

LA LETTRE

de la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DES VOYAGES

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

N° 4
décembre 2002

SOMMAIRE

Editorial	1, 2
Réunion SMV Angers
Responsabilité du médecin	2
Télémédecine 2, 3
Foie et voyage 3
Séjours des touristes français à l'étranger en 2001 4, 5, 6
CR colloques 6, 7
Lu pour vous 8
Tourisme dans le monde	... 8
Edisan 8, 9, 10, 11
Informations, annonces	... 12
Courrier des lecteurs 12
Certificat international	... 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

EDITORIAL

Enfants de la rue. Enfants prostitués. Enfants adoptés.

• Le 20 novembre dernier, c'était la Journée mondiale des Droits de l'enfant. Journée célébrée dans une grande discrétion, bien que confrontée à un problème considérable. La moitié de l'humanité, dans les pays dits en développement, a moins de 15 ans. La plupart de ces enfants ont une vie difficile, voire très pénible. On estime que plus de 100 millions d'entre eux ne vont pas à l'école, que 250 millions travaillent, dans des conditions souvent proches de l'esclavage. Beaucoup sont malnutris, la plupart n'ont pas d'accès aux soins, 36 millions échapperaient à la vaccination. Si, dans les pays industrialisés, la condition des enfants paraît bien meilleure de nos jours, il n'est pas inutile de rappeler qu'elle pouvait être encore déplorable dans l'Europe du XIX^{ème} siècle et que, même aujourd'hui, il reste encore quelques progrès à faire.

• L'urbanisation galopante des pays du Sud, favorisée par l'exode rural et la pauvreté, contribue à jeter de nombreux enfants dans la rue. Signalé il y a un demi-siècle dans les grandes villes d'Amérique latine, le problème des enfants de la rue s'amplifie. Il explose en Afrique sub-saharienne, avec l'apparition des millions d'orphelins du SIDA. Voués à la mendicité et à la délinquance, confrontés à la violence, ces enfants ont une survie difficile. Les quelques ONG qui s'efforcent de leur venir en aide ne suffisent pas à compenser l'indifférence ou l'inefficacité des gouvernements.

• Dans tous les pays du monde, les enfants ont été et sont encore victimes d'abus sexuels, perpétrés le plus souvent en famille. Mais on assiste aujourd'hui au développement de la prostitution infantile, souvent organisée par des réseaux proxénètes, avec la complicité plus ou moins consciente de familles très démunies, les revenus du sexe étant généralement bien supérieurs à ceux de toute autre activité. Très active dans certains pays du Sud-Est asiatique, où elle semble avoir été largement facilitée par le tourisme international, la prostitution infantile s'implante dans bien d'autres pays pauvres, notamment autour des sites touristiques des Caraïbes et d'Afrique sub-saharienne. Les enfants prostitués, malmenés par leurs proxénètes, menacés par les MST et le SIDA, ont une espérance de vie notablement raccourcie.

suite page 2

La prochaine " Journée de printemps " de la SMV, et l'Assemblée générale ordinaire annuelle 2003

auront lieu à Paris le vendredi 21 mars 2003, de 9 à 17 h
à l'Hôpital Pitié-Salpêtrière, amphithéâtre de stomatologie.
47 Bd de l'hôpital, 75013 Paris

Programme préliminaire

9h-12h30. **Questions sur les vaccinations des voyageurs internationaux.**

1. Actualité de la fièvre jaune:

- les risques encourus en Afrique et ailleurs.
- la récente épidémie sénégalaise.
- inquiétudes sur les effets indésirables de la vaccination amarile.

2. Répondre au dénigrement médiatique de la vaccination contre l'hépatite B.

3. La vaccination antiméningococcique des voyageurs: problèmes actuels et perspectives

14h-15h30. **La menace bioterroriste**

- Quels risques? Quels moyens d'y faire face?
- Leçons tirées de la dissémination criminelle du charbon aux États-Unis en octobre 2001
- Comment répondre à une menace de variole?

15h30-17h. **Assemblée générale ordinaire**

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.

La question a fait l'objet d'un colloque tenu à Angers le 18 octobre dernier, la veille de la Journée d'automne de la SMV. Cette réunion a suscité la mise en place d'une collaboration de la SMV avec l'Association AIDÉTOUS, collaboration orientée

CHICOINE, pédiatre à Montréal, que la SMV avait eu le privilège d'écouter en mars 2000, a fait part de sa profonde expérience du problème, après avoir inauguré à Paris le portail

l'Hôpital PURPAN de Toulouse,

- le service de santé des gens de mer (Ministère des transports) chargé des visites d'aptitude des marins professionnels, des actions de prévention et de l'évolution des réglementations sanitaires,

- les CROSS responsables des opérations S. A. R (Search And Rescue), en étroite liaison avec le CCMM et les SAMU côtiers.

