



# LA LETTRE

## de la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DES VOYAGES

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

N° 3 –  
Octobre 2006

BUREAU  
de la SMV

Président  
Éric Caumes

Vice-présidents  
Olivier Bouchaud,  
Catherine Goujon

Secrétaire général  
Ludovic de Gentile

Secrétaires gén. adj.  
Fabrice Legros  
Jean-Philippe Leroy

Trésorière  
Fabienne Le Goff

Trésorière-adjointe  
Danièle Badet

Présidents d'honneur  
Maxime Armengaud  
Michel Rey

Rédacteur en chef  
Pierre Tattevin

Site Web  
[www.medecine-voyages.org](http://www.medecine-voyages.org)  
Liste de diffusion  
[list@medecine-voyages.org](mailto:list@medecine-voyages.org)

#### S O M M A I R E

- ✓ Éditorial - De "La salamandre" aux "Fous de l'Inde", l'équilibre psychique des voyageurs est à l'honneur - *Éric Caumes* ..... 1
- ✓ Compte rendu de congrès et conférences ..... 2
  - Conférence internationale "Towards global access to health" - *Michel Rey*
  - Les XII<sup>es</sup> Actualités du Pharo - *Michel Rey*
  - XVI<sup>th</sup> International AIDS Conference - *Pierre Tattevin*
- ✓ Réflexions sur la médecine des voyages - Emporiatrie, une discipline nouvelle ?  
*Maxime Armengaud* ..... 5
- ✓ Lu pour vous - *Michel Rey, Fabrice Legros* ..... 11
- ✓ Maniement des médicaments antipaludéens chez l'insuffisant rénal et interactions potentielles avec les immunosuppresseurs - *Nathalie Colin de Verdière* ..... 11
- ✓ Poliomyélite : l'éradication mondiale encore en suspens - *Michel Rey* ..... 11
- ✓ Le point sur les récentes épidémies exotiques (été 2006)  
D'après la messagerie EDISAN - *Michel Rey* ..... 12
- ✓ Actualités épidémiologiques du 26 septembre 2006  
au 3 octobre 2006 - *Marie-Catherine Receveur* ..... 13
- ✓ Congrès et réunions - *Pierre Tattevin* ..... 14
- ✓ Annonce de la 7<sup>e</sup> biennale de la SMV - Institut Pasteur, Paris, jeudi 19 octobre 2006

#### É D I T O R I A L

### De "La salamandre" aux "Fous de l'Inde", l'équilibre psychique des voyageurs est à l'honneur

Il y a beaucoup à apprendre pour les médecins du voyage, à la lecture des écrivains-médecins-voyageurs. Ainsi, la lecture de "La salamandre", dernier livre de Jean-Christophe Rufin, constitue une excellente introduction à notre prochaine biennale, consacrée à la santé de l'expatrié et, entre autres choses, à son équilibre psychique, mis en exergue dans les "Fous de l'Inde", livre de Régis Airault.

Jean-Christophe Rufin, médecin, humanitaire avant tout (il est actuellement président de l'ONG "Action contre la faim"), a écrit de nombreux romans de grande qualité, couronnés par de multiples prix littéraires. Entre 1997 et l'"Abyssin" (Prix Goncourt du premier roman, prix Méditerranée) et "La salamandre" en 2005, il a publié "Sauver Ispahan" en 1998, "Asmara et les causes perdues" en 1999 (Prix Interallié), "Rouge Brésil" en 2001 (Prix Goncourt) et "Globalia" en 2004. Tous nous ont fait voyager dans un autre Monde et/ou un autre temps, de l'Afrique de l'Est au Brésil, en passant par l'Iran et l'Asie centrale, des siècles passés de l'"Abyssin" au futur de "Globalia". "La salamandre" raconte l'histoire bouleversante d'une voyageuse française de 46 ans qui va s'expatrier à Recife, au Brésil, et passer de son statut rassurant de touriste à celui plus instable de résident, non enregistré, à l'étranger.

Secrétariat général

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

On y trouve de belles choses écrites sur le voyage et le voyageur. Florilèges : *“Alors partir ! Puisque sa vie était monotone, que des coups de cymbale la réveillent ! Il lui fallait des ruptures, pas trop longues, bien sûr, mais suffisantes pour redonner une saveur au reste. En somme, elle partait pour mieux revenir. Un mois serait suffisant pour repeindre ses rêves à neuf”* ; ailleurs : *“Le voyage rêvé est image : le voyage vécu est sensation. Peut être est-ce le seul motif pour partir”*. Voilà pour l’appel au voyage. Mais le voyage et ses sensations ne sont pas sans risques : *“Elle ... oublia d’un coup sa passion contenue, son malheur, sa solitude et cette rugueuse bogues d’habitudes et d’objets accumulés dont le voyage, soudain, la privait. Comment aurait-elle pu imaginer le choc qu’elle allait subir ?”*. Effectivement, comment aurait-elle pu imaginer ?

Et bien, peut-être, si elle avait lu *“Les fous de l’Inde”* de Régis Airault, elle aurait pu imaginer plus facilement ce choc. Sans vouloir dévoiler la fin du roman, c’est l’histoire d’une Française qui, en même temps qu’elle se découvre, à la lumière du Brésil et au son de la musique, du carnaval et de l’Atlantique, se perd dans les favelas des mauvais quartiers de Recife et au contact d’un voyou brésilien âgé de 20 ans de moins qu’elle, c’est la transformation progressive d’une histoire de tourisme sexuel, devenu presque “ordinaire”, en une quête hallucinatoire et auto-destructrice de l’amour absolu.

*“Les fous de l’Inde”* n’est pas un roman comme l’est *“La salamandre”*. C’est un essai sur les délires mystiques d’occidentaux en Inde, écrit par Régis Airault, un médecin psychiatre qui a tra-

vaille à l’ambassade de France à Delhi (comme votre président a travaillé à celle de Katmandou au Népal). Régis Airault sera présent à notre prochaine biennale consacrée à la santé de l’expatrié et il pourra nous faire profiter de son expérience indienne qui connaît maintenant son prolongement à Mayotte, dans l’océan Indien. L’auteur pose une question essentielle pour les médecins du voyage. Nous savons que les troubles psychiatriques sont une des principales causes de rapatriement sanitaire, une cause de morbidité non négligeable en voyages, sans compter qu’ils peuvent contribuer à, peut-être, expliquer certains décès accidentels ou d’autre origine ; mais pourquoi ? : *“L’Inde rend-elle fou ou les fous vont-ils en Inde ?... D’un côté, le choc de l’Inde ; de l’autre l’épreuve de l’Inde”*. L’auteur distingue en fait deux sortes de voyage : *“le voyage pathologique, celui des fous qui vont en Inde”* et *“le voyage pathogène, celui de l’Inde qui rend fou”*.

Mais ce qui est vrai des Français en Inde l’est aussi d’autres voyageurs dans d’autres pays : Japonais devant la tour Eiffel, héros de Stendhal devant un Botticelli aux musées des Offices à Florence, ou Française devant les plages de Recife. La catégorie à laquelle appartient Catherine, l’héroïne de *“La salamandre”* est une autre histoire qui ne doit pas nous empêcher de réfléchir aux troubles psychiatriques de nos voyageurs et à l’équilibre psychique de nos expatriés, expatriés dont la santé fait l’objet de notre prochaine biennale.

Éric Caumes

Président de la Société de Médecine des Voyages

## COMPTE RENDU DE CONGRÈS ET CONFÉRENCES

MICHEL REY, PIERRE TATTEVIN

### Conférence internationale : *“Towards global access to health”* Genève, 30 août-1<sup>er</sup> septembre 2006

Dédiée à une actualité brûlante, rarement abordée en tant que telle dans une réunion internationale, cette conférence décidée et remarquablement organisée par le Professeur Louis Loutan, ancien Président de la Société Internationale de Médecine des Voyages, dans le cadre de l’hôpital universitaire de Genève, avec le soutien de l’Agence suisse pour le Développement et la Coopération, de l’OMS, de la Croix Rouge et autres Organisations internationales et nationales, de nombreuses Fondations et ONG, a réuni plus de 800 participants, invités à participer à 140 sessions, plénières ou simultanées.

Cette relance opportune du slogan “La santé pour tous en l’an 2000”, lancé par l’OMS en 1974 à Alma-Ata, et encore bien loin d’être atteint, a permis de dresser un vaste panorama des problèmes posés, en abordant ses différentes composantes : éthiques, financières, politiques, stratégiques, logistiques... et médicales. La prise en compte de ces problèmes est en progrès, comme le montre la récente

création à l’OMS d’un département dédié aux déterminants sociaux de la santé.

Le constat inaugural de cette Conférence est que l’accès à la santé (soins et prévention) reste difficile, sinon impossible, dans les pays en développement, en particulier pour les populations pauvres, majoritaires dans ces pays. Dans les pays industrialisés, cet accès à la santé peut rester problématique pour les plus pauvres, dont les migrants.

Certaines maladies infectieuses, dont le poids sanitaire et social est très lourd, sont retenues comme prioritaires et mobilisent une grande partie des efforts et des aides internationales : le sida, le paludisme, la tuberculose et les diarrhées. Ces priorités ne doivent pas laisser à l’écart les maladies émergentes, qui souvent sévissent dans les populations pauvres, telles que la grippe aviaire et ses cas humains dans le Sud-Est asiatique. La surveillance et la prise en charge de ces maladies s’améliore avec la participation d’Internet.

Il importe de se préoccuper aussi des maladies endémiques dites négligées, car cantonnées à des pauvres populations rurales exotiques, telles que les trypanoso-

moses africaines, sud-américaines et les leishmanioses. La prise en charge de ces maladies négligées a pris beaucoup de retard, qu’il s’agisse de leur détection, de leur traitement curatif ou de leur prévention. Le DnDI, une association mise en place à l’initiative de MSF, s’efforce de promouvoir des recherches pour la mise au point de tests de diagnostic rapide et de traitements efficaces, bien tolérés, faciles à administrer et peu onéreux. À titre d’exemple l’Arsobal®, traitement arsenical efficace mais dangereux de la maladie du sommeil, doit être impérativement remplacé par d’autres médicaments, efficaces, bien tolérés et faciles à administrer.

Parmi les autres questions soulevées et discutées, citons :

- L’accès aux médicaments essentiels et aux vaccins, encore très insuffisant pour les populations défavorisées des pays en développement et la dissémination souvent incontrôlable des contrefaçons dans ces pays.

- Les migrations, qu’il s’agisse de l’accès aux soins des nombreux immigrés installés dans les pays industrialisés ou de l’émigration des personnels de santé qualifiés (médecins et infirmières, microbio-

logistes, épidémiologistes, chercheurs), en provenance des pays en développement où ils ont été formés et dont le départ pénalise gravement ces pays. Ainsi, on a estimé qu'il manque actuellement en Afrique un million de personnels de santé qualifiés.

- L'insuffisance, face aux besoins, de l'aide internationale et des programmes nationaux, due au manque de ressources, de personnel qualifié, d'éducation, de volonté politique, auxquels s'ajoutent la corruption et certains effets pervers de la mondialisation

- Le développement bénéfique des partenariats publics-privés (PPP), orientés vers l'accès aux soins, aux médicaments, aux vaccins, à la recherche et à l'éducation.

