



LA LETTRE

de la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DES VOYAGES

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

N° 1 –
mars-avril 2005

BUREAU
de la SMV

Président
Éric Caumes

Président émérite
M. Rey

Vice-présidente
Catherine Goujon

Secrétaire général
Ludovic de Gentile

Secrétaires gén. adj.
Laurent Sido,
Dominique Jean

Trésorière
Fabienne Le Goff

Trésorière-adjointe
Danièle Badet

Président d'honneur
M. Armengaud

SOMMAIRE

✓ **Éditorial** - *Éric Caumes*

Une fois n'est pas coutume, l'éditorial présidentiel sera court.

D'une part, le rapport moral, qui a été présenté au cours de la dernière Assemblée générale, figure dans cette *Lettre de la Société de Médecine des Voyages*. Il vous rapporte et commente tous les événements qui ont émaillé la vie de la société cette dernière année.

D'autre part, et à la demande de notre nouveau rédacteur en chef, je vous fais part de mes réactions, suite à deux voyages aériens récents, pour illustrer une nouvelle rubrique que nous avons intitulée "*Note d'humeur*". Elle est censée être ouverte à toutes et à tous pour rapporter des faits ayant un rapport avec notre fonction de "médecin des voyages", si possible sur un ton humoristique.

Je saisis cette occasion pour remercier Alain Chippaux et Michel Rey, qui ont récemment abandonné leurs fonctions à la tête de la *Lettre de la Société de Médecine des Voyages* après des années de bons et loyaux services, et pour introduire Pierre Tattevin, praticien hospitalier en maladies infectieuses, à Rennes, écrivain et voyageur, qui prend maintenant les rênes de la rédaction de la *Lettre*.

Bienvenue, Pierre !

Éric Caumes
Président de la Société de Médecine des Voyages

Secrétariat

Dr Ludovic de Gentile, laboratoire de parasitologie-mycologie, CHU, 49933 Angers Cdx 9.
Tél. : 02 41 35 40 56. E-mail : smv@chu-angers.fr



COMPTE-RENDU de la JOURNÉE SMV

PARIS, 24 mars 2005

ALAIN CHIPPAUX, MICHEL REY, CATHERINE GOUJON,
OLIVIER BOUCHAUD, DOMINIQUE JEAN

SESSION SUR LE "PALUDISME D'IMPORTATION CHEZ L'ADULTE"

L'énorme problème de santé publique que pose encore aujourd'hui le paludisme dans le monde est d'abord rappelé : 2,3 milliards de personnes exposées, 400 millions de cas estimés annuellement et 1,5 à 2,7 millions de morts (en majorité chez des enfants de moins de 5 ans, et presque tous attribuables à *Plasmodium falciparum*).

ÉPIDÉMIOLOGIE (Fabrice Legros)

Il est difficile de quantifier les cas de paludisme transmis aux voyageurs, car les systèmes de recueil des cas varient beaucoup selon les pays. On estime qu'en Europe, la France arrive largement en tête, avec 3051 cas déclarés au CNR en 2004 (soit 6100 cas estimés), devant le Royaume-Uni (1722 cas en 2003). Les destinations des voyageurs comportent des risques très différents. Une méta-analyse effectuée par Petersen en 2004 estime que le risque d'impaludation, en Afrique de l'Ouest est d'un voyageur sur 322 pour *Plasmodium falciparum* et d'un voyageur sur 6441 pour les autres espèces. En Afrique de l'Est, il est d'un voyageur sur 3478 pour *P. falciparum* et d'un sur 1159 pour *Plasmodium Vivax*. En Inde, il serait d'un voyageur sur 18000 pour *P. falciparum*.

En France, le nombre de cas de paludisme d'importation a connu un pic en 2000; depuis, il tendrait à baisser. Cependant, s'il diminue chez les voyageurs, il augmente chez les migrants. La destination des voyageurs est l'Afrique dans 41% des cas, les Amériques dans 36% et l'Asie dans 23% des cas, mais la répartition des cas de paludisme est nettement différente: 96% proviennent d'Afrique, 2,3% d'Amérique et 2% d'Asie.

C'est d'août à octobre que le paludisme d'importation est le plus fréquent, avec un pic moins élevé en décembre-janvier. Sur 11073 *Plasmodium* enregistrés, la

répartition des espèces est *P. falciparum* 84%, *P. vivax* 4%, *P. ovale* 6% et *P. malariae* 2%.

Parmi les cas cliniques déclarés, 93% étaient des accès simples, 4% étaient des formes graves. La létalité a connu des pics en 1988 et 2001 et une stabilité de 1992 à 1995. En 2004, 12 décès ont été déclarés, dont 7 chez des personnes qui avaient séjourné dans un pays de chloroquinorésistance de niveau 3, et 5 dans un pays de résistance de niveau 2.

Leur moyenne d'âge était de $53,2 \pm 14,1$ ans. La majorité (73%) des patients ont allégué l'absence de toute protection, mais 13% avaient fait usage de moustiquaires, 5% de répulsifs et 9% avaient combiné plusieurs méthodes.

En 2001-2003, on a relevé 12 cas de paludisme "autochtone": 3 cas congénitaux, 4 cas secondaires à une transplantation d'organe (reins, foie, cœur, moelle osseuse), 2 à une exposition au sang et 3 cas sont restés inexplicables.

ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES (Martin Danis)

Nombreux sont les médicaments antipaludiques actuellement disponibles mais irrégulièrement distribués dans le monde, qu'ils soient curatifs et/ou préventifs. Ils se répartissent en trois groupes à mode d'action différent, entre lesquels il ne semble pas y avoir de résistance croisée :

- ◆ Les produits agissant par inhibition de la digestion de l'hémoglobine dans la vacuole du *Plasmodium* : chloroquine, amodiaquine, quinine, halofantrine, luméfanztrine.
- ◆ Ceux qui agissent par alkylation des métabolites : artémisinine.
- ◆ Ceux qui agissent par blocage de la fabrication des acides nucléiques : atovaquone, sulfadoxine-pyriméthamine, cycloguanil.

La résistance acquise de *P. falciparum* largement répandue pour la chloroquine, observée aussi pour le proguanil, et même, dans quelques sites, pour la

méfloquine, résulte de mutations et se trouve favorisée par la pression médicamenteuse à laquelle est soumis le parasite. Pour limiter celle-ci, il faudrait éviter de traiter en zone tropicale toutes les fièvres présumées palustres faute de diagnostic et respecter les doses utiles. La monothérapie pourrait être remise en question, bien qu'elle soit encore très utilisée en prophylaxie chez les voyageurs internationaux, qu'il s'agisse de la méfloquine (dont les effets indésirables ont suscité des réticences dans certains pays, notamment la France) ou de la doxycycline. Il faudrait promouvoir la bithérapie, associant deux molécules de modes d'action différents et de demi-vie comparables. Ces dernières peuvent être très différentes, en ne citant que l'artémisinine (0,15j), la sulfadoxine (8j), la méfloquine (21j). Bien entendu, pour être opérationnelles, ces bithérapies doivent être non seulement efficaces, mais aussi bien tolérées et peu coûteuses.

Parmi les bithérapies distribuées actuellement, nous disposons de :

- ◆ l'association chloroquine-proguanil (Savarine®), dont l'efficacité préventive continue à s'éroder ;
- ◆ l'association atovaquone-proguanil (Malarone®), excellent médicament prophylactique, qui a comme principal inconvénient son prix et comme avantages sa tolérance et l'absence de résistance acquise documentée pour le moment ;
- ◆ l'association artémether-luméfanztrine (Riamet®, Coartem®), distribué dans le plupart des pays endémiques (mais pas encore en France), produit curatif très rapidement efficace, négativant la parasitémie en moins de 30 heures.

D'autres associations prometteuses sont encore à l'étude, l'avenir de leur distribution étant encore en discussion : atésunate-méfloquine, amodiaquine-artésunate, dihydroartémisinine-pipéraquline.

En anticipant un peu sur la publication officielle (*Bulletin Épidémiologique*



Hebdomadaire du 5 avril), il est annoncé le passage du groupe 2 de chloroquinorésistance au groupe 3 des pays africains suivants : Sénégal, Gambie, Guinée, Guinée Bissau, Sierra Leone, Liberia et Côte d'Ivoire. Il en résulte que tous les pays côtiers de l'Afrique de l'Ouest sont dorénavant classés dans le groupe 3.

