



LA LETTRE

de la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DES VOYAGES

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

N°-1

Janvier-février-
mars 2008

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

Fondateur
Maxime Armengaud

Président d'honneur
Michel Rey

Rédacteur en chef
Stéphane Jauréguiberry

Secrétaire de rédaction
Béatrice Siourd

S O M M A I R E

ÉDITORIAL

✓ *ÉRIC CAUMES* 1

COMPTE-RENDU DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA SMV 2007

✓ **Rapport moral**
Paris, 19 mars 2008 - ÉRIC CAUMES 2

✓ **Rapport financier**
Paris, 19 mars 2008 - FABIENNE LE GOFF 5

ÉCHO DES CONGRÈS

✓ **Compte-rendu du 10th International Scientific Working (ISWG) on Tick-Borne Encephalitis (TBE) - Baden, Autriche, 31 janvier-1^{er} février 2008**
CATHERINE GOUJON 6

COMPTE-RENDU DE LA LITTÉRATURE

✓ **Lu pour vous - PIERRE TATTEVIN, MICHEL REY, ALICE PÉRIGNON, STÉPHANE JAURÉGUIBERRY** 8

RÉUNIONS 12

É D I T O R I A L

Éric Caumes

À l'heure de la rédaction du premier éditorial de l'année 2008, il est d'usage que le président de la Société de Médecine des Voyages présente le rapport moral.

Mais le début de l'année a été marqué par la réimportation de la rage animale en France, et cela mérite quelques lignes d'attention. Toute la faute en revient à des voyageurs et à leur rencontre avec "Gamin", à Agadir pendant les vacances. Ramené en France, en incubation de la maladie, il est décédé de la rage le 12 novembre. Entre-temps, il avait contaminé "Youpi" décédé le 5 février qui avait contaminé "Cracotte" décédée mi-février. C'est d'ailleurs de "Cracotte" que la chaîne épidémiologique a été remontée jusqu'à "Gamin". Comme ces chiens ont voyagé en France, les départements concernés par l'alerte à la rage animale et humaine sont la Seine-et-Marne, le Calvados, le Gers et les Hautes-Pyrénées. On recherche donc toute personne qui aurait été mordue, griffée, égratignée ou léchée sur une muqueuse (bouche, yeux...) ou sur une peau lésée, par un chien, dans les environs de Grandpuits, de Lisieux, de Montestruc et de Tarbes et les personnes dont l'animal aurait été en contact avec l'un de ces trois chiens. La période à risque s'étend entre le 22 octobre 2007 et le 19 février 2008. Les investigations se poursuivent pour identifier les personnes et animaux qui auraient été en contact avec ces trois chiens

Secrétariat général

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

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

atteints de la rage. Ce cas nous rappelle opportunément que le risque d'importation de maladies exotiques passe par l'homme, les vecteurs et les aliments mais aussi par l'animal. C'était le thème de la réunion commune organisée avec la Société de Pathologie Exotique en automne dernier.

Mais revenons au rapport moral et financier comme il est d'usage à cette époque de l'année, après l'Assemblée Générale qui s'est tenue à Paris le 19 mars. En résumé, la SMV se porte bien. Elle a reconstitué ses réserves et peut donc investir dans

l'avenir (le site Internet est fonctionnel, des commissions sont au travail, des travaux de recherche sont en cours) et elle a atteint l'équilibre financier (grâce à l'investissement personnel de nombreuses personnes).

Mais l'équilibre est fragile et il nous faut rester vigilant.

Bonne lecture.

Éric Caumes

COMPTE - RENDU DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA SMV 2007

RAPPORT MORAL

PARIS, 19 MARS 2008

ÉRIC CAUMES, *Président de la SMV*

L'année 2007 peut être considérée pour la SMV comme une année de consolidation. Après avoir assuré la refonte administrative de la SMV et organisé le volet trésorerie, nous commençons à voir le fruit des investissements réalisés dans différents domaines. La consolidation des structures administratives de la SMV au niveau du bureau, du conseil d'administration et des différentes commissions devrait permettre de favoriser une transition générationnelle en vue d'un futur renouvellement.

Sur le plan administratif

1 - Le Conseil d'administration s'est réuni en séance plénière à trois reprises au cours de cette année. De nouvelles modalités de fonctionnement du CA sont envisagées avec des réunions moins fréquentes mais plus constructives et prolongées avec constitution de commissions rapportant devant le CA. Un nouvel exemple de cette façon de travailler a été la réunion du CA qui s'est tenu à Lyon en janvier 2008 grâce à l'accueil de Claude Hengy. Cette réunion d'un jour et demi (16 heures de travail) s'est déroulée dans une excellente ambiance et a permis d'avancer sur de nombreux points en même temps.

2 - Le bureau avec son secrétaire général (Ludovic de Gentile), les deux secrétaires adjoints (Fabrice Legros, Jean-Philippe Leroy), les trésoriers (Fabienne Le Goff aidée de Danièle Badet), deux vices-présidents (Catherine Goujon, Olivier Bouchaud) et le président (Éric Caumes) s'est réuni quatre fois, Christophe Rapp, responsable du comité éditorial était invité.

3 - La gestion de la SMV, pour la quatrième année consécutive, a reposé uniquement sur les administrateurs, tous bénévoles. Au prix d'un gros travail, nous nous sommes libérés de contraintes financières importantes et avons dégagé des possibilités de financement. Ainsi, nous

avons pu engager, au cours du dernier trimestre de l'année 2007, une secrétaire qui travaille une demi-journée pour la SMV sous la responsabilité de Ludovic de Gentile dans le cadre d'une convention signée avec l'hôpital d'Angers. Elle s'occupe principalement des tâches administratives et assiste le secrétaire général dans ce travail très chronophage.

4 - La base informatique des membres.

Au 1^{er} février 2008, le fichier actuel comprend 556 fiches individuelles

- 7 membres d'honneur ;

- 31 adhérents à jour de leur cotisation pour 2008 versus 291 adhérents en 2007, 121 adhérents à jour pour 2006 versus 68 adhérents à jour en 2005, 38 en 2004.

L'appel à cotisation a été adressé début février, les réponses rentrent régulièrement. Il convient d'améliorer l'envoi des rappels et la collecte des cotisations.

5 - Le site de la SMV. Il est opérationnel depuis le début de l'année 2008. Sa construction avec la société Silk Informatique a coûté à la SMV la somme de 24 000 euros répartie sur trois ans. Le groupe de suivi composé de Ludovic de Gentile, Jean-Philippe Leroy et Fabrice Legros a assuré, avec beaucoup de persévérance, le pilotage du site et la validation des différentes fonctionnalités. L'annuaire des CVI a été mis à jour. L'annuaire des membres a pu être mis à jour en presque totalité. Il revient maintenant à chaque sociétaire de gérer ses données personnelles. Chaque CVI dispose d'un espace spécifique. Différents niveaux de droits ont été construits pour 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 est croissante avec la mise en service de notre site Internet. Sous la direction de Christophe Rapp, il comprend Nathalie Colin de Verdière, Ludovic de Gentile, Catherine Goujon, Dominique Jean, Fabrice Legros, Jean-Philippe Leroy, Marie-Catherine Receveur, Michel Rey, Jean-Marc Segalin, Alice Pérignon et Philippe Parola. Il s'est réuni trois 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. Une charte graphique pour les présentations de la SMV a été proposée.

2 - La lettre de la SMV. Stéphane Jauréguiberry, notre nouveau rédacteur en chef, a réussi à tenir le rythme de quatre numéros par an. 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. Béatrice Siourd continue d'assurer à titre gracieux le secrétariat de rédaction. La diffusion électronique, toujours assurée par Jean-Philippe Leroy, est restée efficace en dépit d'un dysfonctionnement lié à notre site d'hébergement. La diffusion papier a été abandonnée.

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 d'actualités épidémiologiques. La diffusion du bulletin d'actualités épidémiologiques est maintenant devenue une habitude grâce au groupe de travail constituée par Marie-Catherine Receveur, Alice Pérignon, Nathalie Colin de Verdière et Thierry Pistone. La diffusion sur le site a fait l'objet d'un développement informatique spécifique. Il devrait à terme soulager la procédure de diffusion des informations.

5 - 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.

6 - Film d'éducation sanitaire pour favoriser la prévention du paludisme chez le migrant voyageur. À la suite de la réunion de Bobigny, Olivier Bouchaud a travaillé sur la réalisation d'un film "éducatif". Au cours de l'AG de l'an passé, la SMV avait acté le principe de ce film de 8 minutes qui devrait être à la disposition des CVI et distribué à un prix modique aux autres demandeurs. Ce film a été achevé et présenté au cours du CA en février 2008. Il sera présenté dans différentes manifestations dont l'assemblée générale. Il sera accessible dans tous les CVI.

7 - Le guide de bonnes pratiques. Le travail sur l'état des lieux des CVI de France métropolitaine 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 Éric Caumes, Daniel Camus, Paul-Henri Consigny, Ludovic de Gentile, Nadine Godineau, Catherine Goujon, Claude Hengy, Véronique Héraud, Fabrice Legros, Jean-Philippe Leroy, Fabienne Le Goff, Anne-Sophie Monge. Ces activités, pilotées par Ludovic de Gentile, Jean-Philippe Leroy et Fabrice Legros, se sont déroulées en étroite collaboration avec le bureau des Maladies Infectieuses et de la Politique Vaccinale et le service juridique de la DGS.

8 - La collaboration de la SMV avec l'association "SOS Pèlerins" a abouti à la rédaction d'une plaquette d'information et de conseils sanitaires pour les pèlerins du Hadj 2006 (Catherine Goujon, Éric Caumes). Une enquête préliminaire sur la santé des pèlerins a eu lieu cette année. Les enseignements tirés de ce travail coordonné par Catherine Goujon devraient permettre la mise en place d'une enquête de plus grande envergure pour le prochain pèlerinage.