Finalement, cette conférence a eu le mérite de soulever les nombreux problèmes que pose l'accès aux soins des populations démunies, mais aussi d'annoncer la mobilisation d'Organisations Internationales et Nationales, de Fondations, d'ONG, ainsi que la mise en place de structures et de projets qui laissent espérer quelque progrès.

Michel Rey

## Les XII<sup>e</sup> Actualités du Pharo

Marseille, 7-9 septembre 2006



Les réunions annuelles du Pharo maintiennent leur remarquable qualité. En témoignent le programme scientifique proposé et le choix des orateurs de haut niveau, ainsi que l'excellent accueil de l'IMTSSA, aujourd'hui dirigé par le Médecin Général Inspecteur Yves Buisson.

Cette réunion a été ouverte par un festival parasitologique, dévolu aux **helminthiases**. La plupart de celles-ci, notamment les helminthiases digestives (angiostrongyloïdose, anisakiase, gastroentérite due à l'ankylostome du chien, gnathostomose, sparganose), sont des zoonoses dont certaines sont chez l'homme des impasses parasitaires, tout en étant pathogènes. Ces helminthiases sont en expansion. L'homme se contamine en consommant, crus ou peu cuits, certains poissons ou crustacés, consommation qui doit être déconseillée aux voyageurs.

Pour traiter ces helminthiases, nous disposons de médicaments très actifs, souvent polyvalents, généralement bien tolérés : benzimidazolés (albendazole, mebendazole, flubendazole, triclabendazole), ivermectine et praziquantel (administrés isolément ou en association), auxquels s'ajoutent, en tant qu'alternatives thérapeutiques en cas d'échec thérapeutique, le métronidazole, le nitazoxanide et les dérivés de l'artémisinine.

**Les rétrovirus humains tropicaux** étaient au centre de la réunion. Le rôle important de l'ANRS, Agence nationale de Recherches sur le sida et les hépatites virales, a été présenté par son directeur, le Pr Delfraissy. L'ANRS est une agence de moyens et de coordination de la recherche clinique, microbiologique et thérapeutique, dans le domaine de l'infection à VIH et des hépatites virales B et C. Améliorer l'accessibilité et la faisabilité des traitements antirétroviraux du sida dans les pays du Sud, en diminuant leur coût et en simplifiant leur mode d'administration, est un objectif majeur de cette recherche. Sept nouveaux antirétroviraux sont dans le pipe-line et 36 essais ANRS sont en cours. Une immunothérapie à visée préventive est à l'étude, par l'interleukine 2. Améliorer la prévention de l'infection à VIH est aussi au programme, notamment en ce qui concerne la transmission mère-enfant.

La grande diversité du VIH, particulièrement du VIH-1, doté d'une capacité élevée de mutation, de variation et de recombinaison par surinfection ou co-infection, soulignée par F. Bazin, rend problématique l'obtention de vaccins préventifs.

**La situation de l'Afrique subsaharienne**, particulièrement touchée, où le sida est une catastrophe à la fois sanitaire et sociale, a été exposée par B. Diop (Dakar). La prévention de la transmission est encore très insuffisante, tout en progressant dans certains pays. Les traitements antirétroviraux n'atteignent qu'une minorité de malades, < 10 % dans de nombreux pays, un peu mieux (de 25 à 50 %) dans d'autres. Au Sénégal, le dépistage sérologique et le traitement antirétroviral sont gratuits.

Le "wasting syndrome" est un signe de reconnaissance du sida en Afrique, où il toucherait près de 90 % des malades (Pr Melchior). C'est une dénutrition grave, qui se traduit par une perte de poids de 10 % à plus de 20 %, pouvant aboutir à une cachexie, relevant de plusieurs facteurs (hypercatabolisme, entéropathie, malabsorption digestive, insuffisance d'apport nutritionnel). Rénutrir les sidéens est donc une composante majeure de leur prise en charge.

Au premier rang des infections opportunistes sévères se situent la tuberculose (50 % des tuberculeux dépistés sont VIH+) et les infections bactériennes (à pneumocoques, salmonelles non typhoïdiques, colibacilles, shigelles). Le paludisme semble aggravé par le sida. La chimioprophylaxie par cotrimoxazole (prévention visant certaines bactéries, la toxoplasmose et le paludisme), est recommandée quand les CD4 sont inférieurs à 350/mm<sup>3</sup>. La chimioprophylaxie antituberculeuse par l'isoniazide est discutable (risque de favoriser une résistance acquise) et en fait peu appliquée.

**La coopération sanitaire française dans les pays en développement** a été présentée et critiquée par M. Gentilini qui déplore un certain désengagement de la France dans le domaine sanitaire, lequel n'est plus retenu comme secteur prioritaire que dans neuf pays sur vingt-cinq. Ce désengagement est d'autant plus regrettable que le savoir-faire français en matière de santé dans les pays en développement est reconnu et devrait être mieux utilisé. Plusieurs questions méritent d'être posées, dont la dichotomie regrettable entre l'AFD (Agence française de développement) et le MAE (ministère des Affaires étrangères). Il faut également souligner l'insuffisance de l'action éducative, où devrait s'engager l'OIF (Organisation internationale de la francophonie). Une meilleure coordination entre les acteurs impliqués, y compris les ONG, est nécessaire. Un renforcement de la coopération sanitaire bilatérale (sous la forme d'un partenariat, qui doit remplacer la substitution), est souhaitable. La mise en place d'un service civique, comportant une formation préalable de coopérants, pourrait y contribuer.

**Le paludisme** chez les militaires français en opération dans les pays endémiques est fréquent : 750 cas ont été dénombrés en 2004, soit une incidence de 4,8 pour 100 personnes-années. L'observance de la chimioprophylaxie est médiocre, plutôt décroissante en raison de plusieurs facteurs, dont la perception insuffisante du risque. Un renforcement de la prévention, plus finement adaptée aux lieux de séjour à risque et aux caractéristiques individuelles, est nécessaire.

An plan thérapeutique, l'administration isolée de dérivés de l'artémisinine doit être évitée, en raison des risques de résistance acquise de *P. falciparum* à ces produits. Les associations artésunate-amodiaquine (Amonate<sup>®</sup>) et artémether-luméfantine (Coartésiane<sup>®</sup>) ont été comparées. Leur efficacité s'est avérée équivalente. Des études sont en cours sur des nouvelles molécules qui, associées à la chloroquine, seraient capables de réverser la chloroquinorésistance. De nouveaux antipaludiques sont à l'étude, tels que les trioxaquinones, actives non seulement sur les formes asexuées mais aussi sur les gamétocytes de *P. falciparum*.

**L'épidémie de Chikungunya**, qui a ravagé la Réunion et l'océan Indien en 2005-2006, a apporté un éclairage nouveau sur le virus et la maladie, découverts en 1952 en Tanzanie. À ses manifestations bien connues : la polyarthrite distale douloureuse, incapacitante et fébrile, compliquée parfois de méningo-encéphalite ou de myopéricardite, se sont ajoutées des hépatites virales fulminantes, des insuffisances rénales aiguës, des éruptions bulleuses, des polyradiculonévrites et la transmission materno-fœtale documentée (19 nouveau-nés infectés à la Réunion, dont dix formes graves, ayant nécessité une ventilation dans sept cas). Les formes articu-

lares prolongées sont mal expliquées. La cryoglobulinémie, détectée chez 87 % des patients, notamment chez ceux atteints de ténosynovite, pourrait être impliquée. Les effets bénéfiques de la chloroquine, qui s'est montrée active sur certaines autres infections virales (VIH-1, coronavirus, Sinbis), demandent à être confirmés.

Le vecteur principal est maintenant *Aedes albopictus*, moustique originaire d'Asie qui a envahi tous les continents, transporté en particulier par le commerce des pneus usagés. Ce vecteur est particulièrement difficile à contrôler, ses larves se développant dans des petits gîtes péridomestiques : flaques, végétation, boîtes de conserves, vieux pneus, etc. Il en résulte que la lutte antivectorielle, basée certes sur l'épandage d'insecticides, anti-adultes (deltaméthrine) et anti-larvaires (*B. thuringiensis*), nécessite impérativement une mobilisation et une coopération étroite de la population. Beaucoup reste à faire, sachant qu'une enquête a révélé que de nombreux Réunionnais pensent encore que la maladie n'est pas transmise par des moustiques.

La réunion du Pharo s'est terminée par un forum-débat sur **les maladies émergentes**, animé par messieurs Désenclos, Manuguerra, Tolou, Georges et Garin.

Qu'est-ce qu'une maladie émergente ? Une maladie nouvelle, due à un agent infectieux jusque-là inconnu ou bien l'amplification inquiétante d'une maladie jusque là peu prévalente ? Les maladies émergentes se multiplient-elles réellement de nos jours, ou bien a-t-on de meilleurs moyens de les détecter et de les surveiller ? Quels sont les déterminants d'une émergence ?

On peut invoquer le germe (sa virulence, une possible mutation), l'environnement, le vecteur éventuel, la réceptivité de la population, le développement des élevages industriels et les changements des comportements des populations exposées. La survenue d'une maladie émergente suscite une mobilisation ponctuelle d'experts, à défaut d'une recherche pérenne, qu'il serait bien nécessaire de développer dans ce domaine. Les recommandations des experts sont largement réinterprétées par les politiciens qui doivent les appliquer. L'exemple d'une réponse appropriée et efficace est celle qui a répondu à l'émergence du SRAS. La prévision d'une possible émergence impose l'élabo-

ration d'un plan d'action et éventuellement la mise en place de stocks de médicaments et d'équipement, tels les antiviraux et les masques en cas d'émergence humaine épidémique de la grippe aviaire, stocks dont le coût doit être mis en balance avec leur usage incertain.

*Michel Rey*

---

## XVIth International AIDS Conference

*Toronto, 13-17 août 2006*

---

Les conférences mondiales sur le sida sont devenues des événements politiques majeurs, à défaut d'être des conférences riches en scoops scientifiques. La cuvée 2006 n'a pas dérogé à la règle, avec son message délivré en filigrane tout au long des sessions : "*Time to Deliver*", ou sa version francophone : "Passons aux actes".

Le constat est le suivant : la faillite du contrôle de cette épidémie n'est plus, en 2006, liée à la méconnaissance de ce virus ou des déterminants de sa progression : Nous sommes loin des années de ténèbre où il a fallu progressivement démontrer que le sida était bien dû à un virus, identifier ce virus, mettre au point des tests diagnostiques, élaborer des mesures de prévention efficaces, découvrir des molécules, puis des combinaisons de molécules efficaces, bien tolérées, et de plus en plus faciles à prendre. On sait maintenant tout ça, et plus encore. Beaucoup d'essais cliniques présentés à cette conférence étaient d'ailleurs essentiellement conduits au bénéfice de l'industrie pharmaceutique et cherchaient à démontrer l'équivalence d'une molécule par rapport à une autre afin de se faire sa place dans le marché...