Alain Chippaux, Michel Rey

SESSION CAS CLINIQUE

AVANT LE DÉPART

Les cas cliniques présentés au cours de cette session étaient destinés à illustrer les difficultés rencontrées lors des consultations de conseils aux voyageurs, qu'il s'agisse de décisions à prendre concernant les vaccinations ou de la prévention du paludisme :

◆ Fallait-il ou non vacciner contre la fièvre jaune une jeune femme potentiellement enceinte déjà vaccinée depuis plus de 10 ans (mais on n'avait pas le temps de contrôler la sérologie), partant au Togo pour 5 jours et devant (en principe) séjourner uniquement à Lomé ?

◆ Quelle chimioprophylaxie antipaludique convenait-il de proposer à un couple de "routards" partant faire le tour du monde pour un an en commençant par l'Amérique du Sud, ayant prévu de passer quelques semaines en Amazonie, mais beaucoup moins précis sur l'itinéraire et les modalités du séjour en Asie ?

Les discussions suscitées dans l'auditoire par la présentation de ces exemples ont confirmé que l'évaluation du rapport risque/bénéfice varie d'un médecin à l'autre, et peut conduire à des décisions différentes, dont chacune peut se justifier tout en étant également critiquable.

AU RETOUR

Porocéphalose

◆ **Description du cas.** Il s'agissait d'un patient d'origine gabonaise, vivant en France, dont le bilan de douleurs abdominales fait découvrir à l'ASP des calcifications multiples projetées sur l'aire hépatique. L'aspect en anneau incomplet de ces calcifications et la notion de consommation de serpents au Gabon a fait porter le diagnostic de porocéphalose. Il s'agit d'une parasitose du serpent en impasse chez l'homme qui se contracte par la manipulation ou la consommation de viande mal cuite de serpents infectés.

◆ Messages :

– Penser à ce diagnostic devant la découverte de calcifications ;

– Si on diagnostique une porocéphalose lors de l'exploration d'un tableau clinique "X", ne pas s'arrêter à ce diagnostic, car la porocéphalose est en général asymptomatique.

Nécrose cutanée à la suite d'une piqûre de poisson pierre

◆ **Description du cas.** Il s'agissait d'une jeune femme qui le jour de son premier bain au début de ses vacances à l'Île Maurice ressent une douleur vive sous le pied. En résulte une nécrose plantaire importante liée à une arête de poisson pierre qui se compliquera d'une ostéite nécessitant un abord chirurgical délabrant.

◆ **Message.** Dans les lagons de l'océan Indien ou Pacifique, évitez de mettre le pied par terre (ou alors avec des chaussures à semelles renforcées) !

Catherine Goujon, Olivier Bouchaud

CONSEILS AUX VOYAGEURS PARTANT POUR UN TREK EN ALTITUDE

TREKKING AU NÉPAL

Risques infectieux

◆ **Paludisme.** Aucun risque pour les circuits se déroulant uniquement dans la vallée de Katmandou (1300 m) et en altitude. Pour les séjours dans le Terai (Parc National de Chitwan, sud du pays, basse altitude) : le plus souvent pas de risque, car les touristes y vont en saison sèche. Prévoir uniquement un répulsif. Risque modéré pendant la mousson (juin à septembre), pays du groupe 2. Donc, le plus souvent, pas d'indication de chimioprophylaxie pour les voyages au Népal.

◆ Vaccinations spécifiques :

– Typhoïde très fréquente : vaccination justifiée.

– Encéphalite japonaise : pas d'indication (risque très faible, uniquement dans le Terai pendant la mousson).

– Rage : vaccination non justifiée mais connaître le risque. Les chiens népalais sont généralement pacifiques. Les morsures de singes dans la vallée de Katmandou (autour des temples) sont beaucoup plus fréquentes.

Prévention :

– être très vigilant vis-à-vis des enfants ;

– ne pas essayer de toucher les singes ou de leur donner à manger ;

– ne pas les regarder droit dans les yeux. En cas de morsure, gammaglobulines humaines et vaccin occidental sont disponibles à Katmandou (3 contacts : médecin de l'ambassade de France, Nepal International Clinic, Ciwec Clinic). Aucun cas rapporté avec les chauves-souris présentes en abondance autour du palais royal.

Risques liés à l'altitude

Circuits les plus courants :

◆ **Tour des Annapurnas** (max. = col à 5400 m). Montée progressive jusqu'à

3600 m (Manang) puis ascension rapide en 2 ou 3 jours jusqu'au col, suivie d'une descente de plusieurs heures le même jour jusqu'à 3700 m (Muktinath).

◆ **Camp de base de l'Everest** (max. = point de vue à 5500 m).

Poste de secours de l'Himalayan Rescue Association sur ces deux circuits (Manang 3600 m, Pheriche 4250 m) : informations sur le mal aigu des montagnes (MAM) et conseils gratuits, consultations, oxygène et caisson de recompression (tarifs "américains"), évacuations hélicoptérées si besoin.

Faut-il prendre du Diamox® en prévention du MAM ?

Le plus souvent non, mais il est conseillé d'en emporter.

– **Tour des Annapurnas.** En général aucun problème jusqu'à Manang. Il est conseillé d'y passer 2 nuits pour l'acclimatation (plein de balades sympathiques dans les environs) ou de monter en 3 jours au col (2 étapes courtes, avant l'étape très longue du passage du col, suivie de la descente). En cas de symptômes de MAM, rester un jour de plus à Manang (résolution habituelle des symptômes) et prendre du Diamox® pour ces 3 jours. Problèmes logistiques éventuels si groupe organisé avec *timing* serré ou nécessité de faire redescendre une personne.

– **Camp de base de l'Everest.** Départ de l'aéroport de Lukla (2800 m), donc risque de montée trop rapide "physiologiquement". Il est conseillé de passer deux nuits à Namche Bazar (gros village sherpa à 3500 m) avant de monter plus haut. Prévoir des étapes courtes ensuite. Itinéraire en aller-retour, donc moins de problèmes logistiques : ceux qui ne supportent pas l'altitude ne sont pas obligés de monter au point culminant.

Il est devenu facile d'obtenir une évacuation par hélicoptère sur ces deux circuits, à condition de pouvoir donner l'alerte (les Népalais courent vite et les téléphones satellites se multiplient sur ces circuits très fréquentés). Une compagnie privée à l'affût des clients a remplacé les hélicoptères de l'armée qui ne venaient parfois qu'après trois jours de discussion...

Il suffit de payer ! (2000 dollars américains minimum, bonne assurance indispensable).

ASCENSION DU KILIMANDJARO (5892 m)

Paludisme (pays du groupe 3, mais pas de risque à partir de 1800 m (altitude d'entrée du Parc national).

◆ **Premier cas.** Voyage de huit jours ayant pour seul objectif l'ascension du Kilimandjaro. Pas de chimioprophylaxie, répulsif et moustiquaire pour le bref passage en zone à risque, vigilance



au retour en cas de symptômes. Arusha (aéroport) est à 1450 m.

◆ **Deuxième cas.** Voyage plus long: ascension plus parcs animaliers. La chimioprophylaxie est nécessaire, mais il est recommandé de commencer par l'ascension et de ne débiter la chimioprophylaxie qu'à la fin de la descente (donc éviter la méfloquine qui nécessite une prise anticipée).

◆ **Pourquoi ?** Les effets indésirables des antipaludiques sont proches des symptômes du MAM (céphalées, vertiges, nausées, vomissements...), donc en altitude, dans le doute, il faut redescendre: C'est dommage s'il s'agit d'effets indésirables, mais c'est salvateur s'il s'agit du MAM !

◆ **Altitude.** Le Kilimandjaro est une montagne à haut risque de MAM, car l'ascension est toujours trop rapide (4 ou 5 jours). Donc indications larges du Diamox® en prévention. Connaître les symptômes du MAM et descendre à temps.

– **Emporter :** Adalate®, 20 mg LP pour traiter un éventuel œdème pulmonaire de haute altitude (OPHA), Célestène® injectable pour traiter un œdème cérébral de haute altitude (OCHA).

– **Apprendre** à faire une intramusculaire (i.m.) avant de partir.

NB. S'il s'agit d'un voyage organisé, les guides français de haute montagne et les accompagnateurs de certaines agences ont ces produits dans leur pharmacie et ont été formés à leur utilisation.

Problème actuel : la plupart des agences commencent à travailler avec des guides locaux non formés pour diminuer les coûts.

◆ **Cas particuliers**

– **Enfants et adolescents.** Ils ne sont pas plus sensibles au MAM que les adultes,

mais doivent être accompagnés d'adultes qui ne souffrent pas eux-mêmes du MAM et en connaissent parfaitement les symptômes, afin de pouvoir prendre à temps une éventuelle décision de descente !