Tout type de navire, professionnel ou plaisancier peut avoir, gratuitement, recours au service de télé-médecine maritime, quelle que soit sa position en mer. Les pathologies prises en charge sont autant médicales (61 %) que traumatiques (37 %) ou toxiques (2 %).

À la suite de la téléconsultation, près de

Foie et voyages

Eric PICHARD - Angers

Les risques de maladies du foie chez les voyageurs sont fonction de la zone visitée et du terrain: jeune (HVA), femme enceinte (HVE grave), résident outre-mer (HVB), pêcheur/baigneur (leptospiroses), VIH (leishmaniose, tuberculose, pénicilliose, mycoses profondes) et pour tous: HVA, HVB, HVC, HVE, amœbose, arboviroses, rickettsioses, typhoïde, distomatoses...

La prévention des maladies du foie repose sur la vaccinations (HVA, HVB, FJ), les conseils concernant les risques féco-oraux

mer, du comportement, du coût local des vaccins, du dosage et des consultations. Le délai entre la 1^{ère} dose de vaccin HVA et le voyage est plus proche de 30 J que des 15 J recommandés par le fabricant. L'immunité est encore protectrice 4 à 6 ans après 1 dose d'Havrix1440®, même si les anticorps sont devenus indétectables avant une 2^{ème} injection.

Sept cas d'hépatite après vaccination contre la fièvre jaune, dont 6 mortels, ont été observés entre 1996 et 2001. Il s'agissait de 4 syndromes multiviscéraux chez des voyageurs américains âgés et de

Séjours des touristes français à l'étranger en 2001.

Abdel KHIATI, Bureau des études statistiques, de l'évaluation et des comptes économiques. Ministère du tourisme.

• Le voyage à l'étranger reste une expérience touristique peu répandue chez nos concitoyens, à la différence des pratiques dans d'autres grands pays émetteurs, notamment européens. Il est vrai que la France, première destination touristique mondiale, possède des attraits naturels variés qui séduisent tout autant la clientèle nationale qu'internationale. Depuis 1995, le poids des séjours à l'étranger évoluait timidement entre 9,5 % et 9,9 %, pour passer à un rythme à deux chiffres, 10,5 % pour l'année 2000 et 9,9 % pour 2001, un léger retrait par rapport à la même période de l'année précédente. L'année 2000 a atteint un niveau record avec 16,6 millions de séjours personnels à l'étranger générant 141,2 millions de nuitées (15,6 %), dont 132,7 millions pour le long séjour (94,0 %) et 8,4 millions pour le court séjour (6,0 %). La multiplication d'événements festifs à l'échelle mondiale a incité davantage les jeunes à voyager et à rester longtemps dans la destination de séjour, outre la proportion significative des destinations étrangères dont les monnaies n'augmentaient pas par rapport au franc comme le dollar, l'année 2001 a subi une timide diminution malgré les événements tragiques liés au 11 septembre, les Français ont effectué 17,25 millions de séjours à l'étranger dont 15,9 millions pour motif personnel.

vices et prestations à proposer aux touristes, pour maximiser leur bien-être durant le séjour, et les fidéliser pour les saisons à venir. Ces caractéristiques intrinsèques et extrinsèques se conjuguent conjointement pour que la France demeure la destination privilégiée de tout touriste.

• Depuis quelques années, de plus en plus de Français font part de leur attirance pour les destinations étrangères. Ce phénomène touche plus profondément les populations âgées, donc sans enfants à charge, et tend à s'étendre aux catégories moyennes et aux ouvriers. Sous l'effet de la dépréciation monétaire, l'offre touristique d'un certain nombre de destinations méditerranéennes voisines de la France ont amélioré leur position compétitive, devenant captive pour une partie de la clientèle française séjournant habituellement en France, en revanche les pays lointains font rêver les Français.