Pendant ce temps-là, les programmes d'accès aux trithérapies dans les pays en développement ont peiné à couvrir 1,6 million de patients, soit la moitié de l'objectif fixé par l'OMS pour fin 2005, malgré un financement sans précédent et l'engagement musclé de nombreuses institutions et personnalités (Bill Gates, Bill Clinton, Nelson Mandela...). Cette demi-mesure pourrait passer pour un succès notable, si on considère le niveau très faible de couverture en antirétroviraux dans les pays du Sud il y a encore deux ans, mais il y a un bémol, de taille : en 2005, pendant que ce chiffre de 1,6 million de patients sous traitement était atteint au prix fort, on estime que 4

5 millions de nouvelles contaminations ont eu lieu, principalement en Afrique subsaharienne, mais aussi en Asie, en Europe de l'Est et même en France (environ 7 000 nouvelles contaminations par an). Le déficit de traitement des gens qui en ont besoin ne peut que s'aggraver, si les contaminations se poursuivent à un tel rythme : il faudra à la fois assurer la poursuite du traitement antirétroviral de la petite proportion de patients qui en bénéficient déjà, étendre l'accès aux trithérapies à ceux qui attendent, et prévoir déjà les besoins des patients récemment contaminés qui devraient nécessiter un traitement d'ici quelques années. La courbe des besoins promet d'être exponentielle, à ce rythme.

C'est là qu'on prend toute la mesure de la tragédie : on s'efforce de vider une baignoire qui se remplit beaucoup plus vite, à cause de l'échec retentissant des stratégies de prévention. Il ne s'agit pas d'un manque de mesures efficaces, car beaucoup d'entre elles ont démontré clairement leur efficacité dans la prévention, que ce soit l'usage des préservatifs, la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, ou les programmes d'échange de seringues et de substitution des toxico-manes. La grande carence de la prévention de l'épidémie, en 2006, est en fait beaucoup plus simple : ces mesures ne sont que rarement appliquées, même dans les pays où ont eu lieu les grands essais cliniques qui ont démontré leur efficacité. À l'image de la Côte d'Ivoire, un des pays "phares" pour les essais cliniques sur la prévention de la transmission mère-enfant, mais à la traîne en ce qui concerne l'accès à cette prévention en routine pour les femmes enceintes séropositives (seulement 10 % des besoins couverts).

D'où le message "*Time to Deliver*", et l'accent mis sur la responsabilité de tous, scientifiques, politiques, acteurs du terrain : les règles de prévention sont de mieux en mieux connues mais toujours aussi peu appliquées. Même les programmes les mieux dotés ne pourront faire face aux besoins si les contaminations se poursuivent à un tel rythme. Si les règles basiques de prévention ne sont pas appliquées consciencieusement sur le terrain, la situation sera incontrôlable, inéluctablement.

*Pierre Tattevin*

**E**n France dans les années 90 et au début de ce siècle, deux organismes, succédant à l'Association pour la prévention des

sont plus bas que dans beaucoup de pays occidentaux, mais comparés au pouvoir d'achat du peuple indien, ils sont élevés. Le résultat en est que, après la dot de la fille, les soins médicaux représentent la cause la plus commune d'endettements dans les milieux ruraux. Cette situation n'est pas propre à l'Inde : elle est le souci de tous les pays émergents."

### ***Vue sur l'expérience de Médecins sans Frontières (MSF) concernant l'usage des médicaments occidentaux essentiels dans les pays pauvres***

L'expérience de MSF se déroule surtout en Afrique subsaharienne, région où le marché du médicament n'atteint pas 2% du marché mondial. Elle s'est principalement exercée dans trois situations différentes : le sida, le paludisme et la trypanosomiase.

#### **✓ *Trithérapies et sida***

En réponse aux arguments en vogue : *"les Africains ne sauraient pas s'en servir", "le prix de 15 000 US\$ par an et par personne est rédhibitoire"*, MSF a monté à propos du sida une campagne de niveau international principalement en Afrique, avec pour objectif, grâce à des génériques indiens, d'amener les traitements sur place, fixant le prix de la trithérapie à 200\$ par an et par personne. Dérogeant aux règles internationales habituelles de l'OMC, leur importation était facilitée par les *licences obligatoires*. Ces licences exceptionnelles délivrées uniquement pour motif grave autorisent un pays à fabriquer ou à importer les génériques de médicaments vedettes : les *blockbusters*.

Le Brésil était également dans la course et l'Inde, en accord avec ces lois, acceptait de se joindre au mouvement. Le nombre de patients sous trithérapie allait croissant et dépassait bientôt l'objectif fixé des 10000. Sa file active devenait supérieure à celles de tous les pays en voie de développement. Cette campagne a été une action d'éclat.

Plus de 100 ONG, proposent maintenant des trithérapies à moins de 200 US\$. Les produits utilisés sont efficaces, de qualité et viennent d'Inde (surtout des firmes CIPLA, Raubaxy et Hétéro). Dans les pays intéressés, plus de dix missions MSF travaillent actuellement sur ce projet. La Campagne pour le Fonds contre le sida semble actuellement prendre le relais de cette action réussie.

#### **✓ *Pour le paludisme***

On ne disposait plus en 2000 de traitement efficace pour stopper les épidémies émergentes comme celle du Burundi. Les deux médicaments les plus utilisés en Afrique, la chloroquine et le Fansidar®, devaient être associés à l'artémisine, produit chinois, indiqué ici pour son efficacité de façon à ce que les deux antimalariques associés se protègent mutuellement contre l'acquisition de résistance. MSF,

sachant que l'inertie des structures de santé est plus forte que la crainte des résistances, reprit le combat seul contre tous pour introduire l'artémisine. Il ne pouvait être question de fournir ces produits en vrac dans le contexte africain. MSF a alors payé un poste d'observateur à l'OMS chargé du contrôle de la fabrication de blisters en emballage plastique d'artémisine et de Fansidar® (3 jours d'artémisine, 1 jour de Fansidar®). MSF fut alors conduit à utiliser avec succès l'artémisine dans le traitement combiné de l'accès palustre des enfants au Kenya.

Au début du second semestre 2004, survenait un dénouement heureux : les multinationales occidentales prises de vitesse par le succès du traitement du paludisme infantile dans les écoles de plusieurs pays d'Afrique australe ont réagi (certes, avec deux ans de retard). En juin 2004, Pierre Le Sourd du LEEM publiait un dossier sur *"les engagements des entreprises dans l'accès aux soins des pays en développement"*. Les scientifiques américains revinrent sur leur a priori et demandèrent aux fermiers américains de préparer une moisson abondante d'armoise. La Compagnie Hoffmann Laroche déclarait bientôt aux journalistes *qu'elle avait trouvé un nouveau produit : le O2 277, initié à partir d'indications chinoises, qu'elle allait préparer chimiquement puis commercialiser grâce à un partenariat avec MMV (Medicines for Malaria Venture) et la firme indienne Raubaxy.*

L'honneur est sauf. La vie continue pour les écoliers paludéens des pays africains qui continueront à consommer avec le plus grand bénéfice l'artémisine à prix réduit comme ils le faisaient déjà grâce à l'Inde depuis plus d'un an.

Indira Gandhi, s'adressant en 1982 à l'Assemblée générale de l'OMS à Genève, avait dit : *"Mon idée d'un monde meilleur et organisé est celui dans lequel les découvertes médicales seraient libres de brevets et où il n'existerait pas de profit sur la vie ou la mort"*.

À cause de pays émergents et pauvres, du souci qu'ils ont de leurs malades, de leur désir de jouer dans la cour des grands, nous pénétrons tous dans une nouvelle et heureuse phase dans l'utilisation mondiale des nouvelles thérapeutiques.

L'industrie pharmaceutique occidentale a, elle aussi, gagné : sortant d'une période d'opacité complète, elle sait dire maintenant à juste titre : *"qu'elle est toujours la solution et non pas le problème"*.

#### **✓ *Pour la trypanosomiase africaine***

La situation est différente : elle ne fait pas intervenir de production Indienne. Elle est exemplaire car elle souligne la difficulté à user de certains traitements occidentaux dans les pays pauvres. Pour la trypanoso-

miase, quatre médicaments actifs étaient menacés de disparition : la lomidine remplacée par le Pentacarinat® (dix fois plus cher), l'eflornithine (de fabrication trop chère), l'Arsobal® dont la production était arrêtée par souci écologique de ne pas disperser de l'arsenic dans la nature et le nifurtimox, produit agréé pour la trypanosomiase américaine, mais qui ne l'était pas pour l'Afrique, là où une épidémie galopante sévissait. MSF, en premier lieu, l'OMS en suivant, obtinrent tout d'abord qu'Aventis fasse cadeau de ses réserves d'eflornithine (donner gratuitement ses réserves à type compassionnel s'appelle un effet *lobbying*). Une nouvelle levée de boucliers contre Aventis, força alors la compagnie à en reprendre la production, les mauvais esprits disant que ce retournement était dû au fait que l'eflornithine dérivait d'un produit de base servant à la fabrication d'une crème épilatoire. Pour l'Arsobal®, une nouvelle levée de boucliers amenait la compagnie à se défaire de ses réserves.

MSF, poursuivant le combat, souhaitait utiliser une combinaison d'Arsobal®, d'eflornithine et de Nifurtimox®. La combinaison de Nifurtimox® et éflornithine réduisait déjà la durée du traitement. Les quatre perfusions journalières nécessaires d'eflornithine étaient un obstacle majeur à son emploi en Afrique, mais la recherche tentait d'en réduire le nombre. Avec l'aide de l'OMS, MSF obtint la remise en marche de la production du Nifurtimox®. Actuellement, des essais sont en cours pour l'étude de différentes combinaisons.

## **II - Deuxième notion : *"Il faut laisser les pauvres tranquilles"***

C'est une phrase de Gandhi. Texte de l'interview donnée à l'emporiairie par le leader indien V.J. Rajagopal, président de Ekta Parishad (Centre de Chettikupam, mars 2004).

**Question.** *Vous êtes, dit-on, le dépositaire de la pensée de Gandhi en Inde sinon dans le monde et vous avez mis en pratique à grande échelle son enseignement sur l'efficacité de la non-violence. Vous avez organisé, en Inde, des Padyatra (marches pacifiques) de 700 000 personnes ! N'est-ce pas une vision du passé en ces temps de terrorisme et de mondialisation ?*

**Réponse.** Deux cultures se rencontrent dans le Monde d'aujourd'hui : l'une bonne, l'autre mauvaise. C'est donc une nécessité de comprendre la mauvaise pour la changer. Par ailleurs, n'oublions pas que le moment où nous vivons n'est pas important : c'est ce que nous faisons qui l'est. Nous avons en tous cas la responsabilité des plus faibles et donc des enfants et des malades. C'est effectivement à cause de la civilisation occidentale que le Monde est devenu, chez nous et pour beaucoup, plus

difficile à vivre. Ma recherche est avant tout axée sur la “non-violence”. Actuellement, la violence est le grand sujet de mes préoccupations. On constate même que le violent se tue lui-même. La violence est un pouvoir dictatorial, à l’opposé du pouvoir démocratique. Si l’on veut écraser la violence par la violence, on n’y parviendra pas.

**Question.** *Comment parvenir à faire triompher à notre époque des actions non violentes efficaces et positives ?*

**Réponse.** Posons nous plutôt la question de savoir pourquoi des jeunes gens peuvent être attirés par la violence et pourquoi des intellectuels peuvent la supporter ? Y aurait-il une violence positive, ou bien même une violence négative ? La violence n’apparaît ni positive ni négative : c’est la violence et elle est là. Elle pose une question urgente à résoudre. Il est inutile de pleurer contre la violence si l’on ne fait rien contre elle. Tout le monde dit que la violence est mauvaise mais personne ne fait rien. Seul ceux qui croient en la violence sont actifs alors que ceux qui n’y croient pas sont inactifs. Ainsi, il faut les “activer”.

