



LA LETTRE

de la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DES VOYAGES

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

ÉDITORIAL

Le changement, c'est maintenant !



Chers sociétaires,

Nouveau Conseil d'administration, nouvelle *Lettre* ! En effet, l'élection d'un nouveau CA appelait une nouvelle formule ! Ci fait ! Le changement, c'est maintenant. De nouvelles rubriques vont voir peu à peu le jour. « Paroles infirmières », la « Lettre 2.0 », ou le site Internet pour les nuls mode d'emploi, en sont deux et « Étude inédite » qui sera un espace réservé aux travaux originaux, thèses, littérature grise, diplômes universitaires... Il nous apparaissait également important, en raison de la présence de commissions au sein de notre association, que celles-ci puissent exposer leur projet et l'avancée de leurs travaux. Ce sera donc, là encore, un nouveau volet : la « Voix des commissions ». En ce siècle chagrin, il nous semblait tout autant nécessaire de revenir sur l'aspect réglementaire du fonctionnement de nos CVI et de la pratique de la médecine préventive. Ces aspects seront abordés dans la rubrique « Veille réglementaire ». Les anciennes rubriques sont cependant toujours là. « Mise au point » revient sur un sujet de médecine des voyages et des voyageurs, « Écho des congrès », « Lu et vu pour vous » et, enfin, les tant attendues « Annonces Congrès », qui décident en général de vos prochains lieux de vacances ! Chaque rubrique sera désormais sous la responsabilité d'un coordonnateur qui se charge d'en remplir les lignes. Vous découvrirez leur nom au fil des prochaines Lettres.

Cette lettre nouvelle forme est en phase de rodage, mais gageons que nous allons rapidement prendre notre vitesse de croisière et vous offrir une *Lettre* à chaque fois informative, originale et agréable à lire. Même sur la plage !!

Il ne me reste plus qu'à vous laisser découvrir ce dernier numéro encore incomplet mais en devenir !

Bonne lecture à tous et bon été.

Stéphane Jauréguiberry, rédacteur en chef

95

SOMMAIRE

ÉDITORIAL

Le changement, c'est maintenant !

1

ÉCHO DES CONGRÈS

Le système nerveux central à l'honneur

2

ÉTUDE INÉDITE

Migrants : parcours de vie, modes de vie et accès aux soins

5

PAROLES INFIRMIÈRES

Des infirmiers en première ligne

9

VEILLE RÉGLEMENTAIRE

Remboursement du vaccin contre l'hépatite A : oui... et non

11

LU & VU POUR VOUS

12

LA LETTRE 2.0

18

Le système nerveux central à l'honneur

Conçues comme un équivalent, en Algérie, des Journées nationales d'infectiologie, les Journées internationales d'infectiologie de Sétif (JIIS) rencontrent un succès croissant. La cuvée 2012 réunissait quelque 250 participants, venus de l'ensemble du territoire algérien. Cette année, le comité d'organisation, dirigé par le Professeur Abdelmadjid Lacheheb, avait choisi comme thématique centrale les infections du système nerveux central. Les sujets abordés et le dynamisme des équipes ont été soulignés par Olivier Bouchaud, Stéphane Jauréguiberry et Olivier Patey. Quatre communications ont retenu notre attention.

Les encéphalites prises en charge dans le service des maladies infectieuses de Batna

N. Ighi et collaborateurs (EPH Batna) ont rapporté une série de 33 cas consécutifs d'encéphalites chez des sujets de plus de 15 ans hospitalisés en 2010 et 2011. L'âge moyen était de 41 ans et le sexe ratio M/F de 1,5.

Les principaux signes cliniques à l'admission étaient la fièvre (100 %), les céphalées (70 %), les troubles de la conscience (58 %), une raideur méningée (39 %), une agitation (30 %), des convulsions (21 %) et des signes de localisation neurologique (15 %).

Le liquide céphalo-rachidien (LCR)

frontales (21 %), temporales (15 %) et pariétales (15 %).

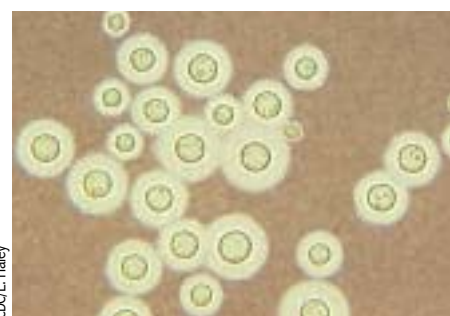
Une documentation de l'agent infectieux en cause n'a été obtenue que dans quatre cas : pneumocoque (culture du LCR, n = 3) et tuberculose (culture d'une biopsie ganglionnaire, n = 1).

Les principaux traitements instaurés ont été l'amoxicilline (54 %), l'aciclovir (48 %), une céphalosporine de troisième génération (36 %) et un traitement anti-tuberculeux (27 %).

L'évolution est marquée par une durée d'hospitalisation moyenne de 22 jours, un transfert en réanimation dans 30 % des cas et un décès lors de l'hospitalisation initiale dans 21 % des cas.

Des séquelles sont décrites chez deux patients : accident vasculaire cérébral ischémique (n = 1) et troubles du comportement (n = 1). Un cas a présenté une récurrence d'encéphalite lors de la guérison du premier épisode.

Ce travail retrouve des données assez proches de celles recueillies pour des séries d'encéphalites de l'adulte provenant d'autres pays, notamment l'âge moyen, la prédominance masculine, la présentation clinique et l'évolution. Les difficultés diagnostiques sont soulignées par l'absence d'accès en routine aux techniques de PCR virales, qui doivent être transférées à Alger. Ces limites n'enlèvent rien à la qualité du travail, qui a été récompensé par le prix du meilleur poster de ces cinquièmes JIIS.



Cryptococcus neoformans entraîne des atteintes disséminées.

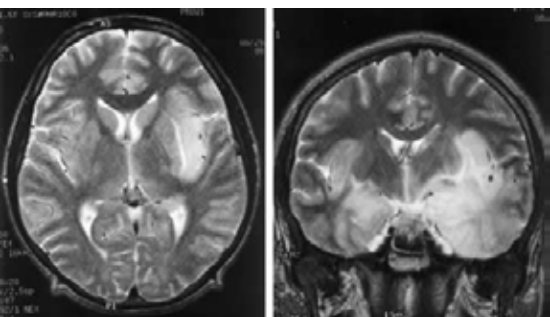
Cryptococcose neuro-méningée en dehors de l'infection VIH

F. Z. Aissat et ses collaborateurs du laboratoire central de l'EHS El Aadi Flici, hôpital d'Alger spécialisé dans les maladies infectieuses, ont présenté dans le détail une série de quatre cas de cryptococcose neuro-méningée documentée chez des patients séronégatifs pour le VIH pris en charge entre 2000 et 2011.

Les patients étaient âgés de 25 à 72 ans au moment du diagnostic et trois d'entre eux présentaient une pathologie favorisante, diabète décompensé (n = 2) et lymphome (n = 1).

La présentation était comparable aux tableaux usuels de cryptococcose neuroméningée au cours du VIH, avec une évolution torpide (durée des symptômes : 2 à 5 semaines avant le diagnostic), et la présence constante de la fièvre, des céphalées, de l'altération de l'état général et du syndrome méningé.

