



LA LETTRE

de la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DES VOYAGES

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

N° 1 –
Avril 2007

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
Stéphane Jauréguiberry

S O M M A I R E

- ✓ Rapport moral présenté par Éric Caumes, président de la SMV, à l'Assemblée Générale du 14 mars 2007 à Paris - *Éric Caumes* 1
- ✓ Rapport financier de la SMV - Exercice 2006 - *Fabienne Le Goff*..... 4
- ✓ Tableaux - Rapport financier de la SMV - Exercice 2006 - *Fabienne Le Goff* 4
- ✓ Point de vue - Formation - La vaccination contre l'encéphalite japonaise - *Michel Rey* 5
- ✓ Compte rendu de la Conférence sur l'Influenza aviaire - École nationale vétérinaire d'Alfort - 15 mars 2007 - *Michel Rey* 6
- ✓ Compte rendu - Sécurité sanitaire des expatriés - Paris, 6 avril 2007 - *Catherine Goujon*..... 7
- ✓ **Lu pour vous** - *Pierre Tattevin, Alice Perrignon, Dominique Jean, Fabrice Legros, Christophe Rapp* 7
- ✓ **À lire** - *Fabrice Legros* - 10
- ✓ **Encadrés**
 - Un mot de votre nouveau rédacteur en chef - *Stéphane Jauréguiberry* 10
 - Projet INNA-VAC - SMV - Institut Pasteur- ACTIV - *Catherine Goujon*..... 11
- ✓ **Congrès et réunions** 11
- ✓ **Annonce de la 5^e Journée thématique annuelle du Groupe migrants - Jeudi 7 juin 2007, hôpital Avicenne** 11

É D I T O R I A L

Rapport moral présenté par Éric Caumes, président de la SMV, à l'Assemblée Générale du 14 mars 2007 à Paris

L'année 2006 doit être considérée pour la SMV comme une année de renouveau. Comme nous nous y étions engagés, nous avons assuré la refonte administrative de la SMV et de nouvelles élections ont permis de légitimer notre action et de favoriser une transition générationnelle en vue d'un renouvellement. Nous repartons sur des bases assainies notamment au niveau financier.

Sur le plan administratif

1 - Un nouveau CA a été élu à la suite des élections de mars 2006. Il marque un renouvellement important avec le départ de certains grands anciens (Michel Rey, Alain Chippaux, Véronique Benoist, Jean-Michel Lichtenberger, Olivier Schlösser, Vincent Feuillie, Bruno Marchou) qui ont beaucoup donné à la SMV (c'est encore une occasion de les remercier), le retour d'autres, et l'arrivée de plus jeunes. Le CA s'est réuni en séance plénière à cinq reprises au cours de cette année.

2 - Un nouveau bureau a été formé et renforcé mais dans la continuité. Il est formé d'un secrétaire général (Ludovic de Gentile) secondé par deux secrétaires adjoints (Fabrice Legros, Jean-Philippe Leroy), une trésorière (Fabienne Le Goff) aidée d'une adjointe (Danièle Badet) et deux vice-présidents (Catherine Goujon, Olivier Bouchaud) pour assister le président (Éric Caumes).

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

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

3 - La gestion de la SMV, pour la troisième année consécutive, a reposé uniquement sur les administrateurs, tous bénévoles. Cela nous a permis, au prix d'un gros travail, de nous libérer de contraintes financières importantes et de dégager ainsi des possibilités de financement pour d'autres projets.

4 - La base informatique des membres

Le fichier actuel comprend 513 fiches individuelles

- 8 membres d'honneur ;

- 27 adhérents à jour de leur cotisation pour 2007 au 22 février 2007 ;

- 320 adhérents à jour pour 2006 et 115 à jour pour 2005 (contre 366 adhérents à jour en 2005 plus 75 adhérents à jour en 2004) ; Les 60 personnes n'ayant pas - malgré les rappels successifs - réglé leur cotisation depuis 2003 ont été rayées des membres en 2006.

Un ultime rappel pour 41 adhérents n'ayant réglé qu'en 2004 est prévu.

5 - Le site de la SMV est toujours en construction avec la société Silk Informatique (pour la somme de 24 000 euros répartie sur trois ans). Le groupe de suivi composé de L de Gentile, J.P. Leroy et F Legros (qui en assure le pilotage) a pris - en raison de contraintes professionnelles et du temps consacré aux autres activités prioritaires de la SMV - du retard sur le calendrier qu'il s'était fixé pour la validation des différentes fonctionnalités. Mais le site devrait être opérationnel pour l'assemblée générale. L'annuaire des CVI a été mis à jour ; celui des membres n'a pas encore pu être mis à jour en totalité. Il reviendra à chaque sociétaire de gérer ses données personnelles, et chaque CVI devrait disposer d'un espace spécifique. Il s'agit également de créer différents niveaux de protection pour alléger la gestion administrative de la SMV et pour bénéficier de l'utilisation de la "publication en ligne". Pour l'espace public, les informations concernant les CVI restent au centre du dispositif, autour duquel le comité éditorial s'efforcera de proposer un ensemble de données utiles aux membres de la SMV, et aux professionnels de santé.

Sur le plan éditorial

1 - Le comité éditorial (CE). Il est destiné à coordonner la politique éditoriale de la SMV. Son importance deviendra croissante avec la mise en service de notre site Internet. Initialement piloté par Philippe Guibert, il a été transitoirement repris par Éric Caumes avant que le témoin ne soit passé à Christophe Rapp. Il comprend : N. Colin de Verdière, J.C. Croix, L. de Gentile, C. Goujon, D. Jean, F. Legros, J.P. Leroy, M.C. Receveur, M. Rey, J.M. Segalin et M.O. Lalot.

Il s'est réuni deux fois et a débattu principalement de l'articulation et de la forme des rubriques médicales et scientifiques du futur site Internet, ainsi que du circuit de validation des documents.

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

3 - La liste de diffusion. Elle est toujours animée par Jean-Philippe Leroy. Les échanges d'expériences sont riches d'enseignement. Il conviendra de pouvoir valoriser ces interventions en les regroupant par grands thèmes et en faisant une synthèse commentée et argumentée qui pourrait être disponible sur le site, ainsi que le CE l'a acté.

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

5 - Le litige avec l'Éditeur Format Utile. Il a été réglé par l'intermédiaire de notre avocat, maître Cargill, sous forme d'une procédure de conciliation à l'amiable.

6 - Livre sur la Médecine des Voyages. Il est en cours d'élaboration. L'éditeur pressenti est Flammarion - Médecine Sciences (contrat d'édition en attente) Le rédacteur en chef en est Éric Caumes, la SMV sera citée en tant que telle.

7 - Les Maux du Voyage. En 2005, la collaboration avec CDConseil et ADIMI a permis la sortie de la troisième édition du Dictionnaire de médecine des voyages "*Les maux du voyage*".

8 - Le memento de l'expatrié ("*Guide de prise en charge sanitaire de l'expatrié*"). Il a été rédigé à l'occasion de la biennale 2006 par un groupe de travail de la SMV et du CIMED sous la responsabilité de Danièle Badet.

Le devenir de ce guide et l'éventualité de nouvelles productions monographiques sont maintenant du ressort du Comité éditorial.

Sur le plan de l'enseignement

Il s'agit d'un enjeu important pour la SMV. La SMV doit bien formaliser son offre de formation médicale continue tant sur le plan pédagogique que comptable afin de respecter la réglementation en vigueur

1 - La SMV a fait acte de candidature pour adhérer à la Fédération française des Sociétés savantes, qui est l'interlocuteur privilégié des pouvoirs publics pour toutes les discussions sur les modalités de la formation médicale continue.

2 - Disposant déjà d'un enregistrement comme organisme de formation continue, la SMV a déposé une demande de reconnaissance comme organisme de Formation Médicale Continue. Cet agrément au titre de la FMC permettra à la SMV de s'inscrire dans le cadre des évolutions réglementaires de la FMC et d'offrir à nos adhérents un cadre pour la validation de leur FMC. Il nécessitera bien sûr des efforts importants d'organisation et de rigueur pour les manifestations que nous organisons ou soutenons. Comme notre règlement intérieur le prévoit, un cahier des charges pour l'organisation de nos réunions doit être mis en place. La déclaration de conflits d'intérêts des intervenants est au cœur du système de validation des FMC.

3 - La SMV a été sollicitée à deux reprises par l'OCP pour animer des soirées de formations (à Melun et à Nantes) en direction des pharmaciens d'officine au cours de l'année 2006. Il est du ressort de chaque adhérent de proposer au correspondant local de ce réseau la possibilité d'inscrire la formation sur la prévention du paludisme au programme de formation soumis aux pharmaciens de sa région. Le référentiel élaboré par la commission pédagogique est disponible auprès d'Olivier Bouchaud (il devra être actualisé).

4 - Après un an de réflexion, un programme de formation continue spécifique aux infirmières des CVI a été élaboré. Il s'articule en huit modules qui seront réalisés en deux sessions d'un ou deux jours. La première session aura lieu les 19 et 20 avril prochain à Angers. Douze infirmières issues de centre dépendant d'une collectivité territoriale de CHU ou de CHG sont dès à présent inscrites. De plus, trois inscriptions ont été soumises par des infirmières de services de médecine du travail.