– **Nourrissons (expatriés) :** déconseiller toute transplantation à haute altitude dans les premiers mois de vie (en pratique, il s'agit le plus souvent de demandes concernant La Paz, étagée de 3600 à 4100 m). Deux risques (faibles, mais démontrés) : la mort subite du nourrisson et le mal des montagnes subaigu infantile (HTAP, insuffisance cardiaque, décès en quelques semaines).

– **Incertitudes sur les risques éventuels des séjours prolongés (hypoxie) sur le développement cérébral** dans les premières années de vie (rappels : développement du système nerveux très actif jusqu'à deux ans - myélinisation terminée à deux ans - maturation cérébrale jusqu'à dix ans).

– **Si les sujets jeunes ou bien entraînés sont souvent plus atteints que les autres,** ce n'est pas lié à leur âge ou à leur entraînement, mais au fait que leur condition physique leur permet de monter "trop vite". Il faut donc les mettre en garde plus que les autres (idem pour les enfants) !

PRÉVENTION DU MAM

L'idéal est de parcourir 300 à 500 m de dénivelé par jour à partir de 3000 m (différence d'altitude entre deux nuits consécutives).

◆ **Indications du Diamox® (acétazolamide) :**

– antécédents de MAM (malgré respect de la règle précédente) ;

– ascension trop rapide (Kilimandjaro par exemple) ;

– atterrissage à La Paz, Cuzco, Lhassa, Leh : indication large mais non obliga-

toire et selon les antécédents éventuels. Autre option : modérer l'activité le premier jour pour limiter les symptômes à des céphalées peu intenses.

Posologie : comprimés sécables à 250 mg. Efficacité démontrée à 250 mg x 2/j. Tendance actuelle: 125 mg x 2/j, pour diminuer les effets indésirables (paresthésies). Études de validation en cours.

Mode d'action : augmente la réponse ventilatoire à l'hypoxie (élimination urinaire des bicarbonates d'où acidification du sang, d'où stimulation des centres respiratoires). Comme il s'agit d'un diurétique, éviter la deuxième prise au repas du soir (à prendre au repas de midi ou au thé de 17 heures). Commencer 24 heures avant l'exposition.

NB. Le Diamox® prévient réellement le MAM. Il ne masque pas les symptômes (idée fautive et répandue), mais il n'est pas efficace à 100%. En cas de symptômes malgré le Diamox®, il faut descendre !

Circuit organisé. Savoir si l'agence a prévu un caisson de recompression portable ou de l'oxygène pour la sécurité.

Consultations de médecine de montagne : Bobigny, Chamonix, etc.

Liste disponible auprès de l'Association pour la Recherche en Physiologie de l'Environnement (ARPE)

*Bobigny : 01 48 38 77 57
ainsi que dans la brochure :
Santé et altitude*

Dominique Jean, Grenoble

JOURNÉE "COMMUNICATION ET MIGRANTS" Hôpital Avicenne, Bobigny, 21 avril 2005

MICHEL REY

Organisée par le Pr Olivier Bouchaud, cette Journée, originale et très instructive, a abordé les problèmes de communication qui se posent quand nous avons à soigner ou à conseiller des immigrés, qu'il s'agisse de difficultés linguistiques ou de différences culturelles. L'hôpital Avicenne est particulièrement concerné, car la majorité de ses consultants (notamment ceux qui fréquentent le service des maladies infectieuses et le

Centre de médecine des voyages) sont des immigrés, provenant en majorité d'Afrique (Maghreb, Afrique sub-saharienne), mais aussi d'Asie du Sud et du Sud-Est. De nombreux orateurs, de toutes les catégories professionnelles impliquées (médecins, infirmières, psychologues, anthropologues, "média-teurs", membres actifs d'associations d'entre-aide) et d'origine géographique et culturelle très variée, ont soulevé de

nombreux problèmes, et ont tenté de répondre aux nombreuses questions posées par un public international très motivé.

L'approche anthropologique de la médecine destinée à nos immigrés, aussi bien qu'à toute population de culture différente de la nôtre, qu'il s'agisse de soins ou de prévention, est devenue incontournable.

Michel Rey

NOTE D'HUMEUR *Paris-Tokyo-Paris*

ÉRIC CAUMES

Le ciel est certainement un des plus beaux endroits de la terre; mais ce n'est pas vraiment aux compagnies de transports aériens que nous le devons... tant les conditions actuelles du transport aérien semblent mettre les voyageurs (en classe économique) à risque de pathologies du voyageur. Et la casquette de président de la Société de Médecine des Voyages fait voir les choses sous un certain angle. Témoigner des conditions, perçues comme de plus en plus désagréables, dans lesquelles nous sommes transportés d'un continent à l'autre peut permettre d'aider à faire du ciel un des plus beaux endroits de la terre.

J'ai eu l'occasion, à deux reprises au cours des deux derniers mois, de traverser le continent africain et l'Europe, de part en part (soit entre 10 et 12 heures de vol à chaque fois). Lors de mon voyage transafricain, vers l'île de la Réunion, je me voulais indulgent, mettant sur le compte de l'avion (un boeing 747 un peu désuet) les désagréments de mon voyage retour (et puis j'avais été surclassé à l'aller pour cause de *surbooking*...). Mais, lors de mon voyage au Japon (dans un boeing 777, dernière version), mon impression qu'il n'y avait rien d'autre que de bonnes paroles pour limiter les risques médicaux du transport aérien a été renforcée... Les bonnes paroles concernent l'apparition, sur l'écran de télévision central, d'une jeune femme nous expliquant comment nous détendre, à l'ombre des apsaras d'Angkor ou dans le soleil couchant du Pacifique.

Tout commence dès l'enregistrement des bagages avec deux queues, l'une pour les classes affaires et premières (ils ne la font pas vraiment, la queue, à raison de trois hôtesses pour les accueillir); l'autre pour les autres qui peuvent piétiner, debout, pendant une demi-heure à une heure avant d'être pris en charge par une hôtesse (trois hôtesses pour enregistrer les quelques 200 personnes de la classe économique). Mieux vaut donc ne pas être trop handicapé (ou trop âgé), car les handicapés et les personnes âgées font la queue comme les autres. Vous pouvez évidemment arriver au dernier moment, mais attention au *surbooking* !

En salle d'embarquement, station debout prolongée et piétinement sont également au programme, faute de siège (pour être complètement honnête, ceci est surtout vrai à Roissy et Orly). Et cela se poursuit dans le long tunnel menant à l'avion car tout le monde embarque en même temps. Même s'il est demandé le contraire, aucun contrôle n'est exercé (par le personnel au sol) pour vérifier que les premiers à embarquer sont bien ceux assis au fond de l'avion.

Il faut dire que chacun a, avant tout, à cœur de pouvoir occuper l'espace bagage. D'une part, il n'y a pas assez de place pour les bagages de tout le monde, ce qui incite chacun à arriver le plus vite possible dans l'avion pour occuper l'espace. D'autre part, la moindre surcharge (au-delà de 20 kg) est facturée au prix fort (40 euros le kilo). Avec un tel tarif, on comprend que les excédentaires embarquent avec eux, en cabine, des bagages supplémentaires. C'est d'ailleurs ce qui vous est conseillé pour éviter les surcharges de poids à l'enregistrement ! Allez comprendre pourquoi la tolérance est plus grande à ce niveau qu'à celui de l'enregistrement, alors que cela

fait encourir un risque élevé au voyageur assis, en cas de chute lors d'ouverture accidentelle des coffres à bagages.

Après avoir durement sollicité vos articulations et votre habilité à caser vos bagages, avant de vous asseoir, le reste du périple vous réserve d'autres épreuves physiques.

◆ **La première** tient à votre espace vital, de plus en plus réduit à mesure que les années passent. Cette réduction apparaît même proportionnelle à l'accroissement des individus en taille (au-delà de 185 cm, inutile d'espérer étendre vos jambes) et en poids (attention aux voyages transatlantiques vers les États-Unis entre deux obèses). Une fois coincé de la sorte, il est difficile de respecter la règle de se lever pour se dégourdir les jambes toutes les deux heures, situation encore plus critique si vous occupez les sièges proches des hublots. Ceci est un facteur de risque de syndrome thrombogène de la classe économique.