Le LCR était hypercellulaire dans



Les IRM pratiquées sur les patients souffrant d'encéphalite sont anormales à 88 %.

retrouvait une hypercellularité (> 10 éléments/mm³) dans 88 % des cas, une prédominance lymphocytaire dans 58 % des cas, une hyperprotéinorachie dans 79 % des cas et une hypoglycorachie dans 48 % des cas. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) était anormale dans 88 % des cas, avec prédominance des atteintes



Président :
Olivier Bouchaud
Vice-présidente :
Catherine Goujon
Secrétaire général :
Ludovic de Gentile
Secrétaires gén. adj. :
Christophe Hommel,
Véronique Nanneix-Laroche
Trésorière :
Fabienne Le Goff
Trésorière adjointe :
Nadine Godineau

Rédacteur en chef :
Stéphane Jauréguiberry
Conception, réalisation :
Patrick Chesnet
Rédaction : Philippe Bargain
(Veille réglementaire), Nathalie
Colin des Verdrières (Annonces
congrès), Albane Perdrix
(Paroles infirmières), Christophe
Rapp (Lu & vu pour vous), Jean-
Philippe Leroy (LSMV 2.0)
Ont collaboré à ce numéro :
Rafik Khaled, Guillaume Mellon,
Pierre Tattevin

Liste de diffusion
membre-smv@medecine-voyages.fr
Correspondance
SMV
Laboratoire de parasitologie-
mycologie CHU,
49 933 Angers Cedex 9
Tél. : 02 41 35 60 97
E-mail : smv@chu-angers.fr
Siège social
79, rue de Tocqueville
75 017 Paris

www.medecine-voyages.fr

tous les cas (17 à 240 éléments/mm³), avec une prédominance lymphocytaire, une hyperprotéinorachie constante et une glycorachie ininterprétable (pas de glycémie concomitante).

Le diagnostic de cryptococcose a été étayé par l'examen direct (n = 3) et/ou la culture (n = 3) et/ou la présence d'antigène cryptococcique dans le LCR (n = 3).

Les comptes des lymphocytes CD4, mesurés chez trois patients, étaient, respectivement, de 87, 504 et 718/mm³. La radiographie thoracique était normale dans tous les cas.

Tous les patients ont reçu de l'amphotéricine B en traitement d'attaque et du fluconazole en traitement d'entretien. Seul le patient atteint d'un lymphome, dont le compte de lymphocytes CD4 était de 87/mm³, a bénéficié d'une prophylaxie secondaire au long cours, qui n'a cependant pas pu empêcher la rechute. Parmi les trois autres patients, deux sont décédés ont cours de l'hospitalisation initiale et un a guéri.

Cette évolution le plus souvent défavorable, malgré l'absence de déficit immunitaire majeur identifié chez trois patients sur quatre, peut faire discuter de l'optimisation des traitements, notamment d'un recours plus systématique aux ponctions lombaires soustractives, désormais recommandées dans la prise en charge de toute cryptococcose avec hyperpression du LCR.

La cryptococcose neuro-méningée à Alger

M. Karaouzen et S. Khaled, de l'hôpital El Aadi Flici, à Alger, ont étudié la rentabilité des différents tests diagnostiques sur une série de 77 cas de cryptococcose neuro-méningée documentée.

L'âge moyen des patients au diagnostic était de 39,5 ans et le sexe ratio de 1,5. Soixante patients (77,9 %) étaient infectés par le virus d'immunodéficience acquise (VIH), les autres pathologies prédisposantes étant la transplantation rénale, les maladies systémiques, le diabète et les hémopathies malignes.

La sensibilité des différents examens diagnostiques réalisés sur le LCR est comparable dans les deux groupes (VIH vs. autres pathologies), dans cette série.

La détection de l'antigène cryptococcique par agglutination au latex dans le LCR est le test qui offrait la meilleure sensibilité dans cette étude, tandis que l'examen direct du LCR (après coloration à l'encre de Chine) et l'ensemencement sur milieu de Sabouraud passaient à côté de 30 à 40 % des cryptococcoses neuroméningées.

Résultats des malades HIV + (60 cas)

Examens	Examens positifs	%
Examen microscopique	37	61,66
Culture	38	63,33
Antigénorachie	53	83,33

Résultats des malades HIV – (17 cas)

Examens	Examens positifs	%
Examen microscopique	11	64,7
Culture	12	70,58
Antigénorachie	15	88,23

Surveillance des paralysies flasques aiguës, dont la poliomyélite, en Algérie

S. Guemache et M. Hamdi Cherif, du laboratoire de santé et de l'environnement de Sétif, ont présenté les données de surveillance des paralysies flasques aiguës (PFA) au cours de l'année 2011.

L'organisation mondiale de la santé (OMS) a résolu, en 1988, d'éradiquer la poliomyélite dans le monde. Le programme national d'éradication de la poliomyélite en Algérie a été instauré en 1993, à travers deux grands axes. Tout d'abord, surveiller de manière active toutes les PFA, quelle qu'en soit l'étiologie, et, ensuite, atteindre et maintenir un taux de couverture vaccinale pour la troisième prise du vaccin anti poliomyélite orale supérieure à 90 % chez les enfants de moins de 1 an à travers l'ensemble des secteurs sanitaires.

Ces efforts ont permis à la République algérienne de ne plus compter de cas de poliomyélite depuis 1997 et de

passer ainsi à la seconde étape de son plan, qui est la certification par l'OMS de l'éradication de la poliomyélite dans le pays.

Dans ce cadre, la performance de la surveillance des cas de PFA est appréciée par les quatre indicateurs majeurs de l'OMS : exhaustivité de la surveillance (notification de tous les cas de PFA, y compris le syndrome de Guillain Barré, jusqu'à l'âge de 40 ans) ; incidence annuelle des PFA non liées à la poliomyélite (qui doit être supérieure à 2 cas de PFA pour 100 000 enfants de moins de 15 ans) ; investigation des cas de PFA (au moins 2 prélèvements de selles doivent être collectés dans les 14 jours suivant le début de la PFA pour recherche de virus de la poliomyélite) ; suivi (tous les cas de PFA doivent bénéficier d'un examen de suivi à 60 jours après le début de la paralysie).

Globalement, les résultats sont satis-

faisants, marqués par : l'absence persistante de poliomyélite ; une augmentation de l'incidence des PFA déclarées (1,1 cas pour 100 000 enfants de moins de 15 ans en 2011, versus 1,1 en 2010) ; une couverture vaccinale de 88 % (enfants ayant reçu au moins 3 doses).

Comme lors de l'édition précédente, les échanges ont été riches et devraient renforcer les collaborations, au niveau national et international. Compte tenu de l'étendue de ce pays et de l'éloignement des principaux centres, ces journées jouent un rôle majeur dans la cohésion des équipes, dans la formation continue et comme point de départ de futurs projets de recherche multicentrique. Une fois encore, le Professeur Abdelmadjid Lacheheb et l'ensemble du comité d'organisation ont tenu leur pari !

Pierre Tattevin

**XVIII International Congress
for Tropical Medicine and Malaria
and XLVIII Congress of the Brazilian Society
for Tropical Medicine**



**23 to 27 September 2012
Rio de Janeiro/Brazil**

Information and/or registration :
<http://ictmm2012.ioc.fiocruz.br>



**The IX Congress of the International Society
of Mountain Medicine**

November, 3-7 2012
Taipei & Chiayi, Taiwan



ISMM
International Society
for Mountain Medicine

To receive more information, please visit our website:
www.ismm2012.com.tw

or contact our Congress secretariat :
Jin Jong Chen: WCISMM2012@gmail.com

Migrants : parcours de vie, modes de vie et accès aux soins

Si la notion de voyage est le plus souvent synonyme, pour nous, de départ en vacances ou de voyage d'affaires, nous ne sommes pas les seuls à voyager. Des millions de personnes quittent en effet chaque année leur pays pour s'en aller chercher un avenir meilleur hors de leurs frontières. Une étude menée en 2011 dans deux villes de Seine - Saint-Denis auprès des migrants venus consultés revient sur les conséquences médicales de ce qui reste souvent perçu comme un déracinement.