Sur le plan de la recherche

Plusieurs travaux sont en cours ou ont été effectués. Ils ont permis d'établir une collaboration avec d'autres sociétés savantes

1 - État des lieux des CVI de France métropolitaine. Ce travail, qui a impliqué l'ensemble des CVI et des membres de la SMV exerçant dans ces centres, a permis de mettre en place un groupe de travail pour élaborer des propositions (notamment en vue de la réorganisation des critères d'agrément des CVI), rédiger un guide de bonnes pratiques et finaliser une charte des CVI métropolitains. Ce groupe de travail est composé de E. Caumes, D. Camus, P.H. Consigny, L. de Gentile, N. Godineau, C. Goujon, C. Hengy, V. Héraud, F. Legros, J.P. Leroy, F. Le Goff, A.S. Monge. Ces activités, pilotées par F. Legros et L. de Gentile, se sont déroulées en étroite collaboration avec le bureau des Maladies Infectieuses et de la Politique Vaccinale et le service juridique de la DGS. Ils ont été validés par le CMVI et par le Conseil supérieur d'hygiène public de France et sont maintenant dans le circuit de signatures.

2 - Enquête sur la structure de population (âge-sexe) des voyageurs se rendant dans les CVI et l'évolution de leurs destinations privilégiées (dans l'optique d'une approche de vaccinogilance anti-amarile). Cette enquête a porté sur les dix dernières années et un panel de plusieurs CVI représentant environ 450 000 personnes.

3 - Enquête sur les effets indésirables de la vaccination anti-ama-

riale et l'intérêt de mettre en place une vaccinovigilance. Suite aux publications rapportant les effets indésirables de la vaccination anti-marijuana, un travail a été conduit (F. Legros, J.P. Leroy) en collaboration avec le CRPV de Rouen et le Producteur. Ce bilan de pharmacovigilance a été présenté au Comité technique de la pharmacovigilance de l'Affsaps. La SMV a également attiré l'attention du Producteur et des autorités sur les difficultés suscitées par la mise œuvre de la nouvelle notice du Stamaril®. Enfin, la SMV sera représentée au sein du "Yellow fever vaccine safety working Group" européen.

4 - L'étude en collaboration avec la SFMG (Pascale Arnould, Didier Duhot) et le réseau GROG (Anne Mosnier) sur la pathologie observée "au retour de voyages" en médecine de ville est achevée. Elle donnera lieu à une publication dans le numéro spécial voyageurs du BEH de 2007. Un article dans le JTM est également envisagé, ainsi qu'une présentation aux JNI.

5 - L'enquête "avant le départ", toujours en collaboration avec la SFMG et le réseau GROG, est achevée. Son dépouillement et son analyse sont en cours.

6 - Étude de tolérance et d'observance de nos prescriptions d'antipaludiques, travail en cours, promu par D. Camus, toujours en cours.

7 - Une étude Connaissance, Attitude & Pratiques des voyageurs français face au paludisme a été menée à partir de données d'une enquête réalisée par TNS Sofres pour le compte d'un groupe pharmaceutique. L'analyse, conduite par S. Genty en collaboration avec F. Legros et O. Bouchaud, est en cours de publication.

En Projets :

8 - Vaccinations chez les patients recevant des anti-TNF promu par Paul-Henry Consigny.

9 - Étude de la réponse au vaccin amaril d'enfants ayant reçu moins d'un mois auparavant le vaccin ROR (protocole en cours d'élaboration, collaboration prévue avec l'Institut Pasteur et la Société française de pédiatrie) [C. Goujon, F. Legros].

10 - Une première rencontre avec l'association "SOS Pèlerins" a permis de réfléchir à la mise en place d'un travail prospectif concernant l'évaluation de la santé des pèlerins rentrant du grand pèlerinage de La Mecque. Ce travail sera probablement finalisé pour le prochain pèlerinage. [C. Goujon, E. Caumes].

11 - Une rencontre préliminaire a eu lieu au CNR des méningocoques en vue de constituer un groupe de travail sur la vaccination antiméningococcique et notamment la mise en place d'un réseau informel de veille épidémiologique dédiée (C. Goujon, C. Rapp, F. Legros, J.P. Leroy).

Représentations de la SMV

1 - Au niveau international, la SMV est représentée au sein du comité éditorial du JTM, elle a été représentée par son président au Congrès Nord européen de médecine des voyages à Édimbourg en juin 2006 et sera représentée au CISTM 10 à

Vancouver, en mai 2007. Éric Caumes a également été pressenti pour rejoindre le board de l'International Society of Travel Medicine et s'est donc présenté aux dernières élections de l'ISTM.

2 - Au niveau national, la SMV est représentée au CMVI, à la direction générale de la Santé, par son président. C. Goujon et F. Legros sont également membres de cette instance. L. de Gentile et F. Legros sont membres du Groupe de Travail sur les répulsifs auprès de l'Affsaps (Groupe biocides) et F. Legros est membre du Groupe Moustiquaires et Tissus Imprégnés d'insecticides de l'AFSSS.

3 - Les deux journées scientifiques de 2006 ont été largement suivies, montrant ainsi le dynamisme de notre Société :

- À Bobigny, la réunion de printemps organisée par Olivier Bouchaud a regroupé une centaine de participants. Elle a été consacrée au migrant voyageur.

- À Paris, la réunion Biennale organisée par Catherine Goujon, avec la collaboration du CIMED et du ministère des Affaires étrangères, a regroupé trois cents personnes. Elle a été consacrée à l'expatrié. Cette journée, la première strictement organisée par les bénévoles de la SMV, a été dense et riche d'échanges. Elle a été l'occasion d'innover sur le plan éditorial par la réalisation d'un "Guide de prise en charge sanitaire de l'expatrié".

Ces réunions ont été possibles grâce au soutien financier et à la fidélité de nos partenaires de l'industrie pharmaceutique ainsi qu'aux assureurs qui nous ont rejoints.

4 - À Paris, la SMV a organisé, au MEDEC, un séminaire sur la Médecine des Voyages le 14 Mars 2006 (E. Caumes, C. Goujon, O. Bouchaud, L. de Gentile).

5 - La SMV a collaboré à la rédaction d'un consensus sur le voyageur insuffisant respiratoire avec la Société de pneumologie de langue française (E. Caumes, F. Legros).

6 - La SMV a collaboré avec l'association "SOS Pèlerins" pour remettre aux pèlerins du Hadj 2006 une plaquette d'information et de conseils sanitaires (C. Goujon, E. Caumes).

Perspectives

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

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

■ Malgré des statuts très divers, les CVI doivent développer une démarche homogène de qualité et d'offre au public. La SMV, regroupant les CVI, se doit d'animer la réflexion et de favoriser les liens des CVI avec les tutelles.

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

■ La SFMG a sollicité la SMV pour l'éla-

laboration d'un référentiel concernant les vaccinations et la prophylaxie du paludisme pour son site Internet. Notre collègue A. Strady a accepté de mettre à disposition le fichier informatique qu'il a réalisé et dont il assure la mise à jour. La concrétisation de ce projet, très dépendante de la disponibilité des différents intervenants, tient aussi à des solutions techniques qui sont à l'étude ainsi qu'à leurs modalités de financement.

■ À la suite de la réunion de Bobigny, Oliver Bouchaud a proposé à la SMV de travailler sur la réalisation d'un film d'éducation sanitaire pour favoriser la prévention du paludisme chez le migrant voyageur. Un synopsis et un contrat de production sont en cours de discussion. Avant de prendre toute décision, il convient cependant de déterminer avec précision l'utilisation qui pourrait être faite de ce film.

■ Deux journées scientifiques sont prévues en 2007 :

- À Saint-Malo, le 16 mai 2007, veille de l'Ascension, la réunion provinciale, organisée par l'équipe rennaise autour de C. Guiguen et M. Michelet, sera consacrée aux voyageurs et à la mer.

- À Paris, le 17 octobre 2007, sur le campus de l'Institut Pasteur, la réunion sera organisée en collaboration avec la Société de pathologie exotique. Elle sera centrée autour des maladies d'importation, thème commun à la médecine des voyages et à la pathologie exotique.

■ Un projet de congrès régional de l'Ouest, qui ferait suite à la manifestation des Tour Opérateur Top Résa à Deauville (septembre 2007) est en bonne voie de concrétisation. La SMV interviendra pour ce premier essai uniquement comme partenaire scientifique. Nos collègues du Centre des Vaccinations internationales de Nîmes ont proposé au CA de prendre en charge l'organisation de notre réunion de printemps en mai 2008.