◆ **La seconde** tient au respect de votre sommeil, paramètre très important quand trois vols sur quatre sont des vols de nuit et que vous travaillez le lendemain. En dépit de certaines améliorations au cours du temps (distribution de bouchons pour les oreilles et d'un masque pour les yeux), la réduction de l'espace vital et l'impossibilité d'incliner votre siège de plus de 25° (je n'ai pas mesuré exactement) sont quasiment rédhibitoires... à moins de prendre un somnifère qui vous fera vous endormir dans une position très inconfortable et vous fera vous réveiller avec un torticolis, sans compter que vous n'aurez pu vous dégourdir les jambes comme vous auriez dû toutes les deux heures. Tout cela ne vous aidera pas à assumer le décalage horaire.

◆ **La troisième** tient au respect de cette règle importante : "*boire en avion*". Difficile de compter sur les 125 cl d'eau de source fournie avec le repas, supplémentée d'un verre d'eau si vous n'avez pas choisi de boire du vin ou un jus de fruit à la place. Heureusement, si vous arrivez à vous extraire de votre siège, de l'eau est à votre disposition dans les cabines au milieu et à la queue de l'appareil. Lors de mon retour de Tokyo, le steward m'a (très gentiment) demandé de me servir tout seul, car il était en repos compensateur (ce sont des vols de 12 heures), en train de lire un hebdomadaire. J'ai été vérifier à la queue de l'appareil : le même sort était réservé par l'hôtesse aux voyageurs de queue. Quand vous venez du Japon, pays où le mot service veut vraiment dire quelque chose, le contraste est saisissant. Mieux vaut donc être attentif aux rares passages d'une hôtesse ou d'un steward dans les rangs avec leur bouteille...

Boire est une chose, uriner en est une autre. À raison de cinq toilettes (deux en queue, trois au milieu) pour près de 200 voyageurs, il vous faut parfois solliciter votre sphincter vésical pour éviter de vous faire pipi dessus... surtout quand les toilettes sont occupées par quelqu'un qui à la diarrhée ou qui se refait une beauté avant l'atterrissage. N'y tenant plus, lors du vol aller, j'ai osé me soulager dans les toilettes des business/première classe (3-4 toilettes pour une cinquantaine de places, pour la plupart inoccupées), ce qui m'a valu les reproches, pas vraiment aimables, d'une hôtesse me signi-

fiant que ces toilettes étaient réservées aux classes supérieures, les seules dont la continence vésicale n'ait pas à subir de telles épreuves. Je me demande d'ailleurs dans quelle mesure cette épreuve ne contribue pas à expliquer la fréquence des infections urinaires chez les femmes, celles-ci étant, rappelons le, une des premières causes de fièvre au retour de voyage.

En tant que président de la Société de Médecine des Voyages, je crois nécessaire de dénoncer ces conditions de transport, car elles me semblent mettre les voyageurs à risque de phlébite, de déshydratation, d'infection urinaire. Au moment où les premiers essais de ce nouveau paquebot des airs, l'Airbus A 380, débutent, espérons que les conditions du transport aérien s'amélioreront. Des solutions appa-

raissent possibles, certaines très faciles à mettre en œuvre, sans forcément engager plus de personnel ou diminuer le nombre de places.

Il appartiendrait aux responsables des compagnies aériennes de solliciter les médecins du voyage que nous sommes pour envisager des solutions qui, non seulement améliorent les conditions de voyage, mais aussi limitent les risques des maux du voyage. Dans le cas contraire, il ne faudrait pas s'étonner de la multiplication des plaintes engagées par les voyageurs vis-à-vis des compagnies transporteurs.

Éric Caumes

Président de la Société Médecine des Voyages

Nouvelle
rubrique

LU POUR VOUS

MICHEL REY, PIERRE TATTEVIN

Dans cette nouvelle rubrique, nous rendrons compte des publications récentes susceptibles d'intéresser les membres de la Société de Médecine des Voyages. N'hésitez pas à nous faire connaître vos réactions ou à nous envoyer des petits résumés d'articles qui méritent d'être cités dans cette rubrique !

■ Le tourisme mondial. Voyages au Sud, profits au Nord

R. Assous. Alternatives internationales, juillet-août 2004;27.

Selon l'Organisation Mondiale du Tourisme, le nombre de touristes qui voyagent à l'étranger devrait doubler et les recettes quadrupler d'ici à quinze ans. Avec 500 milliards d'euros de recettes en 2002, le tourisme est la première activité du commerce mondial. Pour quarante-neuf pays en développement, il constitue la principale source de devises. Même si les déplacements de voyageurs se font encore majoritairement (à 80 %) entre pays du Nord, c'est au Sud que la croissance du tourisme est la plus dynamique, notamment en Asie de l'Est et du Sud.

Mais à qui profite l'argent du tourisme ? Les retombées financières pour les populations locales sont faibles. En retranchant les importations liées à cette activité, le coût des campagnes de promotion et les profits rapatriés par les entreprises étrangères, les recettes nettes restant aux pays d'accueil représentent seulement 30 à 38 % des recettes totales du tourisme.

■ Influenza, a common viral infection among Hajj pilgrims: time for routine surveillance and vaccination.

H.H. Balkhly et al. J Travel Med 2004; 11:82-6.

Le pèlerinage annuel de La Mecque rassemble deux millions de personnes, confinées sur quelques sites. Cinq cents pèlerins présentant des symptômes respiratoires ont été investigués, avec un prélèvement de gorge pour cultures virales. Celles-ci ont été positives chez 54 patients (10,8 %) dont 27 (50 %) isolant un virus grippal B, 7 un virus respiratoire syncytial (VRS), 4 un virus parainfluenza et 3 un virus grippal A. Seulement 4,7 % de ces pèlerins avaient été vaccinés contre la grippe. Appliqués à l'ensemble des pèlerins de l'année 2003, ces résultats permettent d'estimer le nombre de cas de grippe survenus pendant le pèlerinage à 24 000, sans compter les cas secondaires provoqués au retour. La vaccination grippale des pèlerins devrait être une priorité.

■ Epidemiology of travelers' diarrhea: details of a global survey.

R. Steffen et al. J Travel Med 2004;11: 231-8.

Une enquête a été réalisée de mars 1996 à juillet 1998 par distribution de questionnaires aux voyageurs juste avant leur retour, dans quatre aéroports : Mombasa (Kenya), Goa (Inde), Montego Bay (Jamaïque) et Fortaleza (Brésil). Au total, 73 630 voyageurs, repartant chez eux après un court séjour, ont rempli le questionnaire. Le taux d'attaque de l'ensemble des diarrhées a été très différent d'un site à l'autre : 54,6 % à Mombasa contre seulement 13 % à Fortaleza. Si l'on ne compte que les formes classiques de diarrhée des voyageurs, ce taux est compris entre 31,5 % et 5,4 %. Ramené à 14 jours, le taux d'incidence varie entre 19,5 % et 65,7 %. Peu de voyageurs évitent méticuleusement de consommer des aliments potentiellement dangereux. Les facteurs de risque ont été : un séjour de

plus d'une semaine, l'âge de 15 à 30 ans et la résidence au Royaume-Uni. L'impact de la diarrhée, mesuré en termes d'incapacité et de qualité de vie, est considérable.

■ Vaccines in Travel Health: from Risk Assessment to Priorities

R. Steffen et B. Connor. J Travel Med 2005;12:26-35.

Le poids des maladies relevant d'une vaccination recommandée aux voyageurs, évalué en termes de fréquence et de gravité, conduit à mesurer l'intérêt de chaque vaccination. On peut opposer des maladies peu fréquentes chez le voyageur mais très meurtrières (fièvre jaune, rage, tétanos, diphtérie) ou pourvoyeuses de séquelles invalidantes (poliomyélite, encéphalite japonaise), à celles qui sont plus fréquentes, mais beaucoup moins graves (grippe, hépatite A). C'est finalement le paludisme, qui ne relève pas d'une vaccination, dont la prévention (par protection anti-vectorielle et chimioprophylaxie) paraît la plus rentable.

■ The global distribution of clinical episodes of *Plasmodium falciparum* malaria

R.W. Snow et al. Nature 2005;434: 214-7.