9 - La Fiche d'information sur le vaccin contre la fièvre jaune. À la suite du débat concernant la diffusion réglementaire de la notice du Stamaril® il avait été convenu que la SMV pilote la rédaction d'une

fiche d'information. Cette feuille d'information résulte d'un travail consensuel qui a mobilisé le groupe de rédaction (Fabrice Legros, Jean-Philippe Leroy, Ludovic de Gentile) et un groupe de relecture composé d'une quinzaine de membres de la SMV exerçant en CVI. Le fabricant et les différentes instances impliquées dans la vaccination (AFFSAPS, CRPV, CMVI-DGS, CTV), ont été partie prenante aux différentes étapes d'élaboration du document. La coopération avec le Laboratoire Sanofi Pasteur MSD a permis la mise à disposition de cette fiche à l'ensemble des CVI.

10 - Le memento de l'expatrié ("*Guide de prise en charge sanitaire de l'expatrié*"), 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, a été mis en ligne sur le site, son accès reste réservé aux seuls membres de la SMV.

11 - Livre sur la Médecine des Voyages. Le litige avec l'éditeur Format Utile ayant été réglé, par l'intermédiaire de notre avocat, Maître Cargill, sous forme d'une procédure de conciliation à l'amiable, le livre sur la *Médecine des Voyages* est en construction. L'éditeur sera Flammarion-Médecine Sciences (contrat d'édition en attente). La coordination sera assurée par un comité de rédaction autour d'Éric Caumes, la SMV percevant les droits d'auteur.

12 - Les Maux du Voyage. La dernière édition (3^e édition) du dictionnaire de médecine des voyages "*Les Maux du Voyage*" remonte à 2005. Il s'agit d'une publication réalisée en partenariat avec Adimi/Edisan (CD Conseil®). Michel Rey présentera des propositions en ce qui concerne cette publication.

Sur le plan de la formation

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

2 - Disposant déjà d'un enregistrement comme organisme de formation continue, la SMV a été reconnue en 2007 comme organisme de Formation Médicale Continue. Cet agrément au titre de la FMC pour les trois collèges (médecins hospitaliers, médecins salariés non hospitaliers, médecins libéraux) 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.

3 - Des référentiels pour les formations des infirmières du travail ont été élaborés par la commission pédagogique

autour d'Olivier Bouchaud. Il est disponible après de la commission pédagogique, il convient maintenant de mettre en place ces sessions de formation afin de répondre à la demande.

4 - Le programme de formation continue spécifique aux infirmières des CVI a débuté. Il s'articule en huit modules qui seront réalisés en deux sessions de deux jours. La première session comprenant quatre modules a eu lieu à Angers en avril 2007 puis à Lyon en janvier 2008. Trente-cinq infirmiers et infirmières ont suivi cette formation. L'évaluation de ces deux sessions montre leur intérêt et leur satisfaction.

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 - 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 a donné lieu à une publication dans le numéro spécial voyageurs du *BEH* de 2007 et à une présentation aux Journées Nationales d'Infectiologie 2007. Un article est également sous presse dans le *JTM*.

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 vaccinovigilance anti-amarile). Cette enquête a porté sur les dix dernières années et sur un panel de plusieurs CVI représentant environ 450 000 personnes.

3 - Enquête sur les effets indésirables de la vaccination anti-amarile et l'intérêt de mettre en place une vaccinovigilance. Suite aux publications rapportant les effets indésirables de la vaccination anti-amarile, un travail a été conduit (Fabrice Legros, Jean-Philippe Leroy) en collaboration avec le CRPV de Rouen et le Producteur. Ce bilan de pharmacovigilance a été présenté au Comité Technique et au Comité National 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 - Enquête "avant le départ", toujours en collaboration avec la SFMG et le réseau GROG. Elle est achevée. Son dépouillement et son analyse sont en cours (Olivier Bouchaud, Fabrice Legros).

5 - "L'étude de tolérance et d'obser-

vance de nos prescriptions d'antipaludiques", promue par Daniel Camus, a été présentée en poster à la RICAI en décembre 2007.

6 - 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 a été conduite par Sabine Genty en collaboration avec Fabrice Legros et Olivier Bouchaud a été publiée dans le *BEH* et doit faire l'objet d'une publication ultérieure plus détaillée.

7 - Plusieurs rencontres avec l'association "SOS Pèlerins" ont 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 a abouti à une enquête préliminaire de faisabilité au retour du dernier pèlerinage de La Mecque fin 2007-début 2008. Le dépouillement est en cours (Catherine Goujon, Fabrice Legros, Paul-Henri Consigny).

En projets

1 - Vaccinations chez les patients recevant des anti-TNF promu par Paul-Henri Consigny.

2 - 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) [Catherine Goujon, Fabrice Legros].

3 - Une rencontre préliminaire a eu lieu au CNR des Méningocoques en vue de constituer un groupe de travail sur la vaccination anti-méningococcique et notamment la mise en place d'un réseau informel de veille épidémiologique dédiée (Catherine Goujon, Christophe Rapp, Fabrice Legros, Jean-Philippe Leroy).

4 - Une conférence de consensus sur la protection personnelle antivectorielle est en cours d'élaboration pour se tenir à l'horizon 2009-2010 (Fabrice Legros, Ludovic de Gentile).

5 - Évaluation de l'usage et de la pertinence de la feuille d'information patient fièvre jaune.

6 - Améliorer le site de la SMV et le faire vivre.

7 - Proposer au CVI volontaire de mettre en place un projet pilote de rapport d'activité standardisé notamment à visée épidémiologique.

Représentations de la SMV

1 - Au niveau international, la SMV est représentée au sein du comité éditorial

du *JTM*, elle a été représentée par plusieurs membres du CA au CISTM 10 à Vancouver, en mai 2006. Éric Caumes a également rejoint le bureau de l'International Society of Travel Medicine après les dernières élections.

2 - Au niveau national, la SMV est représentée au CMVI (Comité technique permanent de la commission spécialisée n°1 du Haut Conseil de la Santé publique), par Éric Caumes, Catherine Goujon et Fabrice Legros. Ludovic de Gentile et Fabrice Legros sont membres du Groupe de travail sur les répulsifs auprès de l'AFSSAPS (Groupe Biocides) et Fabrice Legros est membre du Groupe Moustiquaires et Tissus Imprégnés d'insecticides de l'AFSSET. Albane Perdrix et Olivier Bouchaud ont représenté la SMV au Congrès des infirmières de médecine du travail à Nantes en juin 2007.

3 - Les deux journées scientifiques de 2007 ont été une réussite, preuve du dynamisme de notre Société :

- À Saint-Malo, la réunion de printemps organisée par Claude Guiguen a regroupé plus de cent participants dans un environnement très iodé.

- À Paris, la réunion organisée par Catherine Goujon et Éric Caumes, avec la Société de Pathologie Exotique, a regroupé plus de deux cents personnes. Elle a été consacrée aux Maladies d'importation. Cette journée a été dense et riche d'échanges. Elle a été l'occasion d'innover en co-organisant avec une société sœur avec laquelle nous partageons de nombreuses thématiques.

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. Nous remercions aussi l'Institut Pasteur de Paris pour son hospitalité qui ne nous fait pas défaut depuis de nombreuses années.

Perspectives

Beaucoup de chantiers sont en cours et le CA, élu pour six ans, en 2006, 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. 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. Lors du dernier CA, il a été décidé de renforcer la commission pédagogique et de lui déléguer la mise en place de la labellisation SMV d'une formation. Un cahier des charges doit être rédigé pour définir les critères de labellisation. Ils devront s'appuyer sur le cahier des charges de notre agrément (notion de

conflits d'intérêts, usage des DCI, pré-test, évaluation, etc.) et le respect des recommandations émanant des instances.

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

- Le réseau de la SMV 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 SMV sera présente au MEDEC 2008.

- Deux journées scientifiques sont prévues en 2008 :

- À Nîmes, le 30 mai, la réunion provinciale, organisée par l'équipe nîmoise sera consacrée aux voyageurs des âges extrêmes de la vie.

- À Paris, nous envisageons d'organiser notre prochaine Biennale en automne. Elle sera consacrée aux malades voyageurs.

Nos collègues de Bordeaux ont proposé au CA de prendre en charge l'organisation de notre réunion de printemps en mars 2009. Le CA a donné son accord.

Conclusions

La SMV se porte bien. On le doit principalement au travail des membres du bureau et du CA auxquels viennent progressivement s'adjoindre les représentants de la prochaine génération. La SMV a investi et présente maintenant un site Internet. Le travail fait autour des CVI et de la notice patient du vaccin Fièvre Jaune a abouti à des recommandations claires. Des collaborations diverses et fructueuses ont été développées avec d'autres associations, sociétés savantes ou institutions (CMVI, AFSSAPS, AFSSET, CIMED, SPE, SFMG, GROG, MEDEC, SOS Pèlerins). Nous avons produit notre premier film et plusieurs publications ont été réalisées au nom de la SMV. Les tâches qui nous attendent ne sont pas faciles notamment dans le champ de l'enseignement en médecine des voyages. Mais nous avons maintenant les moyens de construire positivement notre futur.

Éric Caumes
Président de la SMV



RAPPORT FINANCIER

PARIS, 19 MARS 2008

FABIENNE LE GOFF

En préalable, on doit préciser que le bilan financier de la SMV est réalisé sur une comptabilité d'encaissement et non sur une comptabilité d'engagement, en conséquence toutes les recettes et les dépenses reportées dans le bilan suivant sont les recettes et les dépenses réalisées effectivement au 31 décembre 2007.

