



LA LETTRE

de la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DES VOYAGES

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

ÉDITORIAL

Bonnes Fêtes !



DR

Chers sociétaires,
d'une manière un peu répétitive, cette lettre arrive en retard ! Mais son contenu, comme à chaque fois, passionnera les lecteurs. Une mise à jour sur les dernières données concernant la rougeole ne nous fera pas oublier la nécessaire couverture vaccinale des personnels soignants. Eux aussi, et nous avons tendance à l'oublier, font partis des tranches d'âge concernées par la mise à jour vaccinale et les cas nosocomiaux de rougeole au sein du personnel soignant, régulièrement rapportés, ne sont pas si rares.

L'artésunate suit son bonhomme de chemin dans notre pays depuis sa disponibilité en mai 2011. Nous vous livrons en primeur le rapport finalisé de tolérance du médicament publié par notre équipe en collaboration avec l'Afssaps concernant les onze premiers patients ayant bénéficié de ce traitement. Ces informations confirment l'efficacité de ce traitement, mais aussi la nécessaire surveillance de sa tolérance. Un suivi rapproché révèle des effets, pas forcément graves et non forcément reliés, mais nécessitant un dépistage et un suivi. Une publication allemande rapportée dans ce numéro va dans le même sens.

Et, comme toujours, le rapport de congrès. Peut-être le dernier sur les Actualités du Pharo. J'espère qu'il n'en sera rien et que, d'une manière ou d'une autre, le grand congrès des collègues militaires de médecine tropicale renaîtra de ses cendres !

Ah, surtout, n'oubliez pas ! Cette Lettre est avant tout la votre et les travaux originaux, réalisés au cours de diplômes universitaires ou pour différents congrès, y ont toute leur place.

Bonne lecture à tous, et Bonne Année !

Stéphane Jauréguiberry, rédacteur en chef

93

SOMMAIRE

ÉDITORIAL
Bonnes Fêtes !

1

MISE AU POINT
L'artésunate au rapport
Le retour de la rougeole

2

7

ÉCHO DES CONGRÈS
La mère, vedette du Pharo

8

LU POUR VOUS

10

L'artésunate au rapport

Disponible dans l'Hexagone depuis le second semestre 2011 dans un cadre très précis, l'artésunate a fait l'objet d'un suivi strict. Des doutes subsistent en effet sur la tolérance des patients à ce médicament et, surtout, concernant d'éventuels effets indésirables faisant suite à son administration. Un premier rapport, écrit conjointement par le Centre national de référence du paludisme de la Pitié-Salpêtrière et l'Afssaps, permet d'y voir plus clair.

Depuis fin mai 2011, la spécialité Malacef® (artésunate) 60 mg, poudre et solvant pour solution injectable, est mise à disposition en France dans le cadre d'autorisations temporaires d'utilisation (ATU) nominatives pour le traitement des accès palustres graves à *Plasmodium falciparum* remplissant les critères de gravité de l'OMS. L'utilisation du Malacef® fait l'objet, dans ce cadre, d'une procédure de surveillance étroite, mise en place par l'Afssaps, dont les modalités sont définies dans le protocole d'utilisation thérapeutique et de recueil de d'informations (PUT).

Le Centre national de référence (CNR) du paludisme (site Pitié-Salpêtrière) est en charge du suivi national, avec l'aide du CRPV du même hôpital. Il recueille les informations concernant cette utilisation et le suivi des patients traités et fournit une analyse trimestrielle de ces données.

Données cliniques et démographiques générales

Au 20 septembre 2011, onze patients ont été traités par Malacef® en France. Les critères de gravité de l'accès palustre étaient vérifiés pour tous. Dix patients présentaient un accès à *Plasmodium falciparum* et un patient, un accès à *Plasmodium ovale*. Les principales données épidémiologiques, cliniques, parasitologiques et pharmacologiques sont résumées dans le tableau page 3.

Données d'efficacité/tolérance

Efficacité

Pour sept patients, l'évolution clinique de la maladie a été favorable, sans séquelles ni événements indésirables. Un patient de 10 ans (Pt 2), drépano-

cytaire homozygote, a été traité par quinine intra-veineuse puis, à titre exceptionnel, par Malacef® pour un accès à *Plasmodium ovale* avec signes respiratoires et neurologiques. Ce patient est décédé 12 heures après le début du traitement par Malacef®. Les informations recueillies sur la fiche font état d'un décès par engagement sur hématome extra dural sans rapport avec le traitement et, vraisemblablement, sans rapport direct avec le paludisme.

Une patiente (Pt 8) a présenté des séquelles fonctionnelles graves liées à son accès palustre (CIVD majeure avec amputation des doigts et des jambes, état paucirelationnel).

Deux patients (Pts 3 et 10) ont évolué favorablement en ce qui concerne le paludisme, mais ont présenté un ou plusieurs événements indésirables possiblement liés au traitement. Aucun échec parasitologique n'a été signalé.

Le délai moyen de mise sous traitement par Malacef® était d'environ 28 heures.

Sur les onze patients traités, trois ont reçu le Malacef® comme seul traitement antipaludique. Aucun événement indésirable n'a été rapporté. Chez ces trois sujets traités par Malacef® seul, la clairance parasitaire a été complète en moins de 48 h (négativité du frottis mince). Les

Les résistances à la chloroquine ne cessent de s'accroître depuis quarante ans. L'OMS préconise désormais l'utilisation d'ACT dans le traitement du paludisme.