En 2010, la population mondiale de migrants transnationaux était estimée, selon le DAES (ONU), à 3,1 % de la population totale du globe. On estime également qu'environ 50 % de ces migrants transnationaux s'installent dans un pays de l'OCDE.

De fait, certaines agglomérations, villes-mondes, villes globales, exercent un pouvoir d'attraction phénoménal sur ces populations de migrants. On dénombre ainsi dans le monde une vingtaine d'agglomérations comptant plus d'un million d'habitants nés à l'étranger. Ces agglomérations répondent à une logique organisationnelle qui voit certaines zones de leur aire métropolitaine se spécialiser en terme de diversité ethnique.

C'est le cas du district londonien de Newham, en Grande-Bretagne, ou de la Seine - Saint-Denis pour le Grand Paris. Aubervilliers, avec une population étrangère estimée à 34 % en 2006 (Insee), constitue un lieu privilégié pour l'étude des populations migrantes. La part croissante de patients migrants amenés à consulter en cabinet de médecine générale en Seine - Saint-Denis requiert une actualisation des recueils épidémiologiques. Le profil des personnes migrantes a beaucoup évolué en une décennie, avec une diversification de l'origine géographique des patients. Nous avons souhaité participer à l'amélioration des connaissances socio-démographiques de cette population.

L'objectif de l'étude est de décrire les caractéristiques socio-démographiques, migratoires, l'état sanitaire et l'accès aux soins des patients migrants consultant en médecine générale à Aubervilliers et Saint-Ouen, deux communes de la banlieue parisienne. Il s'agit d'identifier les principaux facteurs de vulnérabilité socio-sanitaires et de proposer des pistes d'amélioration de l'accès aux soins des patients migrants.

Nous avons mené une enquête trans-

versale sur une période de quatre mois, de juillet à octobre 2011, par questionnaire et entretien avec les patients qui consultaient spontanément et à l'issue de la consultation. Le terrain d'enquête est constitué de deux cabinets de médecine générale, situés dans les deux communes d'Aubervilliers et de Saint-Ouen.



La précarité dans laquelle vivent le plus souvent les migrants n'aide en rien à leur bonne santé physique ou psychique.

Deux cent cinquante patients ont participé. Les critères d'inclusion étaient les suivants : naissance à l'étranger et arrivée en France à partir du 1^{er} janvier 2000. Furent exclus les patients nés Français à l'étranger ainsi que les étrangers nés en France et qui n'auraient pas encore acquis la nationalité française. Le questionnaire d'enquête de 58 items traduits en mandarin, bengali et arabe, explore les parcours et les modes de vie, les antécédents médicaux ainsi que l'accès aux soins. Les langues cibles de traduction ont été établies après

une étude préliminaire durant un mois d'un échantillon représentatif de patients consultant sur les deux lieux d'enquête.

Cette enquête nous a permis de relever plusieurs points significatifs. Tant sur les parcours ou les modes de vie de ces personnes que sur leurs conséquences au niveau médical.

Les femmes représentent 63,2 % des consultants (sex ratio : 1,72 femme par homme). Les moins de 30 ans sont à 58,7 % des hommes contre 35,5 % de femmes. Les patients sont originaires d'Asie dans 54 % des cas, d'Afrique sub-saharienne/océan Indien pour 20 %, d'Afrique du Nord/Moyen Orient pour 16 %, des Amériques et Caraïbes dans 6 % et d'Europe dans 4 %.

Les raisons invoquées pour justifier cette émigration sont d'ordre économique pour 52 % des personnes interrogées, politique ou familial, pour

20,8 % des concernés, puis éducatif pour 5,6 % d'entre eux enfin, le motif de santé ne représente seulement que 0,8 % de l'échantillon.

Dans leur majorité, les consultants sont en séjour irrégulier (52,8 %). La patientèle migrante souffre de difficultés d'accès au logement : 24,8 % ont vécu ou vivent toujours actuellement sans domicile fixe depuis leur arrivée en France. Les activités professionnelles sont majoritairement informelles pour 40,8 % des patients interrogés. Notons que 34,8 % des patients sont des adultes isolés et que

28 % d'entre eux sont séparés d'au moins un de leurs enfants du fait de la migration.

Sur le plan médical, 9,6 % des patients interrogés avaient un antécédent chronique connu et diagnostiqué avant la migration. La pathologie infectieuse et parasitologique constitue 50 % de ces diagnostics pré-migratoires. Depuis leur arrivée en France, 12,8 % des patients ont vu un diagnostic établi (pathologie cardio-vasculaire : 31,3 %, pathologie infectieuse : 43 %, pathologie endocrinienne ou respiratoire : 37,5 % chacune). Par ailleurs, la pathologie psychiatrique était largement représentée avec des manifestations chroniques évoquant notamment un syndrome dépressif (33,6 %), du stress et de l'anxiété (36 %) et des insomnies (74,8 %). Nous avons voulu interroger les patients sur l'évolution ressentie de leur état de santé psychique depuis la migration : 50,4 % estiment avoir connu une dégradation (60,9 % des hommes) contre seulement 4,8 % qui constatent une amélioration de leur santé psychique. Les autres, 44,8 %, considèrent qu'elle est stable. Le tabagisme affecte 58,7 % des hommes mais seulement 5 % des femmes interrogés. Enfin, 13,6 % des patients disent avoir subi une agression avec violences physiques depuis l'arrivée en France (21,7 % des hommes et 8,9 % des femmes).

L'Aide médicale de l'État (AME) représente la couverture sociale de

44,8 % des patients interrogés. Avec la CMU (33,6 % des patients), ce sont de loin les deux couvertures sociales les plus importantes. Notons qu'un peu moins de 10 % (8,8 %) des patients sont toujours dénués de toute couverture sociale. L'absence de carnets de santé ou de vaccination (87,2 %) aggrave le peu de suivi sérologique de ces patients. Seuls 8 % d'entre eux ont ainsi été explorés pour le VIH et 6,8 % pour les VHB et VHC depuis leur arrivée en France. La barrière de la langue constitue un frein majeur à l'accès aux soins des patients : 46,4 % ne peuvent consulter seuls et aucun n'a pu bénéficier de l'interprétariat professionnel depuis leur arrivée dans le pays. Enfin, 18,4 % des patients ont répondu avoir essuyé un refus de soins, 57,6 % ont déjà annulé une démarche de soins par peur de la barrière de la langue et 76,8 % par crainte financière.

À travers les résultats de l'enquête, nous avons pu observer la grande diversité des patients migrants amenés à consulter en médecine générale à Aubervilliers en 2011. Cette étude montre que « le patient migrant » est de plus en plus asiatique et non francophone. Le médecin généraliste se retrouve donc démuné en terme d'interprétariat professionnel. Nous avons également observé la grande précarité des patients migrants interrogés : 72 % sont en séjour précaire, 64 % ont un logement précaire et 69 %

des patients exerçant une activité ont un emploi précaire !

Par ailleurs la santé psychique de ces patients interpelle : outre l'isolement et la séparation fréquente d'un enfant dûs à la migration, 50 % estiment avoir subi une dégradation de leur santé psychique et 40 % de leur santé physique.