Tableau I. Bilan de la SMV au 31 décembre 2007.

ACTIF	BRUT (euros)	PASSIF	BRUT (euros)
Immobilisation pour le site de la SMV (fournisseur, SILK Informatique)	19 000	Fond associatif ^[1] (capital de départ de l'association)	50 000
Immobilisation pour le film "Le paludisme ne prend pas de vacances". Film destiné à l'éducation sanitaire dans les salles d'attente des CVI qui le souhaitent	8 500	Report à nouveau ^[2]	63 315,77
Crédit Lyonnais (compte courant)	16 615,81	Excédent 2007 ^[3]	20 259,21
Compte Livret SICAV monétaire	43 394,32 29 592,60		
Crédit Lyonnais (compte SMV/SPE pour le colloque du 17 octobre 2007 sur "Les maladies d'importation" - réunion commune SMV-SPE -	16 472,25		
TOTAL	133 574,98		133 574,98

^[1] Ce fond est nettement augmenté par rapport à 2006, augmentation votée lors de l'Assemblée Générale du 14 mars 2007, prélevée sur l'excédent 2006 et une partie du report à nouveau 2006.

^[2] Cette somme représente la capitalisation des ressources depuis la création de la SMV

^[3] Trésorerie disponible pouvant servir à l'approvisionnement des dépenses exceptionnelles ou nouvelles.

Tableau II. Dépenses et recettes courantes 2007.

COMPTE DE RÉSULTATS 2007 (euros)	
DÉPENSES COURANTES	
- Les frais de mission et de déplacement occupent toujours un poste budgétaire important (environ un tiers des dépenses), ils concernent les réunions du bureau, du C.A. ainsi que des différentes commissions pédagogique, recherche, informatique et du comité éditorial.	
- Les frais d'enquêtes concernent l'étude sur la pathologie au retour de voyages en médecine de ville en collaboration avec la SFMG.	
- Les frais d'assurance portent sur deux ans (car l'assurance 200 -2007 n'avait été débitée qu'en janvier 2007 et la SMV fonctionne en comptabilité d'encaissement).	
- À noter une dépense importante de 1 937,52 euros pour l'édition et l'envoi postal de l'annuaire 2007 de la SMV à tous ses membres.	
TOTAL COURANT	15 169,88
RECETTES COURANTES	
- Cotisations 2007 (tarifs inchangés depuis plusieurs années : 50 euros pour les médecins, 25 euros pour les infirmier(e)s, les retraités et les étudiants).	
- Droits d'auteur pour l'ouvrage "Les Maux du Voyage" en collaboration avec CD Conseil et ADIMI.	
- Reversement à la SMV d'une partie de l'excédent réalisé lors de la journée de printemps de Saint-Malo (mai 2007) qui avait réuni une centaine de participants. Nous avons été reçus par Claude Guiguen et Christian Michelet du CHU de Rennes.	
- Intérêts du compte livret.	
- Quelques reliquats de la Biennale 2006.	
TOTAL COURANT	17 748,88

Tableau III. Formations paramédicales et réunion SMV-SPE (Société de Pathologie Exotique).

La première session de formation continue pour les infirmières des Centres de Vaccinations Internationales (CVI) organisée en avril 2007 à Angers par Ludovic de Gentile a réuni quinze infirmières de diverses régions. Les inscriptions (encaissées au 31 décembre 2007) s'élevaient à 2 500 euros (restent 600 euros en cours d'encaissement), les dépenses se sont élevées à 1 550,64 euros, environ un tiers en frais de déplacements et deux tiers en frais de restaurations et d'hébergement des intervenants (tous bénévoles par ailleurs), réalisant un excédent de 949,36 euros au 31 décembre 2007

Pour la réunion commune SMV-SPE (Société de Pathologie Exotique) du 17 octobre 2007, un compte spécial a été ouvert au LCL, le bilan provisoire est le suivant :

- Recettes de 18 447,25 euros provenant pour environ deux tiers des inscriptions (200 participants dont 180 payants) et un tiers des sponsors (6 300 euros pour 8 participants).
- Dépenses de 7542,43 euros, mais de nombreuses dépenses ont été débitées après le 31 décembre 2007 ; à noter que le poste restauration (repas et pauses café) est toujours très important .
- L'excédent provisoire pour cette réunion commune s'élève donc à 10 904,82 euros, somme que nous partagerons avec la SPE sur la base convenue à la clôture des comptes..

Tableau IV. Récapitulatif.

DÉPENSES (euros)	
Courant	15 169,88
Biennale	133,97
Formation continue	1 550,64
Journée SMV/SPE	7 542,43
TOTAL	24 396,92
RECETTES (euros)	
Courant	17 748,88
Biennale	5960
Formation continue	2 500
Journée SMV/SPE	18 447,25
Au total un excédent général 2007 de 20 259,21 euros comme annoncé dans le <i>tableau I</i>	
TOTAL	44 656,13

COMPTE-RENDU DU 10th INTERNATIONAL SCIENTIFIC WORKING GROUP (ISWG) ON TICK-BORNE ENCEPHALITIS (TBE)

BADEN, AUTRICHE, 31 JANVIER-1^{er} FÉVRIER 2008

CATHERINE GOUJON

Cette manifestation, soutenue par le Laboratoire Baxter, rassemblait une cinquantaine de représentants de vingt pays, dont dix-sept situés dans la zone de transmission de l'encéphalite à tiques.

Les présentations, toutes de très bon niveau, ont apporté beaucoup d'informations intéressantes sur cette maladie.

Aspects épidémiologiques

Entre 1974 et 2006, le nombre de nouveaux cas cliniques de méningo-

encéphalite à tiques rapportés a été multiplié par quatre dans l'ensemble des pays européens concernés, sauf en Autriche, où la couverture vaccinale par le vaccin TBE est très élevée.

Les pays les plus touchés sont l'Allemagne, la République tchèque, la Suisse, la Suède, la Slovénie, la Pologne et les trois républiques Baltes.

L'amélioration de la surveillance épidémiologique et des méthodes de diagnostic de la maladie ne peut suffire à elle seule à expliquer cette explosion, d'autres facteurs doivent être évoqués :

- Le réchauffement climatique ainsi que l'augmentation des précipitations observés depuis ces dernières années a eu pour le vecteur des conséquences favorables, résumées dans la présentation



de **J. Süß** (*Allemagne*), à savoir :

- Une augmentation de la période d'activité des tiques ; ainsi, la douceur de l'hiver 2006-2007 a permis le maintien ininterrompu des activités d'*Ixodes ricinus* dans certaines régions d'Allemagne, alors que cette saison correspond normalement à une période de quiescence.

- Une accélération de leur cycle de développement.

- Une augmentation de leur densité de population.

- Une présence de ces arthropodes à une altitude plus élevée en montagne.

- Une migration vers le Nord de l'Europe.

Des facteurs humains interviennent également, en particulier le développement des activités de loisir en plein air (randonnée, camping), mais aussi la recherche des ressources naturelles comestibles (baies, champignons) utilisées comme compléments alimentaires ou la recherche de bois de chauffage dans les pays les plus pauvres, ont multiplié les occasions de contact avec les tiques.

Des changements dans les méthodes de production agricole, en particulier la diminution du recours aux pesticides ont pu également jouer un rôle.

Les données épidémiologiques présentées pour les différents pays européens concernés, ont également montré une très grande hétérogénéité de la répartition de l'encéphalite à tiques, y compris à l'intérieur d'un même pays.

Enfin, des changements apparaissent aussi dans les manifestations cliniques : les formes sévères, classiquement liées au sous-type oriental du virus, deviennent plus fréquentes dans la partie occidentale de la zone d'endémie ; ainsi, trois cas mortels sont survenus en 2006 dans un petit foyer en Allemagne (**G. Dobler**, *Allemagne*).

Parmi les causes évoquées pour expliquer ce phénomène : l'importation de souches plus virulentes depuis la Russie à la faveur de migrations de populations, l'augmentation de la charge virale par tique, ou encore, une mutation du virus à la faveur d'échanges génétiques entre différentes souches.

Le vaccin

Durant les 30 dernières années, plus de 90 millions de doses de vaccin contre la méningoencéphalite à tiques ont été produites et utilisées dans vingt-cinq pays européens, ainsi qu'au Canada (même si la maladie n'existe pas dans ce pays, le vaccin y est néanmoins utilisé pour les voyageurs et pour les militaires basés en Europe (à noter que le Canada assure également la vaccination d'un certain nombre de ressortissants de son voisin américain, où le vaccin n'est pas disponible).

Plusieurs études ont été présentées, entre autres :

- Qualité de la réponse immunitaire au vaccin TBE chez les personnes âgées (**E. Jilkova et al.**, *République tchèque*) : les résultats ont montré que 17 % des personnes âgées de plus de 60 ans n'avaient pas atteint un taux protecteur d'anticorps après la deuxième dose de vaccin : les auteurs recommandent en conséquence de faire un contrôle sérologique après la deuxième injection et d'administrer une dose supplémentaire si le taux d'anticorps est insuffisant, en maintenant la troisième injection selon le schéma classique neuf à douze mois plus tard.

- Réponse à des injections de rappel faites au-delà de l'intervalle de trois ans (**R. Schosser**, *Allemagne*) : même lorsque le délai de trois ans prévu pour l'injection de rappel n'avait pas été respecté, la réponse immunitaire a été comparable à celle obtenue chez des sujets vaccinés selon le protocole classique.

- Durée de persistance des anticorps protecteurs après une injection de rappel en fonction de l'âge (**P. Rendi-Wagner**, *Autriche*) : l'immunité obtenue après une injection de rappel était plus faible et persistait moins longtemps dans les tranches d'âge plus élevé, la limite se situant entre 50 et 60 ans.

