cents mille) depuis janvier dans la capitale de l'Afghanistan. On s'attend encore à une extension de l'épidémie au cours des mois à venir. Les ressources médicales sont très insuffisantes.

Il s'agit de la leishmaniose anthroponotique (réservoir humain) due à *Leishmania tropica*. Le vecteur est *Phlebotomus sergenti*.

Sources

- OMS, 23 mai 2002.

- Promed, 5 et 11 mai 2002

### Vendredi 14 juin 2002, peste au Malawi

Au 27 mai, les autorités sanitaires du Malawi ont rapporté que 71 cas de peste bubonique étaient survenus dans le district de Nsanje. Les premiers cas remontaient à la mi-avril. Vingt-six villages ont été touchés, dont 23 dans la région de Ndamera, très proche du Mozambique.

Cette région du Malawi et la région adjacente du

Mozambique (province de Mutarara) sont des zones d'enzootie pesteuse. Quelques cas humains auraient été aussi observés en avril dans la province de Mutarara du Mozambique.

Sources :

- Promed, 10 mai 2002

- OMS, 5 juin 2002

### Vendredi 14 juin 2002, virose Ebola au Congo

Quelques nouveaux cas confirmés de virose Ebola viennent de survenir au Congo dans le district de Mbomo (région de la Cuvette). Le premier cas a été signalé le 17 mai. Au 13 juin, le nombre total de cas se monte à 6 cas, dont 5 mortels.

Cette région avait déjà été récemment le siège d'une épidémie, qui portait aussi sur la région voisine du Gabon, de décembre à avril dernier. Pour le Congo, l'épidémie avait été de 32 cas dont 20 mortels ; pour le Gabon de 60 cas, dont 49 mortels.

Sources : OMS, 13 juin 2002

### Vendredi 28 juin 2002, France.

#### Recommandations sanitaires pour les voyageurs, BEH

La version 2002 des " *Recommandations sanitaires pour les voyageurs* ", éditée à l'intention des professionnels de santé par le groupe de travail Santé des voyageurs avec l'approbation du Conseil supérieur d'hygiène, a paru dans le *BEH* du 11 juin 2002.

La lire à :

<http://www.invs.sante.fr/beh/default.htm>

Quelques modifications concernent les conseils de prévention du paludisme.

Le Ghana, la Somalie, les provinces de Sabah et de Sarawak de l'Etat de Malaisie, sont maintenant classés dans le groupe 3 des résistances, au lieu de 2, avec les conséquences que cela entraîne pour la chimioprophylaxie du paludisme. En revanche, pour le Bangladesh seule la partie du sud-est reste dans le groupe 3, les autres régions du pays sont désormais classées en zone 2

Un nouveau paragraphe, par rapport aux versions des années antérieures, concerne des pays pour lesquels, " compte tenu de la faiblesse de transmission, [le groupe considère qu'] il est admissible de ne pas prendre de chimioprophylaxie quelle que soit la durée du séjour ".

Ces pays sont :

o pour l'Afrique : Algérie, Îles du Cap-Vert, Egypte, Maroc, Ile Maurice ;

o Asie : Arménie, Azerbaïdjan, Corée du Sud, Corée du Nord, Ouzbékistan, Turkménistan ;

o Proche et Moyen-Orient : Emirats Arabes Unis, Oman, Syrie, Turquie.

Le groupe ajoute qu' " il sera cependant indispensable d'être en mesure, dans les mois qui suivent le retour, de consulter en urgence en cas de fièvre ". A noter que jusqu'ici l'Oman était classé parmi les pays du groupe 2, avec un risque suffisamment faible pour justifier déjà dès 2001 l'abstention chimioprophylactique, quelle que soit la durée du séjour.

La place de l'atovaquone-proguanil (Malarone®) est précisée pour la chimioprophylaxie du paludisme dans les pays des groupes 2 ou 3, ainsi que celle du monohydrate de doxycycline, récemment commercialisé en France sous le nom de Doxypalu®, pour le groupe 3.