Paradoxalement à ce qui se dit habituellement, notre étude, qui comporte certainement des biais de sélection, montre que le migrant semble particulièrement vulnérable : plus souvent en séjour irrégulier et démuné de couverture sociale, sa consommation de soins est moindre, la détérioration de sa santé psychique est nettement plus fréquente et plus importante, les refus de soins subis sont plus fréquents, il présente un risque accru d'avoir connu violences au pays et agressions physiques depuis son arrivée en France ainsi qu'un tabagisme actif nettement supérieur à la moyenne nationale.

Le durcissement politique de l'accès aux soins pour les personnes en séjour irrégulier en France, tout comme le peu d'empressement des principaux pays hôtes à ratifier des mesures protectrices minimales à leur égard, soulève la question du respect du droit à la santé.

Quelques pistes, outre la lutte contre la précarité, pourraient être suivies afin d'améliorer l'accès aux soins :

- la gratuité et la systématisation d'un bilan de santé à l'arrivée ou lors d'un premier contact avec le monde médical (dossier médical informatisé) ;
 - la formation rémunérée des médecins généralistes dans le cadre de la FMC à cet examen systématique ;
 - l'amélioration de l'accueil en plusieurs langues (administration, hôpitaux) ;
 - l'extension de la pratique des micro réseaux de proximités et des coursiers sanitaires (ARS/expérimentation dans le département 93 depuis 2008)
- À l'heure où les perspectives migratoires sont pour le moins incertaines (changement climatique, vieillissement de la population des pays hôtes, émergence économique des pays d'origine) et où le débat politique en Europe stigmatise une population migrante vulnérable, il est nécessaire d'affiner et d'actualiser en permanence la description des caractéristiques socio-démographiques et l'état sanitaire de cette population.

Rafik Khaled

(Thèse de médecine, juin 2012, Bobigny)

La barrière de la langue est un frein à l'accès aux soins.



WHO/C BLACK



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 ☐ Médecine du travail ☐ Médecine 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

Des infirmiers en première ligne

Consacrée au personnel infirmier, une nouvelle rubrique voit le jour dans la *Lettre de la SMV*. Elle nous permettra de partager nos expériences, nos questionnements et nos attentes dans notre rôle auprès des voyageurs.

Tous les présidents successifs de la SMV ont souligné le rôle important du personnel infirmier, souvent « en première ligne », dans la prévention. On nous reconnaît des qualités de bon communicateur, mais choisir, en un temps souvent trop court, les messages essentiels et les adapter au cas par cas reste difficile, sans oublier que... « trop d'information tue l'information ».

On peut regretter que les infirmiers, bien que présents au Conseil d'administration et dans certaines commissions, ne soient pas plus nombreux

pour mieux se concentrer sur les situations complexes, de motiver et valoriser les infirmières tout en renforçant la qualité de la préparation au voyage ».

La SMV souhaite, par exemple, travailler sur l'harmonisation des recommandations au sein des pays francophones. Il serait intéressant que nous présentions en parallèle dans cette rubrique, comment travaillent nos collègues infirmiers d'autres pays de l'Union européenne et la place qu'ils occupent.

Cette évolution professionnelle peut



Le personnel infirmier est souvent aux avant-postes, à l'image de ces infirmières de Singapour lors de l'épidémie de SRAS.

au sein de la Société. Les causes en sont diverses, peut-être liées aux différentes priorités de leurs équipes et au fonctionnement pratique des différents CVI.

Il faut que nous soyons plus nombreux à participer à l'évolution de notre profession : une étude est en cours pour développer la « consultation infirmière » avec une plus grande autonomie dans notre travail. Selon les propos de notre Président, Olivier Bouchaud, cette évolution semble inéluctable et bénéfique pour tous : « La complémentarité médecin-infirmière... permettrait de libérer le médecin des tâches bien codifiées

être passionnante et nous devons être nombreux à la préparer. Comment commencer ?

Tout d'abord, découvrir l'intérêt que nous aurions à plus utiliser le site Internet de la SMV et les outils offerts, informations pratiques sur les CVI, cartes ou documents de prévention, référentiels de base, actualités épidémiologiques, annonces de formations et de congrès, et également explorer le questionnaire interactif d'aide à la consultation qui permet d'adapter les messages importants pour chaque type de voyageur vers toute destination. (Si vous n'êtes pas adhérents, demandez l'accès via votre médecin



ESCAIDE

Edinburgh,
24-26 October 2012

**European
Scientific
Conference
on Applied
Infectious
Disease
Epidemiology**

Information and/or registration :

**[http://registration.
escaide.eu/](http://registration.escaide.eu/)**

CVI, puis si vous êtes convaincu, inscrivez vous sur www.medecine-voyages.fr/inscription.php5)

En proposant ensuite de créer une commission spéciale « Infirmiers SMV » donnant une plus grande dynamique de travail et axant les efforts de recherche sur les besoins réels de la profession.

La SMV a mis en place depuis plusieurs années une formation destinée aux infirmiers des CVI dans le but d'harmoniser les différents messages de prévention, les recommandations concernant les vaccinations et les prophylaxies antipaludiques utiles.

Afin de répondre aux attentes d'une autre catégorie d'infirmiers, également soumis aux questions de voyageurs, une autre formation a vu le jour. Les infirmiers d'entreprise qui, sous la supervision des médecins du travail, suivent le personnel d'entreprises internationales partant en mission doivent en effet renseigner, informer, avant, pendant et après les séjours, leur personnel, expatrié ou non, avec ou sans leur famille.

La richesse des témoignages rapportés lors de ces formations nous incite à les partager avec un plus grand nombre. Nous pourrions le faire lors des prochaines éditions de la *Lettre* ou via le Forum de discussion de la SMV. Mais pour que la SMV choisisse

La formation est essentielle.

dès cette mandature des actions à mener spécifiques aux infirmiers, il est nécessaire que nous soyons nombreux à exprimer nos questions et nos attentes.

Les avancées obtenues dans un CVI peuvent être bénéfiques à d'autres, tout comme l'élaboration de nouveaux outils pédagogiques.

Ainsi une infirmière de santé au travail de la Seyne sur Mer nous a rapporté son expérience après une formation SMV puis une autre du Pharo. Le « Carnet conseil aux voyageurs » qu'elle a élaboré pour le personnel de

son entreprise a connu un tel succès que ses dirigeants lui ont demandé de réaliser une sensibilisation collective dans son entreprise, puis a proposé de financer, l'année prochaine, un projet destiné au groupe entier sous la forme d'un film d'animation.

Nous avons tous à apprendre les uns des autres et il est dommage que de telles initiatives restent isolées et méconnues sans bénéficier du soutien de la SMV.

Les formations dispensées par la SMV ont dégagé des bénéfices réinvestis sur de nouveaux projets pédagogiques. Ainsi, au prochain congrès, qui aura lieu en octobre, à Strasbourg, des ateliers pratiques seront ouverts à tous et des experts pourront répondre aux questions les plus souvent posées dans la liste de diffusion de la SMV.

Soyons donc très nombreux à nous faire entendre, participons davantage aux congrès et travaux en cours et portez-vous volontaires, si l'envie vous prend de vous engager un peu plus, au sein de notre nouvelle « Commission Infirmière ».

Nous avons tous et toutes à y gagner, en motivation, en savoir faire et en crédibilité.

En espérant annoncer la mise en route de cette commission dans une prochaine *Lettre* ! Bien à vous.