WHO/S. HOLLYMAN



Président :
Eric Caumes
Vice-présidents :
Olivier Bouchaud,
Catherine Goujon
Secrétaire général :
Ludovic de Gentile
Secrétaires gén. adj. :
Jean-Philippe Leroy,
Fabrice Legros†
Trésorière :
Fabienne Le Goff

Trésorière-adjointe :
Danièle Badet
Président d'honneur :
Michel Rey
Rédacteur en chef :
Stéphane Jauréguiberry
Conception, réalisation :
Patrick Chesnet

Liste de diffusion
membre-smv@medecine-voyages.fr

Correspondance
SMV
Laboratoire de parasitologie-
mycologie CHU,
49 039 Angers Cedex 9
Tél. : 02 41 35 40 56
E-mail : smv@chu-angers.fr

Siège social
79, rue de Tocqueville
75 017 Paris
www.medecine-voyages.fr

MISE AU POINT : ARTÉSUNATE

Principales caractéristiques des patients mis sous Malacef® (Mai-septembre 2011)

Patient	Sexe	Âge (ans)	Poids (kg)	Signes de gravité au moment de la mise sous artésunate	Pi (%)	Nombre de jours de traitement	Dose unitaire	Dose totale administrée	Évolution
Pt 1	M	45	72	défaillance neurologique, ictère, hyperparasitémie	7	3	180	900	F
Pt 2	M	10	32	défaillance neurologique, hémorragie, hémoglobinurie macroscopique, ictère, anémie profonde, acidose, insuffisance rénale	0,3	1	77	77	D
Pt 3	F	29	60	défaillance neurologique, ictère, acidose, hyperlactatémie	2,7	7	186	1 674	FEI
Pt 4	F	42	132	hyperparasitémie	4	3	264	1 320	F
Pt 5	M	35	70	hyperlactatémie	1,7	3	170	850	F
Pt 6	F	39	45	défaillance cardiocirculatoire, hyperparasitémie	7	2	120	480	F
Pt 7	M	35	82	défaillance respiratoire, ictère, hyperlactatémie	1,7	2	200	800	F
Pt 8	F	44	60	défaillance neurologique, respiratoire, cardiocirculatoire, acidose, hyperlactatémie, hyperparasitémie	9	7	150	1 350	FEIS
Pt 9	F	47	75	ictère	NA	1	180	540	F
Pt 10	F	17	53	défaillance cardiocirculatoire, ictère, hypoglycémie, hyperlactatémie	1,7	1	120	360	FEI
Pt 11	F	10	45	défaillance cardiocirculatoire, hyperparasitémie	4,5	2	110	440	F

Pi : parasitémie initiale, F : favorable sans séquelles, D : décès, FS : favorable avec séquelles liées au paludisme, FEI : favorable avec effet indésirable suspecté ou prouvé lié à l'artésunate. NA : non disponible, FEIS : FEI avec séquelles.

autres patients ont tous reçu d'autres médicaments antipaludiques, avant ou en même temps que Malacef®, ce qui ne permet pas une évaluation fiable de son efficacité.

Au total, le frottis après traitement de l'accès était : négatif pour sept patients, positif pour un patient, avec parasitémie inférieure à 0,001 %,

non renseigné pour trois patients.

Sur la base de ces données parcellaires, l'efficacité du Malacef® a donc été conforme aux données publiées.

Tolérance

Les principaux effets indésirables potentiels constatés ont été les suivants (cf. *tableau ci-dessous*).

Un décès (Pt 2) a été rapporté : la

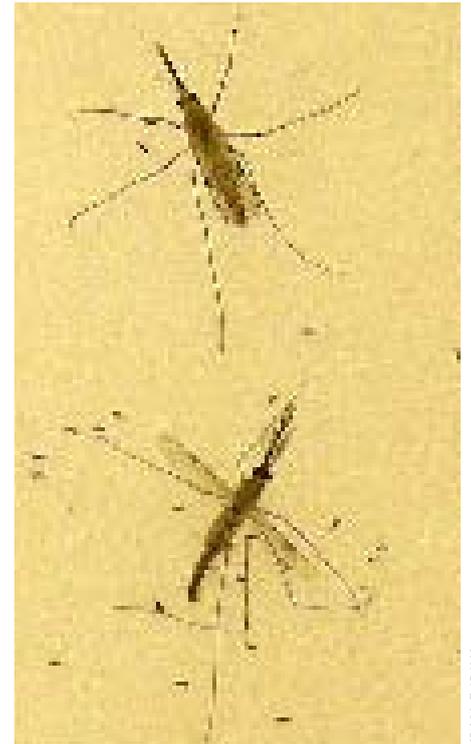
responsabilité de l'artésunate ou du paludisme semble très peu probable dans ce tableau de défaillance multi-viscérale.

Une patiente (Pt 8) a eu des séquelles graves : amputations multiples et altération profonde des fonctions supérieures (état paucirelationnel) qui sont plus probablement liées à la

Événements indésirables survenus sous Malacef®

Patient	Origine de l'information	Traitement antérieur	Traitement co-administré	Type d'évènement indésirable mis en évidence	Grade OMS	Évolution	Imputabilité
Pt 2	A, B	atovaquone-proguanil quinine hydroxycarbamide	?	hématome extradural	4	décès	en cours d'analyse
Pt 3	A, C, D	quinine	cefotaxime metronidazole	anémie rétinopathie hypertensive	? 3	guérison amélioration	possible
Pt 8	A, B	quinine	sufentanil midazolam cefotaxime	anémie coma nécrose des extrémités	4 4 4	guérison réveil partiel amputation	possible
Pt 10	A, B	artemether-lumefantrine	?	anémie	4	amélioration	possible

A : fiche initiale ou finale de mise sous traitement, B : renseignements téléphoniques ou visite sur site, C : compte rendus hospitaliers, D : fiche de déclaration de pharmacovigilance.