Selon l'OMS, l'incidence annuelle mondiale des accès palustres serait de 273 millions (estimations 1998). Pour R.W. Snow et al., ces estimations seraient loin de la vérité. Les auteurs ont tout d'abord extrait les données de l'OMS concernant le niveau de transmission du paludisme dans les différentes régions du globe, avec un classement en quatre niveaux : paludisme absent, paludisme hypoendémique (prévalence < 10 %), paludisme méso-endémique (prévalence entre 11 et 50 %) et

paludisme hyper- ou holo-endémique (prévalence > 50%). Ensuite, l'estimation de l'incidence du paludisme selon le niveau de transmission a été obtenue d'après une recherche bibliographique exhaustive, par *PubMed*. Enfin, les données démographiques concernant les différentes zones d'endémie palustre, obtenues à partir de "Gridded Population of the World" version 3.0 beta (<http://sedac.ciesin.columbia.edu/gpw>), ont été appliquées pour calculer l'incidence du paludisme dans chacune de ces zones, avant d'en faire la somme à l'échelle de la planète. Les auteurs ont pris les précautions d'exclure toutes les zones où seul *Plasmodium vivax* est présent, ainsi que les régions situées à une altitude incompatible avec la survie des anophèles. Toutes les zones urbaines (population > 1 million d'habitants) ont été systématiquement déclassées au niveau d'endémie palustre inférieur compte tenu de la transmission réputée moins efficace du paludisme en zone urbaine.

Malgré toutes ces précautions, on retrouve une incidence estimée bien supérieure aux données officielles, avec 515 millions d'accès à *P. falciparum* dans le monde en 2002 (intervalle de confiance 300-660). L'Afrique reste, certes, le continent le plus touché (70 % des cas mondiaux selon cette estimation), mais les données officielles de l'OMS étaient plus déséquilibrées encore (90 % des accès y étaient attribués à l'Afrique).

■ Recovery of a patient from clinical rabies – Wisconsin, 2004.

R.E. Willoughby et al. *MMWR* 2004;53:1171-3.

Il s'agit d'une jeune femme de 22 ans, mordue à l'index gauche par une chauve souris en octobre 2004 dans le Wisconsin aux États-Unis. Un mois plus tard, elle commence à ressentir des picotements et un engourdissement de la main gauche, puis, au bout de 48 heures, des troubles de l'équilibre et une diplopie. La ponction lombaire

révèle une méningite lymphocytaire. La patiente va progressivement développer une fièvre, une dysarthrie, des tremblements du bras gauche, des troubles de la coordination, une hypersalivation et des troubles de la vigilance. Le diagnostic de rage est confirmé par la présence d'anticorps spécifiques dans le sérum et dans le LCR de la patiente. La franche ascension des taux à 7 jours d'intervalle (de 1:32 à 1:2048 dans le LCR) ne laisse aucun doute, même si tous les tests d'identification directe du virus se sont révélés négatifs. La patiente est sédatisée, intubée et ventilée mécaniquement jusqu'au 33^e jour de la maladie. Compte tenu des taux importants d'anticorps au diagnostic, elle ne recevra ni sérum, ni vaccination antirabique, d'autant que l'efficacité de ces différents traitements une fois les symptômes apparus n'est absolument pas documentée. Elle recevra, par contre, de la ribavirine intraveineuse dans le cadre d'un protocole en cours d'investigation. Un mois après l'extubation, elle parle et marche sans difficulté, s'alimente sans aide et est capable de résoudre des équations mathématiques.

Il s'agit de la 6^e observation de rage Humaine d'évolution favorable, mais celle-ci est exemplaire par l'absence de tout traitement prophylactique reçu.

■ La rage humaine en France en 2004 : état des lieux et prise en charge

H. Peigue-Lafeuille et al. *Médecine et Maladies Infectieuses* 2004;34:551-60.

Une revue détaillée des 20 cas de rage humaine documentés en France entre 1970 et 2003, dont 80 % avaient été contractés en Afrique. La population touchée est majoritairement masculine (90 % des cas) et jeune (50 % des cas étaient des enfants de dix ans ou moins). Tous sont décédés d'encéphalite rabique. L'incubation présumée variait de dix jours à onze mois (médiane deux mois). Aucune transmission interhumaine n'a été retrouvée, alors que des traitements prophylactiques ont été administrés à 91 personnes par cas en

moyenne (extrêmes : 1-290). En l'absence de cas autochtones de rage de carnivores depuis 1998 en France, l'attention se porte surtout sur l'importation de chiens enragés, qui semble en augmentation sur les dernières années, avec un cas en 1998 à Nîmes, un cas en 2001 à La Réole (33), un cas en 2002 à Saint

DANS LES SALLES OBSCURES : "LE CAUCHEMAR DE DARWIN"

Pierre TATTEVIN

Un documentaire inclassable et indispensable, qui retrace un volet peu connu du pillage silencieux de l'Afrique. Il ne s'agit pas de pétrole, de diamants ou de forêt tropicale, cette fois, mais de poisson. Sur un rythme lent et lourd comme un tam-tam de guerre, Hubert Sauper laisse parler les gens et les images : à Mwanza (Tanzanie), au bord du lac Victoria, existe un ballet incessant d'avions-cargos gigantesques ramenant en Europe l'essentiel de la pêche locale : la perche du Nil. Ce terrible prédateur décime la majeure partie des autres espèces du lac, mais présente l'intérêt

d'être un très bon produit d'exportation de par sa taille et la facilité d'obtention de larges filets sans arêtes, prêts à être vendus. La caméra se promène entre les vies glauques des prostituées, des mendiants, puis interroge quelques acteurs de l'exploitation bien orchestrée de la principale nourriture actuellement disponible dans la région. Les pêcheurs traditionnels rentrent bredouilles, la famine progresse, mais des représentants de l'Union européenne clament leur fierté d'avoir contribué à l'amélioration des capacités d'exportation de la Tanzanie. Puis on comprend lentement qu'une par-

tie de ces avions-cargos n'arrive pas les mains vides. Certains rentabilisent le trajet Europe-Afrique en transportant des armes, qui trouvent facilement leur clientèle dans cette Afrique des Grands Lacs où les conflits armés ne manquent pas...

Des armes contre de la nourriture. La famine et la guerre garanties pour les populations de la région, à plus ou moins court terme. Beaucoup d'argent dans quelques poches. Un vrai cauchemar, Darwin...

Pierre Tattevin



QUELQUES NOUVELLES collectées dans la MESSAGERIE du CLUB EDISAN CD CONSEIL...

Alain CHIPPAUX, Michel Rey

Distributeur exclusif : C.D. CONSEIL
18, rue Le Sueur - 75116 Paris -
France

■ Afrique de l'Ouest : chimiorésistances de *Plasmodium falciparum* : modifications des recommandations françaises

Les modifications annoncées dans le classement de sept pays du Golfe de Guinée en zone 3 de la classification française sont publiées dans le *BEH* du 5 avril 2005.

"... La résistance à l'association chloroquine-proguanil dans un groupe de 7 pays (Côte d'Ivoire, Libéria, Sierra Leone, Guinée, Guinée-Bissau, Gambie et Sénégal) était de 17% [13-23%] en 1996-2002 et de 30% [20-41%] en 2003-2004 (n=1166; p<0,001). Ces données ont amené le Centre national de référence de la chimiosensibilité du paludisme (France) à modifier le classement de ces sept pays, antérieurement en zone 2, désormais en zone 3. Les recommandations globales actualisées sur la prévention du paludisme seront publiées dans le *BEH*, n° 24-25 du 14 juin 2005.»

■ Choléra au Sénégal

Plus de 6000 personnes ont été tou-

chées par l'épidémie de choléra, qui n'est pas terminée. La létalité rapportée est de 1,8 %. Pour la période allant du 28 mars au 3 avril, l'OMS avait fait état de 3475 cas, dont 54 mortels, pour la région de Djourbel (1733 cas, 16 décès, pour la ville de Touba). On ne dispose pas encore de données précises sur la localisation, l'importance et la chronologie de tous les foyers qui ont fait suite au pèlerinage du Grand Magal de Touba. La région de Djourbel resterait toujours en tête du classement des zones les plus touchées. On cite encore des cas, plus ou moins nombreux, dans les régions de Thiès, Kaolack, Louga, Kolda, Fatick, mais aucun nouveau cas dans les régions de Matam, Saint-Louis, Tambacounda et Ziguinchor.

D'après le comité de crise mis en place par le gouvernement sénégalais, l'incidence nationale de la maladie est en baisse, puisqu'on est passé de 786 nouveaux cas pour la journée du 2 avril à 274 pour celle du 11 avril. La proximité des fêtes du Gamou (ou Maouloud) avec leur risque de réactivation de l'épidémie reste un sujet d'inquiétude. Les autorités sanitaires s'efforcent de mettre en place toutes les mesures appropriées pour limiter ce risque.