Conclusions

Je voudrais conclure ce rapport moral en faisant part de mon optimisme quant au futur de la SMV. La société est jeune, dynamique, régulièrement croissante et surfe sur la vague du voyageur. De plus, la SMV dégage maintenant des bénéfices qui vont lui permettre de faire d'autres investissements. Mais d'ores et déjà, les membres de la SMV vont pouvoir bénéficier des fruits de cette réorganisation. Ils vont disposer d'un site Internet correct dans l'année. Le travail fait autour des CVI et du RCP fièvre jaune va bientôt aboutir à des recommandations claires. Des collaborations diverses et fructueuses se sont développées avec d'autres associations ou sociétés savantes (CMVI de la DGS, CIMED, SPE, SFMG, GROG, MEDEC, SOS Pèlerins). Nous allons aussi investir le champ de l'enseignement en médecine des voyages. Enfin, nous avons maintenant les moyens de construire positivement notre futur en favorisant tous les travaux d'intérêt collectif.

Pr Éric Caumes, Président de la Société de Médecine des voyages

RAPPORT FINANCIER de la SMV

- EXERCICE 2006 - *FABIENNE LE GOFF*

Le bilan financier de la SMV pour l'année 2006 est exposé dans les encadrés ci-dessous :

La SMV avait au 31 décembre 2006 :

■ **À son actif** (placements de la richesse de l'association) 113 315,77 euros, dont :

- une immobilisation de 15 000 euros pour le site Internet (fournisseur SILK Informatique) qui coûtera au total 24 000 euros (règlement lissé sur trois ans) ;

- un compte courant au LCL : 26 110,42 euros ;

- un compte livret : 42 612,75 euros ;

- 6 SICAV monétaires : 29 592,60 euros.

■ **À son passif** (richesse de l'association) 113 315,77 euros, dont :

- un fonds associatif (capital de départ de l'association) : 4 305,77 euros : un vote à ce sujet a eu lieu lors de l'Assemblée Générale du 14 mars (cf. ci-après) ;

- un report à nouveau : 85 940,23 euros : cela représente la capitalisation des ressources depuis la création de la SMV (report 2004 plus excédent 2005)

- l'excédent 2006 : 23 069,77 euros qui représente la trésorerie disponible et servira à l'approvisionnement des dépenses exceptionnelles ou nouvelles.

À propos du fonds associatif : celui-ci n'ayant pas évolué depuis de nombreuses années, il convenait de le lever de façon conséquente (nécessité de 24 000 euros pour amortir le site Internet et bien plus pour arriver à une situation financière cohérente). Une augmentation portant le montant global du fonds associatif à 50 000 euros a donc été votée par les membres de la SMV présents ou ayant donné un pouvoir lors de l'Assemblée Générale du 14 mars 2007. Cette augmentation se fera en y affectant l'excédent 2006 et une partie du report à nouveau.

Les dépenses courantes s'élèvent à 16 180,76 euros

- Les frais de mission et de déplacement occupent un poste budgétaire important (plus d'un tiers des dépenses), ils concernent les CA (cinq en 2006), mais aussi les réunions des différentes commissions (pédagogique, recherche, informatique et comité éditorial).

- Les frais d'enquêtes concernent deux enquêtes sur la pathologie au retour de voyages en médecine de ville (en collaboration avec la SFMG et le réseau GROG).

■ **Les recettes courantes s'élèvent à 17 766 euros, elles proviennent :**

- Des cotisations 2006 (actuellement 50 euros pour les médecins, 25 euros pour les infirmier(e)s, les retraités et les étudiants).

- Des droits d'auteur pour l'ouvrage "Les maux du voyage" en collaboration avec CD Conseil et ADIMI.

- Des formations OCP (deux comptabilisées en 2006).

- Des intérêts du compte livret.

■ **Le bilan de la biennale** du 18 octobre 2006 montre un excédent de 15 246,34 euros provenant des recettes assurées par les frais d'inscriptions (environ 300 participants) et les subventions de l'industrie pharmaceutique et des compagnies d'assurance et d'assistance. Le poste de dépense le plus important incombant aux frais de restauration (6 900,46 euros).

Il est à noter qu'il n'y a pas eu de frais de location de salle proprement dits, mais une subvention pour les techniciens (956,80 euros).

Ce bilan positif est presque superposable à celui de 2004 (16 500 euros), en sachant que certaines recettes (encaissements ou virements effectués après le 31 décembre 2006 n'apparaîtront que dans le bilan 2007).

Il concerne les Journées "provinciales" de la SMV. La journée du 16 mars 2006 organisée par le Pr Olivier Bouchaud à l'hôpital Avicenne de Bobigny a permis de réaliser un excédent de 6 743,39 euros dont la SMV ne gardera qu'un tiers au final.

En attendant un tiers a été reversé à l'organisateur, un tiers lui sera versé pour la réalisation d'un projet de film (*Prévention du paludisme chez le migrant voyageur*).

Pour la journée du 18 novembre 2005 à l'Institut Pasteur de Lille, l'organisateur le Pr Daniel Camus a reversé à la SMV une somme de 1 730,80 euros.

L'excédent global des deux journées s'élève à 6 238,19 euros.

Enfin le tableau 4 récapitule l'ensemble des dépenses 2006 s'élevant à 30 068,03 euros (courant : 16 180,76 ; biennale : 9 703,66 ; journées provinciales : 4 183,61) et l'ensemble des recettes 2006 s'élevant à 53 137,80 euros (courant : 17 766 ; biennale : 24 950 ; journées provinciales : 10 241,80) et donc un excédent général 2006 de 23 069,77 euros.

Fabienne Le Goff

TABLEAUX - RAPPORT FINANCIER de la SMV

- EXERCICE 2006 - *FABIENNE LE GOFF*

BILAN 2006 (euros)

ACTIF : EMPLOIS	BRUT	AMORTISSEMENT	VALEUR NETTE	PASSIF : RESSOURCES	
Immobilisation en cours site Internet	15 000,00		15 000,00	Fonds associatif	4 305,77
				Report à nouveau	85 940,23
Crédit Lyonnais (compte courant)	26 110,42		26 110,42		
Compte Livret	42 612,75		42 612,75	Excédent 2006	23 069,77
SICAV monétaire	29 592,60		29 592,60		
TOTAL	113 315,77		113 315,77	TOTAL	113 315,77

COMPTE DE RÉSULTATS 2006 (euros)

DÉPENSES COURANTES	2006	RECETTES COURANTES	2006
Fournitures de bureau	1 361,85	Cotisations et inscription	14 435,00
Location salle	92,00	Droits d'auteur	2 293,50
Honoraires avocat et comptable	2 874,40	Formation OCP	300,00
Frais de mission et déplacement	6 433,64	Intérêt compte Livret	737,50
Frais postaux	1 850,43		
Frais d'enquêtes	2 780,70		
Téléphone	489,03		
Abonnement Internet, maintenance et hébergement	194,33		
Services bancaires	39,80		
Photocopies	74,58		
TOTAL COURANT	16 180,76	TOTAL COURANT	17 766,00
EXCÉDENT COURANT	1 585,24		
DÉPENSES BIENNALE	2006	RECETTES BIENNALE	2006
Fichet SNCF biennale	45,00	Inscription biennale	14 750,00
Fournitures administrative biennale	226,54	Sponsors biennale	10 200,00
Sacoches biennale	1 179,26		
Intercongrès technique biennale	956,80		
Frais déplacement biennale	395,60		
Repas biennale	6 900,46		
SOUS-TOTAL BIENNALE	9 703,66	SOUS-TOTAL BIENNALE	24 950,00
EXCÉDENT BIENNALE	15 246,34		

COMPTE DE RÉSULTATS 2006 (euros)

DÉPENSES JOURNÉE PROVINCIALE	2006	RECETTES JOURNÉE PROVINCIALE	2006
Fournitures administratives Bobigny	31,51	Inscription Journée Bobigny	4 291,00
Frais de déplacement Bobigny	444,26	Sponsors Journée Bobigny	4 400,00
Repas servis Bobigny	1 471,84	Reversement Journée SMV Lille	1 730,80
Reversement à l'organisation de la Journée Bobigny	2 236,00		
SOUS-TOTAL JOURNÉE PROVINCIALE	4 183,61	SOUS-TOTAL JOURNÉE PROVINCIALE	10 421,80
EXCÉDENT JOURNÉE PROVINCIALE	6 238,19		

RÉCAPITULATIF	2006		2006
SOUS-TOTAL COURANT	16 180,76	SOUS-TOTAL COURANT	17 766,00
SOUS-TOTAL BIENNALE	9 703,66	SOUS-TOTAL BIENNALE	24 950,00
SOUS-TOTAL JOURNÉE PROVINCIALE	4 183,61	SOUS-TOTAL JOURNÉE PROVINCIALE	10 421,80
TOTAL GÉNÉRAL	30 068,03	TOTAL GÉNÉRAL	53 137,80
EXCÉDENT GÉNÉRAL 2006	23 069,77		

POINT DE VUE - FORMATION

LA VACCINATION CONTRE L'ENCÉPHALITE JAPONAISE

MICHEL REY

Quels voyageurs vacciner ?