• Certaines des variables socio-démographiques traditionnellement utilisées pour décrire le profil des touristes ne s'avèrent pas être discriminantes pour ce qui concerne la consommation de séjours à l'étranger: les femmes sont toujours plus représentées que les hommes, quelle que soit la destination de voyage. En revanche, il ressort de l'analyse du profil des partants que certaines variables, plus que d'autres, prédis-

financier que représentent les enfants à charge, les plus de 50 ans ont un taux de départ à l'étranger supérieur à la moyenne. Le reste de la population varie selon les tranches, 14 % pour les plus jeunes 15-24 ans, 21 % pour les 25-34 ans et 26 % pour les 35-49 ans. Ces proportions sont souvent contrastées, dépendant de la richesse culturelle et naturelle des pays visités. L'Autriche est visitée majoritairement par 68 % des touristes âgés de 50 ans et plus, moins de jeunes en Afrique, à l'exception de l'Afrique du nord ; par contre l'Amérique reste leur destination de prédilection, les 15-24 ans représentent 31 % de la clientèle Française au Brésil attirée par des manifestations festives, genre carnaval et nouvelles tendances, et les 65 ans et plus n'y pèsent que 3 %. Quant au Pérou, les plus jeunes ne représentent que le 1/5^e de nos touristes, en revanche les 65 ans et plus sont de l'ordre de 47 % vraisemblablement intéressés par les vestiges des civilisations antiques.

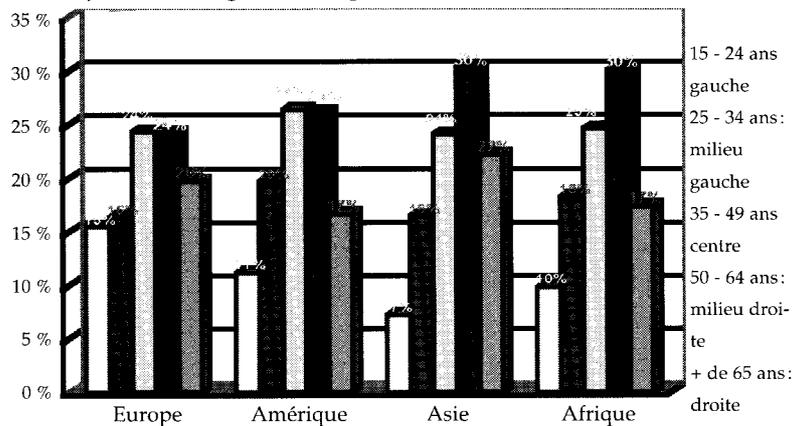
• La part des personnes vivant en couple s'est fortement accrue en sept ans. A l'origine de 38 % des séjours à l'étranger en 1995, ont généré 51,9 % du marché en 2001 : la part des "solitaires" est de 21,5 %, 21,1 % en groupe de 3 à 5 adultes, de 3,9 % de 6 à 10 adultes et 1,6 % pour les groupes de 10 adultes et plus. Autre trait caractéristique notable, la

- Si la parité semble être respectée pour les déplacements à l'étranger 48 % d'hommes et 52 % de femmes, ces proportions sont fortement bouleversées pour certains pays. A titre d'illustration, la clientèle masculine demeure majoritaire en Afrique, son poids est de l'ordre de 67 % en Namibie, au Gabon et au Kenya, cette part est encore plus forte en Malaisie et qui est de 80 %, par contre elle n'est que d'un tiers aux philippines, la Chine et le Costa Rica. Quant à la taille de l'agglomération, 19 % de ces déplacements sont effectués par des ruraux, 14 % par des touristes résidents dans des agglomérations de 2000 à 20000 habitants, 12 % issus d'agglomérations de 20000 à 100000 habitants, 31 % des agglomérations de 100000 habitants et plus, et 24 % en provenance de la région parisienne. Ces poids sont très contrastés selon les pays visités et la saison, à titre d'exemple, la clientèle française visitant le Vietnam provient à 36 % d'Ile de France et de 38 % des agglomérations de 100000 habitants et plus.

- La découverte d'une destination étrangère demeure dans de nombreux cas un déplacement touristique exceptionnel, ce qui incite à une plus grande mobilité et notamment à des séjours plus itinérants associant le plus souvent des étapes en milieu

urbain, les séjours en ville sont les plus prépondérants, avec une part de marché de 30 %, suivi de la campagne avec une part de 28 %, 23 % en espace mer, 12 % à la montagne particulièrement sans activités de ski, 3 % dans l'espace lac et 2 % pour l'espace autre, ce dernier traduit la désignation des espaces non identifiés dans le questionnaire, et qui sont ressentis par le panéliste en tant que tels (oasis, plaines pour safari, parc de loisirs, ...), la géographie atypique de certains pays révèle des proportions importantes de cet espace touristique, c'est le cas de la Jordanie avec 25 %, 44 % en Libye, 36 % en Egypte et le Kenya avec 21 %. Par contre en Europe et en Amérique du nord la ville reste l'espace le plus visité. Les villes, qui sont très souvent le lieu de concentration des produits culturels, drainant naturellement une grande part de la fréquentation que ce soit pour une simple étape de voyage ou pour tout un séjour. Les destinations long-courriers, de leur côté, imposent au touriste " la ville " comme lieu de passage obligé, les liaisons aériennes s'effectuant entre grandes métropoles. Les lacs occupent un rang remarquable pour certaines destinations atypiques, la part de cet espace en terme de fréquentation est de 30 % en Suisse, 27 % en Scandinavie, 18 % en Pologne, 22 % en Chine et en Corée 17 % aux Philippines