CDCM. F. ADAMS

« Annie O. Pheles », séduisante et meurtrière moustique femelle, devenue l'héroïne de plusieurs dessins animés « préventifs », pendant la Seconde Guerre mondiale, aux États-Unis. Ci-dessus, un couple d'*Anopheles gambiae*, l'un des principaux vecteurs du paludisme en Afrique.

gravité de l'accès palustre (traité avec un retard de 18 heures) qu'à l'administration de Malacef®.

Des troubles visuels (rétinopathie hypertensive) partiellement réversibles se sont manifestés chez une patiente (Pt 3). D'après l'ophtalmologiste en charge de cette malade, la responsabilité du Malacef® semble peu probable. Celle-ci ne peut toutefois être exclue. Au moment de la dernière évaluation disponible (5 août 2011), les troubles oculaires étaient en voie d'amélioration. La responsabilité de la quinine est en revanche possible. Cet effet n'a toutefois pas engagé le pronostic vital ni entraîné d'hospitalisation prolongée.

Trois patients (Pts 3, 8 et 10) ont quant à eux été touchés par un épisode d'anémie, dont deux cas de grade 4 selon l'échelle de l'OMS, ayant entraîné dans un cas la prescription d'une corticothérapie générale et dans un autre au moins une transfusion (soit 9,1 % des patients au total). L'évolution a été favorable dans les trois cas. Cependant, la nécessité de transfusion au cours de paludisme grave n'est pas exceptionnelle puisque,

sur une série récemment publiée de 400 patients atteints de paludisme grave en France, et traités par quinine, 114 d'entre eux ont été transfusés, ce qui représente 28,5 % d'entre eux (Bruneel. *PlosONE*. 2010). La chronologie et l'existence de cas publiés (Zoller. *EID*. 2011) incitent à attribuer cet effet indésirable au moins en partie au Malacef®.

Le mécanisme de ce possible effet indésirable est actuellement inconnu. La négatation du frottis mince en moins de 48 h n'est pas en faveur de la responsabilité d'une persistance parasitaire dans la survenue de l'anémie.

La réticulocytopénie est un événement indésirable connu de l'artésunate (RCP Guilin Pharmaceutical), mais sa fréquence n'a pas été précisée par le fabricant. Deux patients avaient une réticulocytose trop basse pour le niveau d'anémie, mais cette réponse médullaire insuffisante ne peut expliquer à elle seule une anémie aussi aiguë et intense. Chez ces patients, dont le taux d'hémoglobine a baissé de plus de 40 % en moins d'une semaine, il est probable qu'il

existe une perte simultanée de globules rouges dont le mécanisme reste à préciser.

Conclusion et modifications du PUT proposées

Une anémie plus ou moins sévère a été notée chez trois patients sur onze. Cet effet indésirable potentiel, probablement au second plan par rapport aux autres manifestations de l'accès palustre grave, n'a pas toujours été rapporté spontanément par les cliniciens en charge des patients.

Le PUT sera modifié afin d'améliorer le suivi de cet effet indésirable. En cas d'observation d'une anémie, un bilan étiologique devra être réalisé (électrophorèse de l'hémoglobine, recherche d'un déficit en G6PD, test de Coombs, sérologie bactérienne...) afin de mieux appréhender le ou les mécanismes en cause.

Au final, et sur la période considérée, le rapport bénéfice/risque du Malacef® dans le traitement des accès palustres graves à *Plasmodium falciparum* est conforme aux données publiées.

**Stéphane Jauréguiberry/
CNR Paludisme/Afssaps**



Société de Médecine des voyages

www.medecine-voyages.fr - smv@chu-angers.fr

Première inscription

À renvoyer à

**SMV - Laboratoire de Parasitologie - Mycologie
Centre Hospitalier Universitaire
49933 ANGERS Cedex 09**

Membre actif plein tarif : 60 €

Membre actif tarif réduit :
infirmier(e), retraité, étudiant (joindre un justificatif) 30 €

Banque : Montant :

N° du chèque : Date :

Règlement par un tiers (institutionnel ou associatif) 75 €
(60 € de cotisation et 15 € de frais de dossier)

Indiquer précisément les coordonnées de l'organisme payeur ET joindre une copie de cette fiche au bon de commande.

.....
.....

Code postal : Ville : Cedex :

Merci de compléter soigneusement le formulaire suivant, ces renseignements remplaceront les données antérieures

Monsieur Madame Dr Pr N° d'adhérent :

Nom : Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse 1

Cette adresse sera celle figurant dans l'Annuaire de la SMV ainsi que celle où les courriers de la SMV vous seront adressés, sauf indication contraire de votre part.

.....
..... BP :

Code postal : Ville : Cedex :

Téléphone : Direct : Mobile :

Standard : Fax :

Fax :

Courriel 1 :@.....

Nom à rappeler si impression sur deux feuilles :

Adresse 2

.....

..... BP :

Code postal : Ville : Cedex :

Téléphone : Direct : Mobile :

Secrétariat : Standard :

Fax :

Courriel 2 :@.....

Courriel pour s'inscrire à la liste de diffusion électronique

Courriel :@.....

Pour mieux vous connaître, merci de cocher les items vous concernant

Médecin Pharmacien Infirmier(e) Scientifique

Autre Précisez :

Retraité Etudiant

Lieu(x) d'exercice

CHG CHU SSA

Université Industrie pharmaceutique Agence

Libéral Médecin du travail Médecin d'entreprise

Administration territoriale Administration nationale

Org. internationale Précisez :

ONG Précisez :

Autre Précisez :

Activité de médecine de voyages

Centre d'hygiène et de santé Centre de vaccination privé

Consultations hospitalière Médecine libérale

Centre de vaccination internationale Autre Précisez :

Date et signature

Le retour de la rougeole

Le 4 octobre 2011 s'est tenue à l'Académie nationale de médecine une journée thématique sur la rougeole, présidée par Daniel Lévy-Bruhl (InVS) et Pierre Bégué. Depuis 2008, une vague épidémique de rougeole sévit dans pratiquement toute l'Europe. Cette épidémie met en avant les besoins d'une plus grande information sur cette maladie. Mais aussi la nécessité d'une meilleure couverture vaccinale.