Le risque d'encéphalite japonaise (EJ) chez le voyageur a été rappelé à notre attention à la suite des trois cas récemment rapportés: en 2004, chez une Nord-Américaine de retour de Thaïlande, en 2005, chez une enfant belge contaminée dans la ville de Shanghai, en 2006 chez un Italien au retour d'un séjour au Vietnam. L'EJ est une arbovirose asiatique rurale saisonnière, transmise par un Culex abondant dans les rizières. Elle a pour réservoir des animaux domestiques (surtout le porc,

amplificateur de la diffusion du virus) et les oiseaux migrateurs. Elle est endémique dans le Sud-Est de l'Asie et en Inde, elle est épidémique en Chine du Nord-Est. L'infection est rarement symptomatique (< 1% des cas). Mais quand elle survient, l'encéphalite est grave, fatale dans 25 à 30% des cas, pourvoyeuse de séquelles chez le tiers au moins des survivants. Le risque d'encéphalite pour le voyageur se rendant dans les régions concernées est faible, avec en moyenne un cas pour un million.

Le vaccin Jevax® est un vaccin inactivé préparé sur cerveau de souriceau nouveau-né. Son administration est réservée aux CVI, qui peuvent se le procurer sous ATU nominative. Trois injections sont nécessaires pour obtenir une protection, administrées à J0, J7, J28 (ou J14 si le temps presse), la dernière injection devant être faite au moins 10 jours avant le départ. Les enfants d'un à trois ans recevront une demi-dose. L'administration simultanée d'autres vaccins est déconseillée. La tolérance est bonne, mises à part les quelques réactions

allergiques mentionnées, soit immédiates, soit retardées. Les encéphalites post-vaccinales sont exceptionnelles (un cas sur un million). La prudence est recommandée chez les personnes mentionnant des antécédents allergiques.

Les indications de la vaccination contre l'EJ sont limitées aux voyageurs partant pour un séjour prolongé (d'au moins un mois), dans

une région asiatique contaminée, plus particulièrement dans une zone de rizières, et en fin de mousson. Un autre vaccin, vivant, plus pratique et moins onéreux, produit et administré en Chine depuis longtemps, est distribué maintenant dans certains pays d'Asie. Il n'est pas encore disponible en Europe. D'autres vaccins, l'un vivant, l'autre inactivé, sont en préparation.

RÉFÉRENCES

- *Les maux du voyage. Dictionnaire de Médecine des Voyages. SMV-Adimi/Edisan, 3^e édition, 2005*
- <http://www.edisan.fr>
- http://www.path.org/vaccineresources/japanese_encephalitis-vaccine.php

Michel Rey

COMPTE RENDU DE LA CONFÉRENCE SUR L'INFLUENZA AVIAIRE

ÉCOLE NATIONALE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT, 15 MARS 2007

MICHEL REY

Organisée par la chaire de pathologie médicale du bétail et des animaux de basse-cour (Pr Jeanne Brugère-Picoux), cette réunion a fait le point sur la situation mondiale actuelle de l'Influenza aviaire H5N1 (le terme Influenza étant préféré par les vétérinaires à celui de grippe). Chez les volailles, c'est le terme de peste aviaire qui est utilisé. Vingt-deux intervenants étaient au programme, en provenance de dix pays : à côté de la France étaient représentés la Belgique, le Bénin, le Brésil, le Canada, l'Italie, le Mexique, la Roumanie, la Tunisie et le Vietnam.

Les virus grippaux, comme l'a rappelé J.C. Manuguera, ont une remarquable propension à varier génétiquement, en particulier leur hémagglutinine ou leur neuraminidase. Il s'agit soit de mutations, soit de réassortiments, ceux-ci étant favorisés par une co-infection virale chez un même individu, animal ou humain. Parmi les pandémies humaines qui ont déferlé au siècle dernier, la grippe espagnole de 1918-19, due à un virus H1N1 d'origine aviaire, a été la plus meurtrière des épidémies de cette période (entre 20 à 40 millions de morts estimés), une forte mortalité des jeunes adultes s'ajoutant à celle habituellement observée aux âges extrêmes de la vie.

Un bilan de la situation actuelle de l'Influenza aviaire a été présenté par J.L. Angot (OIE [Office international des Epizooties], devenu aujourd'hui l'Organisation mondiale de la Santé Animale). Vingt-cinq épisodes de peste aviaire ont été détectés depuis 1959 dans les élevages de volailles de plusieurs pays, dus à différents virus, les plus pathogènes possédant l'hémagglutinine H5 ou H7. Ces épizooties ont souvent de graves répercussions économiques : 200 millions d'oiseaux ont été éliminés depuis 1999. Détectée en 1997 à Hong-Kong, après être apparue l'année précédente (sans être déclarée) dans la région de Canton, cette virose aviaire H5N1 s'est répandue à partir de 2003 en Asie du Sud-Est, notamment au Vietnam et en Indonésie, avant d'être exportée en Afrique et en Europe. En 2007, seize pays sont touchés. Les

oiseaux réceptifs sont surtout les volailles, les plus affectés étant les poules et les dindes, les moins sensibles (tout en étant souvent porteurs asymptomatiques, étant les canards et les pigeons). Les oiseaux sauvages migrateurs, qui sont le principal réservoir des virus grippaux, peuvent contribuer à leur dissémination internationale. Chez les oiseaux, l'excrétion virale et la contamination sont surtout fécales. Les mammifères réceptifs, contaminés plutôt par voie aérienne, sont le porc, le cheval, le phoque, les félidés, mais aussi l'homme. À ce jour, 256 cas humains ont été rapportés, la plupart en Asie du Sud-Est, dont 152 ont été mortels. La contamination humaine est favorisée par les marchés où des volailles vivantes sont proposées à la vente, ainsi que par la fréquente cohabitation de la basse-cour et des humains. Parmi les victimes de cette grippe gravissime, nombreux sont les enfants, souvent chargés par leur famille, dans les régions affectées, de plumer et de vider les volailles. Suffisamment cuite, une volaille infectée n'est pas contaminante.

La dissémination des virus, régionale ou internationale, peut être imputée parfois aux oiseaux migrateurs. En fait, elle résulte surtout de trafics, licites ou frauduleux, de volailles infectées - notamment de poussins - mais aussi d'œufs et de viande. La surveillance des élevages est indispensable, mais elle n'est pas toujours efficace dans les pays à faibles ressources, où beaucoup d'élevages sont artisanaux, et où la compensation financière de l'abattage est peu ou pas assurée. La détection d'un foyer impose des mesures immédiates : l'abattage de tous les animaux, l'inhumation et le chaulage des cadavres, la désinfection du site et son isolement. La surveillance s'applique aussi aux sites de rassemblement des oiseaux migrateurs.

C'est la surveillance, la détection des foyers, la confirmation virologique rapide de l'influenza (qu'il ne faut pas confondre avec la pseudopeste aviaire de Newcastle) et la réponse aux alertes confirmées, qui sont les mesures essentielles du contrôle de la grippe aviaire. Le confinement des élevages, pour éviter leur contamination

par des oiseaux migrateurs, a été rendu obligatoire en France dans les départements situés sur le trajet des migrations.

La vaccination des volailles, par des vaccins aviaires H5N2, n'est recommandée que dans les pays reconnus comme endémiques. Ce vaccin est inactivé (en effet, il n'est pas question de lâcher dans la nature un vaccin grippal vivant, même atténué, qui pourrait se réassortir et redevenir pathogène). Deux doses sont en principe nécessaires pour obtenir une protection. Encore faut-il avoir la capacité et les ressources suffisantes pour appliquer cette vaccination. En France, la vaccination est réservée aux oiseaux des parcs zoologiques. La gestion de l'épisode survenu en France dans la Dombes (Ain) en février 2006, dans un élevage de 11 000 dindes, à la suite de la découverte de canards morts dans un étang voisin, a été exposée par C. Lassus, vétérinaire en charge de la réponse à l'alerte déclenchée par la survenue brutale d'une forte mortalité de l'élevage. Cette réponse a été impressionnante par la rapidité de sa mise en place en quelques heures (isolement rigoureux, abattage de tous les animaux survivants, traitement des carcasses, désinfection du site) et par son efficacité : aucun autre élevage n'a été contaminé, ce foyer français, infecté par des oiseaux migrateurs, étant resté unique.

Le risque de pandémie humaine, résultant d'une adaptation à l'homme d'un virus mutant ou réassorti, devenu transmissible entre humains, a été à peine abordé au cours de cette réunion dévolue à la grippe aviaire. Ce risque n'est pas exclu, bien que peu probable dans l'immédiat. Il impose de rester très vigilants, de maintenir une surveillance épidémiologique et virologique rigoureuse des animaux concernés, et des humains.

RÉFÉRENCE

- *Le point sur l'influenza aviaire. Suppl. technique n°97 à la Dépêche vétérinaire, 24-12-06/06-01-07. 27 pages.*

Michel Rey

COMPTE RENDU SÉCURITÉ SANITAIRE DES EXPATRIÉS

PARIS, 6 AVRIL 2007

Catherine GOUJON

Un colloque sur la sécurité sanitaire des Français à l'étranger, organisé conjointement par le ministère des Affaires étrangères et le ministère de la Santé s'est tenu à Paris le 6 avril dernier.