■ République islamique des Comores : virose Chikungunya (4 avril 2005)

Une épidémie d'une maladie "dengue-like" sévit dans l'île de la Grande Comore depuis la fin du mois de janvier 2005. Plus de 2000 personnes auraient été déjà touchées par la maladie, incidence très probablement sous-estimée pour une maladie dont l'évolution ne conduit pas forcément à une consultation dans une structure médicale. Des équipes de l'OMS et du CDC d'Atlanta sont arrivées sur place à la demande des autorités sanitaires locales. Les premiers résultats des examens pratiqués aux États-Unis indiquent qu'il s'agit d'une virose Chikungunya. Des enquêtes sont en cours pour en préciser les caractéristiques cliniques et épidémiologiques, et juger de son extension géographique réelle.

Due à un *Alphavirus* de la famille des *Togaviridae* transmis par *Aedes* (dont *Aedes aegypti*) ou *Mansonia*, de réservoir inconnu, la virose Chikungunya se manifeste par une infection aiguë algofébrile, particulière par l'intensité des douleurs ostéo-articulaires (surtout distales) et musculaires.

La prévention repose sur la lutte contre les vecteurs. Le virus Chikungunya sévit de façon endémo-épidémique en

Afrique subsaharienne (jusqu'en Afrique australe), en Inde, en Asie du Sud-est.

■ Épidémies de méningocoque en Afrique (24 mars 2005)

◆ **Soudan**

Au Nord Darfour, une épidémie de méningite à méningocoque dans le camp de "personnes déplacées" de Saraf Omra^[1] (10 000 à 20 000 personnes). Pour la semaine du 14 au 20 mars 2005, 27 cas suspects avec 11 prélèvements sur 20 positifs pour le méningocoque W135. Une campagne de vaccination est en cours.

^[1] Il existe dans le Darfour une cinquantaine de camps de "personnes déplacées", de dimensions variables, pour une population totale dans ces camps d'environ 1,2 million de personnes (en mai 2004).

◆ **Tchad**

Du 1^{er} janvier au 16 mars 2005 : 387 cas et 53 décès. Deux districts ont atteint le seuil épidémique (10 cas sur 100 000/semaine) : Bongor (124 cas, 6 décès), Moïssala (64 cas, 16 décès). Il s'agirait de méningocoque A (9 prélèvements positifs sur 16 tests). Des vaccinations sont en cours (A+C).

◆ **Côte d'Ivoire**

Depuis janvier 2005, 210 cas de méningites et 40 décès dans la région de Bouna, au Nord-Est du pays. Il s'agit de méningococcies probables, mais sans confirmation (le Nord de la Côte d'Ivoire est contrôlé par les "Forces nouvelles").

■ Épidémie de virose Marburg en Angola (11 avril 2005)

Au 11 avril, le nombre de cas de virose Marburg rapporté en Angola est de 231, dont 210 sont décédés. Avec 212 cas et 190 décès, la province d'Uige reste la plus touchée. Des cas ont été observés dans six autres provinces du Nord-Ouest de l'Angola.

Aucune conclusion officielle n'a été jusqu'ici formulée sur les circonstances dans lesquelles l'épidémie a flambé dans la province d'Uige en touchant d'abord les enfants en bas âge, mais l'hypothèse selon laquelle ce phénomène se serait produit en milieu urbain (Uige) à la faveur de conduites de soins non sécurisées dans une unité de soins infantiles (isolement insuffisant, literies contaminées, matériel d'injection mal stérilisé, etc.) est de plus en plus évoquée. Des incertitudes persistent cependant au sujet des conditions dans lesquelles auraient pu apparaître le(s) cas index en milieu rural ou urbain, et des rapports que les enfants peuvent entretenir avec l'environnement dans leur milieu naturel. Si le risque de transmission au contact des malades, par l'intermédiaire de sang ou de sécrétions corporelles infectées, doit être considéré comme très élevé, on a remarqué que les mères des enfants malades étaient peu atteintes par la maladie. Les contacts professionnels avec les

malades au cours des soins sont cependant à haut risque: 12 transmissions de ce type ont été recensées à Uige.

Conseils aux voyageurs

Dans sa dépêche du 13 avril 2005, l'OMS formule des conseils aux voyageurs à destination de l'Angola, à lire sur : http://www.who.int/csr/don/2005_04_13/en/. Les éléments essentiels en sont les suivants :

– Aucune donnée actuelle ne permet de penser que la contamination par le virus Marburg peut se faire à l'occasion d'une rencontre accidentelle avec un malade. La transmission du virus exige un contact très étroit avec un malade qui présente probablement des signes de la maladie ou avec de la literie ou des vêtements contaminés. – À ce jour, il n'a pas été observé de cas chez des étrangers autres que ceux qui ont été contaminés en donnant des soins aux malades à Uige

– L'OMS ne formule aucune restriction pour les voyages en Angola, quelle que soit la destination, hormis pour ceux dont l'état de santé préalable pourrait conduire à requérir une hospitalisation, en particulier dans la province d'Uige. Ces derniers sont invités à différer tout voyage qui ne serait pas essentiel

– Les voyageurs doivent être informés qu'ils doivent éviter d'avoir des contacts avec des malades

– Les professionnels de santé qui vont en Angola pour y exercer des activités de soins doivent être informés des symptômes de la virose de Marburg et être formés à toutes les procédures de protection à mettre en œuvre pour l'abord et la prise en charge des malades

– Les voyageurs qui reviennent d'Angola doivent être attentifs à tout état fébrile et à tout symptôme qui surviendrait dans les dix jours qui suivent leur retour. Un voyageur qui aurait eu une nette exposition au virus pendant le séjour en Angola doit être considéré comme un sujet contact et placé sous surveillance pendant 21 jours, avec prise quotidienne de la température.

■ Grippe aviaire à virus H5N1 (22 mars 2005)

Grippe animale

Peu d'informations parviennent sur l'évolution précise de la grippe aviaire dans les différents pays.

◆ **Thaïlande**

À la mi-février, la Thaïlande a programmé l'abattage de plus de 10 millions de jeunes canards élevés en plein air, ces volailles étant considérées comme plus résistantes au virus aviaire et susceptibles d'être d'importants agents de diffusion virale. Quatre millions d'œufs de canards ont été par ailleurs détruits. À la date du 12 février, deux provinces du nord du pays et une province du centre étaient classées comme atteintes par la grippe aviaire; 28 autres provinces restaient sous surveillance.

◆ **Vietnam**

Les dernières informations précises concernant l'activité épizootique du virus H5N1 datent de la période du 4 janvier au 22 février, avec 73 nouveaux foyers signalés dans 21 provinces, 78 000 cas aviaires et 325 000 volailles détruites. Ce sont surtout les deux deltas du Sud et du Nord qui sont touchés. Le 12 mars, le pays signale que l'activité virale a cessé depuis au moins trois semaines consécutives dans 22 des 35 provinces initialement touchées.

◆ **Indonésie**

Le 3 mars, il a été signalé que la grippe aviaire faisait depuis deux mois une réapparition en West Java, dans une région cependant moins étendue qu'en 2004. Le 16 mars, c'est la région de South Sulawesi qui a enregistré un foyer de grippe ayant entraîné la mort de 25 000 poulets.

Vaccination animale

La vaccination des volailles pourrait être considérée comme un outil parmi d'autres en vue de l'éradication de la circulation virale dans son réservoir animal et, à terme, pour la protection humaine. Elle n'est pas sans poser de nombreux problèmes de biosécurité et d'efficacité. On lira avec intérêt dans *Promed* une revue générale sur ce thème (*Promed*, 7 mars 2005, n° 20050307.0680 : "Vaccines and vaccination to control avian influenza [in poultry]").

Deux pays, la Chine et l'Indonésie, ont décidé d'autoriser la vaccination animale. Le Vietnam vaccinera des canards en avril dans le delta du Mékong.

La Thaïlande a déclaré qu'elle planifiait des essais contrôlés.

Grippe humaine

◆ **Vietnam**

Si l'on excepte le cas unique du Cambodge (voir la dépêche Edisan du 10 février 2005), le Vietnam est le seul pays où des cas humains de grippe H5N1 ont été observés depuis la reprise de l'activité du virus en décembre 2004. De la mi-décembre au 15 mars, 24 cas humains dont 13 mortels y sont déclarés. Il faudrait ajouter les cas de 2 enfants signalés depuis dans le centre Vietnam. Le pays ne reconnaît pas la positivité des prélèvements effectués sur sept autres malades, jugés positifs par des analyses effectuées au Japon (par le Japan's National Institute of Infectious Diseases de Tokyo) alors qu'ils avaient été jugés négatifs par l'Institut Pasteur de Hô Chi Minh-Ville.