Quelques rappels : la rougeole est l'une des maladies infectieuses les plus contagieuses (Ro : 15-17) ; elle induit une immunité définitive, à vie, l'immunité de groupe est acquise à partir de 90-95 % de séroprévalence au sein d'une population. La vaccination par le vaccin vivant est efficace, mais, comme la protection induite par une dose n'apporte qu'une protection de 90-95 %, deux doses sont nécessaires pour conférer une protection durable.

s'est traduite par plus de 4 000 hospitalisations, surtout chez les plus de 15 ans, en rapport avec la fréquence des complications : 800 pneumonies, 26 encéphalites, 10 décès, dont certains, survenus chez des immunodéprimés, les adultes étant particulièrement touchés.

La plupart des cas ont concerné de sujets non vaccinés ou n'ayant reçu qu'une seule dose de vaccin. Ce constat résulte d'une couverture vaccinale insuffisante : 89 % pour une

Il en résulte qu'un effort très important doit être entrepris pour combattre cette épidémie par la vaccination. La recommandation vaccinale (deux doses successives de vaccin, quel que soit l'intervalle) s'adresse à tous les sujets de moins de 30 ans, plus précisément à ceux qui sont nés après 1980. Une énergique campagne d'information et de sensibilisation s'impose, tant vis-à-vis des médecins et autres personnels de santé, eux-mêmes insuffisamment vaccinés, que vis à vis du public, démotivé par le recul de la maladie et influencé par les messages négatifs qui circulent dans la presse et les réseaux Internet. Une campagne nationale d'incitation à la vaccination a été lancée en octobre par l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé). Cette campagne s'est adressée :

- aux **professionnels de santé** (médecins, pharmaciens, infirmières), auxquels il est recommandé de vérifier le carnet de santé des enfants, mais aussi des patients de 15 à 30 ans, et de compléter, s'il y a lieu, leur vaccination, en effectuant notamment la seconde dose recommandée ;
- aux **jeunes** âgés de 15 à 30 ans, cible prioritaire, car la plus sérieusement touchée par l'épidémie, qu'il s'agit de sensibiliser et de vacciner ;
- aux **femmes** de 40 à 60 ans, qui sont souvent les référentes de leur famille sur les questions de santé ;
- au **grand public**, qu'il est indispensable d'informer sur les conséquences néfastes de la rougeole, encore souvent considérée à tort comme une maladie bénigne et réservée aux enfants.

La rougeole est loin d'avoir disparu dans le monde, notamment dans les pays du Sud, encore endémiques, en Afrique et en Asie, visités par les touristes. La vaccination contre la rougeole, rappel ou primo-vaccination, doit donc être recommandée aux voyageurs avant leur départ, qu'ils se rendent dans ces pays ou dans un pays affecté par une épidémie. Le voyage est l'occasion de mettre à jour la vaccination des enfants et de l'élargir à tous les moins de 30 ans qui n'ont pas encore reçu deux doses de vaccin et qui n'ont jamais eu la rougeole.

Aux dernières nouvelles (Promed), plus de 1 000 nouveaux cas ont été rapportés en Europe depuis octobre 2011, dont 2 d'encéphalite sclérosante et un décès. Ces nouveaux cas s'ajoutent aux 30 200 rapportés en Europe de janvier à septembre 2011, parmi lesquels 23 cas d'encéphalites et 8 décès.

Michel Rey



Une vaccination précoce et suivie reste la meilleure des préventions.

Après avoir beaucoup reculé à la suite de la vaccination des jeunes enfants, la fréquence de la rougeole – dont la déclaration est obligatoire – a spectaculairement augmenté depuis 2008, pour atteindre plus de 16 300 cas déclarés en 2011, la France étant le pays européen le plus touché. Le Sud de l'Hexagone est beaucoup plus concerné que le Nord par cette recrudescence. La répartition selon l'âge révèle que les nourrissons de moins d'un an et, surtout, les enfants, adolescents et jeunes adultes, entre 10 et 30 ans, sont très touchés.

Depuis 2005, la confirmation biologique des cas de rougeole est recommandée, par un test sanguin ou salivaire. La gravité de cette épidémie

dose, alors que 95 % sont requis en principe pour éliminer la rougeole, et seulement 40 % pour les deux doses recommandées chez l'enfant. D'après des enquêtes sérologiques récentes, la population française de séronégatifs s'approcherait de 1,5 million. Cette proportion inquiétante est en augmentation, notamment chez les moins de 30 ans, qui ont peu connu la rougeole et sont insuffisamment vaccinés.