L'objectif de cette manifestation, à laquelle avaient été conviés les membres du CA et du CE de la SMV, était de mettre en place un système de partage d'informations entre les différentes instances responsables de la santé des Français expatriés et des voyageurs, en situation de crise sanitaire internationale.

Après une présentation par le Directeur Général de la Santé du nouveau RSI, trois tables rondes se sont succédé :

- La première sur le thème de l'équilibre à trouver entre sécurité et liberté de déplacement lorsque survient une menace de pan-

démie telle que le SRAS : les aspects médicaux, sécuritaires et juridiques ont été abordés du point de vue des infectiologues, mais aussi de celui des responsables de compagnies aériennes, de Tour Opérateur et de grandes entreprises ayant du personnel expatrié, en reprenant l'exemple de la gestion du SRAS.

- La seconde sur le thème de la collaboration entre les différentes instances publiques et privées (Croix Rouge Française, Réseau international des Instituts Pasteur, Groupe AXA Assistance, réseau GARRIS (réseau informel d'information et de surveillance sur la grippe aviaire en Asie du Sud-Est), Cellule de crise du MAE).

- Enfin au cours de la troisième, ont été présentés les dispositifs de surveillance des maladies émergentes existant en

France et dans plusieurs pays étrangers (Canada, Belgique, Grande-Bretagne, OMS), à travers l'exemple de la grippe aviaire.

La principale difficulté évoquée dans cette perspective de mise en place d'un réseau d'information à l'échelon international était celle de concilier la rapidité de la transmission, indispensable à l'efficacité de la réaction à la menace épidémique, et la validation de l'information, non moins indispensable, pour garantir la qualité et donc la crédibilité de l'information diffusée.

Cela correspond bien à la réflexion en cours au sein du Comité éditorial et la SMV aura certainement son rôle à jouer dans ce futur réseau.

Catherine Goujon

LU POUR VOUS

PIERRE TATTEVIN, ALICE PERRIGNON, DOMINIQUE JEAN,
FABRICE LEGROS, CHRISTOPHE RAPP

■ La dengue importée en Europe : état des lieux

Wichmann O. et al. *Severe Dengue Virus Infection in Travelers: Risk Factors and Laboratory Indicators. J Infect Dis* 2007;195:1089-96.

La dengue est l'arbovirose la plus fréquemment acquise par les voyageurs, la deuxième cause d'hospitalisation pour fièvre au retour d'un séjour en zone tropicale (après le paludisme), et même la première cause de fièvre pour les patients de retour d'Asie du Sud-Est. Son statut de maladie émergente ne fait pas de doute, avec une incidence qui a été multipliée par 30 au cours des 50 dernières années, au cours desquelles la plupart des régions tropicales du Globe sont devenues "zones endémiques". Récemment, on a documenté son extension au Moyen-Orient, et dans les états de Hawaï et du Texas. Avec l'augmentation ininterrompue des voyages internationaux, dépassant pour la première fois les 800 millions en 2005 selon l'Organisation Mondiale du Tourisme, on peut s'attendre à une augmentation des dengues importées en Europe, y compris chez des patients ayant déjà présenté une dengue, dont on sait qu'ils sont plus à risque de présenter des formes sévères. Il est donc important, lorsqu'on s'occupe de médecine des voyages, de bien connaître les formes clinicobiologiques de cette maladie qu'on sera probablement amené à

prendre en charge de plus en plus souvent. Le Réseau Européen de Surveillance des Maladies Infectieuses Importées (*European Network on Surveillance of Imported Infectious Diseases* ou *TropNetEurope*) regroupe 51 centres de référence pour la médecine des voyages, dans 17 pays européens. Ce réseau a mis en route, en 2003, un recueil systématique clinique et biologique, de données concernant la dengue importée, dans quatorze centres représentant huit pays : Allemagne, Espagne, Suisse, Italie, Belgique, Finlande, Danemark et Norvège. Ils publient une étude concernant 219 cas consécutifs de dengue documentée, diagnostiquée entre mai 2003 et décembre 2005, en s'attachant à en décrire la présentation et à rechercher les facteurs de risque et les marqueurs biologiques des formes sévères. L'âge médian des 219 patients (110 femmes et 109 hommes), est de 32 ans, avec des extrêmes de 11 ans et 70 ans. La majorité d'entre eux (90 %) est de nationalité européenne. La dengue a été essentiellement acquise en Asie du Sud-Est (35 %), dans le sous-continent indien (29 %) ou en Amérique (28 %), les trois principaux pays d'acquisition étant l'Inde (23 %), la Thaïlande (17 %) et le Sri Lanka (8 %). La durée médiane du séjour tropical est de 24 jours. Pour 39 % des patients, il s'agissait du premier séjour en zone d'endémie de dengue. Six patients (2,7 %) avaient

déjà présenté une dengue documentée auparavant. Le diagnostic de dengue est certain (séroconversion et/ou PCR positive) pour 153 patients (61 %) et probable (une seule sérologie positive en IgM) pour 86 patients (39 %). Les tests sérologiques montrent une réponse primaire (pas d'antécédent d'infection à flavivirus) pour 134 patients (77 %) et secondaire pour 40 patients (23 %). Si on exclut de ces 40 patients les 13 patients qui ont reçu une vaccination contre un flavivirus (fièvre jaune, encéphalite à tique ou encéphalite japonaise), perturbant l'interprétation de cette sérologie, il reste 27 patients (17 %) chez qui la dengue représente au moins le deuxième épisode.

Les principales manifestations cliniques et biologiques observées dans cette étude sont rapportées dans le **tableau**. On notera notamment la sensibilité moyenne du test du tourniquet (44 %), d'autant plus décevant qu'il n'est pas corrélé, dans cette étude, à l'existence d'hémorragies spontanées, de signes de sévérité, de thrombopénie ou au caractère secondaire de l'épisode de dengue. Parmi les hémorragies spontanées, on note un épisode d'hématémèse. En terme de cinétique des anomalies biologiques, les cytopénies (nadir du taux de plaquettes et/ou de leucocytes) prédominent entre J3 et J6 après l'apparition des symptômes, alors que la cytololyse hépatique culmine au-delà du sixième jour.

Tableau. Présentation clinique et biologique de 219 cas documentés de dengue importée en Europe.

Manifestations cliniques	Fréquence du signe
Fièvre	93 %
Céphalées	69 %
Éruption	53 %
Myalgies	50 %
Douleurs rétro-orbitaires	44 %
Signes hémorragiques	26 %
- Test du tourniquet	44 %
- Pétechies	13 %
- Hémorragies spontanées	8 %
Diarrhée	25 %
Manifestations biologiques	Fréquence du signe
Leucopénie (< 4 500/mm ³)	74 %
Thrombopénie (< 150 000/mm ³)	71 %
Thrombopénie profonde (< 50 000/mm ³)	10 %
Cytolyse hépatique	36 %
Cytolyse hépatique majeure (> 5 N)	13 %
Augmentation des LDH	67 %

Au total, 51 patients (23 %) ont été hospitalisés au cours de cet épisode, avec une durée médiane d'hospitalisation de quatre jours. Un seul patient, âgé de 60 ans, a été admis en réanimation à l'occasion d'un premier épisode de fibrillation auriculaire mal tolérée. Vingt-trois patients (11 %) ont présenté des signes de gravité : hémorragie interne (n = 4), syndrome de fuite capillaire (n = 2), choc (n = 1) et thrombopénie < 50 000/mm³ (n = 18). En analyse multivariée, le risque de présenter des signes de gravité est corrélé au caractère secondaire de cette dengue avec un odds-ratio à 5,6 (1,7-19,2) et à l'existence d'une cytolysé hépatique > 3N pour les ASAT, avec un odds-ratio à 3,7 (1,1-12,6).

Cette étude apporte des données fiables, précises et inédites sur la dengue du voyageur, que l'on risque de voir de plus en plus souvent compte tenu de l'émergence de ce pathogène à l'échelle de la planète, de l'augmentation des voyages internationaux et de l'absence de mesures de prévention spécifiques (vaccin, chimioprophylaxie), en dehors de la lutte antivectorielle. Dans la discussion et dans l'éditorial qui accompagnent ce papier, la pertinence des critères de l'OMS concernant la dengue hémorragique est mise en doute. En effet, selon l'OMS, la dengue hémorragique est définie par l'association des quatre critères suivants :

- fièvre durant 2 à 7 jours ;
- tendance hémorragique documentée par le test du tourniquet ou l'existence d'hémorragies spontanées ;
- thrombopénie < 100 000/mm³ ;
- syndrome de fuite capillaire avec hémocrité > 20 %, épanchement pleural, ascite, ou hypoprotidémie.