Aspects cliniques

U. Meyding (*Allemagne*) a rappelé que la première phase de la maladie passe inaperçue dans 80 % des cas.

Autrement, la fièvre est un signe quasiment constant, mais elle peut cependant manquer chez les sujets immunodéprimés et chez les personnes âgées.

Quant aux signes neurologiques, qui apparaissent dans la deuxième phase, ils peuvent donner un tableau de méningite, de méningoencéphalite avec troubles de conscience, ou plus rarement de méningoencéphalomyélite avec paralysies flasques.

Dans tous les cas, le diagnostic différentiel peut se poser avec un accident vasculaire cérébral, un syndrome de Guillain Barré, une carence vitaminique ou une affection psychiatrique.

Le diagnostic à ce stade se fait par la recherche d'anticorps anti-TBE dans le LCR (et non dans le sérum).

Comme l'a montré **K. Zwiauer** (*Allemagne*), la maladie peut frapper à tous les stades de la vie, y compris les très jeunes enfants : l'âge record est de dix-sept jours (le mode de contamination n'est pas connu, mais la transmission de l'infection par le lait maternel a été évoquée) ! Les manifestations cliniques chez l'enfant et l'adolescent diffèrent de celles de

l'adulte, mais l'orateur a souligné que si les formes pédiatriques étaient généralement moins sévères, les séquelles à long terme n'en étaient pas moins importantes, le plus souvent à type de comitialité, de troubles de l'équilibre et de troubles de l'attention entraînant des difficultés scolaires.

Il a été rappelé pour mémoire que le recours aux immunoglobulines après une morsure de tique était contre-indiqué en raison d'un risque d'aggravation des symptômes, mais celles-ci ne sont de toutes façons plus disponibles.

TBE et voyages

U. Kunze (*Autriche*) a souligné la méconnaissance de la maladie dans les pays peu ou pas touchés tant de la part du public que des médecins ; or le tourisme à l'intérieur de l'Europe est en augmentation, particulièrement dans les pays de l'ancienne "Europe de l'Est".

De ce fait, un nombre croissant de voyageurs se trouvent exposés au risque de contamination par morsure de tique : en Syrie, l'incidence chez les voyageurs est de six cas par an et le risque de contracter la TBE en Autriche a été comparé à celui de contracter la typhoïde en Inde (ce que n'a pas contesté Santanu Chatterjee, éminent membre de l'ISTM, présent également à cette réunion) !

Pour terminer, **M. Haditsch** (*Autriche*) a développé des arguments en faveur de protocoles accélérés de vaccination qui permettraient d'offrir une protection aux voyageurs vus peu de temps avant leur départ (hommes d'affaires, militaires, volontaires d'actions humanitaires...).

Il a rappelé que l'Autriche ne figure pas dans la liste des pays à risque du CDC, qui est fondée sur des données d'incidence, du fait que plus de 80 % de la population autrichienne est vaccinée contre l'encéphalite à tiques.

Cela explique peut-être l'indifférence totale manifestée par les autorités sportives internationales (FIFA entre autres), lorsqu'il a tenté d'attirer leur attention sur les mesures préventives à envisager en prévision de la coupe d'Europe de football qui va se dérouler dans quelques mois, en Autriche justement !

La SMV pourrait-elle intervenir auprès des instances sportives françaises pour encourager la vaccination des footballeurs français mais surtout des nombreux supporters-touristes qui feront le déplacement pour soutenir leur équipe et qui, le week-end venu, iront sans aucun doute se promener ?

Catherine Goujon

LU POUR VOUS

PIERRE TATTEVIN - MICHEL REY - ALICE PÉRIGNON - STÉPHANE JAURÉGUIBERRY



© Droits réservés

■ Vu pour vous **Sicko** Michael Moore *Traitement de choc*

Que les voyageurs qui l'ignoraient soient bien conscients de l'état de délabrement du système de santé américain. Il ne fait pas beau tomber malade au pays de l'Onclé Sam ! Le dernier film de Michael Moore dénonce avec génie le scandaleux paradoxe de la plus grande puissance mondiale, où l'accès aux soins est impossible pour une proportion croissante de la population (46 millions selon le recensement officiel de 2006, soit près de 20 % de la population totale). Après quelques exemples édifiants, le film dissèque patiemment les raisons de cette terrible situation, qui semble relever principalement des colossales marges de profit empochées par les assurances de santé privées et les gros bonnets de l'industrie pharmaceutique, ainsi que des coûts dits administratifs, ces derniers totalisant 31 % de l'ensemble des dépenses de santé aux États-Unis. À cause de tous ces bénéficiaires "annexes", dans ce pays qui a les plus grosses dépenses de santé du Monde, l'espérance de vie est de trois ans inférieure à celle des voisins Canadiens et la mortalité infantile dans une ville comme Detroit est près de deux fois plus élevée que ce qu'elle est au Salvador... En effet, aucune catégorie de la population n'est réellement assurée d'un accès aux soins, pas même les enfants, qui sont 9 millions à ne bénéficier d'aucune prise en charge aux États-Unis.

Le film retrace également à travers quelques exemples comment la survenue d'une maladie chronique coûteuse, comme un cancer, dans un foyer jusqu'à sans difficulté financière majeure, peut mettre l'ensemble de la famille sur la paille. Ainsi, les factures liées à des soins médicaux seraient responsables de la moitié des faillites, chez les ménages américains. Selon un rapport du très sérieux Institute of Medicine (IOM), 18 000 Américains décèdent chaque année par manque d'accès aux soins.

Fidèle à son style, Michael Moore cher-

che à convaincre en maniant l'humour et la fausse naïveté, tout en laissant le plus souvent la parole à des intervenants soigneusement sélectionnés. Le système de santé français y est présenté sous un jour extrêmement favorable, avec des excès indiscutables, par exemple lorsque plusieurs témoins assurent que l'on n'attend jamais plus d'une heure dans les urgences des hôpitaux publics en France. On retrouve aussi des passages de provocation délibérée, qui culmine lors du déplacement à Cuba, à la fin du film, où les protagonistes de ce film seront, enfin, soignés.

On peut être agacé par le style de ce réalisateur, parfois lourd, notamment lors de son pamphlet anti-Bush (Fahrenheit 9/11), qui lui avait pourtant valu la palme d'or à Cannes en 2004. Mais *Sicko* n'est pas de la même veine : c'est un film fort, à la fois militant et émouvant, révoltant et pourtant souvent drôle. On y retrouve le génie de "Bowling for Columbine", "The Big One" ou "Roger et moi", précédentes réussites de Michael Moore.

À voir, absolument ! Et à méditer avant toute retouche de notre propre système...

NDLR. *Sicko* est sorti en France en septembre 2007

Pierre Tattevin, San Francisco

■ Des microbes ou des hommes. Qui va l'emporter ?

Maxime Schwartz
et François Rodhain
Éditions Odile Jacob
2008. 346 pages



© Droits réservés

Cet ouvrage, au titre quelque peu accrocheur, présente un

vaste panorama, très documenté, des infections humaines, souvent liées aux infections animales, et de la mise en place des stratégies de lutte contre ces infections. Accessible au grand public aussi bien qu'aux professionnels de santé, sa lecture est facile, très instructive et souvent divertissante. Les auteurs, férus d'histoire, ont émaillé leur livre d'anecdotes et de citations

édifiantes, qu'elles soient prophétiques ou qu'à l'inverse elles ignorent ou refusent le progrès.

Après un rappel historique, insistant sur l'ère pasteurienne, de la découverte des agents infectieux, de leur transmission, et des armes et autres moyens de lutte contre les maladies infectieuses, les auteurs ont soulevé la question sémantique "Qu'est-ce qu'un microbe ?" Il se trouve que la réponse a évolué dans le temps. Désignant initialement des "êtres vivants de brève durée de vie", puis "de petite taille", le terme recouvrirait aujourd'hui "l'ensemble des agents infectieux invisibles à l'œil nu", qu'ils soient ou non pathogènes pour l'homme, les animaux, les plantes, et qu'il s'agisse de bactéries, de virus, ainsi que de champignons et de parasites microscopiques. Nouvellement inclus dans la liste des agents infectieux, à l'origine des encéphalopathies spongiformes (tremblante du mouton, maladie de la vache folle, et chez l'homme, kuru et maladie de Creutzfeldt-Jakob), les prions ont été identifiés comme des protéines infectieuses, à la frontière des êtres vivants. En fait cet ouvrage limite-ra son objet aux microbes pathogènes.

La mise en place progressive, à partir de début du XIX^e siècle, des armes forgées pour combattre les infections, est passée en revue :

- L'hygiène et ses différents domaines d'application (corporelle, domestique, alimentaire, sexuelle, sociale et environnementale).

- Les vaccins, qui se sont beaucoup développés et multipliés, à partir du vaccin empirique de Jenner, et à la suite des premiers vaccins sortis du laboratoire de Pasteur.

- La lutte contre les insectes vecteurs (qu'il s'agisse de vecteurs d'infections humaines ou animales, ou d'autres prédateurs de végétaux cultivés) : lutte physique, chimique ou biologique.

- La chimiothérapie, conçue il y a longtemps avec la quinine antipaludique, le premier antiparasitaire, puis avec l'arsenic, vieux traitement de la syphilis, premier antibactérien. Elle est née véritablement avec les sulfamides, s'est épanouie avec les antibiotiques, et s'est élargie plus récemment avec les antiviraux.