Cette épidémie française s'inscrit dans un contexte européen. Depuis 2008 sévit en Europe une vague épidémique qui a touché aussi nos voisins (Suisse, Allemagne, Royaume-Uni) ainsi que l'est et le sud-est de l'Europe, tout en respectant les pays scandinaves, mieux vaccinés.

l'encéphalite japonaise (IXIARO, vaccin inactivé préparé sur cellules Vero), menée actuellement aux Philippines, ont montré que la dose de 6

ASSISES PROFESSIONNELLES DE L'INFECTIOLOGIE

Organisées par le
Syndicat National des Médecins Infectiologues
(**SNMInf**)

Avec la participation du Collège des Universitaires de
Maladies Infectieuses et Tropicales (**CMIT**), de la Société
de Pathologie Infectieuse de Langue Française (**SPILF**)
et de la Fédération Française d'Infectiologie (**FFI**)

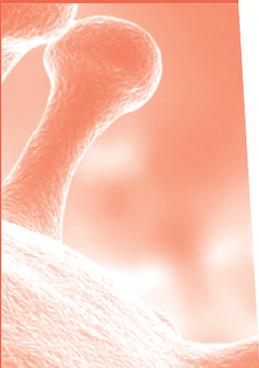
Vendredi 27 janvier 2012
de 9h à 17h30

ASIEM 6, rue Albert de Lapparent - 75007 PARIS

INVITATION

Organisation

EG COMMUNICATION



PROGRAMME

- **Réforme des statuts des médecins hospitaliers.**

- Statut des PH : **Jean-Michel BADET**, Président du Syndicat National des Praticiens Hospitaliers des Centres Hospitalo-Universitaires (SNPH-CHU), CHU de Besançon.
- Statut des HU : **Raphaël GAILLARD**, Hôpital Sainte Anne, Paris.

- **Perspective sur l'évolution des retraites des PH et des HU.**

- Retraite des PH : **Angelo POLI**, Président du Syndicat des Psychiatres d'Exercice Publique (SPEP), CHS de St Cyr au Mont d'Or.
- Retraite des HU : **Bertrand DIQUET**, Président du Syndicat National des Hospitalo-Universitaires (SNHU-CHU).





WHO/A. HEINE

Si la santé maternelle et néo-natale doit être améliorée dans de nombreux pays du Sud, l'allaitement, responsable d'un taux élevé de transmission du VIH/Sida de la mère à l'enfant, doit être sécurisé.



WHO/FRENAVAND

les pays les plus démunis. Cet objectif ne pourra être atteint dans les pays pauvres qu'en consacrant plus de ressources à deux causes principales de mortalité, la pneumonie et la diarrhée, et en établissant une bonne coordination entre les différents acteurs dans chaque pays concerné. Si aujourd'hui 3 millions d'enfants ont pu être mis sous traitement VIH/

Sida, Olivier Fontaine estime qu'il est tout à fait possible d'en sauver 10 millions atteints de diarrhée et de pneumonie d'ici 2015.

Après avoir décrit les trois causes principales de décès de nouveaux-nés, infections, la prématurité et asphyxie néo-natale, Amadou Sidy Ka (Hôpital Principal, Dakar) a insisté sur la nécessité d'inclure la première

semaine de vie dans les programmes de santé de l'enfant, en citant l'exemple de l'Inde.

Albert Faye (Hôpital Robert Debré, Paris) a rappelé que, dans les pays pauvres, l'allaitement maternel est responsable de 40 % de la transmission mère/enfant du VIH. C'est pourquoi il considère l'allaitement sécurisé par les antirétroviraux comme un progrès majeur, qui permet d'espérer atteindre la transmission zéro, tout en conservant les avantages du lait maternel.

André Briend (IRD, Marseille) a quant à lui développé des arguments en faveur du traitement de masse de la malnutrition aigüe sévère et décrit les moyens à mettre en œuvre pour une prise en charge efficace : dépistage par la mesure du périmètre brachial, meilleur indicateur que le classique indice poids/taille, renutrition à domicile des cas non compliqués avec des compléments alimentaires utilisant des produits locaux et prise en charge hospitalière des cas compliqués.

Et maintenant ? Le rideau est-il définitivement tombé sur les XVII^{es} Actualités du Pharo ? La belle tradition de ces rencontres annuelles, amicales et si riches d'enseignement dans le cadre magique du Pharo, a-t-elle vraiment pris fin ? Nombreux étaient ceux parmi les participants à ne pas vouloir se résigner. Des suggestions ont été faites. Il y aurait peut-être des solutions. Il faudra certainement beaucoup d'imagination et de ténacité, mais tout espoir n'est pas perdu. Alors, à suivre... **Michel Rey**

« Il ne suffit pas de faire le bien, il faut bien le faire »

À partir de cette sentence incontournable, faut-il et peut-on évaluer les ONGs, leurs activités, leurs résultats ? Peut-on les « labeliser » ?

Doit-on envisager d'éditer un *Guide Michelin* des ONGs ?

Non seulement cette évaluation est difficile (sur quels standards, par quelles instances ?), mais elle est discutable.

Les ONGs, démarche en provenance des pays riches pour aider les populations des pays pauvres, se sont beaucoup développées depuis un demi-siècle. Elles sont très diverses par leur taille, leur approche, leurs objectifs. Beaucoup ont été créées et sont ciblées sur des situations d'urgence, guerres, conflits, catastrophes naturelles. Plus récemment se sont multipliées les ONGs impliquées dans l'aide au développement sous une forme plus durable, qu'il s'agisse de santé, d'équipement, d'aide alimentaire, de formation. Une telle approche, qui doit s'efforcer de s'intégrer dans l'environnement et les comportements de la population d'accueil, est plus difficile à gérer, et elle motive moins les indispensables bailleurs de fonds que les urgences dramatiques. Plutôt qu'une évaluation internationale, une démarche d'accréditation pourrait être envisagée.

Quoi qu'il en soit, les ONGs devraient s'efforcer de s'auto-évaluer, quant à leur démarche, leur gestion, leurs résultats, en évitant les gaspillages, les dérapages, les éventuels effets néfastes sur les populations d'accueil, et en respectant une éthique rigoureuse.