Séjours à l'étranger selon l'âge et le continent. 2001



et au Canada, 10 % en Tanzanie, 29 % en Bolivie, 20 % au Pérou et 42 % au Guatemala. Le poids des espaces lacs et autres varie selon la géographie de chaque pays, souvent exclus des réseaux routiers et loin de l'infrastructure aéroportuaire, rendant délicat leur accès pour les touristes, et pour les secours en cas d'accidents.

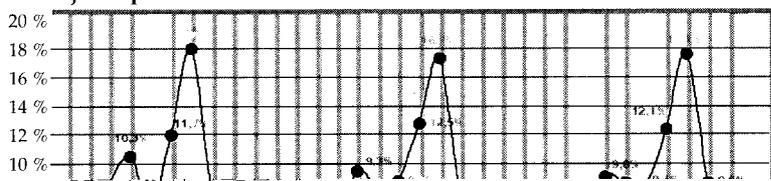
- Les séjours sont plus longs à l'étranger qu'en France et notamment pour les destinations les plus lointaines, la part du long séjour (4 nuitées et plus) en Europe occidentale est de 63 %, 74 % en Europe centrale-est, 90.7 % au Moyen orient, 90.1 % en Asie et de 93 % en Amérique.

- Globalement, 17 % des séjours sont effectués au mois d'août, 12 % en janvier, 5 % au mois de mars et de 6 à 9 % le reste de l'année 2001. Mais l'analyse de nos données, montre que les pays le plus visités, sont généralement des zones les plus ensoleillées, et pendant la saison d'été de cette zone, vraisemblablement la recherche du contraste reste le mobile principal de ces déplacements. A titre d'exemple, le Laos est visité à raison de 25 % de la fréquentation Française au mois de janvier, 38 % au mois de mars, quant à la Mauritanie, elle reçoit nos touristes à raison de 25 % aux mois de décembre et janvier et 50 % au mois d'avril, le pic de cette fréquentation le mois de janvier est de l'ordre de 33 % au Gabon, 50 % en Tanzanie, 50 % le mois de février au Togo. Le Kenya demeure la destination fidèle aux proportions des saisons, avec une mensualité de 9 % en juin, 27 % en février, 18 % en mars et cumul de 28 % pour octobre et novembre.

- Cette étude concise repose sur le suivi de la demande touristique des Français, panel mensuel, d'une importance numérique indéniable, composé de 20000 panélistes représentatifs de la population française, âgée de 15 ans et plus, selon les critères socio-démographiques usuels. Ce dispositif est mis en place par

Activités pratiquées à l'étranger 2001

Saisonnalité de la fréquentation touristique des Français pour les séjours personnels 1999-2001.



La Direction du tourisme pour les besoins de conjoncture. Les informations stratégiques qu'il peut fournir, déterminées par l'évaluation des flux de nos touristes à l'étranger, pourront faire l'objet de matières précieuses pour d'autres Séjours personnels selon la région de destination et composition du groupe 2001 :

agents de disciplines scientifiques ou d'autorités politiques, soucieux de l'intérêt et du bien être de nos concitoyens visitant des pays inscrites géographiquement dans des zones médicalement à risques, certaines destinations ne

sont pas dotées d'eau potable et/ou d'infrastructures hospitalières, rendant difficiles les procédures de logistique de rapatriement des touristes malades ou accidentés. La prolifération de certaines maladies infectieuses (le paludisme, la dengue, la fièvre jaune,...) , couvrant des zones plus vastes aux conditions thermiques spécifiques, convertiront nos touristes en cibles potentielles, et ultérieurement porteurs de contamination dans leur région d'origine. La collecte d'informations pertinentes sur le profil de touristes à visiter ces zones, pourrait aider les autorités compétentes à leur imposer des vaccins appropriés, et à reconstituer des stocks de sécurité de médicaments contre des maladies éradiquées en Europe ou importées de milieux exotiques.