Les résultats obtenus aujourd'hui par la lutte contre les infections sont déjà remarquables, surtout dans les pays industrialisés. Ceux-ci se sont à peu

près débarrassés des grandes épidémies historiques (peste, variole, choléra) et des grandes endémies (diphtérie, polio, tétanos, rougeole) grâce à la promotion combinée de l'hygiène, des vaccinations, de l'accès aux soins. Mais ces progrès restent encore très insuffisants dans les pays à faibles ressources. La variole a certes été éradiquée à l'échelle mondiale, l'éradication de la poliomyélite est espérée prochainement.

Mais ces incontestables progrès sont encore loin d'avoir aboli les périls infectieux. Des maladies infectieuses historiques peuvent réapparaître, à la suite d'un recul de la vaccination correspondante (tel le retour épidémique de la diphtérie en URSS en 1992-1993 et celui de la poliomyélite au Nigeria en 2003-2007), ou à la suite de l'abandon des campagnes de masse contre la maladie du sommeil en Afrique tropicale. Les grandes épidémies historiques continuent à voyager d'un continent à l'autre. Leur importation dans une population "naïve", dépourvue d'immunité, a dévasté autrefois l'Europe avec la peste, la variole et le choléra, et plus que décimé les Indiens d'Amérique par la variole et la rougeole apportée par les conquistadors (lesquels ont probablement en "échange" importé la syphilis en Europe à leur retour). Le risque d'implantation dans de nouveaux territoires d'endémo-épidémies exotiques est loin d'avoir disparu aujourd'hui, comme en témoignent l'invasion de l'Amérique du Nord par le virus West Nile, l'explosion épidémique du Chikungunya dans l'océan Indien suivie par son importation en Europe, l'expansion géographique de la fièvre du Rift et de la leishmaniose, la mondialisation de la dengue.

Autre actualité inquiétante, l'émergence de nouvelles maladies infectieuses. Une année charnière, 1976, a vu l'émergence quasi simultanée de la maladie des légionnaires et de la maladie de Lyme aux États-Unis, de la fièvre d'Ebola. Ensuite ce fut l'émergence des viroses de Marburg, de Hantaan, puis le sida (qui est devenu aujourd'hui la maladie infectieuse qui tue le plus d'êtres humains), la vache folle, le SRAS.

Quels facteurs incriminer dans cette multiplication et cette expansion des infections ? Le rôle majeur de l'homme est avéré, c'est une vieille histoire qui remonte à sa sédentarisation il y a 10 000 ans, et qui s'accroît aujourd'hui considérablement, du fait de l'explosion démographique, de l'urbanisation galopante, des changements de comportements sociaux, de l'expansion des échanges et des transports, de l'altération des milieux naturels, des élevages et cultures intensifs, etc. D'autres facteurs non humains peuvent intervenir, comme la migration de certains arthropodes vecteurs (par exemple *A. albopictus* et Chikungunya en Italie), et l'émergence de nouveaux animaux réservoirs

(comme les chauves-souris, incriminées dans la rage européenne, et en Asie dans le SRAS et le virus Nipah).

Une préoccupation actuelle est la résistance acquise aux anti-infectieux, comme celle de certaines bactéries aux antibiotiques (staphylocoque, pneumocoque, gonocoque), celle du paludisme à *P. falciparum* à la chloroquine, celle du VIH à certains antiviraux. Ces résistances acquises sont dues à différents mécanismes (mutations, recombinaisons, remplacement des souches sensibles par des souches résistantes, contamination par plasmides). La pression exercée par l'usage élargi des antibiotiques chez l'homme et l'animal a aussi été incriminée. L'hôpital concentre souvent les souches résistantes, agents redoutés d'infections nosocomiales.

La menace bioterroriste ouvre un autre volet du péril infectieux. Certes cette arme de guerre a déjà un mémorable passé historique. L'origine de la grande peste noire européenne de 1348 a été attribuée au catapultage par les Tatars de cadavres pesteux dans le camp génois de Caffa, en Crimée, qu'ils assiégeaient, et à partir duquel la peste s'est répandue en Europe. La variole aurait servi d'arme de guerre contre les Indiens au Canada au XVII^e siècle, véhiculée par des couvertures infectées.

Mais cette menace s'affirme aujourd'hui. L'usage bioterroriste de la bactérie charbonneuse, agent de l'anthrax d'Hippocrate, meurtrière quand elle est inhalée ou ingérée, et dont les spores, très résistantes, survivent dans le sol plusieurs années, a récemment fait la preuve de sa redoutable efficacité. Les lettres à l'anthrax, disséminées aux États-Unis en 2001, n'ont tué que quelques personnes, mais ont provoqué une panique prolongée très coûteuse. La catastrophe de Sverdlovsk, qui aurait tué un millier de personnes en 1979, par dissémination accidentelle de spores charbonneuses à partir d'un centre sibérien de production d'armes microbiologiques, a confirmé, quand elle a été révélée, l'actualité de la menace bioterroriste. D'autres agents infectieux très pathogènes sont utilisables et redoutables, tels ceux de la variole, de la peste, de la tularémie, de la fièvre Q, du botulisme. Et d'autres cibles que l'homme peuvent être visées : les animaux d'élevage (par la fièvre aphteuse), les cultures.

Comment va évoluer la cohabitation entre les microbes et les hommes ? Notre protection contre les microbes pathogènes peut être améliorée par les nombreuses recherches en cours et par les progrès espérés des biotechnologies, de la génétique, du séquençage des gènes, de l'imagerie cellulaire, de la transgénèse. Il convient d'ailleurs de rappeler que seuls une minorité de microbes sont pathogènes, à la différence de la plupart

des innombrables espèces microbiennes qui habitent notre planète, dont nombre d'entre elles sont bénéfiques, telles les bactéries commensales indispensables à notre vie.

De nouveaux vaccins s'annoncent, malgré les difficultés rencontrées pour obtenir des vaccins contre la dengue, le paludisme, le sida : des vaccins anti-infectieux préventifs (en particulier des vaccins inactivés, multivalents combinés, fractionnés, recombinants, ADN, adjuvés avec de nouveaux produits), des vaccins anticancéreux, des vaccins thérapeutiques. Encouragée par les bons résultats de l'usage de *B. thuringensis*, la recherche fait espérer de nouvelles armes biologiques contre les vecteurs.

Mais l'espoir de nouveaux vaccins ne doit pas faire négliger l'essentiel : appliquer les vaccins existants à l'ensemble des humains exposés, ce qui est encore loin d'être réalisé, notamment dans les pays en développement. L'insuffisance de moyens des pays concernés est en partie compensée par les aides internationales publiques ou privées. Il convient de citer l'aide importante apportée aux vaccinations par la Fondation Bill et Melinda Gates (GAVI).

L'importance de la surveillance internationale des infections doit être soulignée. Mise en place et développée par l'OMS pour les infections humaines, l'OIE pour les infections animales, et par de nombreuses autres organisations, la surveillance devrait se renforcer, sous l'impulsion du nouveau Règlement Sanitaire International, en particulier la détection précoce des infections à risque épidémique et la veille microbiologique.

En conclusion de cet ouvrage, il semble que l'on peut réussir à maintenir un équilibre dans la confrontation armée entre les microbes et les hommes, sachant que les infections ont encore un bel avenir.

Michel Rey

■ Serial killer et arme de destruction massive : *P. falciparum* !

Defining and defeating the intolerable burden of malaria . III. Progress and perspectives. Summary.

Breman JG et al. *Am J Trop Med Hyg* 2007;77(suppl.6): pp. vi-xi

Ce sommaire très documenté de J.G. Breman et al. (Fogarty, NIH) est l'introduction d'un remarquable panorama des progrès réalisés ou espérés dans le renforcement de la lutte contre le fléau mondial que représente le paludisme; il est publié dans le volumineux supplément n°6 (327 pages) de l'*American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, paru en décembre 2007.

Le poids humain et économique "intolérable" du paludisme est rappelé : plus de 600 millions de cas, au moins 2 millions de morts par an dus à *P. falciparum*, principal tueur des enfants de moins de cinq ans en Afrique subsaharienne ; 400 millions de cas annuels dus à *P. vivax*. En fait, ces données officielles sont discutables et probablement sous-estimées, sachant que dans de nombreux pays endémiques, moins de 10 % des cas seraient officiellement reportés. S'ajoutant aux épisodes aigus, potentiellement fatals, dus surtout à *P. falciparum*, il faut mentionner les effets délétères chroniques du paludisme, notamment l'anémie, aggravée par l'ankylostomose qui lui est fréquemment associée sous les tropiques, et la gravité du paludisme chez la femme enceinte (anémie, dommages fœtaux, petit poids de naissance). Le poids économique du paludisme dans les pays tropicaux affectés et dépourvus de ressources est considérable. Il a été estimé à 12 milliards de dollars américains par an en Afrique subsaharienne, où le paludisme est considéré comme une entrave majeure au développement. D'autres régions tropicales sont concernées, notamment l'Inde, où surviendraient chaque année 15 millions de cas et de 20 à 50 000 décès dus au paludisme.

Les progrès obtenus ou annoncés par les recherches en cours sont encourageants. Encore faut-il qu'ils soient appliqués...

- Les tests de diagnostic rapide devraient remplacer les traditionnels examens microscopiques ; ils sont plus performants, mais aussi plus onéreux.

- Parmi les médicaments curatifs, dont certains sont confrontés à une résistance acquise, il faut saluer l'avènement de l'artémisinine et de ses dérivés (artésunate, artémether), qu'il est recommandé d'utiliser en combinaison avec d'autres antipaludiques, mais qui ont encore l'inconvénient d'être onéreux. Leur synthèse, qui diminuerait leur coût, est espérée. Leur contrefaçon, difficilement contrôlable, se répand.