M. R.

Paludisme grave d'importation à *Plasmodium falciparum* : nouveaux facteurs de risque



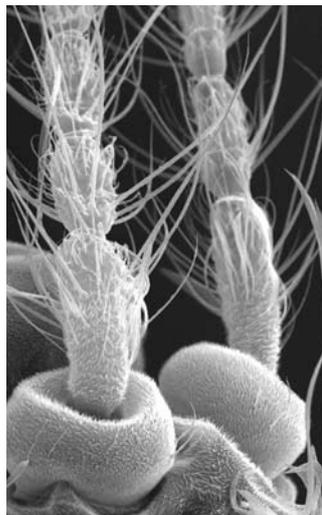
CDC/Dr. M. MELVIN

Cette étude rétrospective avait pour but de déterminer les facteurs de risque du paludisme grave d'importation à *P. falciparum* en France.

L'échantillon de l'étude était constitué de tous les cas de paludisme ayant au moins un critère OMS de gravité, déclarés dans la base de données du CNR paludisme de 1996 à 2003. Parmi les 21 888 cas de paludisme à *P. falciparum*, les caractéristiques de 832 cas graves ont été comparées aux autres formes cliniques.

La létalité était de 0,4 % et la proportion de formes graves, de 3,8 %. Les voyageurs originaires d'Afrique sub-saharienne représentaient 57,5 % des cas inclus. Plus de 70 % des patients n'avaient pas pris de CPAP. Soixante-six pour cent d'entre eux ont été admis en réanimation. La durée médiane d'hospitalisation était de 6 jours. Quarante-vingt seize patients sont décédés.

Sept facteurs de risque indépendamment associés à la gravité ont été mis en évidence :



CDC/P. HOWELL

Il y a plus de 400 espèces différentes d'anophèles, dont environ 10 % de dangereux.

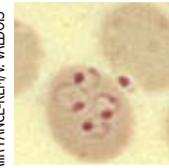
ce : quatre étaient identiques à ceux décrits dans une étude sur les facteurs de risque de décès déjà publiée (âge élevé, origine européenne, absence de chimioprophylaxie, séjour en Afrique de l'Est), trois étaient nouveaux (consultation initiale chez un médecin généraliste, délai diagnostique de 4 à 12 jours et survenue du paludisme en hiver).

Les infections à *P. falciparum* demeurent un risque important pour ceux qui séjournent dans les régions d'endémie palustre. En France, *P. falciparum* touche environ 4 000 voyageurs chaque année, parmi lesquels 4 % ont une forme sévère (189 cas en 2009). En dépit des outils modernes de réanimation disponibles, la létalité demeure supérieure à 10 %. Cette étude robuste confirme la pertinence des facteurs de gravité identifiés chez les voyageurs non immuns. Elle souligne le défaut de connaissance des médecins et du public vis-à-vis du paludisme. Ces données doivent être prises en compte dans le conseil aux voyageurs. Elles renforcent l'importance de la chimioprophylaxie antimalarique chez tous les voyageurs, en particulier les patients non immuns et les sujets âgés.

C. Rapp

Severe Imported *Plasmodium falciparum* Malaria, France 1996-2003. *Emerg Infect Dis* 2011 ; 17 : 807-13. E. Seringe, M. Thellier, A. Fontanet, F. Legros, O. Bouchaud, T. Ancelle, E. Kendjo, S. Houze, J. Le Bras, M. Danis.

Résistance à la quinine en Guyane française



ANRS FRANCE-KLMVX VALDOIS

Les auteurs décrivent un cas importé de paludisme à *Plasmodium falciparum*

résistant à la quinine chez un voyageur français revenant de Guyane française. Le patient avait effectué un séjour de trois mois dans une zone rurale sans mesures de lutte antivectorielles préventives ni chimioprophylaxie antipaludique. Les échecs clinique et parasitologique à la quinine étaient confirmés au 24^e jour, après une cure bien conduite de quinine orale.

La résistance à la quinine des souches de *P. falciparum* isolées d'Amérique du Sud est une notion classique qui est à l'origine des recommandations d'utilisation de l'atovoquane-proguanil ou arthemeter-luméfántrine, voire de l'association quinine et doxycycline en première ligne thérapeutique. En



DR

La résistance à la quinine est connue en Guyane française et en Amérique du Sud.

Guyane française ou l'espèce *P. falciparum* est talonnée par *P. vivax*, seuls deux cas de résistance à la quinine ont été décrits depuis 1996. Cette observation rappelle aux praticiens de première ligne qu'il faut systématiquement associée de la doxycycline ou de la clindamycine en cas d'utilisation de la quinine pour le traitement d'un paludisme à *P. falciparum* importé de Guyane ou d'Amérique du Sud. **C. Rapp**

Quinine-Resistant Malaria in traveler returning from French Guiana, 2010. *Emerg Infect Dis* 2011 ; 17 : 943-45. L. Bertaux L et al.

Plasmodium falciparum et artesunate intraveineux en Europe : premières données



CDC/Dr. M. MELVIN

Il s'agit d'une étude rétrospective multicentrique dont le but était d'évaluer l'efficacité et la tolérance de l'artesunate intraveineux dans le paludisme grave à *P. falciparum* importé en

Europe.

Vingt-cinq patients (24 adultes, 1 enfant), ayant eu comme principal thérapeutique l'artesunate IV, ont été inclus dans 7 centres (Allemagne : 4, Suède : 1, Danemark : 1 et Norvège : 1), entre janvier 2006 et juin 2010. Il s'agissait de 18 voyageurs européens et 7 VFR. L'évolution a été satisfaisante avec une clairance parasitaire moyenne de 81 heures et une guérison de tous les patients. La tolérance clinique était bonne. Six cas d'anémie hémolytique post thérapeutique de mécanisme indéterminé ont été rapportés dans cinq centres chez des patients ayant reçu une dose cumulative supérieure d'artesunate. L'évolution a été spontanément favorable dans les 3 à 6 semaines après la première dose d'artesunate IV.