Tuer quelqu’un est un acte violent : c’est de la violence physique. Mais il y a aussi une violence structurelle, liée à la violence physique. Si l’on crée des impôts trop lourds, des charges intolérables, si l’on crée de la misère, on sécrète de la violence physique car les gens touchés réagissent violemment.

**Question.** *Quel sont vos objectifs, vos moyens ?*

**Réponse.** Notre objectif est de rendre les gens heureux et de remettre en question le modèle humain prôné par les grandes compagnies, les grandes multinationales, celles qui viennent, s’installent, prennent l’eau, assèchent les puits avec leurs grands et efficaces moyens de pompage, chassent les paysans de leurs terres devenues arides du fait de la sécheresse et qui les leurs achètent pour un prix dérisoire. Il faut donc apprendre à discerner dans une situation donnée quelle sorte de violence est en cause. Cette enquête réclame la connaissance préalable de toutes les formes de violence : soit physique (viols, agressions), soit structurelles (corruption, exploitation de l’autre, impôts intolérables, asservissement des bounded : paysans asservis par l’impossibilité de rembourser leurs dettes envers leur propriétaire foncier, etc.). Il ne suffit évidemment pas de se contenter d’un diagnostic du type de violence, car rien ne peut être résolu si l’on n’agit pas et l’on ne peut agir si l’on demeure seul. C’est sur ces bases que nos centres travaillent avec les paysans sur le terrain, pour déceler ensemble les différentes formes de violences en vue d’actions communes. Ces centres accueillent de jeunes volontaires durant deux mois, renvoyés ensuite chez eux dans leur village où ils s’efforcent de percevoir les exactions qui s’y commet-

tent, de les analyser et de commencer à désigner la corruption des nantis et l’exploitation des personnes. Ils risquent bien entendu d’être battus, emprisonnés et tués. Mais, contrairement à ce qui se passait lors de nos débuts, maintenant ils ne sont plus seuls. Le mouvement *Ekta parishad*, le “Forum de vérité”, est là pour soutenir leurs actions.

**Question.** *Quelle est votre tactique, quels sont vos résultats ?*

**Réponse.** *Ekta Parishad* a eu des débuts difficiles mais est devenu, au fil des ans, un grand mouvement. Sa croissance était d’autant plus nécessaire que “petit” on avait peu de chances de faire bouger les choses alors que “gros” on a acquis la possibilité de réagir promptement, de convaincre, de faire pression. *Rajgopal*, bien que se refusant à la politique, a joué aux élections d’avril 2004 un rôle important dans le succès du *Parti du Congrès et de madame Gandhi* (NDLR).

Pour changer les choses, il fallait aussi se faire connaître dans le monde, en dehors de l’Inde, de l’Asie et établir le plus grand nombre de contacts divers, partout. Ainsi, la structure d’*Ekta Parishad*, comme celle de l’association *Solidarité*, est devenue capable d’accueillir des personnes en stage et d’organiser un réseau de soutien. Notre tactique est de former des jeunes à construire leur monde en utilisant la non-violence comme outil capable de faire pression sur toutes les résistances au changement, en particulier sur celles des États, car il faut obligatoirement en passer par eux. C’est pour cela que *Ekta Parishad* n’est pas un parti politique : il veut simplement clamer la vérité auprès des gens concernés. Cette non-violence est un outil très efficace. C’est l’arme des faibles qui au premier abord peut apparaître bien ridicule mais son mérite est d’avoir fait comprendre au monde qu’elle peut être aussi une arme contre les puissants. D’ailleurs, si l’on n’arrive pas à démontrer que la non-violence est un outil remarquable, la violence reprendra le dessus.

Cette méthode utilise une technique éprouvée, comprenant deux volets :

- habituer les personnes aux techniques de non-violence ;
- faire pression sur les dirigeants.

Ces deux volets indissociables sont à mener de front de façon à faire évoluer les comportements vis-à-vis des plus faibles. Ainsi, les jeunes en colère, se sentant soutenus, sont-ils en mesure de lutter pour la bonne cause. Ils ont alors un choix tactique : s’ils ont bien circonscrit une situation, ils doivent agir, sans tarder, ensemble. S’ils n’y sont pas encore arrivés, ils doivent s’asseoir et réfléchir. Quant aux partis politiques qui n’ont pas d’idées nouvelles, ils veulent bien aider les gens et donc lutter pour le changement mais ils ne savent pas réfléchir à la réorganisation de la société. Il leur faut un point d’ancrage, de référence. Il faut pou-

voir leur apporter et leur expliquer deux ou trois idées.

**Question.** *Croyez-vous que votre expérience puisse éclairer les réflexions que les gens partout dans le monde se posent, en particulier les “altermondialistes” que vous avez inspirés et dont l’action paraît s’émousser ?*

**Réponse.** C’est la doctrine de Gandhi qui le permet, suffisante pour satisfaire tout le monde. Je vous rappelle qu’elle est soutenue par trois idées-forces.

**Première idée-force.** Il y a des personnes qui causent et d’autres qui n’ont rien à manger. Il y a aussi des personnes qui veulent toujours plus et d’autres qui songent à migrer pour trouver du travail. Cela continuera, à moins que l’on trouve un moyen de permettre la suppression de comportements pervers comme ceux d’instruire des jeunes à passer devant les autres. Sinon, on continuera à favoriser la création de niveaux de vie très élevés à côté de niveaux de vie très bas. En effet, les classes moyennes voudront parvenir au niveau des classes riches et ne peuvent le faire qu’en détruisant la vie de millions de personnes. Il ne s’agit malheureusement pas de l’Inde seulement mais de la plupart des pays pauvres et même à l’intérieur de chaque pays, d’une division en un Nord et un Sud, un centre et une périphérie, de sujets “développés” et d’autres “en développement”. Aujourd’hui, on parle de marginalité. Est-il satisfaisant de constater que dans chaque pays il y a des gens avides qui veulent en avoir plus que les autres ?

**Deuxième idée-force.** Économiquement, ce qui compte n’est pas la production de masse mais la production par les masses. Les grandes sociétés produisent énormément mais les petites industries de village sont détruites. Dans nos villages indiens, on pouvait tout créer : nourriture, pharmacie et habillement. Pourquoi les grandes sociétés fabriqueraient-elles des étoffes en lieu et place des textiles de village ? Oublie-t-on que c’est à cause d’une croissance admirable (Adam Smith) que nous détruisons l’emploi (Keynes) ? Or, dans les pays pauvres, il faut que chaque homme ait un emploi pour pouvoir manger. Le “challenge” de nos jours est de donner de l’emploi. Tout simplement parce que la pauvreté engendre la violence et la violence engendre la misère. “Si tu veux aider quelqu’un ne le fais pas sans lui ; prend d’abord son avis, sinon il deviendra ton ennemi”, disait Gandhi.

**Troisième idée-force.** “Regarde le plus pauvre et fais tes plans en fonction de lui. À ce moment tu seras dans la bonne direction. Quand vous avez un doute, regardez le plus pauvre : ne le rendez-vous pas encore plus pauvre ?”. Aujourd’hui on fait l’inverse. Les multinationales récupèrent l’eau et la terre pour organiser leurs réseaux victorieux. Ils bénéficient sans vergogne de l’appui de tous, y compris

des gouvernements. La marginalisation engendrée est alors galopante, croissante. C'est ainsi qu'en Inde, la lutte pour la terre et la forêt est devenue essentielle. Lorsque l'on crée des "National Parcs" pour attirer les touristes du monde entier, on génère de plus en plus d'indigènes déplacés : les *Adivasis*. Ainsi, en Madhya Pradesh, 1 500 000 personnes ont été expulsés de onze parcs nationaux : elles ne savent plus où aller. Dans le but de créer un superbe "supermarché de la nature", on oublie de conserver à ces personnes leur forêt qui était "leur" supermarché. Ainsi, l'éco-tourisme se fait au dépens de millions de personnes. Les indigènes avaient jusque-là protégé leur forêt qui maintenant est détruite. Les mafias de la terre et de l'eau en profitent, alors que nous devrions en premier lieu confier la forêt aux *Adivasis* plutôt qu'à des fonctionnaires venus de la ville. On dit que l'on protège la forêt ! La banque mondiale protège l'environnement et donne pour cela des millions de dollars. En fait, ces fonds ont été utilisés pour "organiser" des réserves, en expulsant les tribaux. Au nom de la protection de l'environnement, on expulse les familles. Ni le Congrès, ni le gouvernement n'ont pris la défense de ces *Adivasis* alors que l'on aurait besoin d'eux car ils savaient consommer peu et, depuis des millénaires, avaient appris à protéger leur environnement naturel. Ainsi, ceux qui consomment étaient-ils protégés et ceux qui ne consommaient pas ont-ils été écartés ! Les *Adivasis* trouvaient tout ce qu'il leur fallait dans leur forêt. Maintenant ils souffrent de malnutrition.

Gandhi a eu raison quand, avant l'Indépendance, il conseillait aux Anglais de "laisser les pauvres tranquilles". Il faut laisser les pauvres tranquilles plutôt que décider pour eux de ce qu'ils doivent faire : on parle de développement durable ! N'est-il pas pour le moins ironique que ce soit ceux qui suivent le modèle de destruction consumériste qui parlent de développement durable ! Ce sont eux qui ont déchaîné les forces du marché, responsables de la destruction de notre modèle durable !

Pour Bernard Ziegler - "Notre époque se caractérise par la prise de contrôle de la symbolique par la technologie industrielle dont l'esthétique est la sensibilité collective. Celle-ci est devenue à la fois l'arme et le théâtre de la guerre économique. Il en résulte une misère où le conditionnement se substitue à l'expérience. Cette misère symbolique engendrée par les sociétés de contrôle suscite la honte d'être homme.

Pour Majid Rahnema - "La pauvreté, qui est le "manque du superflu", était le bouclier qui servait à lutter contre la misère qui est le "manque du nécessaire". Un mode de vie très simple, frugal, était basé sur le partage et le respect des autres ce qui permettait aux êtres humains vivant

*en communauté de mobiliser toutes leurs ressources. La misère est toute autre chose : c'est le moment où vous n'avez plus tous ces moyens, où vous êtes comme un noyé".*

Pour J. Sachs - "Le 11 septembre 2001, deux cultures universelles, le capitalisme mondial et un islamisme radical, profondément menaçant l'un pour l'autre, se sont rencontrés et heurtés. La terrible violence de ce jour-là nous a mis en face de la violence cachée de notre système économique qui, dans ses structures actuelles, enrichit effectivement des millions de gens mais produit aussi la pauvreté et une inégalité croissante. Les deux tiers des habitants du village global qui est le nôtre vivent en dessous du seuil de pauvreté, avec moins que ce que reçoit une vache dans les pays de l'Union européenne. La violence du 11 septembre est retombée sur nous".

Pour Rowan Williams - "Chaque transaction de l'économie occidentale peut être interprétée, dans le jeu de l'économie mondiale, comme un acte d'agression d'une économie développée contre les perdants. Quelle que soit la vigueur de nos protestations contre ce qui nous semble une caricature, c'est ainsi que cela est vécu par des milliards de personnes. Et il faut commencer à comprendre que cette façon de voir est le prix à payer pour conserver les bénéfices de la mondialisation."