- La lutte contre les vecteurs, prioritaire, est en voie d'amélioration. Trop décrié, le DDT a été officiellement réintroduit, le *house-spraying* remis à l'ordre du jour, et l'usage familial des moustiquaires imprégnées, dont on s'efforce d'allonger l'efficacité, devrait se répandre et s'améliorer, si l'on parvient à surmonter les réticences et les difficultés.

- Les progrès de la génétique humaine et du séquençage du génome humain font espérer l'identification des gènes qui confèrent la résistance à l'infection et à la maladie. Cette acquisition pourrait éclairer les réponses immunitaires et les interactions hôte-parasite, et intervenir dans la mise au point de nouveaux vaccins et de nouveaux médicaments. Parallèlement, le séquençage du parasite pourrait accélérer le développement de nouvelles interventions contre le paludisme.

- Le développement des vaccins candidats peut être facilité par ces acquisitions de la génétique, ainsi que par le renforcement de la capacité des pays endémiques à conduire des essais cliniques. Ce développement est à présent soutenu par une organisation internationale fondée en 2002, l'African Malaria Network Trust (AMANET). L'étude d'un vaccin préérythrocytaire GSK chez des jeunes enfants de Mozambique a obtenu des résultats très encourageants.

La coopération internationale est évidemment indispensable pour soutenir la recherche et la lutte contre le paludisme. Elle se structure et se renforce. À côté d'AMANET sont cités la Multilateral Initiative on malaria (MIM), et le Global Fund for HIV/AIDS, TB and Malaria. Ce dernier a engagé en 2006 un budget de 2,6 milliards de dollars américains, sur les cinq ans en cours, pour soutenir la prévention et le contrôle du paludisme dans quatre-vingt-cinq pays. Il est prévu que 5 à 10 % de ce support doivent servir à améliorer les capacités nationales de surveillance et d'évaluation.

Michel Rey

■ Enfants, adultes, tous égaux ?

Incidence and type of illness when traveling to the tropics: a prospective controlled study of children and their parents. Newman-Klee C et al. Am. J Trop Med Hyg 2007;77(4):764-9.

Une étude concernant la fréquence et le type des problèmes de santé rencontrés chez les enfants voyageurs a été réalisée en Suisse. L'originalité de ce travail réside dans son caractère prospectif mais surtout dans la comparaison avec des adultes ayant voyagé dans les mêmes conditions.

Les individus ont été recrutés dans un centre de conseils aux voyageurs. Chaque enfant voyageur inclus était apparié à un adulte, en général de la même famille, effectuant le même voyage. Il leur était confié un questionnaire à remplir de manière hebdomadaire pendant le séjour et quatre semaines après le retour.

Ainsi, sur une période de quatre ans (2000-2004), 244 paires (enfant-adulte) ont accepté de participer à cette étude mais seulement 157 questionnaires ont pu être analysés (80 perdus de vue et 3 questionnaires non remplis).

L'âge moyen était de 7,6 ans pour les enfants et de 39,9 ans pour les adultes. Il s'agissait en majorité d'enfants nés en Europe de nationalité suisse. La moitié

des participants ont effectué un séjour en Afrique, un quart en Asie et le dernier quart en Amérique latine. La durée moyenne du séjour était de 16 jours.

Durant le séjour, 61 % des enfants et 56 % des adultes ont présenté au moins un problème de santé. Ces problèmes sont apparus en moyenne au bout d'une semaine de séjour. Les symptômes les plus fréquemment rapportés étaient la diarrhée, les douleurs abdominales et la fièvre. L'incidence de ces symptômes était identique dans les deux groupes, à l'exception de la fièvre, plus fréquente chez les enfants, notamment dans la tranche d'âge 0-5 ans.

Seul un tiers des enfants et un quart des adultes malades ont eu recours aux soins médicaux. La majorité d'entre eux se sont traités par automédication (essentiellement probiotiques, antidiarrhéiques et antipyrétiques). L'utilisation d'antibiotiques a été limitée et s'est faite uniquement sur prescription médicale. Il est intéressant de noter que 18 enfants séjournant en zone impaludée (avec une chimioprophylaxie) ont présenté un épisode fébrile et que seuls six ont consulté (les chiffres ne sont d'ailleurs guère mieux pour les adultes).

D'après cette étude, les enfants ne semblent pas plus exposés que les adultes aux problèmes de santé lors de séjour sous les tropiques. Cependant, il s'agit de familles ayant consulté préalablement dans un service spécialisé et probablement donc plus sensibilisées aux précautions à respectées. Par ailleurs, ce travail souligne également l'importance, lors des consultations de conseils aux voyageurs des explications à fournir sur la conduite à tenir en cas de problème de santé et sur l'utilisation des médicaments prescrits.

Alice Pérignon

■ Diarrhée du voyageur ; pas si anodine...

Postinfectious Irritable Bowel Syndrome.

Dupont AW et al. Clin Infect Dis 2008;(46) 594-9.

Une mise au point assez complète vient de paraître sur le syndrome du "côlon post-tropical" ou plus exactement le syndrome de l'intestin irritable post-infectieux (IBSpi). Les aspects cliniques, physiopathologiques et thérapeutiques sont passés en revue. L'IBSpi est résumé par la persistance de troubles digestifs chroniques faisant suite à un épisode infectieux digestif aiguë. Les voyageurs, par la grande fréquence de la diarrhée du même nom, se trouvent très exposés à cette complication pas si anodine.

L'IBS correspond à une définition très précise (critère de Rome III) [tableau]. Cet IBS est post-infectieux si ces symptômes font suite à un épisode aigu associant au moins de la fièvre, des vomissements et/ou des diarrhées, et/ou une coproculture positive. Il est fréquent puisque un tiers des patients ayant eu une atteinte infectieuse digestive aiguë (gastroentérite, colite bactérienne ou virale) tropicales ou pas, vont présenter des troubles digestifs persistants dans les suites, et ce parfois pendant plusieurs années.

Tableau. Critères de Rome III de l'IBS.

Douleur abdominale ou inconfort au moins trois jours par mois, dans les trois derniers mois

Avec au moins deux ou plus des signes suivants :

- amélioration après défécation ;
- début des signes associé à un changement de la fréquence des selles ;
- début des signes associé à un changement de l'aspect des selles.

Note. Début des symptômes au moins six mois avant le diagnostic.

Jusqu'à présent, l'incidence de l'IBSpi variait de 4 à 32 % selon les études. Disparité due en grande partie aux schémas des travaux antérieurs qui ne prenaient pas en compte de groupes contrôles. Sur une méta-analyse récente de huit études avec groupe contrôle, il est enfin permis d'établir une incidence de l'IBSpi, à environ 10 %. Seules trois autres études se sont intéressées à l'IBSpi faisant suite à une diarrhée du voyageur (TD). Sur une série de 109 voyageurs, 44 % ont présenté une TD et seulement 4,2 % avaient un IBS dans les trois mois suivant la résolution de l'épisode aigu. Sur 97 étudiants américains partis cinq semaines à Mexico, l'incidence chez les patients ayant eu une TD s'avérait de 10 % dans les six mois suivants. Cette incidence globalement plus faible se trouverait expliquée par la grande fréquence de colibacilles dans les TD, réputés moins pourvoyeurs d'IBS que les infections à *Campylobacter*, salmonelles ou shigelles. Toutefois, on retrouvait dans une étude prospective, une incidence de l'IBSpi de 14 % dans les six mois suivant l'épisode aigu contre 2,4 % chez des contrôles en bonne santé pendant leur voyage.

Les facteurs de risque semblent bien déterminés désormais. La présence préalable de troubles psychologiques est associée à l'IBSpi comme à l'IBS non infectieux. Cependant, une histoire d'anxiété ou de dépression semble moins fréquente dans l'IBSpi (26 % versus 54 %).

La durée de l'épisode initial et le jeune âge seraient des facteurs de risque reconnus. Une durée de trois semaines ou plus de l'infection initiale comparée à une durée inférieure à sept jours entraîne un risque onze fois supérieur de développer par la suite un IBSpi. Comme déjà citée, une infection à un germe entéro-invasif, en proportion des importants dommages muqueux qu'il entraîne, se complique plus fréquemment d'IBSpi. Ainsi, parmi 119 patients atteints de diarrhée à *Campylobacter* versus 38 patients atteints de salmonelloses, l'incidence de l'IBSpi était de 4,2 % versus 2,6 % sur un suivi de trois mois.

La physiopathologie reposerait sur le rôle de la sérotonine et de certaines cytokines synthétisées. La sérotonine libérée par les cellules entéro-chromaffines agit sur la motricité digestive, les sécrétions entériques et la sensibilité viscérale. Or, il est noté une augmentation de 25 % du nombre de cellules entéro-chromaffines dans la paroi rectale au cours de l'IBSpi. Cette multiplication surviendrait en réponse à une inflammation chronique et à une inflammation de la muqueuse. Par ailleurs, chez les sujets atteints, l'analyse des biopsies rectales montre une infiltration de cellules inflammatoires et la synthèse d'IL-1b, cytokine pro-inflammatoire en grande quantité. Cela suggère une inflammation chronique responsable de la persistance des symptômes dans le temps. De plus, il est noté une augmentation de la perméabilité muqueuse de la paroi intestinale augmentant le contact entre des antigènes présents dans la lumière du tube digestif et les plaques neuromusculaires du tube digestif. Ce contact répété altère la sensibilité et la motricité entérique, pérennisant les troubles.

Le diagnostic de l'IBSpi est avant tout clinique et se pose chez des patients asymptomatiques avant l'épisode infectieux. Cependant, l'auteur rap-

pelle l'existence de patients présentant des troubles digestifs modérés (ne rentrant pas dans la définition de l'IBS) qui se trouvent très aggravés dans les suites d'un épisode infectieux permettant de retenir le diagnostic d'IBSpi. Il est aussi rappelé que ce diagnostic ne saurait être retenu qu'en l'absence de signes cliniques inquiétants du type amaigrissement, fièvre, saignements digestifs, etc.