Pour l'utilisation du vaccin antiméningococcique tétravalent ACYW135, " dont l'usage est réservé aux centres de vaccination antimarilite en raison d'une disponibilité limitée ", il est précisé qu' " il doit être réservé aux voyageurs exposés se rendant dans une zone où le risque de méningite à méningocoque W135 est avéré ".

Source : BEH, 2002, n°24.

### Vendredi 28 juin 2002, dengue dans le Monde

Des activités assez importantes de la dengue sont signalées dans de nombreux pays d'Amérique centrale et d'Asie, notamment au Cambodge, en Malaisie, au Salvador, au Sri Lanka, au Venezuela, au Vietnam.

Source : Promed, 4-10-17-24/06/02.



**5 - 7 sept. 2002**  
9<sup>èmes</sup> actualités du  
Pharo  
Les urgences en milieu  
tropical

Renseignements: Secrétariat des  
9<sup>èmes</sup> actualités, IMTSSA, BP 46,  
13998 Marseille Armées  
Tél.: 04 91 15 01 44 / 46  
Fax: 04 91 15 01 46  
E-mail: imtssa.actus@wanadoo.fr  
Date de remise des propositions de  
communication (400 mots max.)  
30/04/02

**7 sept. 2002**  
12<sup>th</sup> annual scientific meeting  
of the SHEA  
Epidemiology & Public Health  
(Society for Healthcare epi-  
demiology of America)

Renseignements: SHEA,  
Meetings Department, 19 Mantua  
Road, Mount Royal, NJ 08061, USA.  
Tél.: 1 856 423 72 22, fax: 1 856 423 34 20



**8 - 12 sep.**  
**2002**  
Lisbonne,  
Portugal

**3<sup>rd</sup> European Congress on  
Tropical Medicine and  
International Health  
Tropical Medicine:  
a Global Challenge**

Langue: anglais  
Renseignements: K.I.T. GmbH,  
Convention and Incentive  
Organisation, Kurfürstendamm 71,  
D-10709 Berlin  
Tél.: + 49 30 24 60 33 01  
Fax: + 49 30 24 60 33 10  
Email: tropical2002@kit.de  
ip231874@ip.pt  
Web: www.kit.de/tropical2002

**27 - 28 septembre 2002**  
XVIII<sup>èmes</sup> Journées  
Scientifiques EPITER  
à la Fondation Mérieux,  
Veyrier-du-Lac (74), France

**Vendredi 27**  
Session de communications orales  
Présentation des posters  
Table ronde: l'élaboration d'une  
décision en santé publique.  
Modérateur: M. JOUAN  
Intervenants: D. SALMON, O. BORRAZ  
Conclusion et conférence de l'in-  
vite d'honneur, J.-F. GIRARD  
Thème: Prise de décision en santé  
publique

Atelier: Cohorte. Modérateur:  
Louis-Rachid SALMI  
Intervenant: Ch. LEWDEN,  
M. COLONNA  
Visite des posters  
Assemblée générale d'Epiter

**Samedi 28**  
Session de communications orales  
Table ronde: épidémiologie en  
médecine du travail  
Utilisation des données d'entre-  
prise: intérêt, éthique, faisabilité  
Modérateur: M. GOLDBERG  
Intervenants: F. DERRIENIC,  
P. DELL'ACCIO,  
Session de communications orales  
Renseignements: Secrétariat EPI-  
TER, 14 rue du Val d'Osne, 94415  
Saint-Maurice cedex, France  
Tél.: 01 43 96 65 08; Fax: 01 43 96  
65 18; E-mail: epiter@epiter.org



**19 octobre**  
**2002,**  
**Angers**

Réunion provinciale  
de la SMV

Programme en page 1  
Une mise à jour du programme,  
le bulletin d'inscription ainsi que  
les modalités d'accueil seront  
envoyés début septembre