Albane Perdrix

ICAAC 2012

52nd ICAAC Sept. 9-12 - San Francisco

*Connecting the leading research
of today to the solution of tomorrow*

www.icaac.org



AMERICAN
SOCIETY FOR
MICROBIOLOGY

Remboursement du vaccin contre l'hépatite A : oui... et non

Le vaccin contre l'hépatite A peut désormais être remboursé par la Sécurité sociale. À condition, toutefois, que le bénéficiaire réponde à certaines conditions bien précises.



La vaccination contre l'hépatite A est prise en charge pour ceux atteints d'hépatopathies.

L'arrêté du 27/10/2011 modifiant l'arrêté du 16/09/2004 relatif à la liste des vaccinations prises en charge par l'assurance maladie est paru au *Journal Officiel* du 15 novembre 2011 (hépatite A). Il stipule que :

- le vaccin contre l'hépatite A (VHA) est désormais remboursé pour les personnes atteintes d'hépatopathies chroniques actives, notamment dues aux virus de l'hépatite B et C ;

- le remboursement concerne aussi les personnes atteintes de mucoviscidose, car la prévention des hépatites est essentielle chez ces patients à risque de complications hépatiques.

La vaccination contre l'hépatite A est recommandée chez les patients non immunisés vis-à-vis du VHA, en cas de co-infection par le VHC ou le VHB, d'hépatopathie chronique, chez les patients à risque (homosexuels et toxicomanes intraveineux), et en cas de voyages en zone d'endémie.

Le vaccin ne produit pas d'effets indésirables graves chez les personnes vivant avec le VIH.

Son immunogénicité est réduite pour les patients ayant moins de 500 CD4, ce qui nécessite l'administration d'au moins deux doses de vaccin et le contrôle de la séroconversion après vaccination.

D'autre part, l'article 24 (article

R. 4127-24 du code de la santé publique) du code de déontologie médicale précise de son côté que sont interdits au médecin :

- tout acte de nature à procurer au patient un avantage matériel injustifié ou illicite ;
- toute ristourne en argent ou en nature, toute commission à quelque personne que ce soit ;
- la sollicitation ou l'acceptation d'un avantage en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon direc-

te ou indirecte, pour une prescription ou un acte médical quelconque.

En conséquence de quoi, pour le candidat au voyage en zone d'endémie d'hépatite A non porteur du VHB ou du VHC, porteur ou pas du VIH ou non atteints de mucoviscidose, le vaccin contre l'hépatite A n'est pas remboursé par la Sécurité sociale.

Philippe Bargain

En pratique

Le médecin prescripteur, qui connaît l'état clinique de son patient, doit indiquer « non remboursable » ou « remboursable » sur l'ordonnance qui sera réalisée par le pharmacien, lequel est, quant à lui, dans l'ignorance de la ou des pathologies du patient. Cette mention conditionne pour le patient le bénéfice, ou non, du tiers-payant auprès du pharmacien. Il devra alors régler intégralement au pharmacien 25,25 € pour la dose de vaccin adulte contre l'hépatite A et 16,74 € pour la dose de vaccin enfant, prix administrés depuis la parution de cet arrêté. Auparavant les prix de ces vaccins étaient libres.



Organisées par le GISPE
Groupe d'intervention en santé publique et épidémiologie
à l'Institut de médecine tropicale du Service
de santé des armées

PRÉPROGRAMME

Judi 13 septembre 2012

16h00 - 19h00 SYMPOSIUM

Les ressources humaines :

clef de la lutte contre le VIH/SIDA

Amphithéâtre Yersin/IMTSSA

- Formations des infirmiers (Croix Rouge française-Développement et santé)
- Formations des médecins (Esther-IMEA / RAF-VIH)
- Formations à la dispensation (PAH-SOLTHIS)
- Table ronde e-learning

19 h 00 - 20 h 00 COCKTAIL

Vendredi 14 septembre 2012

9h00 - 12h30 CONFÉRENCES PLÉNIÈRES

Vers l'élimination du paludisme

Amphithéâtre Yersin / IMTSSA

- Le fardeau du paludisme, les moyens mis en oeuvre et les difficultés
- L'épidémiologie du paludisme
- L'immunologie du paludisme
- Le traitement curatif et préventif
- Volet entomologique
- Actualités sur les vaccins

12h30 - 14h30 DÉJEUNER

Mess Bas fort St Nicolas

14h30 - 15h30 FLASHES/PRIX DE THÈSE

**PRIX DE TRAVAIL DE TERRAIN/
POSTERS**

Amphithéâtre Yersin / IMTSSA

16h00 - 18h00 COMMUNICATIONS ORALES

Amphithéâtre Yersin / IMTSSA

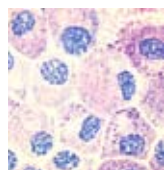
& Amphithéâtre Université de la Méditerranée

POUR TOUTE INFORMATION :

www.gispe.org

actus@gispe.org

Scombrotisme : un risque méconnu et sous estimé



Les toxi-infections alimentaires collectives (TIAC) représentent une menace redoutée par

toutes les collectivités résidant sous les tropiques (militaires, humanitaires, expatriés). Parmi les causes classiques, le scombrotisme, dont la pathogénie est parfaitement identifiée, demeure un risque méconnu et sous-estimé. Dans ce travail, les auteurs rapportent les résultats de l'investigation d'une épidémie de scombrotisme survenue en 2010 dans une enceinte militaire française située à Dakar, au Sénégal.

L'enquête épidémiologique a permis d'identifier 71 cas d'intoxication à l'histamine correspondant à un taux d'attaque de 30 %. Parmi les autres rationnaires, 78 ont été échantillonnés. Les symptômes classiques du scombrotisme ont été observés : érythème (86 %), céphalées (83 %), pouls faible et rapide (59 %), diarrhée (48 %). Ces symptômes sont apparus rapidement après l'ingestion de



Le thon, c'est pas toujours bon !

poisson (de quelques minutes à 3 heures).

L'évolution a été favorable chez tous les patients avec l'administration d'un traitement antihistaminique et/ou symptomatique. Une association significative a été retenue entre la maladie et la consommation de thon (OR 36,3 ; IC 95 % [6,3-210]) avec un risque de maladie augmentant avec la quantité de thon consommée.

Les analyses bactériologiques et parasitologiques des selles des patients diarrhéiques n'ont pas révélé de micro-organismes pathogènes. Aucune contamination par des bactéries pathogènes n'a été retrouvée sur les repas témoins. Le diagnostic de certitude a été confirmé par la mise en évidence d'une concentration en histamine toxique (50 fois la limite autorisée par la réglementation

européenne) sur l'échantillon de thon à l'aide des techniques de chromatographie en phase liquide à haute performance.

Cette épidémie d'importance inégalée illustre la réalité du risque de scombrotisme lié à la consommation de poissons de la famille des scombroïdes chez les voyageurs. Les poissons bleus incriminés ont en commun une forte concentration en histidine libre dans leurs tissus musculaires. Sous l'effet des enzymes secrétées par des bactéries de l'environnement, l'histidine est dégradée en histamine, toxine thermostable. Le risque est majoré par de mauvaises conditions de conservation du poisson et il faut souligner qu'il persiste même après congélation, cuisson, stérilisation et mise en conserve.

Les manifestations cliniques qui miment une allergie expliquent la difficulté du diagnostic, en particulier dans les cas isolés qui sont confondus avec une allergie au thon, voire à l'iode. L'incubation courte, les manifestations cliniques suscitées et le caractère spontanément résolutif en quelques heures sont évocateurs.

Le diagnostic de certitude, repose sur le dosage de l'histamine dans le plasma des patients en phase initiale ou dans l'aliment incriminé. De rares formes sévères ont été rapportées.