◆ **Formes cliniques et létalité**

La gravité de la grippe aviaire H5N1 qui apparaît dans les statistiques publiées (létalité de $13/24 = 54\%$ pour le Vietnam de décembre 2004 au 15 mars 2005 et létalité de $45/68 = 66\%$ pour la totalité des cas observés en Thaïlande et au Vietnam depuis l'apparition de cette maladie humaine en janvier 2004) ne tient pas

compte des formes cliniques atténuées qui échapperaient à l'observation et des formes asymptomatiques possibles. C'est ainsi que le virus aurait été isolé chez un sujet de 81 ans en bonne santé et chez quelques autres qui reconnaissent à peine avoir été souffrants. Les modalités de la transmission pourraient aussi varier (pas uniquement respiratoire). Un enfant aurait présenté une infection caractérisée par une diarrhée et une encéphalite, sans manifestation respiratoire. La recherche virale dans les prélèvements de selles pourrait-elle permettre de dépister de nouveaux cas ? Le rôle épidémiologique que pourraient jouer les sujets atteints de formes asymptomatiques, mineures ou non classiques de la virus H5N1 reste inconnu. Il faudra attendre d'autres observations, plus précises et plus nombreuses.

◆ **Chimioprophylaxie**

Le virus H5N1 est résistant à l'amantadine, mais en principe sensible à l'oseltamivir (Tamiflu®), avec deux présentations : gélules à 75 mg ou poudre pour

suspension buvable à 12 mg/ml). Il convient de rappeler *les modalités d'utilisation de l'oseltamivir pour le traitement et la prévention de la grippe à virus grippaux humains A ou B* (l'expérience ne porte que sur ces indications). Tamiflu® peut être utilisé :
– Pour le traitement de la grippe chez l'adulte et l'enfant âgé d'un an ou plus présentant des symptômes typiques de la grippe en période de circulation du virus. L'efficacité a été démontrée quand le traitement est instauré dans les deux jours suivant le début des symptômes.

– En prévention de préexposition, chez l'adulte et l'adolescent âgé de 13 ans ou plus, ou après contact avec un cas de grippe cliniquement diagnostiqué en période de circulation du virus. Le texte de l'AMM du produit précise que "l'utilisation appropriée de Tamiflu® dans la prophylaxie de la grippe doit être déterminée au cas par cas selon les circonstances et la population à protéger..." et que "l'utilisation d'antiviraux pour le

traitement et la prophylaxie de la grippe doit être déterminée sur la base des recommandations officielles...". Pour la prévention de la grippe, le Tamiflu® n'est pas une alternative à la vaccination.

Posologies

– Traitement curatif (pour un adulte de plus de 40 kg) : 75 mg x2/j pendant 5 jours.

Prévention

– Après un contact étroit avec une personne infectée : 75 mg x1/j pendant 7 jours.

– Pour une exposition en milieu épidémique : 75 mg x1/j pour une durée allant jusqu'à 6 semaines.

Aucune recommandation officielle ne précise jusqu'ici les conditions d'utilisation de l'oseltamivir pour le traitement de la grippe humaine à virus H5N1, quelle que soit sa forme clinique, ou pour sa prévention.

Alain Chippaux, Michel Rey

RAPPORT MORAL (ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 24 MARS 2005) ÉRIC CAUMES

L'année 2004 a été une année de réflexion et de restructuration pour notre Société.

◆ **Travail du Conseil d'administration et des différentes commissions**

Le rythme des réunions du CA s'est accru avec six réunions par an. Il est donc apparu logique que les frais de déplacement et d'hébergement soient dorénavant pris en charge par la Société. En revanche, les frais de repas seront pris en charge par les membres du CA (l'assemblée générale est revenue sur cette décision et a proposé que ces frais soient également couverts par la société, dans des limites raisonnables).

Les différentes commissions (pédagogie, recherche, politique éditoriale) ont poursuivi leurs tâches. Des groupes de travail se sont également réunis régulièrement pour préparer les modifications statutaires et les dossiers administratifs litigieux.

◆ **Modifications des statuts**

Comme nous nous y étions engagés lors de l'Assemblée Générale (AG) d'avril 2003, nous avons conduit une révision de nos statuts.

Les propositions de statuts ont circulé sur la liste de diffusion de la Société dès le mois de juin 2004 afin de favoriser l'expression de nos membres. Quelques remarques ont été discutées et, pour partie, prises en compte.

L'adoption des nouveaux statuts a été l'occasion de mettre en place un vote par correspondance : 482 membres ont été convoqués (quorum 121) ; 160 membres se sont exprimés par correspondance, 18 ont voté sur place lors de l'AG extraordinaire de Nice le 18 novembre 2004. 170 votants ont approuvé les modifications statutaires, 4 les ont refusées et 4 ont voté blanc. Les nouveaux statuts ont donc été définitivement adoptés au cours de cette AG extraordinaire.

◆ **Secrétariat**

Comme cela a été indiqué dans les différents éditoriaux de *La lettre de la SMV*, nous avons mis un terme à l'amiabilité à la collaboration que nous avons avec Murielle Hamon depuis maintenant une dizaine d'années. Assurant à temps partiel le secrétariat de la Société de pathologie

exotique, il lui avait été initialement confié la gestion de *La Lettre de la SMV* avec le rédacteur en chef. Progressivement nous avons assisté à une dérive de ses fonctions puisqu'elle faisait, en grande partie, un travail relevant des attributions des membres du bureau.

Nous n'avons pas pu nous mettre d'accord sur le plan financier avec Murielle Hamon, en dépit de trois propositions successives de notre part. Les conditions financières posées par Murielle Hamon sont apparues impossibles à satisfaire à la grande majorité des membres du CA, l'argent de la SMV devant d'abord servir à développer les activités de la société.

Cette décision a entraîné un conflit avec Murielle Hamon qui estimait alors subir un préjudice. Le conflit a trouvé une issue amiable avec l'aide d'une avocate spécialisée qui a assuré la rédaction et la validation juridique du protocole transactionnel. Nous avons assumé nos responsabilités, vis-à-vis de la loi et de Murielle Hamon, dont les qualités ont toujours été reconnues.

◆ **Modification du bureau de la SMV**

La modification du bureau de la SMV a été votée par le CA, lors de sa réunion de septembre 2004. Notre secrétaire générale, Véronique Benoist, et notre secrétaire général adjoint, Vincent Feuillie, ont démissionné. Ils ont été remplacés respectivement par Ludovic de Gentile, pour la première, et Laurent Sido ainsi que Dominique Jean, pour le second. En effet, Véronique et Vincent qui ont, par le passé, consacré une part de leur temps à la SMV, n'ont plus la même disponibilité et ne pouvaient plus assumer la redistribution des tâches au sein du bureau. Ils restent membres du CA.

◆ **Transfert du secrétariat général**

La SMV ne bénéficiant plus de l'infrastructure de la Société de pathologie exotique, les données et les archives de la SMV ont été récupérées et le secrétariat général transféré à Angers dans le service de parasitologie.

◆ **Politique éditoriale**

– *La Lettre de la SMV*. La diffusion de *La Lettre de la SMV* est maintenant réalisée par voie électronique ; nous avons cependant proposé à chacun d'exprimer son souhait de recevoir *La Lettre* par voie postale. Nous attendons les réponses, mais il est sûr que la voie électronique doit être et sera privilégiée. Alain Chippaux a démissionné de ses fonctions de rédacteur en chef de *La Lettre de la SMV*. Michel Rey, qui avait assuré la continuité de *La Lettre*, pour les deux derniers numéros de l'année 2004, souhaite également ne plus assumer cette charge. Alain et Michel ont beaucoup travaillé pour que *La lettre de la SMV* existe avec consistance et régularité et doivent être remerciés du travail accompli. Une nouvelle page de *La Lettre* doit s'ouvrir. C'est le Dr Pierre Tattevin, praticien hospitalier en maladies infectieuses à Rennes, qui prend la responsabilité de la rédaction de *La Lettre*. Il sera aidé au niveau du secrétariat par Mme Béatrice Siourd, membre de notre Société.