Selon ces critères, seuls 2 patients de cette étude (0,9 %) auraient été classés en fièvre hémorragique, alors que 23 patients (11 %) présentaient des signes objectifs de gravité. Selon les études réalisées en zone d'endémie, 2 à 6 % des patients symptomatiques présentent les critères de dengue hémorragique définis par l'OMS, mais le taux d'infection secondaire est constamment plus élevé en zone d'endémie, compte tenu de l'exposition répétée aux différents virus de la dengue (sérotypes 1 à 4)

qui sévissent tour à tour ou co-existent dans de nombreuses régions du Globe. Les critères de l'OMS ont été définis essentiellement à partir de cas pédiatriques et ne prennent pas en compte le continuum des signes cliniques et biologiques rencontrés au cours de la dengue. Il n'y a probablement pas de frontière bien définie entre la dengue qu'on pourrait qualifier de bénigne et la dengue compliquée. Trois cas de dengue fatale chez le voyageur ont été récemment rapportés chez des voyageurs, dans des contextes divers (hépatite fulminante, hémorragie intra-cérébrale, suicide dans un contexte de dépression post-dengue), alors que d'autres manifestations viscérales graves telles que des encéphalites ou des myocardites ont été décrites. Les critères de l'OMS, très exigeants, ne prendraient en compte qu'une minorité de ces formes sévères. Des études en cours devraient permettre de définir de nouveaux critères, mieux adaptés à l'évolution naturelle de cette maladie.

Pierre Tattevin, Rennes

■ Entamoeba et loperamide : un couple fulminant !

McGregor A. et al. Fulminant amoebic colitis following loperamide use. *J Travel Med* 2007;14(1):61-6.

Cet article rapporte le cas d'une femme de 58 ans, colombienne, en vacances en Europe, qui après quelques jours de voyage développe une diarrhée. Un traitement (automédication) par rifaximine et loperamide n'entraîne pas d'amélioration. Au contraire, une fièvre et des douleurs abdominales apparaissent secondairement, et les selles deviennent sanglantes. Elle est finalement hospitalisée dans un tableau de sepsis lié à une perforation colique qui nécessite une colectomie subtotale. L'histopathologie confirme le diagnostic de colite à *Entamoeba histolytica*.

D'après les auteurs, l'amibiase intestinale serait très probablement antérieure au voyage et le loperamide pourrait avoir facilité la perforation colique par une augmentation du temps de contact entre la muqueuse et les parasites, les lésions provoquées étant de ce fait plus profondes et plus étendues. Ce phénomène a déjà été décrit avec d'autres germes invasifs mais pas avec *Entamoeba histolytica*.

Ce cas clinique illustre bien le risque lié à l'utilisation des ralentisseurs du transit en cas de diarrhée invasive. Ce traitement reste très apprécié des voyageurs compte tenu de son efficacité et de sa rapidité d'action. Il faut cependant garder en mémoire que les traitements prescrits peuvent parfois être mal utilisés par les voyageurs, d'où l'importance de bien leur expliquer leurs indications ou contre-indications.

Alice Perrignon

■ Connaissance du mal...

A.L. Merritt et al. Mountain sickness knowledge among foreign travelers in Cuzco, Peru. *Wilderness and environ-*

mental medicine 2007;18:26-9.

Il s'agit d'une enquête réalisée à Cuzco auprès de 100 voyageurs par des médecins généralistes californiens, qui se sont manifestement intéressés au sujet mais n'en sont pas spécialistes, de sorte que leur étude peut être critiquable, à la fois sur le plan méthodologique et sur certains points de leur questionnaire. Les sujets estimaient à 51 % leur connaissance du mal aiguë des montagnes (MAM) nulle ou faible (réponse 1 ou 2 sur une échelle de 5) et 41 % étaient capables de citer le mal de tête comme symptôme principal. Le Diamox® étaient connus de 9 % d'entre eux, comme prophylaxie possible. Par contre, 85 % avaient consulté leur médecin ou un centre de conseils aux voyageurs pour mise à jour de leurs vaccinations ou conseils adaptés au voyage, et 90 % estimaient être en accord avec les recommandations vaccinales (peu contraignantes pour l'altiplano [NDLR]). Concernant l'information sur le MAM, 52 % l'avaient trouvée dans leur guide de voyage, 24 % auprès d'un médecin. Parmi les sujets ayant reçu l'information du médecin, 25 % connaissaient le Diamox®, contre 3 % de ceux qui tiraient leurs informations d'un guide de voyages, en revanche ces derniers connaissaient mieux les symptômes du MAM...

Conclusion. La plupart des voyageurs, et des médecins qui les conseillent, sont mal informés sur le mal d'altitude. L'effectif comprenait 17 nationalités, non détaillées, mais il y avait probablement peu de français, le fait de ne pas parler anglais correctement étant un critère d'exclusion...

Dominique Jean

■ Praziquantel : anaphylaxie aussi !

Shen C. et al. A case of anaphylactic reaction to praziquantel treatment. *Am J Trop Med Hyg* 2007;76(3):603-5.

Le praziquantel (Biltricide®) est un anti-helminthique largement utilisé pour le traitement des trématodoses (notamment des bilharzioses) et des cestodoses. Les effets indésirables classiquement décrits sont en général bénins et transitoires (troubles digestifs, vertiges, somnolence, asthénie). Il est également possible de voir des effets indésirables liés à une réaction immunoallergique en réponse à une décharge antigénique secondaire à la destruction des parasites. Les "vraies" réactions anaphylactiques sont, quant à elles, exceptionnelles. Deux cas ont été jusqu'alors rapportés dans la littérature. Un troisième vient d'être décrit en Chine.

Il s'agit d'un homme de 35 ans, sans antécédent particulier en dehors d'une clonorchiose (douve de Chine) traitée par praziquantel 8 ans auparavant. Une nouvelle infestation parasitaire à *Clonorchis* est diagnostiquée et un nouveau traitement par praziquantel est prescrit. Trente minutes après la première prise, il développe un tableau de choc allergique (urticaire, hypotension, dyspnée) qui nécessite une prise en charge en urgence.

Le diagnostic d'anaphylaxie est retenu sur

plusieurs arguments :

- la qualité du médicament qui n'est pas mis en cause (fabrication en Corée du Sud, procédés de fabrication validés, date de péremption respectée) ;

- la notion de sensibilisation antérieure au médicament ;

- la survenue rapide des symptômes, avant que la molécule ait pu diffuser dans les voies biliaires et détruire le parasite.

Ce type de réaction est rarissime, mais il reste important d'en connaître l'éventualité et de la différencier des réactions de lyse parasitaire, ces dernières ne contre-indiquant pas la réintroduction ultérieure du traitement.

Alice Perrignon

■ **Diarrhée du voyageur en Thaïlande : azithromycine en dose unique ou sur 3 jours versus lévofloxacine sur 3 jours**

Tribble DR et al. *Traveler's diarrhea in Thailand: randomized, double-blind trial comparing single-dose and 3-day azithromycin-based regimens with a 3-day levofloxacin regimen. Clin Infect Dis* 2007; 44:338-46.

Et commentaire éditorial : DuPont HL. *Azithromycin for the self-treatment of traveler's diarrhea. Clin Infect Dis* 2007; 44:347-9.

Il s'agit d'une étude réalisée chez des militaires américains stationnés en Thaïlande, en 2000-2001 (les résultats avaient été présentés partiellement au congrès de l'ISTM en 2003). *Campylobacter jejuni* est la première cause de diarrhée du voyageur en Thaïlande, et sa résistance aux fluoroquinolones, nulle en 1991, a dépassé 85 % à la fin des années 90. Les auteurs ont donc réalisé un essai randomisé, en double aveugle, comparant azithromycine 1 g en prise unique (avec prise de placebo les 2 jours suivants), azithromycine 500 mg/j pendant 3 jours, et la lévofloxacine 500 mg/j pendant 3 jours. Cent cinquante-six sujets présentant une diarrhée aiguë ont été inclus. L'examen de selles a retrouvé des agents pathogènes (essentiellement bactériens) chez 81 % des sujets, parfois multiples (18 %). Les plus fréquents étaient *Campylobacter* : 64 % (dont *jejuni* 95 %), des salmonelles non typhiques : 17 % et des colibacilles pathogènes : 12 %. Les résistances observées étaient pour *Campylobacter* : azithromycine 0 %, lévofloxacine 50 %, ciprofloxacine 93 % ; pour les salmonelles : azithromycine 14%, lévofloxacine 0 % ; pour les colibacilles : azithromycine 5,6 %, lévofloxacine 3,8 %.

Les taux de guérison clinique à 72 heures étaient de 96 % pour l'azithromycine en dose unique, de 85 % pour l'azithromycine en 3 doses et de 71 % pour lévofloxacine ($p = 0,001$). L'éradication microbiologique de *Campylobacter* était proche de 100 % avec azithromycine, et à 21 % avec la lévofloxacine, 48 à 72 heures après la fin du traitement ($p < 0,001$). Sous lévofloxacine, 5 souches (sur 8) de

Campylobacter initialement sensibles sont devenues résistantes, sans conséquences cliniques. Sous azithromycine, 2 souches de *Campylobacter* hautement résistantes sont apparues, différentes des souches initialement isolées, chez un patient traité en monodose et un en triple dose, sans conséquences cliniques. Tous pathogènes confondus, l'éradication était de 96 à 100 % avec azithromycine et de 38 % avec la lévofloxacine, mais il n'y avait pas de corrélation avec la guérison clinique. Le seul effet indésirable notable était une plus grande fréquence de nausées dans les 30 minutes suivant la prise de 1 g d'azithromycine.