La thérapeutique est avant tout symptomatique utilisant les molécules habituelles dans ce type de troubles fonctionnels digestifs (lopéramide, antispasmodique). L'utilisation d'antidépresseurs tricycliques ou d'inhibiteurs de recapture de la sérotonine, à plus faibles doses que dans les syndromes dépressifs, semble apporter une amélioration des symptômes. Ils jouent, en effet, à la fois directement sur le transit lui-même mais aussi sur la nociception. Compte tenu de la physiopathologie de la maladie, des essais ont été effectués avec des antagonistes ou des agonistes partiels de la sérotonine (aloseptron, Tegaserod®) avec un succès modéré du fait des effets indésirables des molécules. Les antibiotiques pourraient être utilisés en cas de pullulation microbienne prouvée par Breath test®. Dans ces cas, l'auteur cite la rifaximine, non disponible chez nous, la néomycine, le métronidazole et les fluoroquinolones.

Probablement que le traitement de l'IBSpi passe par sa prévention ! Celle-ci se confond avec la prévention de la diarrhée du voyageur qui est difficile comme chacun sait.

L'auteur termine ce panorama en nous rappelant que le pronostic de l'IBSpi est mauvais, puisque selon une étude, 80 % des patients ayant présenté un IBSpi après une infection à salmonelles souffrent encore de troubles digestifs cinq ans après-! Cependant, le taux de rémission serait inversement proportionnel aux comorbidités psychiatriques

Stéphane Jauréguiberry





13^{ème} Colloque sur le Contrôle Epidémiologique des Maladies Infectieuses

23 mai 2008 - Institut Pasteur (Paris)

Président d'honneur : Pr. BARME M.

Présidents : Pr. LAFAIX Ch. (GEEP)

Pr. REY M. (LFPM)

Pr. RODHAIN F. (Institut Pasteur)

Secrétariat :

Service des Maladies Infectieuses

CHI - 94195 Villeeneuve St Georges Cedex

Tel. 01 43 86 24 78 - Fax 01 43 86 22 98

E-mail : olivier.pateys@chiv.fr ou dominique.muti@chiv.fr

Comité d'organisation :

Pr. BARANTON G. (Paris Institut Pasteur)

Pr. BEYTOUT J. (Clermont Ferrand CEESP, SPILF)

Pr. BOUCHAUD O. (Bobigny Hôpital Avicenne, SPILF)

Pr. BOUVET E. (Paris Hôpital Bichat-Claude Bernard, SPILF)

Pr. DEBORD Thierry (St Mandé Hôpital Militaire Bégin, SPILF)

Dr. DESENCLOS J.C. (St Maurice InVS, SPILF)

Dr. GESSAIN A. (Paris Institut Pasteur)

Dr. MANUGUERRA J.C. (Paris, Institut Pasteur)

Dr. PATEY O. (Villeeneuve St Georges GEEP, SPILF)

Voir pages 13-14 les programmes, inscriptions et informations



NÎMES 2008 JOURNEE DE LA SMV

Voyages aux Ages Extrêmes de la Vie

Le 30 mai – Novotel Atria (5, Bd de Prague)

Date limite :
5 mai 2008

Bulletin d'inscription à retourner à :

OFFICE DE TOURISME DE NIMES - BUREAU DES CONGRES

6 rue Auguste - 30020 NIMES CEDEX 1 - FRANCE

TEL : 04 66 58 38 18 - FAX : 04 66 58 38 19

email : congres@ot-nimes.fr

Voir pages 15-16 les programmes, inscriptions et informations



Du mercredi 4
au vendredi 6 juin 2008
MARSEILLE,
Parc Chanot

9^{es} JNI

Journées Nationales d'Infectiologie



Attention

L'inscription sera effective dès réception de votre règlement. Vous recevrez alors un récépissé d'inscription.

Formulaire d'inscription (Tous les champs sont obligatoires)

A retourner à Vivactis Plus - 17 rue Jean Daudin, 75015 Paris

Tel : +33 (0)1 43 37 68 00 - Fax : +33 (0)1 43 37 65 03 - E-mail : vivactis@vivactisplus.com

Inscription réservée exclusivement aux professionnels de santé

Possibilité de vous inscrire en ligne sur le site <http://www.infectiologie.com>

Voir pages 17-18 les programmes, inscriptions et informations



13^{ème} Colloque sur le Contrôle Epidémiologique des Maladies Infectieuses

23 mai 2008 - Institut Pasteur (Paris)

Président d'honneur : Pr. BARME M.
Présidents : Pr. LAFAIX Ch. (GEEP)
Pr. REY M. (LFPM)
Pr. RODHAIN F. (Institut Pasteur)
Secrétariat : Service des Maladies Infectieuses
CHU - 94195 Villeneuve St Georges Cedex
Tel. 01 43 86 24 78 - Fax 01 43 86 22 98
E-mail : olivier.patey@chiv.fr ou dominique.mutti@chiv.fr



Comité d'organisation : Pr. BARANTON G. (Paris Institut Pasteur)
Pr. BEYTOUT J. (Clermont Ferrand CEESP, SPILF)
Pr. BOUCHAUD O. (Bobigny Hôpital Avicenne, SPILF)
Pr. BOUVET E. (Paris Hôpital Bichat-Claude Bernard, SPILF)
Pr. DEBORD Thierry (St Mandé Hôpital Militaire Bégin, SPILF)
Dr. DESENCLOS J.C. (St Maurice InVS, SPILF)
Dr. GESSAIN A. (Paris Institut Pasteur)
Dr. MANUGUERRA J.C. (Paris, Institut Pasteur)
Dr. PATEY O. (Villeneuve St Georges GEEP, SPILF)

Mars 2008

Madame, Monsieur, Cher (Chère) Collègue,

Nous vous convions au **13^{ème} Colloque sur le Contrôle Epidémiologique des Maladies Infectieuses (CEMI 13)** qui se déroulera le 23 mai 2008 à l'Institut Pasteur.

Ces colloques, qui réunissent depuis une quinzaine d'années l'ensemble des partenaires de santé concernés par la surveillance et le contrôle épidémiologique des maladies infectieuses (infectiologues, microbiologistes, médecins de santé publique, pharmaciens, vétérinaires, industriels...), ont abordé de très nombreux thèmes toujours adaptés à l'actualité en pathologie infectieuse.

Vous trouverez au verso le programme détaillé du CEMI 13 dont les interventions s'articulent autour des thèmes suivant :

- Infections transmises par voie aérienne, de la physiopathologie à la prévention (matin)
- Enjeux sanitaires des flux migratoires (après-midi)
- Conférence d'actualité sur la vaccinologie en pathologie respiratoire

La fiche d'inscription ci-dessous est à nous renvoyer accompagnée du règlement ou autre mode de paiement. Le **montant des frais d'inscription est de 90 € comprenant le déjeuner sur place**. Un CD intégrant les textes des interventions des 13 CEMI (1992-2008) sera remis aux participants.

Dans l'attente d'une prochaine rencontre, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, et Cher (Chère) Collègue, en l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Pour le Comité d'Organisation
Docteur O. PATEY

*Institut Pasteur, 25 rue du Dr. Roux - 75015 Paris
GEEP, Groupe d'Etudes Epidémiologiques et Prophylactiques - 94195 Villeneuve St Georges Cedex
CEESP, Centre d'Etudes Epidémiologiques et Santé Publique, Service des Maladies Infectieuses - 63000 Clermont Ferrand
SPILF (Groupe communication, alerte sanitaire, prévention et société) 25 bd St Jacques 75014 Paris*



13^{ème} Colloque sur le Contrôle Epidémiologique des Maladies Infectieuses 23 mai 2008 - Institut Pasteur (Paris)



BULLETIN D'INSCRIPTION

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

.....

Téléphone : Télécopie :

E-mail :

Voyage en train

Chèque joint (inscription 90 €)
(à libeller à l'ordre de **GEEPCEMI**)



PRE-PROGRAMME

8 h 30 *Accueil des participants*

9 h 00 *Introduction, allocution*

Infektions transmises par voie aérienne. De la physiopathologie à la prévention

matin

- La transmission aérienne des agents infectieux *J.C. Desenclos*
- Réceptivité, physiopathologie au sein de l'arbre respiratoire *J.M. Alonso*
- Virus respiratoires classiques et virus émergents chez l'enfant *D. Gendrel, P. Lebon*
- Masques de protection : aspects techniques et réglementaires *J.M. Saponi*
- Utilisation des masques de protection respiratoire chez les soignants *C. Ciotti, E. Bouvet,
D. Abiteboul et le GERES*
- Grippe et personnels de santé *D. Abiteboul*
- Environnement, climatologie et infections respiratoires aiguës *H. Tissot-Dupont*

Conférence d'actualité : Nouveautés sur les vaccins en pathologie respiratoire

C. Perronne

Enjeux sanitaires des flux migratoires

après-midi

- Flux migratoires en France et dans le monde *C. Wihl de Wenden*
- Développement d'actions de prévention du VIH, des hépatites et des IST chez les migrants consultant dans les Missions France de Médecin du Monde *M.D. Pauti, N. Simonnot
P. Estecahandy*
- Santé des migrants *M. Wluczka*
- Migrants et VIH en France : faut-il une prise en charge spécifique ? *D. Mehall, O. Bouchaud*
- Migrants et tuberculose : épidémiologie et résistance *D. Ché, D. Antoine*
- Dépistage de la tuberculose chez le migrant *F. Antoun*