**21 au 23 octobre 2002**  
**Shangai, Chine**

**4<sup>th</sup> Asia Pacific Travel Health  
Conference  
New Frontiers and  
Challenges**

Langue: anglais  
Malaria, Arboviruses, Diarrhéal  
Diseases, HIV ans STD, Vaccines,  
Emerging Inf. Dis., Travel Medicine  
Practice, Wilderness Medicine,  
Impact of Tourism on Host  
Countries, Medical Care in the Asia  
Pacific Region.  
Abstracts (deadline 10/09/02)  
Informations: Ms Zhou Yifan,  
Secretariat of AAPTHC, room 1705,  
N° 2669 Xie Tu Road  
Shangai 200030 Chine  
Tél.: 86 21 643 981 94 - Fax: 86  
21 643 981 93  
Email: apthc2002@sh163.net  
Web: www.2003APTHC.NET



**13 nov.**  
**2002, Paris**

Journée en hommage au  
Pr. M. BALTAZARD

Renseignements:  
SPE, 25 rue du Docteur Roux,  
75015 Paris. Fax: 01 45 66 44 85  
E-mail: socpatex@pasteur.fr  
Web:  
www.pasteur.fr/socpatex/pages

**15 nov. 2002, Paris**

XIII<sup>e</sup> journée de pharmacologie cli-  
nique Cochin - St-Vincent de Paul  
Amphithéâtre F. Coste, Hôpital  
Cochin

"Traitements antiparasitaires  
actuels de l'enfant et de l'adulte"  
27 rue du Fbg St Jacques, 75014 Paris

Dr J. LE BRAS (Bichat) - Les méca-  
nismes de résistance aux médi-  
caments antipaludéens  
Pr M. DANIS (Pitié-Salpêtrière) -  
Place des nouvelles associations  
médicamenteuses dans la stratégie  
thérapeutique du paludisme  
Pr J. DUPOUY-CAMET (Cochin) - Les  
difficultés de la prescription d'une  
prophylaxie antipalustre  
Dr Christian BURRI (Institut tropical  
suisse) - Perspectives dans le traite-  
ment de la trypanosomiase  
Dr Ph. MINODIER (Marseille) - Place  
des formulations lipidiques de  
l'amphotéricine B dans le traite-  
ment de la leishmaniose  
Pr D. GENDREL (St Vincent de Paul)  
Diarrhées parasitaires, malnutrition  
et immuno-dépression: traitements  
médicamenteux  
Dr D. RICHARD-LENOBLE (Tours).  
Place de l'ivermectine dans le traie-  
tement des filarioses  
Dr John HORTON (SKB, Londres-UK)  
Albendazole for the treatment of  
*echinococcus* and *cysticercosis*  
Pr E. CAUMES (Paris) - Traitement  
médical de la toxocarose et de la  
*larva migrans* cutanée ankylosto-  
mienne

Pr N.DUPIN (Tarnier) - Traitements  
actuels de la gale  
Organisateurs: Association  
Naturalia & Biologia, Groupe de  
Pathologie tropicale de la Société  
française de pédiatrie

Renseignements: Nadine PONS,  
Hôp. St Vincent de Paul, Scc de  
pharmacologie Clinique pédi-  
atrique Pr. PONS, 82 av. Denfert  
Rochereau, 75674 Paris Cedex 14  
Tél.: 33 (0) 1 40 48 82 22,  
Fax: 33 (0) 1 40 48 83 28  
Email: sec.giens@svp.ap-hop-paris.fr

**26 - 28 nov. 2002**  
**Anvers - Belgique**  
**44<sup>th</sup> annual Colloquium**  
**Institut de médecine tropicale**  
**Integration and Disease control**

The principal themes will be: the  
interaction of disease control pro-  
grammes with health services;  
concepts and models of integration;  
techniques for evaluating success  
or failure. AIDS, TB, malaria, sleep-  
ing sickness, leprosy, schistosom-  
iasis, and other diseases. A semi-  
nar 'Stigma and Discrimination' at  
the occasion of 'World AIDS day'  
2002 will immediately follow the  
colloquium and takes place on 29th  
of November.