– *Guide de médecine des voyages*. La sixième édition du guide a été présentée lors de la biennale en mai 2004. Ce guide reste un travail collectif qui a été coordonné par Danièle Badet. Cependant, il s'agit peut-être de la dernière édition avec notre éditeur actuel, Format-Utile. Après plusieurs mois de tergiversations au cours desquels nous n'arrivions plus à établir un contact serein avec Patrick Le Bras, nous avons sollicité l'aide d'un avocat, maître Cargill. Maître Cargill a également mandaté pour revoir l'ensemble des contrats d'édition de la SMV et remettre à plat nos relations éditoriales. À l'heure actuelle, Format-Utile n'ayant pas répondu à différents courriers, nous attendons le rapport de l'huissier mandaté par le tribunal de

Grande Instance de Créteil. Cette évolution nous conduit à réfléchir aux perspectives à envisager pour l'avenir de notre Guide. Des contacts rapprochés sont établis avec Flammarion Médecine Sciences ; il n'y est pas donné suite tant que la situation ne sera pas clarifiée avec Format-Utile.

– *Les maux du voyage*, grâce au très grand investissement personnel de Auguste Bourgeade, verra sa troisième édition sortir au cours des prochains mois.

◆ **Refonte du site Internet de la SMV**

Dans l'esprit, le site Internet de la SMV devra être notre épine dorsale en termes de communication avec l'extérieur, mais également entre nous. La refonte du site de la SMV est en cours. Philippe Guibert anime un comité éditorial de la SMV chargé de proposer le contenu scientifique du site. Un incident technique a bloqué tous nos moyens de diffusion électronique pendant près de deux mois alors que l'actualité nécessitait une réactivité plus grande de notre part. Cette panne nous a permis de voir combien la liste de diffusion était maintenant bien ancrée dans notre fonctionnement et combien le travail d'animation de Jean-Philippe Leroy était important.

Un cahier des charges précis a été rédigé par Jean-Philippe Leroy, Fabrice Legros et Ludovic de Gentile. Il a été soumis à trois sociétés éditrices de sites. Deux d'entre elles ont répondu. Le coût de leurs propositions tourne autour de 50000 euros. Aucune décision n'a été prise par le CA quant à engager la SMV dans cette investissement. D'autres propositions ont été faites et sont à l'étude. Il reste cependant incontournable de faire évoluer – dans des délais raisonnables – nos fonctionnalités et notre nécessaire visibilité sur Internet.

◆ **Réunions scientifiques**

– Durant l'année 2004, la Société s'est réunie à deux reprises. La biennale 2004 s'est tenue à Paris début mai. Elle a regroupé 300 personnes et a été l'occasion de partager l'expérience des infirmières et infirmiers qui ont présenté leurs travaux illustrant le souhait de notre Société de s'ouvrir vers ces professionnels avec qui nous travaillons régulièrement. La réunion d'automne s'est tenue à Nice en novembre. Elle a été très éclectique, associant parasitologie, "agressologie" et adoption internationale.

– Pour l'année 2005, année marquée par le *Congrès biennal de l'International Society of Travel Medicine* à Lisbonne en mai, nous avons souhaité accorder une large place à l'Assemblée Générale, au cours de cette réunion parisienne du 24 mars. La réunion d'automne, organisée sous la houlette de Daniel Camus, aura lieu le **vendredi 18 novembre 2005 à**

Lille. Elle accordera une large place aux vaccinations et à la pratique dans les centres de vaccination internationale et de conseil aux voyageurs, sur fond de réaménagement du Règlement Sanitaire International.

– Au cours de l'année 2006, l'organisation d'une biennale délocalisée ou d'une réunion provinciale à Saint-Malo, pendant le Festival des Étonnants Voyageurs est en cours de discussion. Le festival a lieu chaque année pendant trois jours, au printemps (Pentecôte ou Ascension). La biennale pourrait alors avoir lieu à l'automne. Sinon, la réunion provinciale pourra se tenir à Rennes en 2006.

◆ **Recherche**

– **Médecine générale**

Des rapports ont été établis, sous la houlette de Fabrice Legros, avec la Société Française de Médecine Générale (Pascale Arnould, Didier Duhot) et le réseau GROG (Anne Mosnier) organisations qui regroupent des médecins généralistes et assurent un rôle de veille épidémiologique. La SMV est par ailleurs représentée par Catherine Goujon, Olivier Bouchaud, Claude Hengy et Éric Caumes. Des projets de recherche sont en cours sur l'avant et l'après voyage. L'étude de faisabilité d'une enquête avec le réseau GROG étant en cours d'évaluation.

L'attente de la SFMG se situe aussi dans l'apport par la SMV d'un outil de conseils aux voyageurs, comme une aide à la prise de décision pendant la consultation en médecine générale. Nous réfléchissons avec nos partenaires à la meilleure solution à proposer.

– **Centres de vaccination**

L'an passé, sur notre liste de diffusion, un débat avait été lancé sur la place des médecins généralistes dans la vaccination contre la fièvre jaune. Fabrice Legros a participé à l'analyse des deux dernières enquêtes réalisées sur les CVI, qui ont mis en évidence un certain nombre de problèmes et surtout constaté la grande disparité des situations à tous les niveaux. Une enquête téléphonique exhaustive destinée à compléter ces données se met en place. Elle sera pilotée par Jean-Philippe Leroy, puis analysée par un groupe de travail. Les résultats de cette enquête seront présentés lors de notre réunion d'automne, le 18 novembre à Lille. Ils ont vocation à être ensuite communiqués à nos tutelles avec des propositions concrètes d'améliorations. Il est, en effet, primordial que notre Société représente le noyau fédérateur des CVI – conformément à ses objectifs statutaires – et devienne l'interlocuteur privilégié des instances de tutelle. Dès à présent, nous pouvons affirmer que ces résultats devront être confrontés à trois points : les nouvelles dispositions du Règlement Sanitaire International, le rapport Berland sur la subsidiarité des fonctions et les règles de l'accréditation des CVI.

◆ **Pédagogie**

La commission pédagogique de Olivier Bouchaud a continué son travail et ses interventions programmées avec l'OCP en direction des pharmaciens d'officine. Six sessions se sont tenues en province notamment à Caen, Rennes, et Grenoble.

Nous souhaitons développer ces activités pédagogiques en direction des méde-

cins généralistes, des infirmières et des médecins du travail.

La session de médecine des voyages prévue aux entretiens de Bichat 2005 a été repoussée à 2006 car, en 2005, elle se superposait au Congrès international de Médecine tropicale à Marseille.

◆ **Conclusion**

Si le passé a été occupé par la modifica-

tion des statuts, la réorganisation du secrétariat et les modifications au sein du bureau, l'avenir se tourne vers la mise en place du règlement intérieur, la refonte du site internet, et la recherche en direction des médecins généralistes et des centres de vaccination.

*Éric Caumes
Président de la Société
de Médecine des voyages*

CONGRÈS et RÉUNIONS

◆ **25-27 mai 2005**

Congrès commun de la Société Française de Parasitologie et de la Société française de mycologie médicale

Thème : *"Santé et Environnement"*

<http://www.infectiologie.com/public/congres/2005/congres-mycoparas05.pdf>

◆ **27 mai 2005**

12^e Colloque sur le Contrôle Épidémiologique des Maladies Infectieuses (CEMI), Institut Pasteur, Paris

<http://www.infectiologie.com/public/congres/2005/CEMI121ANNO.pdf>

◆ **1^{er} juin 2005**

ANRS "Recherches en santé publique sur les hépatites virales", Paris

<http://www.infectiologie.com/public/congres/2005/hep-anrs.htm>

◆ **8-10 juin 2005**

6^{es} Journées Nationales d'Infectiologie, Nice

<http://www.infectiologie.com>

◆ **24-27 juillet 2005**

3rd International AIDS Society (IAS) conference, Rio de Janeiro, Brésil

<http://www.ias-2005.org>

◆ **11 au 15 septembre 2005**

Congrès Mondial de Médecine Tropicale - Medicine and Health in the Tropic, Marseille

<http://www.iftm-pharo2005.org/>

◆ **16 septembre 2005**

Centenaire de l'Institut de Médecine tropicale du Service de Santé des Armées (Le Pharo, Marseille)

<http://www.pharo2005.org/>

◆ **21-24 septembre 2005**

45th International Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy (ICAAC), New Orleans, USA

<http://www.icaac.org>

◆ **6-9 octobre 2005**

43rd Infectious Diseases Society America (IDSA) meeting, San Francisco, USA

<http://www.idsociety.org>

◆ **19-22 octobre 2005**

7th European Congress of Chemotherapy and Infection, Florence, Italie

<http://www.oic.it/ecc2005/>

◆ **11-15 décembre 2005**

54th Infectious Diseases Society American Society of Tropical Medicine and Hygiene (ASTMH) meeting, Washington, USA

<http://www.astmh.org>