Ne faut-il pas transposer ces notions dans le domaine médical et tenir compte des deux médecines en exercice, cet écuménisme paraissant par ailleurs comporter des avantages multilatéraux ? La médecine des voyages doit en tous cas veiller à occuper une place charnière entre ces deux médecines.

### III - La genèse de la Médecine des Voyages

Cette nouvelle discipline s'est bâtie sur la connaissance :

- De l'expérience médicale acquise au cours des voyages à travers les siècles.
- Des risques encourus par les voyageurs.
- De l'échec et du danger d'improviser individuellement en ce domaine, conduisant à jeter un discrédit sur une science médicale authentique qui n'est pas encore reconnue comme spécialité en université.

#### L'Histoire de la médecine au cours des voyages à travers les siècles

L'histoire de la médecine au cours des voyages, activité humaine par excellence, reflète toujours fidèlement l'état de la société contemporaine. Sa connaissance apprend aux médecins, le voyage étant structurellement construit d'une année sur l'autre, qu'il leur faut s'adapter sans cesse et éviter de camper sur des positions préparées à l'avance. Elle s'étend schématiquement sur quatre périodes :

**1 - Jusqu'à la Révolution française : La nosologie (XVII-XVIII<sup>e</sup> siècle)**

On nomme des symptômes des malades : toux, fièvre chaude ou froide, dysenterie, douleurs, sans leur en attribuer une cause somatique précise. Les médecins notent avec curiosité les affections rares comme l'éléphantiasis du scrotum ou la filaire de Médine enroulée sur un morceau de bois. Leur métier se double d'observations sur l'environnement. Ce sont d'authentiques naturalistes, souvent correspondants des Académies Royales et des Jardins du Roi. Ils voyagent durement, logés à la même enseigne que les autres voyageurs : ils côtoient le danger aussi bien dans la "Royale" qu'à bord des bateaux négriers. Ils vont "à la grâce de Dieu".

#### 2 - Au XIX<sup>e</sup> siècle, période des premiers diagnostics anatomo-cliniques et des premières statistiques : La pathologie

On nomme la cause des maladies. On en porte le diagnostic et si possible le pronostic. De grands médecins tropicaux (Dutrouleau, Le Dantec), de grands microbiologistes (Laveran, Yersin, Simond) sortent le paysage médical tropical de ses limbes nosologiques et inventent une pathologie nouvelle : la pathologie exotique. Les premières statistiques font état des pertes énormes du personnel médical et des voyageurs. La pathologie tropicale est enseignée, principalement infectieuse, avec son cortège de maladies bactériennes et parasitaires : amibiase, paludisme surtout, ainsi que les cinq fléaux pandémiques (peste, choléra, variole, typhus et fièvre jaune). Le médecin tropical est devenu un "saint laïque". Il meurt encore très souvent en service, durant son voyage, ou rapatrié après un séjour de plusieurs années, à son retour en France. On parle de la colonne du souvenir à Gorée, où sont inscrits les noms des 175 personnes du service de santé français décédées lors de l'épidémie sénégalaise de fièvre jaune de fin de siècle, ou encore de l'hôpital Saint-Mandrier de Toulon occupé par les nombreux malades atteints d'amibiases hépatiques. Dans les escales, un réseau de soins (dispensaires, grands hôpitaux), s'est organisé dans le monde colonial (Instituts Pasteur, hôpital Grall de Saïgon, etc.). Tout le monde en Occident (en particulier en France), redoute ces voyages au long cours dont on ne revient pas. Malgré des progrès réels, cette peur panique de contracter une de ces maladies redoutables perdurera longtemps, jusqu'à nos jours.

#### 3 - Au XX<sup>e</sup> siècle : l'époque est celle de l'épidémiologie et de la thérapeutique scientifique (chimique)

On dénombre les cas de maladies, leur mortalité et leur fréquence ; les épidémies et l'on invente ou réinvente les "maladies émergentes". Ce serait le triomphe isolé de la discipline "Santé publique", relayée par l'OMS, si la thérapeutique n'avait atteint des sommets. Connaissant les causes microbiennes, on s'adresse à la chimie en Occident pour traiter et guérir la plupart des maladies tropicales jusque là mortelles. L'émétine dès 1912 dépeuple



les services toulonnais des épidémies d'amibiases sévères chez les rapatriés. Les services mobiles d'hygiène et les services de prophylaxie de Jamot vont dans les villages, au devant des malades atteints de trypanosomiase, pour les dépister et les soigner. On lutte collectivement contre les grandes endémies. Un vaccin fera même disparaître la variole. La vaccinologie prend son essor (programme élargi de vaccinations pour tous les enfants de la planète). On s'essouffle pourtant à faire reculer dans le monde le paludisme et l'hépatite B, affections purement humaines.

Les voyageurs se partagent deux attitudes paradoxales, désadaptées l'une et l'autre de la réalité. Les uns pensent que malgré les progrès de la thérapeutique et de la prévention, des affections graves guettent toujours le voyageur. Les autres, à l'opposé, commettent toutes les imprudences, se permettent les pires négligences en voyage, croyant à la toute puissance de la médecine moderne.

#### *Au XXI<sup>e</sup> siècle : période du savoir pour tous et de l'informationnel*

Comme chez les sidéens pour leur maladie, les voyageurs en savent souvent plus sur les risques des voyages que le médecin lui-même. Chacun peut utiliser pour préparer son voyage des banques de données sur les périls encourus et leurs parades. On consulte sur Internet (Cimed, Edisan, la banque du ministère des Affaires étrangères, les divers serveurs grand public sur les voyages, etc.), mais aussi les guides et les ouvrages géographiques, sans oublier le bouche à oreille auprès de ceux parmi les amis qui ont déjà fait le voyage... De ce fait, le voyageur consulte son médecin pour contrôler ce qu'il sait déjà. Imagine-t-on le peu de crédit accordé aux conseils généraux que dispenserait un médecin non averti à un client qui en sait plus que lui !

C'est dans ce contexte que la société de Médecine des Voyages a été créée.

Le métier de médecin de médecine des voyages est devenu celui d'un consultant de haut niveau, dans une discipline nouvelle qui réclame :

- une formation préalable sérieuse ;
- l'utilisation d'un thésaurus constamment actualisé ;
- le recours à des banques de données fiables et, pourquoi pas à des voyages d'études, des discussions professionnelles avec des collègues des pays visités, etc. Il ne s'agit plus pour lui de donner des conseils standard, éculés, mais de répondre par des informations sérieuses aux questions exprimées (ou non) par un voyageur.

Bien plus : plutôt que de jouer au conseiller ("si tu as un ennemi, disent les Chinois, donnes-lui des conseils"), le médecin informateur a à apprendre comment déceler les demandes exprimées ou cachées du voyageur, pour, à l'occasion d'un dialogue constructif, les honorer par des informations

de qualité. Une consultation sérieuse de départ en voyage devrait être un grand moment dans la vie d'un adulte : l'occasion de faire le point sanitaire de l'individu. Le but de cette consultation devrait être de faciliter dans le domaine de la santé, la préparation au voyage d'une personne ou d'un groupe et non pas de faire un cours (prenez des notes et lisez ce document !), car toute **formation** doit être personnalisée.

Le médecin a un rôle spécifique pour déceler une maladie et la traiter ou la prévenir. En matière de santé, il a conscience de devoir prendre une part de responsabilité avec les autres partenaires de l'hygiène et de la santé du voyageur que sont les transporteurs, hôteliers, professionnels du tourisme, assureurs ainsi que tous nos collègues des sciences humaines et sociales (anthropologues, ethnologues, économistes, géographes, artistes et écrivains), qui tous concourent à maintenir le voyageur en bonne santé. On ne peut oublier que la santé d'un individu n'est pas seulement l'absence de maladies mais également son épanouissement et son bien-être personnels.

Connaître la place précise à laquelle peut prétendre la médecine des voyages dans la nébuleuse de la santé et du voyage de notre époque n'est pas aussi évident qu'il y paraît. Un constat sans complaisance et une large réflexion s'imposent.

#### **IV - Constats à propos de la Médecine des Voyages actuelle**

##### **Un constat mitigé**

Cette médecine est en période de croissance. Elle a ses défauts de jeunesse : l'absence de formation structurée de maîtres, d'autant que la formation sur le terrain tropical que recevaient nos anciens ne se fait plus ; organisation de l'enseignement encore en gestation ; définition sommaire du rôle du médecin informateur des voyageurs ; prise en compte par l'université d'un diplôme universitaire ou d'une capacité au même titre que celle de médecine tropicale ; inadéquation entre le nombre croissant des voyageurs et celui, restreint, des médecins informateurs justifiant la participation de médecins généralistes compétents ; formation embryonnaire des autres personnes des services de santé concernés (infirmières, pharmaciens, sage-femmes).

On pourrait craindre qu'en dehors du diagnostic d'une maladie et de son traitement, qui nous reviennent de droit, le rôle d'informateur en matière de santé des voyageurs – n'étant pas une propriété inhérente à la seule médecine et à ses médecins – puisse être pris en dehors du contrôle médical, par des tiers. Effectivement, avec quelques bonheurs, l'industrie pharmaceutique avec les moyens puissants dont elle dispose (elle a durant des décennies occupé un rôle prépondérant en antibiothérapie), pourrait séduire les médecins par la qualité de ses produits mais aussi par la complaisance de ses aides, entraînant sans le vouloir quelques effets pervers cachés : réduction

progressive de la responsabilité du médecin à qui cette remarquable industrie mâcherait le travail ; disparition de sa réflexion et de sa participation active aux programmes de santé. Une médicalisation à outrance du voyageur pourrait en résulter, à moins que la crainte d'être poursuivi devant les tribunaux pour négligence professionnelle ne rende le médecin craintif, se cantonnant dès lors dans le seul rôle de prescripteur de produits. En dernière analyse, l'oubli ou l'ignorance du rôle que le médecin peut jouer dans la préparation d'un voyage ou dans l'amélioration de la santé physique et psychique du voyageur, constitue un effet pervers le plus souvent encore méconnu.

Dans *le monde de la santé*, les médecins ne devraient plus se considérer comme les seuls responsables de la santé des voyageurs, ni les médecins occidentaux comme les seuls détenteurs de la connaissance en ce domaine. Il est inconcevable que l'on affecte de ne pas reconnaître les réalisations sanitaires qui "marchent" dans les pays du monde que sont la Chine, l'Inde, le Brésil et plus généralement dans les 20 plus grandes villes du monde, celles qui atteignent les 20 millions d'habitants, toutes en zone tropicale. Dans les congrès internationaux, y compris ceux de l'ISTM, on peut remarquer avec étonnement la faible représentation des médecins des pays émergents, dérisoire sinon inexistante, en partie du fait du coût du voyage et des frais d'inscriptions. Pourtant, on voyage chez eux et leurs émigrés, travailleurs psy5a L7vQ pac692 criptions.

La place du médecin dans la nébuleuse du voyage demeure importante. Il est le garant des préventions adaptées qui protègent le voyageur des maladies pendant et au décours des voyages.

Il est garant également à son niveau de la qualité du diagnostic et du traitement du voyageur malade.

Il fait passer le message que le voyage réhabilite les handicapés, les fragilisés, la femme et l'enfant.