Région réceptrice	Structure	1 adulte	2 adultes	3 à 5 adultes	6 à 10 adultes	+ de 10 adultes
Europe	6,3 %	22,2 %	47,6 %	22,6 %	4,1 %	3,5 %
Asie - Océanie	0,6 %	20,8 %	55,4 %	14,6 %	4,6 %	4,9 %
Afrique	1,8 %	20,9 %	53,1 %	18,9 %	4,6 %	2,7 %
Amérique	1,2 %	22,9 %	47,4 %	22,3 %	5,5 %	2,0 %
Total Étranger	9,8 %	21,9 %	49,0 %	21,4 %	4,4 %	3,2 %
Total France	90,1 %	21,5 %	52,2 %	21,0 %	3,5 %	1,7 %
Total monde	100,0 %	21,5 %	51,9 %	21,1 %	3,6 %	1,9 %

Source: Suivi de la demande touristique des Français/DSPES - Direction du tourisme

Abdel.khiati@tourisme.gouv.fr

Comptes rendus de colloques



9^{èmes} Actualités du Pharo (5 - 7 sept. 2002) Les urgences en milieu tropical,
2^{ème} partie, rapportée par A. CHIPPAUX.

La table ronde confrontant les points de vue des différents spécialistes concernés par les urgences en milieu tropical a été complétée par des conférences exposant les problèmes spécifiques de plusieurs États francophones d'Afrique de l'Ouest et du Centre.

F. BINAM (Cameroun), A. SIMAZUE (Gabon), M. CHOBLE (Bénin), F. EG (Nigéria) ont expliqué l'importance d'un service d'aide médicale d'urgence qui est actuellement en projet ou en cours de réalisation dans plusieurs États, dont le Bénin, le Nigéria, le Cameroun, en général sur le modèle français adapté aux conditions locales. Intégrant transport médicalisé, formation de praticiens spécialisés, acquisition d'équipements simples et robustes, entretien du matériel existant, on peut attendre du SAMU une réduction significative de la morbidité et de la mortalité, en particulier chez les enfants, les jeunes adultes, les femmes en couches; il permet en effet de rendre les soins de plus en plus accessibles, même dans les zones reculées. Bref, ce n'est pas un luxe, mais une nécessité.

De son côté, JP CARPENTIER a montré que le triage médical, déontologiquement inacceptable, est en fait souvent indispensable dans les conditions d'exercice quotidien, en raison de la disproportion entre besoins existants et moyens disponibles. Mais il est nécessaire de se baser sur une expérience médicale solide car on ne peut codifier les règles d'application.

21 au 24 octobre 2002 Shanghai, Chine

4th Asia Pacific Travel Health Conference New Frontiers and Challenge

Rapporté par F. SORGE

La délégation officielle du Bureau de la SMV a bravé les effets du jet-lag pour assister à la suite de la Journée nationale d'Angers (18/10/02), à la 4^{ème} Conférence Asie-Pacifique de médecine des voyages, qui s'est déroulée à Shanghai du 20 au 23 octobre 02.

De la Mongolie au nord, jusqu'à l'Australie au sud et du Pakistan à l'ouest, jusqu'aux îles Fidji à l'est, les populations asiatiques et pacifiques représentent 60 % de la population mondiale. Dans ces pays hôtes des voyageurs européens, américains, australiens et japonais, l'intérêt pour la santé de ces visiteurs "aisés" est un corollaire aux problèmes sanitaires liés aux migrations de population autochtones dont le volume est sans commune mesure avec les flux de voyageurs de pays développés (780 millions de "touristes" chinois en Chine). Les principaux sujets abordés concernaient l'actualité loco-régionale en pathologies des migrants: terrorisme, infections sexuellement transmissibles (IST & VIH), tuberculose, dengue, paludisme, encéphalite japonaise....

La précédente conférence biennale avait eu lieu à Bali. L'explosion dramatique récente qui s'y est produite a rappelé que le principal risque à éviter était la mort ou la blessure accidentelle. Le Dr R. STEPHEN a exposé brillamment la réflexion du groupe "B" Suisse et de l'OMS sur la préparation et la planification de la réponse à la menace Bioterroriste.

L'infection VIH est l'exemple le plus démonstratif de l'impact du "tourisme" sur la santé des populations hôtes. Le Dr PHANUPHAK P. a exposé la politique thaïlandaise de réduction des risques en matière des IST et à VIH en insistant sur son pragmatisme et sa précocité de mise en place dans l'histoire récente de l'épidémie (campagnes publiques d'information, utilisation systématique du condom par les travailleurs du sexe, dépistage anonyme et gratuit, moindre coût du traitement antiviral, AZT gratuit pour les femmes enceintes). La réduction de l'incidence des IST dont le VIH a été significative. Si le tourisme sexuel ou héroïnomaniaque sont officiellement dissuadés. Les visiteurs peuvent compter sur des professionnels du sexe sensibilisés et conscients, le double contrôle sérodiagnostique VIH du don de sang en cas de transfusion et des médecins expérimentés en traitement antiviral post exposition. En Chine, la prévalence des IST déclarées était de 860000 en 1999. La prévalence estimée d'infection VIH est de près d'un million en 2002. Elle devrait être multipliée par 10 en 2010, si aucune action appropriée est entreprise. Le mode de transmission prédominant tend à devenir la voie hétérosexuelle, avant le partage de matériel d'injection des usagers de drogues ou des patients des dispensaires. La transfusion de produits sanguins n'est pas encore sécurisée. Les 120 millions de chinois migrants dans le pays sont des populations à risque difficiles à informer et à sensibiliser à la prévention des IST.