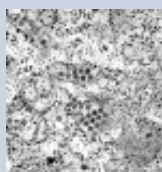
Le traitement repose sur l'administration d'antihistaminiques, la correction d'un choc et l'adrénaline dans les formes graves. Les corticoïdes sont inutiles.

Cette intoxication alimentaire cosmopolite est fréquente, comme en témoigne les données de surveillance françaises des TIAC, qui rapportent plus de 1 400 cas entre 2005 et 2009, dont 13 % ont été hospitalisés. Les praticiens prenant en charge des voyageurs doivent y penser, en particulier lors de séjours dans des pays à faible niveau de contrôle sanitaire.

C. Rapp

Intoxication massive à l'histamine après consommation de thon jaune (*Thunnus albacares*) chez des militaires français au Sénégal. BEH 2011, 45-46 : 5-8. J.-P. Demoncheaux, C. Mazenot, R. Michel.

Aedes albopictus : une nouvelle menace pour le Mexique



Au cours des cinquante dernières années, *Aedes albopictus*, moustique originaire d'Asie du Sud-Est, a pris pied sur tous les continents. Longtemps considéré comme un vecteur secondaire, ce moustique anthropophile s'adaptant à la plupart des climats, vecteur compétent d'arbovirus, peut localement jouer rôle un majeur dans la transmission d'arboviroses (dengue, Chikungunya, etc.). C'est ce que montre cette lettre, qui rapporte la présence nouvelle d'*Aedes albopictus*

dans le nord de la péninsule du Yucatán. Connu à la frontière américano-mexicaine depuis la fin des années 1980, ce moustique n'avait jusqu'à présent pas été rapporté dans la région de Cancun. Son apparition peut s'expliquer par le flux important de touristes et de marchandises en provenance de zones où sa présence est endémique (Floride, Texas).

Cette dissémination pose un problème de santé publique local et international en raison de la forte activité touristique de la région. *Aedes albopictus* étant plus agressif pour l'homme qu'*Aedes aegypti*, sa présence pourrait entraîner un taux de transmission plus élevé de dengue, notamment lors des périodes d'inter-épidémies, dans cette zone hyper-endémique où sont présents les quatre sérotypes de la dengue.

Enfin, leur rôle dans la transmission du Chikungunya est une menace possible pour les populations touristiques non immunes.

G. Mellon

Aedes albopictus Mosquitoes, Yucatan Peninsula, Mexico. Emerg Infect Dis ; 18 ; 3 : 525-6. J. Salomón-Grajales, G. V. Lugo-Moguel, V. R. Tinal-Gordillo et al.



L'arrivée d'*Aedes albopictus* dans le Yucatan pourrait provoquer une recrudescence de dengue.



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^l : Dr Ludovic de Gentile
Trésorière : Dr Fabienne Le Goff

Journée d'automne de la SMV

Les maladies transmises par les tiques Les centres de vaccinations internationales Les actualités sur le paludisme

Organisée par la **Société de médecine des voyages**
D. Christmann, Y. Hansmann, F. Eckmann, C. Hommel
É. Caumes, J.-P. Leroy, M.-C. Receveur, S. Piccoli, L. de Gentile.

Les 5 et 6 octobre 2012

Forum de la Faculté de Médecine, 4 rue Kirschleger, 67000 Strasbourg

PROGRAMME

Vendredi 5 octobre 2012

10 h - 13 h Les maladies transmises par les tiques

- Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur les tiques (Nathalie Boulanger, Strasbourg)
- Les tiques dans le monde (Lise Guern, Neuchâtel, Suisse)
- La borréliose de Lyme en pratique médicale quotidienne (Yves Hansmann, Strasbourg)

10 h 15 - 11 h 45 Pause

- Les Rickettsioses dans le monde, risques chez les voyageurs (Didier Raoult, Marseille)
- Encéphalites à tiques et autres maladies transmises par les tiques (Daniel Christmann, Strasbourg)
- Mesures de prévention contre les morsures de tiques (Nathalie Boulanger, Strasbourg)

13 h - 14 h Déjeuner

14 h - 16 h : Les centres de vaccinations internationales

- État des lieux des CVI en France métropolitaine (Jean-Philippe Leroy, Rouen)
- Présentation du plan d'organisation et préparation d'une campagne exceptionnelle de vaccination, place des CVI (Jean-Marc Philippe, Paris)
- Le Comité des maladies des voyageurs et d'importation

15 h - 16 h 30 Pause

16 h 30 - 18 h

- Actualités thérapeutiques sur le paludisme (Stéphane Jauréguiberry, Paris)
- Actualités épidémiologiques sur le paludisme dans le monde (Jean-François Faucher, Besançon)

Samedi 6 octobre 2012

Ateliers sur inscription réservée aux membres de la SMV, préparés à partir des questions de la liste de diffusion et animés par un expert.

9 h - 10 h 30 Travail en ateliers

- Atelier 1
Anticoagulants et antipaludiques
- Atelier 2
Vaccins vivants et immunodépression
- Atelier 3
Discussion autour de situations pratiques soumises sur la liste

10 h 30 - 11 h Pause

11 h - 12 h 30 Synthèse et discussions

📄 Bulletin d'inscription (au verso)
à renvoyer à l'adresse suivante :

SMV - Laboratoire de parasitologie
Institut de Biologie en santé, CHU
4, rue Larrey
49933 Angers Cedex 9 .



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

Journée d'automne de la SMV 5 et 6 octobre 2012

Forum de la Faculté de Médecine, 4 rue Kirschleger, 67000 Strasbourg

Les maladies transmises par les tiques Les centres de vaccinations internationales Les actualités sur le paludisme

SOUSSION DE PRÉSENTATIONS AFFICHÉES (Poster)

À l'occasion de cette réunion d'automne, la SMV propose un espace pour des **communications affichées**. Vous pouvez soumettre des communications affichées sur les thèmes retenus pour ces journées : pathologie liées aux tiques, activités des CVI, paludisme

- Titre de la communication affichée :
 - Auteurs (souligner l'auteur présentant l'affiche)
- Adresses des auteurs
- Les médicaments cités doivent être écrits en Dénomination commune internationale
- La notion de liens d'intérêts, ou d'absence de liens, avec le sujet présenté doit être clairement indiquée
- Le **résumé** doit nous parvenir **avant le 1^{er} septembre**, sur une page, à l'adresse courriel : christophe.hommel@chru-strasbourg.fr

BULLETIN D'INSCRIPTION

Nom et prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Courriel :

☐ S'inscrit à la réunion d'automne de la SMV du vendredi 5 octobre 2012

☐ Participe aux ateliers prévus le samedi 6 octobre au matin
et joint le **règlement** par chèque bancaire.

• **Membre de la SMV** (préciser le n° d'adhérent :)

Médecin, pharmacien, scientifique : **65 €**

Infirmier (ère) : **40 €**

• **Non membre de la SMV : 80 €**

Pour un règlement après le **15 septembre 2012**, une majoration de **20 euros** sera appliquée.