Pour lui, le voyage a un impact sur la santé physique et psychique du voyageur. Il promeut l'idée de son influence bénéfique.

Il fait savoir que la santé est un produit humain qui n'est pas une donnée inscrite à la naissance mais un projet individuel évolutif. C'est une réalisation à laquelle chacun doit travailler toute sa vie, en particulier, lors de la préparation d'un voyage.

## V Les risques du voyageur

Le **plus grand risque est certainement celui de ne pas voyager** - qu'il s'agisse de loisirs, de travail, d'affaires ou d'immigration.

Le médecin à son endroit doit donc jouer un rôle, sinon persuasif, au moins non systématiquement dissuasif. On peut être dissuasif en interdisant un voyage à un être fragilisé alors que la personne pourrait parfaitement l'entreprendre, moyennant quelques précautions spéciales. On peut l'être également en prescrivant à grands frais des vaccins ou des équipements inutiles. Le médecin doit tenir compte du budget des familles ! Le médecin s'oppose aux cassandres de toutes sortes qui ne font pas la part des choses et excellent à dénoncer les risques virtuels.

### Les faux risques

Ce sont des risques prévisibles dont on omet de signaler les parades :

- le danger intrinsèque des transports, les accidents, le décalage horaire, les phlébites et embolies ;
- le soi-disant climat délétère des tropiques ;
- la vie de famille prétendue impossible dans les pays chauds ;
- l'absence d'infrastructure sanitaire correcte ailleurs que dans les pays occidentaux riches ;
- l'absence de médecins ou de médecines de valeurs en dehors de son chez soi ;
- l'absence de médicaments corrects dans les pays pauvres ;
- le danger de voyager dans le monde non "occidental" (par rapport à un séjour, par exemple, à Los Angeles !).

### La gravité amplifiée des risques virtuels

Ce sont de vrais risques, ils existent et peuvent être graves, mais ils sont artificiellement majorés par les médias, les tutelles et

les cassandres de tous bords. Ce sont en général les effets pervers du "principe de précaution" ou d'une crainte injustifiée de la "justice" :

- le battage médiatique disproportionné : cf. les vaches folles, le SRAS, la grippe aviaire, les maladies émergentes, les épidémies diverses, signalées maintenant avant même qu'elles n'arrivent ! Elles n'empêchent pas en tous cas de voyager à présent.

- Les risques infectieux tropicaux jouissant d'une priorité abusive qui pourtant relèvent simplement de mesures correctes de prévention efficace : cf. le choléra, la peste, le paludisme, la tuberculose, l'hépatite B...

- Le coût parfois très élevé des mesures de prévention proposées.

### Les risques réels

Ils doivent être hiérarchisés en fonction de leur fréquence, de leur gravité et de leur lien de causalité avec le voyage lui-même. Le voyageur hors de chez lui, de ses habitudes, perd en effet ses repères et peut s'exposer sans le savoir. Il doit en être averti.

✓ *La première catégorie de risques réels* est sans nul doute ceux en rapport avec **l'environnement nouveau** : ces risques représentent au moins 40 % des motifs de décès ou de rapatriement sanitaire.

Ce sont :

- Les forces libérées par les chocs des chutes, accidents de la route, accidents sportifs ou domestiques survenus dans un nouvel habitat, traumatismes divers, violences exercées par l'homme (vol, agression, terrorisme, emprisonnement) ou les animaux (morsures, envenimation, rage).

- Les comportements du voyageur au contact des 4 éléments : i) *l'eau* (tourista, diarrhée, bilharziose, leptospirose, noyade, accidents de plongée sous-marine, les "dents" de la mer) ; ii) *l'air* (pollution, allergie, intoxications diverses, typhons) ; iii) *le feu* (volcan, incendie, soleil, canicule, coup de chaleur, déshydratation, zones désertiques ; ou l'absence de feu et d'abri dans les grands froids) et iv) *la terre* (les végétaux toxiques, la haute altitude, un tremblement de terre, le fait de se perdre dans un pays étranger, dans une ville, une forêt, un désert).

✓ *La deuxième catégorie de risques* est la survenue de **maladies cosmopolites** sévères que l'on peut aussi contracter sans bouger de chez soi, mais qui en voyage, en dehors de ses "béquilles" habituelles, peuvent prendre un tour tragique.

- chez le sujet âgé : accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, fracture du col du fémur ;

- chez tous : légionellose dans la tour d'un grand hôtel, grippe de l'hémisphère sud, tuberculose ;

- une décompensation d'une maladie préexistante, d'autant qu'elle peut être mal prise en charge par les assureurs si elle n'a pas fait l'objet d'une déclaration avant le départ.

✓ La troisième catégorie de risques est la survenue d'affections du fait de l'oubli et de **l'absence d'aides préalable au voyageur** :

- oubli ou insuffisance d'assurances et d'assistances ;
- oubli d'une trousse médicale personnelle ;
- oubli du préservatif (infections sexuellement transmissibles) ;
- oubli d'informer le voyageur sur la possibilité de maladies au retour.

✓ *La quatrième catégorie* est celle des **troubles psychiques** (8 % des rapatriements sanitaires) liés au comportement imprévisible d'un sujet qui s'adapte mal à une nouvelle vie, présente un choc culturel ou dont la perte de ses béquilles psychiques habituelles (parents, amis, confort, etc.) décompense une névrose ou une psychose latentes (dépression, accès maniaque) :

- voyages pathologiques chez un sujet prédisposé, méconnu ;
- usage de drogues ;
- une intolérance médicamenteuse.

✓ *La cinquième catégorie de risques* est celle

- **des maladies infectieuses tropicales** (< 5 % des causes de rapatriement sanitaire), la principale étant le paludisme ;

- **des maladies infectieuses locales** : encéphalites (à tiques, japonaise, autres arboviroses) ; fièvres diverses (jaune, à tiques, récurrente, borreliose, tularémie, rickettsioses, West-Nile, de la Vallée du Rift, etc.) ;

- **dermatoses** diverses, fréquentes, favorisées par un manque d'hygiène, la chaleur, l'humidité, l'environnement parasitaire local (leishmaniose cutanée).

✓ *Le sixième groupe de risques* est celui auquel appartiennent **les sujets fragilisés** qui, pourtant, devraient pouvoir voyager sans danger s'ils étaient bien informés des précautions à prendre. Ce sont les diabétiques, les dialysés, les immunodéprimés, les insuffisants rénaux, les allergiques, les porteurs d'affections cardiovasculaires ou pulmonaires encore compensées, les jeunes enfants, les sujets âgés. Un questionnaire remis à chaque consultant dans la salle d'attente, en vue de lui faire préciser les conditions du voyage et sa perception des risques correspondants, peut être le meilleur moyen pour amorcer un dialogue constructif au cours de la consultation.

**Une consultation en médecine des voyages devrait être celle d'un spécialiste, ou tout au moins d'un médecin formé, au cours de laquelle le patient doit avoir le temps suffisant d'exprimer ses craintes et son ignorance, d'écouter et de comprendre les réponses du médecin. Sa durée ne saurait être inférieure à 30 minutes ou alors être fragmentée au cours de plusieurs petites entrevues, comme celles utilisées pour compléter des vaccinations.**

Maxime Armengaud

## ■ Paludisme d'importation en France métropolitaine : données épidémiologiques 2001-2004

F. Legros, A. Arnaud, B. El Mimouni, M. Danis et le réseau des correspondants du CNREPIA. BEH n°32 du 29 août 2006. Article téléchargeable sans frais sur [http://www.invs.sante.fr/beh/2006/32/beh\\_32\\_2006.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2006/32/beh_32_2006.pdf)

Entre 2001 et 2003, 11 073 cas de paludisme ont été notifiés au CNREPIA, correspondant à 20 600 cas estimés pendant cette période. Pour 2004, les données provisoires disponibles font état de 3 442 cas notifiés, soit 6 109 cas estimés. Les notifications sont en diminution continue depuis 2001. Le paludisme importé concerne une population jeune (âge moyen = 30,8 ans), majoritairement masculine, originaire dans 71,5 % des cas d'un pays endémique, essentiellement africain (principalement : Côte d'Ivoire, Cameroun, Sénégal, Mali, les Comores et Mayotte). *Plasmodium falciparum* est impliqué dans 83,5 % des cas ; *P. ovale*,

*P. vivax* et *P. malariae* respectivement dans 6,5 % ; 4,5 % et 1,6 % des cas. Lors du diagnostic, 71,3 % des cas ont été hospitalisés. Environ 100 à 130 accès graves sont répertoriés chaque année, dont une vingtaine va décéder. Les mesures préventives ont généralement été peu appliquées (chimio prophylaxie régulière dans seulement 11,5 % des cas) et le délai de recours aux soins, de trois jours en moyenne, s'élève à quatre jours dans les accès graves. Un effort de pédagogie est nécessaire pour faire passer correctement des messages de prévention auprès des catégories les plus touchées par le paludisme d'importation.

## ■ Tourisme et Identités

Ouvrage collectif (15 auteurs), publié sous la direction de Jean-Marie Furt et Frank Michel (*l'Harmattan*, 2005, 217 pages)

Comment le développement touristique - qu'il soit dit durable, ou non - peut-il s'accommoder concrètement avec les identités

locales et régionales, sans altérer définitivement les cultures inhérentes aux sociétés et finalement bouleverser la vie des populations visitées ? Cette remise en question du tourisme, de ses effets souvent négatifs sur les populations réceptrices, surtout quand s'agrandit l'écart entre leur niveau de vie et celui des pays émetteurs, rassemble et juxtapose des approches géographiques, historiques, anthropologiques, culturelles, sociologiques et économiques. Elle propose des réponses en direction d'un tourisme alternatif, que l'on souhaiterait plus équitable.

Michel Rey

■ Une excellente revue complète et bien documentée sur l'encéphalite japonaise et les vaccins existants est publiée dans la dernière livraison du *Relevé Épidémiologique Hebdomadaire* de l'OMS. [http://www.who.int/wer/2006/wer8134\\_35/en/index.html](http://www.who.int/wer/2006/wer8134_35/en/index.html)

Fabrice Legros

## MANIEMENT DES MÉDICAMENTS ANTIPALUDÉENS CHEZ L'INSUFFISANT RÉNAL ET INTERACTIONS POTENTIELLES AVEC LES IMMUNOSUPPESSEURS

ICAR Conseil, sous le parrainage de la Société de Néphrologie et de la Société Francophone de Dialyse, met à notre disposition un médecin, un pharmacien-pharmacocinéticien et une banque de données pour :

- l'adaptation de la posologie des médicaments chez le patient insuffisant rénal ;
- la pharmacocinétique des médicaments chez le patient insuffisant rénal, dialysé ou non ;
- les interactions médicamenteuses entre les médicaments et les immunosuppresseurs chez le patient transplanté.