JONES W a montré que le dépistage systématique de la tuberculose (radio de thorax) chez les vietnamiens candidats à l'immigration en Amérique du nord et en

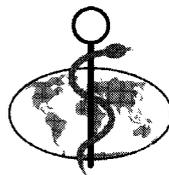
Australie a mis en évidence une prévalence de 1.4 % de tuberculose active. Ce qui, comparé au résultat du dépistage clinique (détection passive): 0.075 % de la population de la même région de Saïgon, a incité le gouvernement Vietnamien à améliorer les campagnes de sensibilisation et de dépistage de la tuberculose. L'Organisation internationale pour les migrations va soutenir cette stratégie dans les pays voisins dont la Chine (3.7 ‰ selon DUANMU H), qui sont au moins autant touchés par cette maladie contagieuse, également pour les voyageurs.

Les épidémies de dengue sont plus fréquentes depuis 4 ans et l'incidence des formes hémorragiques est en augmentation surtout dans le golf de Thaïlande, où son épidémiologie est bien étudiée (Thisyakorn U). Le taux d'attaque de la dengue chez les touristes israéliens est de 1,7 à 5 ‰ selon la saison (Torres J). Les formes graves concernent 8,8 % des européens recensés en 2002 par le réseau EuroTropnet (n = 180). L'entomologiste Norman GRATZ a insisté sur la protection antivectorielle, la seule mesure de prévention individuelle efficace contre la dengue.

L'influence des migrants dans l'épidémiologie du paludisme a été détaillé par le Dr Jeeraphat SRICHAISINTHOP. En particulier, les variations des différentes espèces plasmodiales diagnostiquées selon l'origine géographique des patients est convaincante. Le rapport *P. vivax* / *P. falciparum* est de 53 % sur 46 % chez les Thaïs, alors qu'il est de 30 % sur 70 % chez les étrangers: Birmans, Cambodgiens, Laotiens ...(cf. Mekong Malaria Forum n° 2; mai 1999). Les fron-

tières thaïlandaises sont des zones de grande mixité de parasites et d'antimalariques, qui sont particulièrement étudiés par les chercheurs. Ceux-ci y attestent de la multirésistance croissante due à *P. falciparum* aux antimalariques. Les protocoles de traitements des différents pays asiatiques présentés sont connus des lecteurs du Mekong Malaria Forum (n° 8; dec 2001). La pharmacopée antimalarique chinoise (artémisinine, pyronaridine, yinzhao...) a été explicitée par le Pr. Tang LINGHUA. En Thaïlande, la protection antivectorielle est la principale mesure conseillée aux voyageurs, d'autant qu'elle prévient également de la dengue durant la journée. La chimioprophylaxie n'est recommandée qu'au voyageur non-immun en cours séjours par doxycycline dans le cas général. En cas de fièvre, la consultation médicale est facilitée par un important réseau de cliniques où le traitement est habituellement orienté par le diagnostic microscopique, qui est gratuit. Le traitement de réserve est généralement soit artésunate, soit arthémé-

tion et le traitement des pathologies du voyageur dans ces pays. Souhaitons que les recherches de solutions thérapeutiques pour protéger les voyageurs des pays riches des maladies éndémo-épidémiques des pays en voie de développement puissent bénéficier également à ceux qui en subissent le plus lourd tribut.



COLLOQUE SPE, Journée en hommage

à Marcel BALTAZARD,

rapporté par A. CHIPPAUX

La journée organisée le 13 novembre 2002, en étroite liaison avec le Réseau des Instituts Pasteur et Instituts associés, comportait deux parties.

Le matin était consacré à un hommage à M. BALTAZARD. F. RODHAIN a choisi le typhus récurrent que M. BALTAZARD avait beaucoup étu-

diées par les Instituts Pasteur de Madagascar et de Nha Trang ont permis des avancées significatives dans le domaine de l'épidémiologie moléculaire et du diagnostic de la peste, avec d'une part l'identification de souches naturelles de *Y pestis* ayant acquis des gènes de résistance aux antibiotiques et d'autre part des approches de génomique fonctionnelle comparative pour identifier les cibles thérapeutiques et vaccinales dont nous avons besoin.