Bulletin d'inscription à retourner avec le règlement ou un bon de commande à :

SMV – Laboratoire de Parasitologie – CHU

4, rue Larrey

49933 Angers Cedex 9

Contact : 02 41 35 60 97 (mardi et jeudi matins)

**Journée
d'automne
de la SMV
5 – 6 octobre 2012**

Les diarrhées
représentent
une cause
fréquente
de morbi-
dité chez les
voyageurs,

durée moyenne de séjour
était de 23 jours (extrêmes :
4-57). Lors de la consultation
avant le voyage, une pres-
cription d'antibiotiques avait
été proposé à 27 (7 %) voya-
geurs. Trois cent trente cinq
voyageurs avaient emmené
un traitement, majoritaire-
ment du lopéramide (72 %),
des solutés de réhydratation
orale (59 %) ou du charbon
(21 %). Cent soixante d'entre
eux (41 %) ont contracté une
diarrhée de durée médiane



ONLINE REGISTRATION
www.apccmi2012.org

Un fléau pour la lutte antipaludique : la contrefaçon



WHO

La lutte contre la contrefaçon des médicaments est désormais une priorité de l'OMS. Dans le domaine du paludisme, elle est responsable d'une morbidité sous estimée. Dans cet article, les auteurs dressent un constat inquiétant sur la qualité des médicaments antipaludiques disponibles en Asie et en Afrique. Pour ce faire, ils ont passé en revue 28 études publiées sur une période de treize années (1999-2012). En Asie, les sept études ana-

Le prix élevé des produits de bonne qualité, l'absence de législation internationale applicable, l'inexistence de mesures répressives dissuasives et le nombre restreint de laboratoires capables d'effectuer ces contrôles sont des éléments favorisant le développement des médicaments contrefaits. À titre d'exemple, en Afrique, seules trois unités pharmaceutiques (Afrique du Sud, Kenya, Tanzanie) sont accréditées par l'OMS pour l'analyse pharmacologique des antipaludiques, pour 47 pays d'endémie palustre en Afrique.

La contrefaçon des antipaludiques, au-delà des problèmes légaux, induit une augmentation de la morbi-mortalité liée



WHO/M. GRANT

Un antipaludique sur trois testé en Afrique serait inefficace.

lysées (Cambodge, Myanmar, Laos, Vietnam, Thaïlande, Chine, Inde), permettant de contrôler 1 437 échantillons d'antipaludiques (artemeter, artesunate, chloroquine, mefloquine, quinine, sulfadoxine-pyriméthamine, tétracycline). Un défaut de fabrication a été constaté sur 497 échantillons (35 %). Dans un tiers des cas, le médicament ne contenait pas de principe actif.

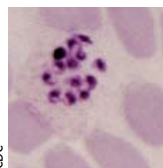
En Afrique subsaharienne, 2 634 échantillons ont été analysés (amodiaquine, artemotil, artemeter, artemesinine, artesunate, chloroquine, mefloquine, quinine, proguanil, pyriméthamine), dans 21 pays. Parmi les 796 échantillons invalides (30 %), on notait une concentration en principe actif trop faible ou trop élevée dans respectivement 15 et 5 % des cas.

au paludisme, provoque la perte de confiance dans les traitements et entraîne l'émergence de résistance réelle ou fictive lors de l'utilisation de formulation sans principe actif efficace.

Les auteurs rappellent la difficulté de réalisation des contrôles, qui nécessitent des méthodes standardisées et un support technique adapté souvent non disponible. Le contrôle qualité des antipaludiques est un problème complexe, pour lequel une approche globale est nécessaire. Des initiatives nationales sont déjà en place, encouragées par l'OMS.

G. Mellon
Poor-quality antimalarial drugs in Southeast Asia and sub-Saharan Africa. *Lancet Infect Dis* 2012 ; 12 : 488-96. Gaurvika M. L. Nayyar, Joel G. Breman, Paul N. Newton et al.

Catastrophe naturelle et profil étiologique des voyageurs : l'exemple d'Haïti



CDC

Dans ce travail du réseau de surveillance épidémiologique des pathologies du voyageur Geosentinel, les auteurs ont étudié l'impact sanitaire du séisme haïtien de janvier 2010 sur les voyageurs ayant effectué un séjour à Haïti dans l'année qui a suivi cette catastrophe naturelle.

Pour ce faire, les événements de santé déclarés dans la base de données en 2010 ont été comparés à ceux des trois années antérieures au séisme. Deux cent quatre vingt voyageurs ont été inclus. Les personnels d'assistance étaient majoritaires durant les deux périodes, mais leur proportion augmentait après le séisme (77 vs. 39 %). Ils s'agissaient de voyageurs plus jeunes, provenant des États-Unis, dont le recours à une consultation de conseil avant le départ était plus élevé (71 vs. 37 %). Comme attendu, les maladies vectorielles (paludisme, dengue) et les diarrhées représentaient les causes les plus fréquentes

de morbidité indépendamment des périodes. Les infections respiratoires et les phénomènes de stress étaient plus fréquents après le séisme. En dépit d'une importante épidémie de choléra, aucun cas n'a été répertorié dans ce groupe de voyageurs.

Pour les praticiens des CVI, ces données confirment trois notions essentielles :

- l'intérêt d'un conseil aux voyageurs adapté ciblant les risques spécifiques susceptibles d'être rencontrés lors d'un séjour en zone de catastrophe naturelle ;
- l'importance de la lutte vectorielle individuelle ;
- la nécessité de porter une attention particulière au dépistage des troubles psychologiques au retour d'un séjour en zone de catastrophe naturelle.

C. Rapp

Characteristics and spectrum of diseases among ill returned travelers from pre and post-earthquake Haïti: The Geosentinel experience. *Am J Trop Med Hyg* 2012, 8:23-28. D. H. Esposito, P. V. Han, P. E. Kozarsky and the GeoSentinel Surveillance Network.

RICAI 2012

32^e Réunion interdisciplinaire de chimiothérapie anti-infectieuse

CNIT - Paris La Défense, France

22-23 novembre 2012

Le grand rendez-vous de la chimio-thérapie anti-infectieuse



RICAI

Renseignements, programme, inscriptions sur :