Le site est consultable sur : <http://www.soc-nephrologie.org/ICAR/index.htm>

Pour recevoir des conseils spécifiques, un formulaire de demande peut être téléchargé sur le site pour envoi par mail ou par fax (+33 1 42 17 72 12). Le numéro de téléphone dédié est le +33 1 42 17 72 30. La réponse est communiquée sous 24 heures (du lundi au vendredi). Il est également possible de télécharger la lettre d'ICAR (diffusion soutenue en toute indépendance par le laboratoire Roche), et notamment les toutes dernières, qui nous intéressent particulièrement, concernant :

- interactions médicamenteuses entre les antipaludéens et les immunosuppresseurs

(<http://www.soc-nephrologie.org/PDF/epro/ICAR/2006-08.pdf>)

- maniement des médicaments antipaludéens chez le patient insuffisant rénal

(<http://www.soc-nephrologie.org/PDF/epro/ICAR/2006-04.pdf>)

Certaines informations concernant les recommandations de chimio-prophylaxie sont un peu obsolètes (le Sénégal y est cité en zone 2), mais l'intérêt des informations concernant les interactions médicamenteuses ou l'adaptation des doses à la fonction rénale reste entier !

Nathalie Colin de Verdière

## POLIOMYÉLITE : L'ÉRADICATION MONDIALE ENCORE EN SUSPENS

En 2006, l'OMS a enregistré 1 253 cas de poliomyélite, qui sont à comparer avec les 1 262 cas enregistrés en 2005 au cours de la même période. Les deux principaux foyers sont toujours le Nigeria (809 cas) et l'Inde du Nord (297 cas). Parmi les dix pays encore touchés par la dissémination du *Poliovirus nigerian* et considérés à tort ou à raison comme non endémiques malgré la transmission locale observée à partir des cas importés, les plus affectés sont la Somalie, l'Éthiopie, la Namibie et le Niger. Les épidémies explosives survenues en 2005 au Yémen (469 cas) et en Indonésie (236 cas) sembleraient éteintes (derniers cas en février 2006). Les campagnes de vaccination de masse, reprises et intensifiées dans ces pays, ont obtenu des résultats spectaculaires, mais elles n'ont pas encore atteint toute la population visée en Inde et au Nigeria.

Site OMS : <http://www.polioeradication.org>

Michel Rey



## LE POINT SUR LES RÉCENTES ÉPIDÉMIES EXOTIQUES (ÉTÉ 2006)

*D'après la messagerie EDISAN*

RAPPORTÉ PAR MICHEL REY

### ■ Grippe aviaire H5N1 (12-07-06)

La situation de l'enzootie en 2006 est la suivante : en Asie, alors que celle-ci paraît éteinte en Thaïlande et au Vietnam, pays précédemment les plus touchés, c'est l'Indonésie qui déclare maintenant le plus grand nombre de foyers. En Afrique, c'est le Nigeria qui est le pays le plus touché (14 États sur 31 sont contaminés). La France, atteinte en février 2006, est déclarée indemne depuis juin.

Le total des cas humains déclarés depuis 2003 s'élèverait à 231, dont 133 cas mortels. Les deux pays qui ont déclaré le plus de cas, jusqu'en 2005, sont le Vietnam et la Thaïlande (80 % du total des cas recensés durant cette période, avec 115 cas, dont 56 morts). En 2006, l'Indonésie a déclaré 35 cas (29 morts) et, consécutivement à l'avancée vers l'Ouest de l'enzootie, la Turquie a signalé 12 cas (4 morts) ; l'Azerbaïdjan 8 cas (2 morts) et l'Égypte 14 cas (6 morts). La transmission interhumaine, parfois suspectée, n'aurait été confirmée que dans un foyer familial indonésien. Des informations plus détaillées peuvent être consultées dans le REH (OMS) du 30 juin 2006.

### ■ Dengue (10-08-06)

Aux Antilles, le niveau épidémique, installé depuis juin 2005, semble amorcer un fléchissement. Le total des cas suspects recensés en avril 2006 s'élève en Guadeloupe à 8 800 cas ; en Martinique à 14 500 cas et en Guyane à 15 700 cas. Quelques cas de dengue hémorragique ont été signalés, surtout en Guyane (environ 30 cas). Quatre décès, dont 3 chez des enfants, ont été imputés à la dengue en Guyane.

Au Sud-Vietnam, une épidémie est également signalée, avec 2 700 cas rapportés en 2006 à Ho-Chi-Minh ville. Les services de pédiatrie sont saturés.

### ■ Fièvre hémorragique Crimée-Congo (10-07-06/12-08-06)

Transmise par les tiques du bétail ou par contact inter-humain direct, surtout par contacts professionnels (les voyageurs sont très peu concernés), cette arbovirose sévit actuellement en Turquie du nord-est (150 cas, dont 12 décès), dans le District fédéral Sud de la Russie (Stavropol, Kalmykie, Rostov, Astrakhan, Volgograd : 66 cas dont 7 décès) et en Iran (Balouchistan : 44 cas dont 2 décès).

### ■ Fièvre hémorragique avec syndrome rénal (12-07-06)

Due au virus Hantaan, cette fièvre hémorragique transmise à partir de rongeurs champêtres ou péri-domestiques a sévi en Bachkirie, une République du Sud-Est de la Russie, proche du Kazakhstan (306 cas). Dans différentes régions de Russie, cette infection a déjà provoqué des épidémies qui peuvent toucher des milliers de personnes. La létalité déclarée est faible (<0,5 %).

### ■ Neuro-intoxications par ingestion de fruits de mer (03-07-06)

Une épidémie survenue le 19 juin à Nha Trang (ville touristique côtière du Vietnam) a touché 150 touristes vietnamiens à la sortie d'un restaurant de la ville. Les symptômes toxiques apparaissent une heure après l'ingestion (soupe de crabes et de crevettes) : troubles digestifs, vertiges, céphalées, parésies des membres. Vingt patients ont présenté une syncope. L'Institut océanographique de Nha Trang a pu imputer cette intoxication collective, dite "paralytic shellfish poisoning" à la contamination des fruits de mer consommés au restaurant par une toxine thermostable neurotrope provenant de certaines algues colorant souvent, mais inconstamment, l'eau en rouge, d'où leur nom de "red tide". Ce risque d'intoxication par fruits de mer est très répandu dans le monde : en Amérique du Nord (Floride surtout) et Centrale, en Chine et dans le Sud-Est asiatique.

### ■ Chikungunya dans l'océan Indien (09-08-06)

A la Réunion où le nombre de cas estimés depuis mars 2005 s'élève à 2 660, l'incidence de la maladie est en diminution, de même qu'à Mayotte (7 115 cas suspects), à Maurice et aux Seychelles (où l'incidence se stabilise à 30 cas par semaine).

Par contre, l'épidémie continue à flamber en Inde où environ 900 000 cas suspects ont été recensés depuis octobre 2005 dans 7 États. Les États les plus touchés sont le Karnataka (capitale Bangalore) avec près de 550 000 cas, le Maharashtra (capitale Bombay) avec plus de 200 000 cas. Moins touchés sont l'Andhra Pradesh (Hyderabad) avec environ 66 000 cas, le Madhya Pradesh (Mhopal) avec environ 43 000 cas et le Tamil Nadu avec environ 41 000 cas. Les États encore peu touchés sont l'Orissa et le Gujarat. La Malaisie signale 200 cas dans l'État de Perak et l'Indonésie

quelques dizaines de cas à Sumatra (Jambi).

### ■ Rage humaine en Chine (28-08-06)

La forte prévalence de la rage des rues en Chine semble due au nombre impressionnant de chiens errants. À Pékin, qui hébergerait plus de 100 000 chiens des rues et 500 000 chats sauvages, plus de 700 000 personnes ont été mordues en 2006 et sans doute traitées, les 5 personnes mortes de rage ayant été mordues en périphérie où à l'intérieur du pays. À Shanghai où 45 000 personnes ont été mordues au cours du premier semestre 2006 (révélant une progression de 40% par rapport à 2005) et où 3 personnes sont mortes de rage, on s'efforce, avec difficultés, d'abattre les chiens des rues et de faire vacciner les chiens domestiques. Dans la province de Shandong où 16 décès par rage humaine ont été signalés, le programme comporte l'abattage de 500 000 chiens errants et le lancement d'une campagne d'information sanitaire. La province de Guangdong (Canton) aurait compté 1,5 million de morsures canines en 2005 et 306 décès par rage humaine.

L'enzootie rabique est en augmentation en Chine depuis la fin des années 1990, notamment dans les provinces du Sud. En 2004, 2 660 personnes sont mortes de rage en Chine.

Il est utile de rappeler aux voyageurs d'éviter de s'exposer au risque de morsure animale (chien, chat, singe), qu'il s'agisse d'animaux errants ou non, voire même d'animaux à comportement normal dont la salive peut être infectante deux semaines avant le début apparent de la maladie. Il est important de leur conseiller de consulter immédiatement après une morsure animale, dans un centre antirabique. L'enzootie rabique est encore très répandue dans la plupart des pays du monde : en Afrique, en Amérique latine et surtout en Inde, dans le Sud-est asiatique et en Chine.

### ■ Virose West-Nile (04-10-06)

Aux États-Unis, affectés sur la quasi-totalité de leur territoire, le bilan 1999-2006 s'élève à 22 426 cas humains et 872 décès. Une légère régression de l'épidémie est observée. Au Canada, ont été répertoriés quelques centaines de cas humains, essentiellement importés. L'endémie s'installe en Amérique latine et aux Caraïbes, touchant les oiseaux et les chevaux, avec quelques rares cas humains.

Michel Rey

# ACTUALITÉS ÉPIDÉMIOLOGIQUES DU 26 SEPTEMBRE 2006 AU 3 OCTOBRE 2006

MARIE-CATHERINE RECEVEUR

## EUROPE

- **Angleterre** - Épidémie de légionellose autour d'un spa mi-août. *Promed 29/09/06*
- **Angleterre (Leicester)** - Confirmation d'une épidémie de *Clostridium difficile* (ribotype 027, toxinotype III, hyperproductive de toxine) en 2006, à l'origine de 49 (voire 78) décès en 2006. *Promed 02/10/06*
- **Arménie (Kotajkskiy)** - Un cas d'anthrax cutané chez un vétérinaire. *Promed 25/09/06*
- **Bulgarie (Plovdiv)** - L'épidémie d'hépatite A n'est toujours pas contrôlée (916 cas cumulés le 24 sept 2006) frappant surtout les Tsiganes. *Promed 25/09/06*
- **France (Paris)** - Épidémie de légionellose autour de la gare d'Austerlitz (26 cas, 2 décès entre le 28 juillet et le 2 septembre). *Promed 28/09/06*
- **Russie (Rostov)** - 6 personnes atteintes de virose West Nile entre fin août et mi-septembre (petites épidémies estivales le long du Don). *Promed 25/09/06*
- **Suède (Varmland)** - Émergence de la tularémie depuis 1999, avec environ 22 cas par an. Cette année, 90 cas ont été rapportés (16 confirmés). Les moustiques qui pullulent autour des lacs sont incriminés. *Promed 25/09/06*
- **Russie** - Épidémie de yersiniose à *Y. pseudotuberculosis* liée à la prolifération de rongeurs. *Promed 29/09/06*
- **Roumanie** - 2 cas humains d'anthrax après consommation de viande de bœuf. *Promed 02/10/06. Promed 26/09/06. Promed 29/09/06*