L'artesunate IV représente un progrès

thérapeutique majeur dans le paludisme grave à *P. falciparum*. Elle est désormais recommandée par l'OMS en traitement de première ligne des accès palustre grave. En Europe, elle commence à être disponible dans un certain nombre de pays, dont la France (voir Lettre SMV 91).

Cette étude, pilote en Europe, confirme l'efficacité clinique et parasitologique de l'artesunate IV dans une population non immune. Elle soulève le problème du risque d'anémie hémolytique qui mérite d'être suivi avec attention. L'artesunate IV est une alternative thérapeutique à la quinine efficace, qui devrait améliorer le pronostic des formes graves du paludisme à *P. falciparum* en Europe. En l'absence de recul dans les populations vivant hors zones d'endémie, les indications doivent être bien pesées et un suivi de pharmacovigilance organisé. La recherche de signes d'hémolyse au décours du traitement apparaît utile. **C. Rapp**

Scientific advances – Intravenous artesunate for severe Malaria in Travelers, Europe. *Emerg Infect Dis* 2011 ; 17. T. Zoller, T. Junghans, A. Kapaun et al.



Société de Médecine des voyages

Association régie par la Loi de 1901
enregistrée en Préfecture de Paris sous le n° 86-0482

SIRET 398 943 563 00039 - code APE 7219Z

www.medecine-voyages.fr

Président : Pr Éric Caumes
Secrétaire g^{ral} : Dr Ludovic de Gentile
Trésorière : Dr Fabienne Le Goff

Médecine des voyages, formation des infirmières d'entreprises

Les **infirmières d'entreprises** ont un personnel de plus en plus mobile qu'elles doivent préparer et suivre pour des missions à l'étranger pouvant aller jusqu'à l'expatriation en zones lointaines et comportant quelquefois des risques sanitaires particuliers.

Pour les former et les accompagner dans cet objectif,

la **Société de Médecine des voyages (SMV)** propose une **formation**

« **Médecine des voyages** » spécialement adaptée aux infirmières du travail.

L'enseignement est en grande partie constitué d'**ateliers interactifs** basés sur la mise en situation devant des cas cliniques, pour apprendre à mieux **analyser, dépister et répondre aux aléas** pouvant survenir avant, pendant, et au retour des missions.

Les 29 et 30 mars 2012

Meditel, 28 Boulevard Pasteur 75015 Paris.

Session de 10 à 15 personnes maximum.

Si vous êtes intéressés, vous pouvez envoyer la **fiche de pré-inscription** que vous trouverez au verso à l'adresse électronique suivante : secretariat.formation@medecine-voyages.fr

PRÉ-PROGRAMME

Judi 29 mars 2012

Connaissances de base

9 h 30 L'essentiel sur la médecine des voyages : données de base

Voyageurs professionnels à risques particuliers (1)

13 h 45 Expatriation et voyages : problèmes spécifiques

Objectifs et rôle de l'infirmière

14 h 15 Voyageur diabétique

14 h 50 Avion et thrombose veineuse

16 h Voyageur allergique

16 h 20 Dermatologie pratique

17 h Table ronde : place et rôle de l'infirmière en santé au travail en entreprise face aux voyageurs et risques du voyage

Vendredi 30 mars 2012

Voyageurs professionnels à risques particuliers (2)

9 h 30 Voyages et troubles psychiatriques

13 h 45 Fièvre au retour : conduite à tenir

14 h 45 Cas cliniques et calendrier vaccinal



Président : Pr Éric Caumes
Secrétaire g^{nl} : Dr Ludovic de Gentile
Trésorière : Dr Fabienne Le Goff

Société de Médecine des voyages

Association régie par la Loi de 1901
enregistrée en Préfecture de Paris sous le n° 86-0482

SIRET 398 943 563 00039 - code APE 7219Z

www.medecine-voyages.fr

DEMANDE D'INSCRIPTION FORMATION EN MÉDECINE DES VOYAGES 29 et 30 mars 2012

À retourner **avant le 20 janvier 2012**
à : secretariat.formation@medecine-voyages.fr

Nom : Prénom :

Fonction : Courriel :

souhaite participer à la session de formation des 29 et 30 Mars 2012, qui se tiendra
au Meditel, 28 Boulevard Pasteur 75015 Paris.

Entreprise

Nom :

Adresse :

.....

.....

Code Siret :

Correspondant Formation

Nom :

Tél. :

Courriel :

Adresse de facturation (si différente) :

.....

Origine des fonds de la formation

Entreprise

Organismes collecteurs paritaires agréés

Produits provenant des pouvoirs publics

Produits provenant de contrat conclu
avec des particuliers

La formation est faite au titre :

Du plan de formation de l'entreprise

De la professionnalisation

Du congé individuel de formation

Coût : 650 euros (2 repas compris). Règlement par chèque bancaire à l'ordre de la SMV.

Facture et attestation seront adressées à l'issue du stage.

Conditions d'annulation : sauf cas de force majeure, toute inscription annulée moins de 2 semaines avant le début du stage sera facturée. Tout stage commencé sera dû dans son intégralité, toute absence ne donnera lieu à aucune modification du coût de la formation.

La SMV se réserve le droit d'annuler la formation, en raison d'un nombre insuffisant de participants ou en cas de force majeure.

J'ai pris connaissance de la lettre d'information sur la formation, du programme joint et des conditions d'inscription.

Date : Signature :

Votre candidature acceptée, une confirmation d'inscription vous sera adressée avec le programme et le plan d'accès. Le dossier administratif sera envoyé à votre service formation.