J.-B. DUCHEMIN a complété cet exposé en rappelant les principaux résultats des études sur les Hauts Plateaux de la Grande Île qui ont mis en lumière les caractéristiques épidémiologiques originales de la peste qui est d'implantation relativement récente (fin du XIX^{ème}).

A. FAYAZ a rappelé le rôle essentiel joué par M. BALTAZARD dans la

COLLOQUE SUR LE BIOTERRORISME

Cambrai 21-22
novembre 2002,

rapporté par M. REY

Organisé par le Haut comité français pour la défense civile, ce colloque a rassemblé les différentes directions et structures concernées par la lutte contre la menace bioterroriste (Ministères de la défense, de l'intérieur, de la santé, de la recherche, université, OMS). Le bioterrorisme, notamment par la dissémination volontaire de la peste ou de la variole, chez l'ennemi du moment, a déjà sévi à plusieurs reprises au cours de l'histoire. Les infections et toxi-infections considérées actuellement comme les plus dangereuses (liste A) sont la variole, le charbon, la peste, le botulisme et la tularémie. Cette menace s'amplifie et s'accélère avec le développement des biotechnologies, du génie génétique, de la communication électronique.

Lu pour vous, par M. REY

Tackling the perceptions of health risk in young volunteers overseas, by FJ COOKE et al. *J Travel Med* 2002; 9: 279-80

Quarante neuf jeunes volontaires britanniques ont été interrogés, avant leur départ outremer, et après 12 mois de séjour, sur leur perception des risques sanitaires encourus. Avant leur départ, les trois risques cités en tête étaient les gastro-entérites (98 %), le paludisme et sa prophylaxie (85 %) et les problèmes parasitaires (41 %).

Incidence and precipitating factors of morbidity among Israeli travelers abroad, by L WINER & M. ALKAN, *J Travel Med* 2002; 9: 227-32

200 voyageurs ont été interviewés par téléphone à leur retour d'un pays en développement (Est-Asie: 120, Amérique du Sud: 60, Afrique: 20). Leur âge moyen était de 26,4 ans, la durée moyenne de leur séjour de 14,7 semaines. La plupart ont voyagé individuellement, seuls ou plus souvent avec un ami.

Augmentation du paludisme d'importation à Rennes: étude épidémiologique et analyse de la chimio-prophylaxie et des traitements curatifs, par P. TATTEVIN et al. *Méd Mal Inf.* 2002; 32: 418-26

80 cas de paludisme d'importation ont été observés chez 73 patients au CHU de Rennes en 2000, contre 43 cas annuels en moyenne, au cours des années précédentes. Les 73 patients concernés (âge moyen: 30 ans), revenaient pour 80 % d'entre eux d'un séjour en zone d'endémie.

**LE TOURISME
DANS LE MONDE
EN 2001**
d'après le
**MEMENTO DU
TOURISME 2002,**
Secrétariat d'État au
Tourisme éditeur
www.tourisme.gouv.fr

Les statistiques de l'Organisation mondiale du tourisme rapportent 69 millions d'arrivées internationales en 2001, indiquant un léger fléchissement (0,6 %) par rapport à 2000, contrastant avec l'accroissement

fié une vigilance toute particulière et la mise en œuvre de mesures spécifiques de prévention.

santé, sont accessibles sur le site Internet du ministère de la santé: <http://www.sante.gouv.fr>,

nus dans 37 États (plus le District de Columbia). Incidence par Etat: Illinois: 675, Michigan: 433,

**Vendredi 25 octobre 2002,
paludisme en Afghanistan.**

Une épidémie de paludisme est signalée dans la province occidentale de Badghis.

En Afghanistan, le paludisme sévit habituellement de mai à novembre, et au dessous de 2000 m d'altitude.

Plasmodium vivax est l'hématozoaire très largement prédominant En 1999. *Plasmodium falciparum*

plaine d'Esdraelon (Jeezrel) (Nord Israël, Esdr. sur la carte), le nord du Negev et la région de la Mer morte. Alors que les vecteurs habituels du virus West Nile ont une activité surtout nocturne, un moustique du genre *Aedes* (*Aedes caspius*) a été identifié dans les régions de Ketura (Kibbutz, Arava valley) et Ma'agan Michael comme ayant une activité vectrice diurne.

- au 21 octobre, le nombre de cas humains de viro-

responsables de cette épidémie. L'entreprise a été fermée et ses produits retirés de la vente. L'alimentation en eau des régions concernées ne serait pas en cause. Plusieurs régions sont touchées, dont celles de Krasnodar (70 % des malades), Stravopol, Rostov, Astrakhan, et les républiques d'Adygeya, et d'Ossetia du Nord.