Conclusion. Les auteurs recommandent l'azithromycine en dose unique comme traitement empirique de la diarrhée du voyageur en Thaïlande, et proposent d'utiliser cette option plus largement, compte tenu des études d'efficacité réalisées ailleurs, notamment au Mexique.

■ **H.L. DuPont, spécialiste du sujet, apporte plusieurs commentaires dans son éditorial**

L'épidémiologie de la diarrhée du voyageur chez les touristes en Thaïlande est mal connue et peut être différente de celle des militaires : le risque serait relativement faible (5 à 6 %), et surtout la chimioprophylaxie antipaludique par doxycycline prise par les militaires est susceptible de modifier l'incidence de la diarrhée et l'importance relative des agents pathogènes en cause.

En Afrique et Amérique latine, la diarrhée du voyageur est due le plus souvent à des colibacilles pathogènes (ETEC et EAEC), alors que les bactéries invasives sont plus fréquentes en Asie (*Shigella*, *Salmonella*, *Campylobacter*). L'azithromycine est l'antibiotique présentant la meilleure activité sur l'ensemble des pathogènes potentiels. Néanmoins, l'auteur ne recommande pas de l'inclure dans la pharmacie du voyageur de façon systématique, car le plus souvent, il s'agit de diarrhée aqueuse non fébrile, et ce n'est donc pas justifié. D'autre part, le risque d'un usage élargi est de voir apparaître des résistances de pathogènes extra-intestinaux (notamment respiratoires, pneumocoque en particulier).

En fait, les Américains proposent facilement la rifaximine en autotraitement, (voire en prophylaxie) de la diarrhée du voyageur aqueuse non fébrile (antibiotique non absorbé, non disponible en France, où la recommandation habituelle est l'abstention antibiotique dans ce contexte, sauf cas particuliers [NDLR]). En revanche, l'azithromycine pourrait être une alternative aux fluoroquinolones, potentiellement plus efficace, en cas de dysenterie fébrile. L'absence de contre-indication chez l'enfant et la femme enceinte est également intéressante.

Enfin, l'auteur a comparé le coût des différents traitements aux États-Unis (azithromycine, ciprofloxacine, lévofloxacine, rifaximine), qui sont à peu près équivalents. En France, l'azithromycine serait

moins chère, car il existe une présentation monodose, dont l'indication actuelle n'est cependant pas la diarrhée du voyageur [NDLR]).

Dominique Jean

■ **Trois fuseaux et rien ne va plus !**

Waterhouse J et al. *Jet lag: trends and coping strategies. Lancet* 2007;369:1117-29.

Ce papier très documenté (146 références) fait le point sur les mécanismes physiologiques du jet lag et récapitule les conseils pour en limiter les effets. On considère que les problèmes surviennent au-delà de trois fuseaux horaires. Le temps d'ajustement de l'horloge interne étant de trois jours, les auteurs recommandent – pour des séjours courts – de conserver son rythme habituel en essayant de faire coïncider au mieux les activités professionnelles avec ces contraintes horaires biologiques. Pour des séjours de plus de trois jours et une délocalisation de plus de trois fuseaux horaires, il convient de limiter les éléments de fatigue du voyage, de s'hydrater au maximum, de maintenir la vigilance de jour et de se caler sur les alternances jour/nuit locales.

La place de la mélatonine et de la luxthérapie dans le recalage des rythmes circadiens sont discutés.

Fabrice Legros

■ **Voyageurs du monde**

Hill DR et al. *The practice of Travel Medicine: Guidelines by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis* 2006;43:1499-539.

Cet article expose les recommandations américaines concernant la pratique du conseil aux voyageurs. Il s'agit d'un article indispensable pour tous les acteurs impliqués dans cette discipline d'individualisation récente. Ce travail collectif, réalisé par les membres de l'IDSA, passe en revue les principales problématiques inhérentes aux voyageurs (vaccinations, prophylaxie du paludisme, diarrhées, etc.). Les recommandations proposées sont accompagnées d'une cotation du niveau de preuve, ce qui est novateur dans cette discipline. À l'exception d'imprécisions et de divergences concernant la prophylaxie du paludisme (cartographie en particulier), ce panorama richement documenté (371 références) est un complément utile du numéro thématique du BEH annuel sur les conseils aux voyageurs. Par ailleurs, les standards proposés en termes de formation de base et d'organisation des structures de conseils aux voyageurs offrent un cadre de réflexion utile. En effet, à l'heure de l'évaluation des pratiques professionnelles, et à l'aube d'une nouvelle réglementation pour les Centres de vaccination internationaux, l'harmonisation des pratiques et l'élaboration de recommandations raisonnées et raisonnables représentent un nouveau challenge pour la SMV.

Christophe Rapp

Guide Santé-Voyages

Daniel Camus, Emmanuel Dutoit

Éditions : Institut Pasteur 2006

623 pages. 25 € (intégralement reversés aux IP)

ISBN : 978-2847-34-326-7

Format : 21,5 x 13 cm

Cet ouvrage est surtout destiné au grand public et rédigé dans un esprit pratique. Il ne faut donc pas y chercher un traité de pathologie exotique. Ce guide est constitué de 220 fiches d'information pour chaque pays de Açores à Zimbabwe, suivies d'un chapitre de conseils, d'un lexique et d'un index géographique. Il s'achève par la liste des Centres de Vaccinations Internationales en France.

Une part non négligeable de chaque fiche pays est consacrée aux aspects climatiques qui jouent souvent un rôle déterminant dans les maladies infectieuses ou non, mais aussi dans les divers problèmes que peut rencontrer le voyageur au cours de son périple. Une courbe des températures et des pluviométries mensuelles des principaux centres d'intérêt touristique est systématiquement présentée. Ce paragraphe souligne également les disparités parfois importantes qui peuvent exister au sein d'un même pays en insistant sur les conséquences pathologiques que peuvent avoir ces faciès. Une petite phrase en exergue situe dans de nombreux cas le niveau d'intérêt touristique de la destination. Sont ensuite passés en revue l'hygiène alimentaire et la qualité de l'eau de boisson, les risques liés aux baignades, les problèmes spécifiques aux enfants, les promenades (rappels sur les mesures de protection contre le soleil, contre les insectes et divers animaux, etc.). Dans certains cas, une rubrique "se loger" à destination des voyageurs aventureux est proposée lorsqu'un risque sanitaire lié au mode d'hébergement existe (punaises et Chagas ; rats et FHV, par exemple). Les vaccinations réglementaires, indispensables ou conseillées sont détaillées en fonction de chaque pays. Lorsqu'il y a lieu, une carte présente la répartition du risque de paludisme (notons que ce guide est un des

rare à présenter des cartes détaillées même si elles sont en noir et blanc). Enfin, il est rappelé la nécessité de disposer d'une trousse médicale personnalisée dont le contenu spécifique sera adapté au pays et aux modalités de voyage.

Un chapitre de conseils divisé en deux sous-chapitres prenant en compte l'état du voyageur (diabète, problèmes cardiaques, grossesse, âges extrêmes de la vie) et les risques particuliers (avion, eau et alimentation, insectes, soleil et chaleur...) détaille dans un langage simple les contre-indications, conseils et précautions indispensables dans chacun des cas.

Bien que ceci ne soit pas réellement la mission d'un guide santé, il est toutefois regrettable qu'aucun conseil ne soit donné en termes de comportement social et d'interdits propres aux différents pays. Toutes les affections évoquées ainsi que les termes scientifiques sont explicités de façon compréhensible dans le lexique, cependant on s'étonnera que, par exemple, les puces chiques ne figurent qu'à Tungose (peu usité en dehors des spécialistes), ou qu'il ne figure aucune entrée sur la mouche TséTsé. Dans le même ordre d'idées, l'indication du numéro de téléphone des Centres de Vaccinations Internationales aurait incontestablement représenté un plus.

En conclusion, ce guide pratique généraliste nous semble fort utile pour tout voyageur qui souhaite partir en disposant des informations médicales essentielles quant à son séjour. Il ne fait pas de doute qu'il rencontrera auprès du public comme des professionnels du tourisme l'accueil qu'il mérite.

Fabrice Legros

Médecine des voyages. Médecine tropicale

Olivier Bouchaud, Paul-Henri Consigny, Michel Cot & Sophie Odermatt-Biays

Édition 2006. 320 pages. 44,0 €

Collection "Abrégés de médecine"

Co-édition Masson-IRD

ISBN : 978-2-294-01615-8

Format : 210 x 135 mm

Cet ouvrage est destiné aux professionnels de santé, étudiants, médecins généralistes ou infirmières des centres de vacci-

nations internationales et des services de médecine du travail. Son originalité qui transparaît dès le titre est de replacer la médecine des voyages, en se limitant au champ déjà vaste des maladies infectieuses, dans son interface commune avec la médecine tropicale. En adoptant une approche globale de la maladie dans son contexte d'origine, les auteurs offrent aux lecteurs l'opportunité de dispenser des prescriptions raisonnées tenant compte des risques épidémiologiques et des contraintes spécifiques aux voyageurs.