## AFRIQUE

- **Afrique du Sud (KwaZulu-Natal)** - L'épidémie de tuberculose résistante se poursuit. Pas d'argument en faveur d'une souche MDR unique. *Promed 28/09/06*
- **Égypte** - Persistance de l'épidémie aviaire de H5N1. *Promed 25/09/06*
- **Kenya (Vanga)** - Épidémie de choléra autour d'un puits contaminé. *Promed 29/09/06*
- **Niger (Zinder)** - Épidémie de choléra particulièrement sévère au décours de la saison des pluies. *Promed 29/09/06*
- **Nigéria** - Épidémie de fièvre de Lassa au nord du pays évoluant depuis fin mai (10 cas confirmés, 7 décès) *Promed 29/09/06*
- **Nigéria (Sokoto)** - Choléra : une centaine de décès. *Promed 29/09/06*
- **RDC (Ituti)** - Suspicion d'épidémie de peste pulmonaire. *Promed 29/09/06*

## ASIE

- **Chine** - 1 735 décès de rage depuis janvier 2006. *Promed 01/10/06*
- **Chine (Beijing)** - 132<sup>e</sup> cas de méningite à *Angiostrongylus*. *Promed 30/09/06*
- **Chine (Mongolie intérieure)** - Épidémie d'H5N1 aviaire. *Promed 01/10/06*
- **Chine (Shaanxi)** - Trois cas humains d'anthrax après consommation de viande de chèvre contaminée. *Promed 02/10/06*
- **Inde (Tamil Nadu)** - 2 560 cas de Chikungunya depuis fin avril. *Promed 01/10/06*
- **Indonésie (Est Nusa Tenggara)** - Exposition à des chiens suspects de rage. *Promed 29/09/06*
- **Indonésie (Lombok)** - Quatre touristes (français, anglais, irlandais et allemands) décédés après intoxication aigue au vin de palme. *Promed 01/10/06*
- **Indonésie (Ouest Java)** - Enquête autour de trois membres malades d'une même famille. Un seul cas (68<sup>e</sup>) confirmé de H5N1. *Promed 26/09/06*
- **Philippines (Mindanao)** - Émergence de distomatose intestinale à *Heterophyes sp* transmise avec l'ingestion de poisson cru (21,5% de porteurs sur 2739 sujets examinés). Gravité liée aux localisations erratiques des oeufs au niveau du cœur, SNC ou moe le épinière. *Promed 26/09/06*
- **Thaïlande (Nong Bua Lamphu)** - 17<sup>e</sup> décès confirmé de H5N1 (25<sup>e</sup> cas) chez un homme de 59 ans, éleveur de coqs de combat. *Promed 26/09/06*

## AMÉRIQUES

- **Brésil (Sao Paulo)** - Epidémie de dengue record avec 3 283 cas à Ribeirao Preto, non contrôlée avant le début de la saison des pluies. *Promed 28/09/2006*
- **Canada** - 102 cas humains de virose West Nile en 2006 (semaine 37). *Promed 28/09/06*
- **Canada (Ontario)** - Un cas de TIAC à *E. coli* 0157:H7 à partir d'épinards contaminés (en provenance des USA). *Promed 26/09/06*
- **Cuba** - Le gouvernement confirme l'émergence de la dengue. *Promed 28/09/06*
- **El Salvador** - Décès d'un enfant de 11 mois, 4<sup>ème</sup> victime de la dengue cette année. *Promed 28/09/2006*
- **République dominicaine** - Poursuite de l'épidémie de dengue (37 décès). *Promed 28/09/06*
- **Pérou** :- Récapitulatif des cas de bartonelloses rapportées au Pérou (par comparaison avec la leishmaniose cutanée/la dengue) 2001 : 2 000 (5 000 / 23 500); 2002 : 3 500 (7 250 / 8 500); 2003 : 7 000 (7 000 / 3 500); 2004 : 12 000 (6 500 / 10 000) ; 2005 : 11 000 (6 000 / 7 000). *Promed 25/09/06*
- **USA** - Cas importés d'infection à Chikungunya en provenance de l'Océan Indien. *Promed 23/09/06*
- **USA** - 16 cas supplémentaires confirmés et 2 décès suspects de TIAC à *E. coli* 0157:H7 à partir d'épinards frais cultivés en Californie (Monterrey, San Benito et Santa Clara), soit 183 cas, 29 SHU, 95 hospitalisations et un décès. *Promed 25 - 26/09/06*
- **USA** - Après consommation de lait non pasteurisé contaminé par *E. coli* 0157:H7, 2 enfants malades dans l'État de Washington et 4 enfants en Californie. *Promed 29/09/06*
- **USA** - 4<sup>e</sup> cas de botulisme après consommation de jus de carotte. *Promed 30/09/06*
- **USA (Colorado)** - Cas de peste (vraisemblable contact avec les puces d'animaux de compagnie). *Promed 30/09/06*
- **USA (Georgie)** - Deux décès suspects d'infections à *Vibrio vulnificus* après consommation d'huîtres crues.

# CONGRÈS ET RÉUNIONS

PIERRE TATTEVIN

■ **12-15 octobre 2006** - 44th Infectious Diseases Society America (IDSA) meeting, Toronto, Canada. <http://www.idsociety.org>

■ **19 octobre 2006** - Biennale de la SMV. Institut Pasteur, Paris.

Thème : *“Prise en charge médicale de l’expatrié”*. Avec le Comité d’Information Médicale (CIMED). Organisation : Catherine Goujon. <http://www.medecine-voyages.org>

■ **25-28 octobre 2006** - 8th European Congress of Chemotherapy and Infection. Budapest, Prague.

<http://62.50.131.112/ecc8/public/index.asp>

■ **7-8 décembre 2006** - 26<sup>e</sup> Réunion Interdisciplinaire de Chimiothérapie Anti-Infectieuse (RICAI), Palais des Congrès, porte Maillot, Paris. <http://62.50.131.112/ricai/public/index.asp>

■ **13 décembre 2006** - Conférence de Consensus relative à la maladie de Lyme. Institut Pasteur, Paris.

[http://www.infectiologie.com/site/medias/\\_documents/consensus/Lyme2006.pdf](http://www.infectiologie.com/site/medias/_documents/consensus/Lyme2006.pdf)

■ **31 mars-3 avril 2007** - 17<sup>e</sup> European Conference on Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ECCMID), Munich, Allemagne. <http://www.eccmid-icc.org>

■ **17 mai 2007** - Réunion provinciale de la SMV. Rennes-Saint Malo (à l’occasion du festival *“Étonnants voyageurs”*). Thème maritime. Organisation : Claude Guiguen, Christian Michelet.

■ **13 au 15 juin 2007** - 8<sup>es</sup> Journées Nationales d’Infectiologie (JNI), Dijon, France.

<http://www.infectiologie.com/site/medias/JNI/2007/JNI2007.pdf>



# Société de Médecine des voyages

Association régie par la Loi de 1901  
enregistrée en Préfecture de Paris sous le n° 86-0482  
SIRET n°398 943 563 00013 - code APE 741J  
www.medecine-voyages.org

## 7<sup>ème</sup> BIENNALE de la SMV Jeudi 19 octobre 2006

Centre de Conférences de l'Institut Pasteur  
28 Rue du Docteur ROUX - 75015 Paris

### Prise en charge médicale des expatriés

Organisée par la Société de Médecine de Voyages  
avec le Comité d'Information Médicale (CIMED)  
[Maison des français à l'étranger - Ministère des Affaires étrangères-MAE]

### Programme préliminaire

8h30 **Accueil des participants**

9h **Introduction**

Tableau des expatriés français dans le monde (JP Evain, Maison des Français de l'Etranger)

9h15 **Aptitude / Inaptitude à l'expatriation**

Bilan avant le départ (J. Thévenot, CMETE)

Tests psychotechniques (Claude Bachelard, directeur médical des TAAF)

Apport des sciences humaines à l'évaluation des futurs expatriés

(P. Devillères, chef du service de psychologie appliquée de la marine)

Préparation des volontaires d'ONG aux missions de longue durée (Emmanuel Baron, MSF)

10h15 **Table ronde: les enfants d'expatriés**

Vaccinations, expérience d'une consultation d'enfants voyageurs

(M. Goudal, Centre Médical Institut Pasteur)

Présentation de l'enquête urgences pédiatriques au Sénégal

(F. Sorge, Groupe de Pédiatrie Tropicale)

10h45 **Pause**

11h15 **Prophylaxie antipaludique chez l'expatrié**

Prévention du paludisme chez les enfants d'expatriés (P. Imbert, HIA Bégin)

Facteurs de risque de paludisme chez les expatriés (A Fontanet, Institut Pasteur)

Prophylaxie au long cours, traitement d'un accès pendant le séjour: médicaments non disponibles en France (M. Danis, CHU Pitié-Salpêtrière Paris)

Protection individuelle contre les piqûres de moustiques (V. Corbel, IRD Montpellier)

Discussion

12h45 **Déjeuner**

14h30 **Problèmes de santé de l'expatrié pendant le séjour**

Problèmes psychiatriques (R. Airault, Hôpital Mamoudzou Mayotte)

Autres Problèmes : Enquête auprès du personnel diplomatique (O. Vergely MAE)

Statistiques de Morbidité chez les expatriés (M. Touverey, Caisse des Français de l'étranger)

Problèmes de santé chez les expatriés suisses (L. Loutan, Genève)

16h **Pause**

16h30 **Gestion des problèmes de santé des expatriés**

Comparaison des systèmes français et allemand (O. Vergely, MAE)

Exemple de coopération franco-allemande à Pékin

(H. Heydlauf, Ministère Allemand des Affaires étrangères)

Présentation des fiches du CIMED (C. Goujon, Centre Médical Institut Pasteur)

Evacuations sanitaires (P. Guibert, SOS International)

17h30 **Questions d'actualités**

17h50 **Synthèse et clôture de la journée**



## Société de Médecine des voyages

Association régie par la Loi de 1901  
enregistrée en Préfecture de Paris sous le n° 86-0482  
SIRET n°398 943 563 00013 - code APE 741J  
www.medecine-voyages.org

### BIENNALE 2006

**Jeudi 19 octobre 2006**

Centre de conférence de l'Institut Pasteur  
28 Rue du Docteur ROUX  
75015 Paris

#### Prise en charge médicale de l'expatrié

Organisée par la Société de Médecine de Voyages  
avec le Comité d'Information Médicale (CIMED)  
[Maison des français à l'étranger - Ministère des Affaires étrangères]

#### Inscription

**Nom** .....

**Prénom** .....

**Adresse** .....

.....

**CP** ..... **Ville** .....

**S'inscrit à la biennale de la SMV se tenant le 19 octobre 2006 et joint le règlement par chèque bancaire**

**Pour un règlement avant le 1<sup>er</sup> octobre**

**Membre de la SMV** : Numéro d'enregistrement à la SMV .....

- Médecin, pharmacien, scientifique : 50 euro

- Infirmier (ère): 30 euro

**Non membre de la SMV** : 80 euro

**Pour un règlement après le 1<sup>er</sup> octobre 2006, une majoration de 20 euro sera appliquée**

*Bulletin d'inscription à retourner à :*

**SMV – Laboratoire de parasitologie  
CHU 4 rue Larrey  
49933 ANGERS cedex 9**

**Coordonnées bancaires pour les règlements administratifs :**

Précisez : **inscription à la biennale**

Crédit Lyonnais 28, rue Victor Hugo 69002 LYON – RIB : 30002 01042 0000098824G 89 -  
IBAN : FR81 3000 2010 4200 0009 8824 G89 - BIC : CRLYFRPP