Source: Promed, 7 et 9 novembre 2002.

Lundi 14 novembre 2002. États-Unis

vaccination; les complications à type d'encéphalite post-vaccinale débutent 13 à 23 jours après la vaccination.

Le vaccin utilisé pour la vaccination anti-marielle

Ce communiqué se termine ainsi:

"A l'heure actuelle, près de dix études épidémiologiques ont été réalisées, dont plusieurs à l'instigation de l'AFSSAPS. Ces études nationales ou internatio-

Lundi 2 décembre 2002, épidémie de type grippal en République démocratique du Congo

24 au 28 février 2003.
Phnom-Penh - Cambodge

Santé 2003 organisé par
l'Université des sciences de la
santé de Phnom-Penh

- Médicament et pharmacovigilance
- Santé publique, en particulier la santé de la mère et de l'enfant.

Renseignements:
Pr. J.-J. SANTINI
Ambassade de France à Phnom
Penh
128 bis, rue de l'Université
75351 PARIS 07 SP
Tel/Fax: (855) 23430129 ou
23368081
E. mail:
jj.santini@bigpond.com.kh



21 mars 2003, Paris
Journée de printemps
de la SMV

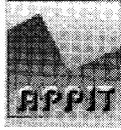
Assemblée générale ordinaire
Programme en page 1



7 au 11 mai 2003
New York, États Unis
CISTM8

Marriott Marquis Hotel
Renseignements:
PO BOX 871089

Febr. 2003 : notification of abstract authors. Feb. 28, 2003 : deadline for early registration fee for authors with accepted abstracts
Renseignements secrétariat:
13th ECCMID - AKM Congress
Service - P. O. Box
CH-4005 Basel- Switzerland
Phone +41 61 686 77 11
Fax +41 61 686 77 88
E-mail info@akm.ch
Web: www.akm.ch/eccmid2003/



12 & 13 juin 2003
Lille - Grand Palais
4^e Journée nationales
d'infectiologie
Journées de formation
des infirmières

Renseignements:
SPILF JNI 2003
2m2 - Inscription JNI 2003 - 7,
rue Bastienne - 95160
Montmorency
Tél.: 01 39 64 88 83 - Fax:
01 39 89 77 56.
Email: jni@2m2.fr
Web:
www.infectiologie.com/public/
congres/jni03/jni03.htm
Montant de l'inscription aux
JNI 2003 : inscription à titre
individuel des membres de la
SPILF, de la SBIMC, des
internes et des chefs de
clinique: 100 euros (justificatif
nécessaire).
Autres inscriptions: 170 euros
Date limite d'envoi des
résumés: 31 janvier 2003
Date limite d'envoi des Lettres:
février 2003
Infirmières: Inscription: 80

2 juin - 25 juillet 2003

Cours intensif
d'initiation à la
"Recherche sur les sys-
tèmes de santé "
(RSS)

organisé par l' Université
Libre de Bruxelles

Objectif

L'objectif de ce cours est
d'améliorer la capacité des
participants dans leur
démarche de recherche sur
les systèmes de santé (RSS).
Concrètement, ils dévelop-
peront leurs compétences à
imaginer, formaliser, réaliser
et évaluer les recherches
nécessaires à une meilleure
compréhension et
performance du système de
santé de leur pays.

Une formation spécialisée
et diplômante (12 mois, de
juin 2003 à mai 2004) est
également organisée par
l'ESP-ULB: Master en
recherche sur les systèmes
de santé (MARSS).

Renseignements
complémentaires:
Mme Agnès MALICE, ULB-ESB,
Dpt Politiques et Systèmes de
Santé, Unité Politiques et
Programmes de Santé dans les
Pays en Développement,
Campus Erasme - CP 597,
Route de Lennik, 808
B-1070 Bruxelles. Belgique
Tél.: +32 2 5554 800
Fax: +32 2 555 40 49

RAPPEL.

L'examen pour l'ob-
tention du
CERTIFICAT
INTERNATIONAL
DE MÉDECINE DES
VOYAGES

(Certificate of Knowledge
in Travel Medicine)

organisé par l'ISTM

(International Society of
Travel Medicine)

aura lieu comme annoncé
le mercredi 7 mai 2003, de

8h00 à 12h30

(la veille de la CISTM8,

8^{ème} Conférence

internationale de l'ISTM)
à l'hôtel Marriott Marquis,

New-York

Cet examen est ouvert à tous

les professionnels de santé

diplômés (médecins,
pharmaciens, infirmier(e)s.

Les candidats auront à
répondre à 200 QCMs (en
anglais) couvrant l'ensemble
des domaines de la