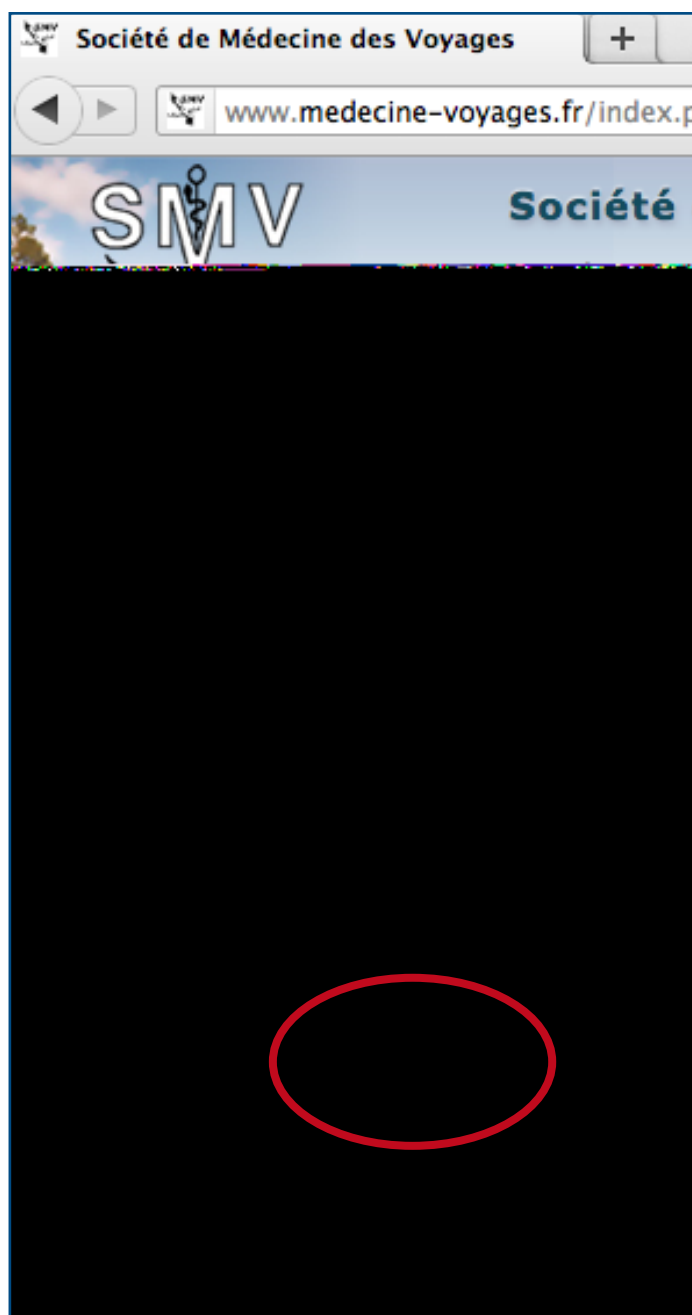
www.ricai.org

Régler sa cotisation par carte bancaire sur le site Internet de la SMV

Malgré l'absence de publicité, le site Internet de la Société de médecine des voyages (www.medecine-voyages.fr) évolue. Cette rubrique vous en présentera régulièrement les différents aspects.

Nous vous rappelons que le navigateur optimal pour le site de la SMV est Firefox®.

L'accès au paiement en ligne pour la cotisation personnelle à la SMV est sécurisé et passe par les pages personnelles. Dans un premier temps vous devez donc vous identifier sur le site. Si vous avez oublié identifiant et/ou mot de passe, au niveau du pavé « Accès Membre », cliquez sur « Mot de passe oublié » puis saisissez ensuite l'adresse mail que vous avez indiqué au moment de votre inscription. Un message contenant votre identifiant et vous indiquant un lien pour redéfinir votre mot de passe vous sera envoyé. Si vous avez changé entre-temps d'adresse mail, merci de prendre contact avec le secrétariat (secretariat@medecine-voyages.fr) qui fera la modification pour vous.

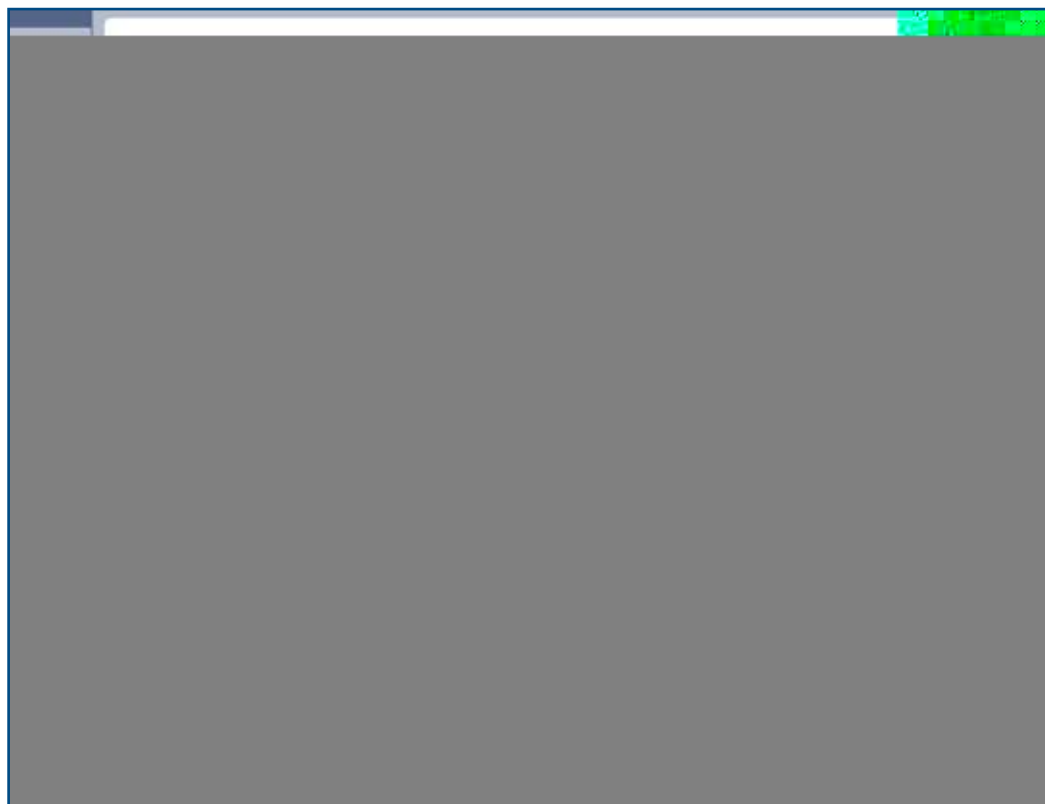


Une fois identifié sur le site, vous avez accès à un plus grand nombre de rubriques à partir de la colonne gauche.

Pour payer facilement votre cotisation, au niveau du pavé « Mon Compte » sélectionner le lien « Renouveler mon adhésion ». Nous verrons ultérieurement les autres rubriques de ce pavé.

Ce lien vous donnera accès à la boutique de la SMV. Pour le moment seul le règlement personnel des cotisations de l'année en cours est possible. Pour les membres pris en charge par une administration, un lien vous permet d'accéder à un bon de commande à remettre au service effectuant le règlement. Ce document dûment rempli doit nous être adressé pour que nous puissions émettre une facture conforme.





Cette opération vous a donc permis d'accéder à la page ci-contre.

Taper 1 en face de la ligne de votre cotisation au lieu du 0 et cliquez sur « Modifier votre panier » puis sur « Valider votre commande » tout en bas (par défaut vous allez payer par carte bancaire). La suite est comme pour tous les paiements par carte bancaire sur un site Internet sécurisé, cliquez sur votre type de carte. Vous serez alors dirigé vers le site sécurisé de règlement en ligne et la suite de la manœuvre sera faite en lien avec la banque. Vous voilà désormais à jour de votre cotisation !

J.-P. Leroy

La Lettre

Les événements

Sondages

Les articles

Comptes-rendus

Les nouvelles

Archives de la Liste

Annuaire des membres

Réunions, Congrès

Inscriptions

Formations

Programmes

Ressources

Renseignements

Vaccins, paludisme - pays

Centre de Vaccinations

Ressources

Mon Compte

Informations Personnelles

Mes Adresses

Publier un document

Modifier mot de passe

Renouveler mon adhésion

Panneau d'administration

Suivi des adhésions

Suivi des publications

Gestion du contenu

Gestion des événements

Cet espace vous permet de renouveler votre adhésion à la SMV et de choisir un moyen de paiement. Il est réservé au règlement à titre individuel. Pour les règlements par un tiers (une collectivité, une entreprise, ...), merci d'adresser un bon de commande au secrétariat de la SMV. Télécharger le Bon de commande pour les règlements par un tiers

Produits	Quantité	Prix Unitaire
Pour information: Les cotisations réduites s'appliquent aux infirmières et aux retraités sur présentation d'un justificatif. La cotisation couvre l'année civile du 1er janvier au 31 décembre. Les Inscriptions pour l'année 2012 sont ouvertes.		
cotisation annuelle 2012	0	60 €
cotisation annuelle réduite 2012	0	30 €

Panier

Le panier est vide.

Montant total de votre commande:

0 €

Moyen de Paiement

☐ Virement
☐ Chèque
☒ paiement en ligne

Payeur et Adresse de Facturation

Modifier le Panier

Valider la commande