Envoyé le :

A retourner à

Président d'honneur : Pr. M. BARME
Présidents : Pr. Ch. LAFAIX (GEEP)
Pr. M. REY (Académie de médecine)
Pr. F. RODHAIN (Institut Pasteur)

Comité d'organisation : Pr. G. BARANTON (Paris Institut Pasteur)
Pr. J. BEYTOUT (Clermont Ferrand CEESP, SPILF)
Pr. O. BOUCHAUD (Avicenne, SMV)
Pr. E. BOUVET (Paris Hôpital Bichat-Ci. Bernard, SPILF)
Pr. E. CAUMES (Paris Pitié Salpêtrière, SMV)
Dr L. DE GENTILE (Angers, SMV)
Pr. T. DEBORD (St Mandé Hôpital Militaire Bégin, SPILF)
Dr. A. GESSAIN (Paris Institut Pasteur)
Dr C. GOUJON (CVI IP, SMV)
Dr J-P. LEROY (Rouen, SMV)
Dr. O. PATEY (Villeneuve St Georges GEEP, SPILF)
Dr. C. SAURA (St Maurice InVS, SPILF)



Comité d'organisation des
colloques sur le Contrôle
Epidémiologique des
Maladies Infectieuses



Société de Médecine
des voyages

CEMI 17 ACTUALITES SUR LES ARBOVIROSES

Inscription :
120 euros pour les 2 jours
70 euros pour 1 jour
150 euros (90 pour 1 jour) sur place

Communications affichées :
Abstract format word à
adresser avant le 17/02/2012
(olivier.patey@chiv.fr - dominique.mutti@chiv.fr)

Organisation / information :

Dominique MUTTI
CHI - 40, allée de la Source
94195 VILLENEUVE SAINT GEORGES CEDEX
Tel. 01 43 86 24 78 - Fax 01 43 86 22 83
E-mail : olivier.patey@chiv.fr - dominique.mutti@chiv.fr



Journées annuelles de la SMV
25^{ème} anniversaire 1986-2011
**Colloques sur le Contrôle Epidémiologique
des Maladies Infectieuses**
20^{ème} anniversaire 1992-2012

Jeudi 15 et vendredi 16 mars 2012
Institut Pasteur - Paris

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, Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française
25 bd St Jacques 75014 Paris
SMV Société de Médecine des Voyages
CHU - 49933 ANGERS cedex 9

Docteur Olivier PATEY
Centre Hospitalier Intercommunal
40 Allée de la Source
94195 VILLENEUVE SAINT GEORGES
FRANCE

ACTUALITÉS SUR LES ARBOVIROSES

Jeudi 15 mars 2012 : EPIDEMIOLOGIE - CLINIQUE

8h30 *Accueil*
9h Introduction :
Un réseau mondial : le projet Arbo-zoonet M. Bouloy

9h15 Entomologie SESSION 1

Les vecteurs et leurs spécificités,
circulation des vecteurs P. Delaunay

Écosystèmes hôtes vecteurs virus et climatologie G. Duvallet

Co-infections virales dans les vecteurs AB. Failloux

11h15 Diagnostic et transmission SESSION 2

Méthodes diagnostiques des arboviroses C. Renaudat

Classification et répartition mondiale des arbovirus H. Tolu

Transmission mère enfants des arbovirus M. Lecuit

Arbovirus et sécurité transfusionnelle JJ. Lefrère

14h30 Manifestations spécifiques SESSION 3

Manifestations neurologiques
et physiopathologie S. Jaureguiberry

Manifestations hémorragiques de la DHFR X. Deparis

Manifestations chroniques des arboviroses F. Simon

16h Aspects vétérinaires et surveillance SESSION 4

Arboviroses des animaux domestiques : FVR, WN... V. Chevalier

Émergence arbovirale animale
en Europe (bluetongue) S. Zientara

Surveillance des arboviroses :
• En France métropolitaine H. Noël
• Dans les DOM TOM M. Gastellu-Etchegorry
• Dans le monde: Arbovirus et RSI G. Pומרol

18h00 Conclusion:

La recherche sur les arboviroses et
l'Institut des Maladies Infectieuses B. Murgue

Vendredi 16 mars 2012 : VACCINATION - PREVENTION

8h30 Prévention non vaccinale SESSION 5

Prévention vectorielle des arboviroses L. de Gentile

Antiviraux et arboviroses R. Charrel

Prise en charge des fièvres hémorragiques virales C. Rapp

10h30 SESSION 6

Actualités sur le développement des vaccins viraux
(vaccins chimères) M. Girard

Vaccins dengue, West Nile, Chikungunya R. Teysou

West Nile, Fièvre de la Vallée du Rift et autres arboviroses
chez l'animal : pathogénèse et vaccin L. Cupillard

Conséquences économiques des arboviroses
• Le Chikungunya à la Réunion Y. Yazdanpanah
• La Fièvre de la vallée du Rift V. Chevalier

14h vaccins du voyageur SESSION 7

Les vaccins antiarabiques : complications
et utilisation chez l'immunodéprimé JP. Leroy

Vaccins encéphalite à tiques D. Christmann

Vaccins encéphalite japonaise R. Steffen

15h30 Conclusion E. Caumes, O. Patey

16h Assemblée générale de la
Société de Médecine des Voyages

ACTUALITÉS SUR LES ARBOVIROSES

Jeudi 15 et vendredi 16 mars 2012 – Institut Pasteur Paris

Nom

Prénom

Adresse

Téléphone

E-mail

Télécopie :

Présent le 15/03 le 16/03

Chèque joint (à l'ordre de GEEPCEM) : 120 € pour 2 jours 70 € pour 1 jour