17 h 00 *Conclusion*

**APPEL A
COMMUNICATIONS
AFFICHEES**

Date limite de soumission des posters

(2 pages dactylographiées, double interligne) :

le 15 avril 2008



A retourner à :

Docteur Olivier PATEY
Service des Maladies Infectieuses
Centre Hospitalier Intercommunal
40, allée de la Source
94195 VILLENEUVE SAINT GEORGES CEDEX



NÎMES 2008 JOURNÉE DE LA SMV

Voyages aux Ages Extrêmes de la Vie

Le 30 mai – Novotel Atria (5, Bd de Prague)

Date limite :
5 mai 2008

Bulletin d'inscription à retourner à :

OFFICE DE TOURISME DE NÎMES - BUREAU DES CONGRES
6 rue Auguste - 30020 NÎMES CEDEX 1 - FRANCE
TEL : 04 66 58 38 18 - FAX : 04 66 58 38 19
email : congres@ot-nimes.fr

DEMANDE d'INSCRIPTION (à remplir en lettres majuscules)

Madame – Mademoiselle – Monsieur (rayer la mention inutile)

NOM Prénom

Nom et Prénom de l'accompagnant

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE

Tél : Fax : mail :

TRANSPORT

TRAIN *

AVION

AUTO

Arrivée : le/.....2008 àheures

- Indiquer si arrivée à la Gare SNCF N° de train

Départ : le/.....2008 àheures

- Indiquer si arrivée à la Gare SNCF N° de train

* accueil à la gare

Souhaite recevoir : fichet réduction SNCF

Quantité : /___/

OUI

NON

RESERVATION HOTELIERE

L'attribution des chambres se fera suivant l'ordre d'arrivée des bulletins d'inscriptions et dans la limite des chambres disponibles dans chaque hôtel. Nous ne serons pas responsable des réservations effectuées en directes.

CATEGORIES d'HOTELS	Tarifs des Chambres avec petit(s) déjeuner(s) inclus	Votre choix (cocher la case correspondante)	Montant des Arrhes à Verser Par chambre pour le séjour
Hôtels***	105 à 133 € en ch. Single 130 à 146 € en ch. Double		100 € <input type="checkbox"/>
Hôtels**	57 € en ch. Single 67 € en ch. Double		50 € <input type="checkbox"/>
		A - Montant à verser *€

* le montant à verser correspond au prix moyen d'une chambre pour une nuit.

RESERVATION de CHAMBRE

1 pers.

2 pers. 1 grand lit

2 pers. 2 lits

Pour les nuits suivantes : jeudi 29/05 Vendredi 30/05

inscription : TSVP⇒



Du mercredi 4
au vendredi 6 juin 2008
MARSEILLE,
Parc Chanot

9^{es} JNl
Journées Nationales d'Infectiologie



Attention

L'inscription sera effective dès réception de votre règlement. Vous recevrez alors un récépissé d'inscription.

Formulaire d'inscription (Tous les champs sont obligatoires)

A retourner à Vivactis Plus - 17 rue Jean Daudin, 75015 Paris

Tel : +33 (0)1 43 37 68 00 - Fax : +33 (0)1 43 37 65 03 - E-mail : vivactis@vivactisplus.com

Inscription réservée exclusivement aux professionnels de santé

Possibilité de vous inscrire en ligne sur le site <http://www.infectiologie.com>

Identification (Merci d'écrire en lettres majuscules avec les accentuations)

Mme - Mlle - M. : Titre :
 Nom : Prénom :
 Nom de l'établissement :
 Service (établissement) :
 Adresse (établissement) :
 Code postal (établissement) : Ville (établissement) : Pays (établissement) :
 Tél (établissement) : Fax (établissement) :
 E-mail (établissement) :
 Spécialité médicale
 Adresse de facturation (si différente)

Droits d'inscription

Après le 2 mai 2008, inscriptions sur place

Les droits d'inscription comprennent : l'accès à la conférence inaugurale, aux sessions scientifiques, aux ateliers, aux symposia, à l'exposition des stands et des posters, les déjeuners, la pochette des congressistes et le livre des résumés. Un certificat de présence sera remis sur place.

En euros TTC	avant le 1 ^{er} mars 2008	après le 1 ^{er} mars 2008	sur place
Membres de la SPILF (à jour de leur cotisation) et chefs de clinique (attestation de prise de fonction)	120 €	150 €	170 €
Médecins	195 €	250 €	270 €
Médecins Prise en charge par la formation professionnelle	225 €	280 €	310 €
Internes - Etudiants [photocopie de la carte d'étudiant obligatoire [ou justificatif]]	80 €	100 €	120 €
Infirmier(e)s La journée du jeudi 5 juin 2008 seule	80 €	100 €	100 €
Infirmier(e)s Prise en charge par la formation professionnelle La journée du jeudi 5 juin 2008 seule	110 €	130 €	160 €
Infirmier(e)s Jeudi 5 juin 2008 + les 2 jours des JNl [mercredi et vendredi]	100 €	120 €	120 €
Infirmier(e)s Prise en charge par la formation professionnelle Jeudi 5 juin 2008 + les 2 jours des JNl [mercredi et vendredi]	130 €	150 €	180 €

Dîner, jeudi 5 juin 2008 (20h30) - "Les terrasses du Port Vieux" à La Ciotat

Souhaite participer au dîner : Nbre x 54 € TTC

Attention, nombre de places limité. Date limite d'inscription : 2 mai 2008

Récapitulatif de l'inscription

Inscription aux JNl € TTC
 Dîner du jeudi 5 juin 2008 € TTC
Total à régler € TTC

Inscriptions en ligne sur www.infectiologie.com



Du mercredi 4
au vendredi 6 juin 2008
MARSEILLE,
Parc Chanot

9^{es} JNI
Journées Nationales d'Infectiologie



Pré-inscriptions aux sessions/ateliers FMC (pré-inscription obligatoire si vous souhaitez participer)

Date limite des pré-inscriptions : 2 mai 2008.

La pré-inscription ne sera prise en compte que si vous avez réglé vos droits d'inscription.

Le nombre de places étant limité, indiquez vos choix par ordre de préférence.

Le programme des sessions/ateliers FMC sera détaillé fin mars 2008 sur le site infectiologie.com.

Formation continue validante (N° d'agrément CNFMC 100 169) : 4 crédits.

Attention, 2 sessions et/ou ateliers en simultané

Jeudi 5 juin 2008, de 8h45 à 10h

SESSION "Prise en charge des infections chroniques : organisation des soins en relation avec la nouvelle gouvernance" 1^{er} choix 2^e choix

ou SESSION "Vaccination difficiles et patients difficiles à vacciner : les réponses Infovac" 1^{er} choix 2^e choix

Jeudi 5 juin 2008, de 12h à 13h15

SESSION Bonnes pratiques cliniques : "Infections osseuses sur matériel d'ostéo-synthèse" 1^{er} choix 2^e choix

ou SESSION Bonnes pratiques cliniques : "Prise en charge de l'infection par le VIH en médecine de ville" et "Infections urinaires de l'adulte et de l'enfant" 1^{er} choix 2^e choix

Jeudi 5 juin 2008, de 14h15 à 15h30

ATELIER "Cas cliniques de médecine tropicale" 1^{er} choix 2^e choix

ou ATELIER "VIH : gestion d'un échec" 1^{er} choix 2^e choix

Vendredi 6 juin 2008, de 8h30 à 9h45

ATELIER "Les nouvelles missions de recentralisation confiées aux établissements de santé : Centre d'Information et de Dépistage des IST, Centre de Vaccination, Centre de Lutte Antituberculeuse ; Mise en place et actualités" 1^{er} choix 2^e choix

ou ATELIER "Vaccination des personnels de santé" 1^{er} choix 2^e choix

Vendredi 6 juin 2008, de 11h45 à 13h

ATELIER "Utilisation des antifongiques" 1^{er} choix 2^e choix

ou ATELIER "Emergence, épidémie, alerte et prise en charge" 1^{er} choix 2^e choix

Modalités pratiques

- Prise en charge par la formation professionnelle : oui
Si oui, il est impératif de joindre à cette inscription une attestation de prise en charge.
N° de formation professionnelle de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) : 11753740075
- Désirez-vous un coupon de réduction SNCF ? oui
- Réduction Air France : Code Identifiant **03118AF** (valable pour transport entre le 28/05/2008 au 12/06/2008)



Modalités de règlement

- Règlement par chèque libellé à l'ordre de **JNI Vivactis Plus** - à envoyer à :
Vivactis Plus - 17 rue Jean Daudin - 75015 Paris
- Règlement par virement à l'ordre de **JNI Vivactis Plus** (merci de bien vouloir mentionner le nom du ou des inscrit(s) ou le n° de facture obligatoirement sur l'avis de virement sinon l'inscription ne sera pas prise en compte)
Crédit du Nord La Défense Entreprise
Code Banque : 30076 - Code Guichet : 02063 - N° de compte : 11781900203 - Clé RIB : 39
FR76 3007 6020 6311 7819 0020 339 - CODE BIC : NORDFRPP
- Règlement par carte de crédit :
 Visa Master Card
N° de la carte.....Date d'expiration.....
N° de sécurité (3 derniers chiffres imprimés au verso de la carte, sur le cadre de la signature)
Je soussigné(e) (Nom du titulaire de la carte)autorise **JNI Vivactis Plus**
à prélever la somme de euros sur ma carte de crédit
Fait à..... Le..... Signature obligatoire

Conditions d'annulation : toute annulation devra être adressée par écrit à Vivactis Plus.

Avant le 1^{er} mars 2008 : remboursement des droits d'inscription, déduction faite d'une somme forfaitaire de 50 € pour frais de dossier. **Après le 1^{er} mars 2008** : aucun remboursement. Le cachet de la poste faisant foi.