Ce livre est divisé en quatre parties :

- conseils aux voyageurs (vaccinations, prévention du paludisme, diarrhée, voyageurs à risque, pharmacie) ;
- pathologie du retour (orientation par signes et symptômes) ;
- fiches maladies par ordre alphabétique ;
- annexes.

Enfin des grilles de QCM permettant une auto-évaluation et quelques cas cliniques commentés figurent en conclusion, avant l'index.

De nombreux tableaux permettent tout au long de l'ouvrage une approche synthétique très pratique. Pour chaque affection, un rappel des points essentiels fait l'objet d'un encadré.

On peut regretter que l'iconographie, pas toujours référencée, ne soit pas commentée. La liste des sites Web est restreinte et les choix, conventionnels, peuvent apparaître discutables. De même, la bibliographie est parfois un peu ancienne et l'insertion en fin de chapitre n'en facilite guère l'usage. Quelques erreurs minimales, (qui ne seront relevées que par des spécialistes) feront l'objet de corrections dans la prochaine édition.

En tout état de cause cet ouvrage, qui est avant tout pratique et synthétique se doit de figurer dans toutes les bibliothèques de ceux qui, généralistes, tropicalistes ou infectiologues débutants ou aguerris, médecins ou autres professionnels de santé s'intéressent à la prise en charge du voyageur aussi bien au niveau de la prévention que des pathologies du retour.

Fabrice Legros

E N C A D R É

Un mot de votre nouveau rédacteur en chef

Chers Sociétaires,

C'est avec grand plaisir et un brin d'inquiétude que je reprends la tâche de rédacteur en chef de *La Lettre de la SMV*, laissé par mon éminent confrère et ami Pierre Tattevin. Pour faire bref et ne pas abuser de votre temps toujours plus précieux et plus rare, cette lettre sera ce que vous voulez qu'elle soit. *La Lettre* devrait être une œuvre collective répondant aux attentes de chacun. Je fais donc, par le présent encadré appel à vos bonnes volontés. Articles lus, commentaires, livres, informations pratiques (mais validées !) sont les bienvenues dans *La Lettre*. Je pense qu'au fil des numéros vont se dégager des rubriques clairement identifiées ayant trait à l'ensemble de la pathologie et de la prévention des maladies liées aux voyages.

Pour augmenter l'interactivité et la simplification des échanges je vous livre mon adresse E-mail :

stephane.jaureguiberry@tnn.aphp.fr

En attendant avec impatience votre participation (sans vouloir plagier une idée à la mode en ce temps d'effervescence politique dans notre pays), je vous souhaite une bonne lecture de *La Lettre* d'avril 2007.

À bientôt

S. Jauréguiberry, Rédacteur en chef

Projet INNA-VAC

Société de Médecine des Voyages - Institut Pasteur- ACTIV

Une étude multicentrique va être mise en place avec la commission recherche de la Société de Médecine des Voyages, l'Institut Pasteur et ACTIV (Association Clinique et Thérapeutique Infantile du Val-de-Marne) : il s'agit d'étudier la réponse immunitaire au vaccin Amaril chez des nourrissons ayant été vaccinés par le ROR depuis moins d'un mois.

Cette étude implique la participation de centres de vaccinations internationales répondant à deux conditions essentielles :

- avoir un recrutement suffisant d'enfants entre 9 et 24 mois partant en zone d'endémie amarile (au moins 50/an)
- disposer à proximité immédiate d'un laboratoire pouvant effectuer des prélèvements sanguins chez des nourrissons.

Catherine Goujon

CONGRÈS ET RÉUNIONS

■ **1^{er} juin 2007** - Journée de Microbiologie clinique du Collège de Bactériologie Virologie Hygiène des Hopitaux, Nantes.

■ **7-9 juin 2007** - 4th International Workshop on HIV and Hepatitis Coinfection Paris.

■ **13-15 juin 2007** - 8^{es} JNI Dijon.

■ **14-17 juin 2007** - 9th International Symposium on Modern Concepts in Endocarditis and Cardiovascular Infections Heidelberg

www.cardiocore.de/awf

■ **6-8 septembre 2007** - XII^{es} Actualités du Pharo : Vaccinologie tropicale Marseille.

■ **4-6 octobre 2007** - New Strategies of Cervical Cancer Prevention - The Reality of HPV Vaccines, Monaco www.eurogin.com/2007

5^e JOURNÉE THÉMATIQUE ANNUELLE DU GROUPE MIGRANT

JEUDI 7 JUIN 2007

Hôpital Avicenne, 125, rue de Stalingrad, 93000 Bobigny

LE MÉDICAMENT CHEZ LES MIGRANTS : REPRÉSENTATIONS ET USAGES

Grand Témoin : Daniel Carlin* (cinéaste)

MATIN

8 h 45 Accueil des participants

9 h 00 Introduction et présentation du Grand Témoin : Martine Orio (directrice), Pr Olivier Bouchaud

Première partie : REPRÉSENTATIONS DU MÉDICAMENT

9 h 05 Remèdes d'ici et d'ailleurs ou comment penser autrement l'efficacité d'un morceau d'écorce de saule ?
Alain Epelboin [anthropologue, CNRS] (25 mn)

9 h 30 Médicaments et sociétés d'ici et d'ailleurs : Sylvie Fainzang (30 mn)
Discussion : 15 mn [modération : Dr Taïeb Ferradji]

10 h 15 La parole aux usagers (30 mn) [modération : Maggy Romiguière*]

10 h 45 Religions, cultes populaires et médicaments : concurrence ou complémentarité ?
[Modération : Marc Alain Ouaknin*]

- Regard de l'Animisme : Zinovi Gombessa, Anne Thoni (15 mn)

- Regard du Christianisme : Christian Brunet (15 mn)

- Regard de l'Islam : Saïd Ali Koussay (15 mn)

- Regard du Judaïsme : Marc Alain Ouaknin* (15 mn)

- Regard du Sikhisme : Raphaëlle Gras (15 mn)

12 h 00 Discussion (15 mn)

12 h 15-13 h 45 Repas (possibilité de repas traditionnel africain sur inscription)

.../...



Journée migrant

Renseignements pratiques

Par la route

- **Porte de Bagnolet** : autoroute A3, direction Lille. Sortie Bobigny puis toujours tout droit. Après le deuxième rond-point prendre le pont, l'hôpital se trouve un peu plus loin sur la gauche.

- **Porte de La Villette** : nationale 2, direction Le Bourget. Tout droit jusqu'au carrefour des 4 routes de La Courneuve, prendre à droite la rue de Stalingrad. Passer un rond-point, l'hôpital se trouve un peu plus loin sur la droite.

- **Porte de Pantin** : passer sous le périphérique, prendre sur la gauche la route des petits ponts. Aller jusqu'à la place de la mairie de Pantin puis prendre l'avenue du Général Leclerc (D 115). Poursuivre toujours tout droit jusqu'au rond-point de la place de l'Escadrille Normandie Nieman à Bobigny. Prendre à gauche, passer sur le pont, l'hôpital se trouve un peu plus loin sur la gauche.

Par les transports en commun

- **Métro ligne 7** : direction "La Courneuve 8 mai 1945", arrêt terminus. À la sortie du métro, prendre le tramway direction Noisy-le-Sec, arrêt : "hôpital Avicenne".

- **Métro ligne 5** : direction "Bobigny Pablo Picasso", arrêt terminus. À la sortie du métro prendre le tramway, direction Saint-Denis, arrêt "hôpital Avicenne".

APRÈS-MIDI

Deuxième partie : **MÉDICAMENTS SUPPORT D'UNE RELATION** [modération : Marie-Christine Lebon]

14 h 00 Comment prendre un traitement contre une maladie invisible ?

14 h 00 La vision d'un soignant de terrain (10 mn)

14 h 10 Pr Silla Consoli*, interniste, hôpital Georges-Pompidou (20 mn)

14 h 30 Valeur ajoutée du médicament : Olivier Douville* (20 mn)

14 h 50 Discussion (10 mn)

15 h 00 Honte, regard des autres, secret et médicaments :

- La vision d'un soignant de terrain (10 mn), Dr Catherine Breton, psychiatre-psychanaliste, hôpital Lariboisière (20mn)

- Discussion (15 mn)

Troisième partie : **MÉDICAMENTS ET PRÉCARITÉ** [modération : Alice Mèlès]

16 h 00 Droits aux médicaments : Catherine Muriel, service social, hôpital Avicenne

16 h 15 Bénéfices et inconvénients de la gratuité des médicaments chez les migrants en situation précaire. Équipe Homnibus, hôpital Jean-Verdier

16 h 30 Traiter en situation de précarité : comment prescrire ? Comment prendre ? : Barbara Bertini, anthropologue

16 h 45 Discussion

17 h 00 Conclusion

Avec la participation de la chanteuse malienne Fantani Touré

* Sous réserve de confirmation.