Registration Fee: 200 E (get-to-  
gether included); 100 E Students  
Renseignements:  
Colloquium Secretariat, Danielle VAN  
MELLE Institut de médecine tropicale  
Prince Leopold, Nationalestraat 155,  
B-2000 Anvers, Belgique  
Tél.: +32 3 247 62 06  
Fax: +32 3 247 62 13  
Email: dvmelle@itg.be  
Web: www.itg.be/colloq2002

**5 - 8 déc. 2002**  
**La Romana,**  
**République Dominicaine**  
**Infections respiratoires**  
**virales**

Renseignements:  
The Macrae Group, 230 East 79th  
Street, Suite 8E, New York 10021  
Tél.: +212 988 7732  
Fax: +212 717 1222  
Email: macraegrp@btinternet.com



**7 - 11 mai 2003**  
**New York, Etats Unis**  
**CISTMS**

Marriott Marquis Hotel  
Renseignements:  
Talley Management Group, Inc, 19  
Mantua Road. Mt Royal, NJ08061  
Etats Unis  
Tél.: 856 423 7222 ext 218  
Fax: 856 423 3420  
Web: www.istm.org

**εμποριατρίε**  
**2002**

- stage de recyclage Signes (83) les  
19-20-21 septembre de midi à midi.
- stages intensifs Quérubi  
(Castelnou 66) les 7-8-9 novembre  
Secrétariat: 35, rue Sainte Philomène.  
31400 Toulouse. Tél.: 0561554597 -  
Fax: 0561554894  
ou 39, rue Claude Bernard 75005  
Paris. Tél.: 01 47 07 98 17  
Fax: 01 47 07 71 69  
E-mail: armengau@cict.fr

**La 6<sup>ème</sup> édition de**  
**Médecine des voyages.**  
**Guide SMV d'information**  
**et de conseils pratiques**  
**est parue le 20 juin 2002.**

Toute commande doit être  
faite auprès de l'éditeur:  
Fromat Utile, 30 rue de la  
Varenne, 94100 Saint Maur.  
Tél./Fax: 01 45 76 83 15.

**Tarif unitaire: 28 euros**  
**+ 6,10 euros de frais de port.**

**Courrier**  
**des lecteurs.**

**De Mme Geneviève SARAZIN**  
3, impasse Fontaine Marron  
64310 Biarritz.  
Fax: 05 59 54 52 32, tél.: 05 59 54 52 19,  
port: 06.10.200193

Parmi tous les sujets exposés lors de  
cette journée parisienne du 20 juin der-  
nier, la prostitution enfantine dans les  
pays pauvres, que dénoncent Florence  
PASNIK et l'association " AIDETOUS "  
m'a particulièrement intéressée, disons  
plutôt révoltée.

Comment accepter comme "des cou-  
tumes asiatiques", qui profitent bien  
aux touristes européens et en grande  
partie à nos touristes français, bons  
pères de famille, ces pratiques  
vicieuses et honteuses.

Les tolérer sous prétexte de "renaissan-  
ce économique pour les pays pauvres"  
paraît inconcevable. Elles sont à ce jour  
trop peu punies.

Cet esclavage tue moralement et phy-  
siquement près de deux millions d'en-  
fants des deux sexes, de huit ans d'âge  
pour beaucoup. Le sida et les autres  
maladies sexuellement transmissibles  
deviennent leur quotidien, sans com-  
pter la honte et l'écœurement; beaucoup  
d'entre eux, torturés, vivent l'enfer.

A nous tous d'aider à notre tour  
AIDETOUS.

Devenons adhérent par une contribu-  
tion financière. Celle ci servira à des  
plaquettes distribuées avant le départ,  
à des affiches posées dans les centres  
de voyage, tours opérateurs et autres, à  
des déplacements pour les observa-  
teurs, etc.

Mais aussi apportons-lui un simple  
soutien moral, organisons des  
réunions, donnons-lui des idées, la  
tâche est ingrate et démoralisante.

Trouvons-lui des partenaires, contac-  
tons les pouvoirs publics décideurs car  
la cause est urgente.

Enfin pourquoi pas, parallèlement,  
plus de cellules psychologiques dans  
les centres de vaccinations et de pré-  
vention, pour aider et soigner nos tou-  
ristes malades de leurs pratiques hon-  
teuses et dangereuses.