

LA LETTRE

de la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DES VOYAGES

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

ÉDITORIAL

Paludisme : vers plus de simplicité et moins d'indications pour l'Asie et l'Amérique tropicale ?



La livraison du *BEH* « Voyageurs » de début juin 2016, reprenant l'évolution de 2015, a apporté une évolution significative des recommandations nationales pour la chimioprophylaxie du paludisme qui ne peut que séduire la SMV. En tout cas, je l'ai été ! En effet, les lignes bougent et la notion de mise en balance du bénéfice par rapport au risque pour le voyageur, notion encore plus importante dans le cadre de la prévention, est clairement posée puisqu'elle a fait l'objet, en partie, de l'Éditorial du *BEH* de 2015. Le bénéfice est bien évidemment l'éviction du risque de paludisme, et le risque est celui des effets indésirables graves inhérents à tout médicament, fût-il connu comme étant le mieux toléré, sans parler de la contrainte, du coût, des éventuelles interactions médicamenteuses et des effets indésirables non graves.

Ce risque incompressible, invisible car tellement rare que pratiquement aucun d'entre nous n'en a jamais vu, est de l'ordre de 1/100 000. Or, dans la plupart des zones touristiques d'Asie et Amérique tropicale, pour un séjour

classique de moins d'un mois avec l'essentiel des nuitées en ville, où l'anophélisme est nul ou quasi nul, le risque de paludisme à *Plasmodium falciparum* pour la grande majorité des voyageurs est du même ordre, voire bien inférieur à ce 1/100 000. Dans ces conditions, exposer un voyageur à un risque d'effet indésirable grave pour un risque de maladie cible équivalent ou plus faible devient illogique voire critiquable. C'est ce qui a conduit beaucoup de nos collègues nord-européens à abandonner ces indications depuis longtemps même si une certaine « pudeur », pour ne pas dire hypocrisie, les faisait maintenir un traitement de réserve bien étrange à justifier et bien difficile à expliquer aux voyageurs. Nos recommandations nationales sont sur ce chemin et, en tant que président de la SMV, je ne peux que m'en réjouir, puisque c'est un message que nous portons depuis plusieurs années, et remercier les collègues du Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation à l'origine de ces recommandations.

Peut-on aller plus loin ? Ma réponse est clairement oui ! Il faudrait en effet accompagner les recommandations, au niveau national et international, d'une réflexion pédagogique qui existe peu car elle se fracasse très vite sur le



SOMMAIRE

ÉDITORIAL

Paludisme : vers plus de simplicité et moins d'indications pour l'Asie et l'Amérique tropicale ? 1

RAPPORTS 2015

Rapport moral présenté lors de l'Assemblée générale du 17 mars 2016 4

Rapport financier 7

MISE AU POINT

Des fourmis et des hommes 9

Antipaludiques chez les patients sous AVK : les précautions à prendre 11

ÉCHO DES CVI

SMU de Paris-Charles-de-Gaulle : un service singulier dans un moindé pluriel 12

MÉMOIRES & THÈSES

Mémorisation des conseils par les voyageurs se rendant en Afrique sub-saharienne 14

Impact des informations sanitaires sur la préparation des voyageurs 14

LU & VU POUR VOUS 15

VEILLE RÉGLEMENTAIRE 16

AGENDA 16



La prévention du paludisme est une vieille affaire en France, comme le montre ce poster datant des années 1910 imprimé par le Service de santé militaire et signé par Benjamin Rabier.

dogme – en grande partie salutaire, qu’il n’y ait pas de doute là-dessus – de l’« *evidence based medicine* », qui postule que rien de ce qui n’est pas démontré ne peut être recommandé.

Là où le bât blesse, c’est que beaucoup de choses ne sont pas démontrables pour de multiples raisons qu’il serait un peu long de détailler ici. Il en résulte que le bon sens n’a pas toujours sa place dès lors qu’on ne peut le démontrer. En conséquence, la plupart des recommandations sont inappliquées, notamment par les non spécialistes, mais aussi par beaucoup de spécialistes – soyons lucides ! – car inapplicables, du fait d’une certaine complexité liée à de multiples sous catégories de situations différentes. Sauf à faire du mauvais esprit en postulant que les recommandations sont plus faites pour protéger les autorités sanitaires que pour faciliter la tâche des praticiens et, au final, rendre

risque de transmission du paludisme dans la population autochtone pour élaborer les recommandations n’est pas forcément très juste alors que les voyageurs ne sont pas exposés de façon comparable. Nous pourrions donc aller vers une simplification plus facile à mémoriser pour les généralistes. Imaginez qu’un jour les recommandations de chimioprophylaxie pour un touriste lambda faisant un séjour court classique soient : « Oui toujours en Afrique, non en Asie et Amérique tropicale ! ». Quel triomphe pédagogique ! Mais d’ici là, le paludisme aura peut-être disparu d’Asie et d’Amérique, ce qui règlera la question !

Bons voyages à toutes et à tous et à bientôt pour notre prochaine Journée de Printemps, qui aura lieu à Paris le 17 mars prochain. Venez nombreux, le programme y sera passionnant.

Olivier Bouchaud, président



Président :
Olivier Bouchaud
Vice-présidente :
Catherine Goujon
Secrétaires généraux :
Paul-Henri Consigny,
Christophe Hommel
Trésorières :
Fabienne Le Goff,
Nadine Godineau
Rédacteur en chef :
Paul-Henri Consigny
Conception, réalisation :
Patrick Chesnet

Rédaction : Philippe Bargain
(Veille réglementaire),
Nathalie Colin de Verdière
(Agenda), Paul-Henri Consigny
(Mise au point), Christophe
Rapp (Lu & vu pour vous)

Ont collaboré à ce numéro :
Philippe Bargain, Olivier
Bouchaud, Paul-Henri Consigny,
Nadine Godineau, Christophe
Hommel, Fabienne Legoff,
Judicaël Marques, Christia
Palacios, Jean-Luc Sanchez

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

Correspondance
SMV
c/o Société de pathologie
exotique BP 50082
75 622 Paris Cedex 13
Courriel :
secretariat@medecine-voyages.fr

Siège social
79, rue de Tocqueville
75 017 Paris

www.medecine-voyages.fr



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

Réunion de Printemps de la SMV

Organisée par la Société de Médecine des voyages

Le 17 mars 2017

Faculté de Médecine Xavier Bichat, amphithéâtre A2 – 16, rue Henri Huchard 75018 Paris

PRÉ PROGRAMME

9 h 30 Accueil

INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET VOYAGE

10 h : Epidémiologie des IST chez le voyageur

10 h 30 : Prévention des IST chez le voyageur

11 h - 11 h 30 : Pause

11 h 30 : Tourisme sexuel : état des lieux

12 h : Comportement du voyageur vis-à-vis du risque sexuel

12 h 30 : Table ronde : L'abord des risques sexuels en consultation de médecine des voyages. Comment dépister les populations à risque ? Quelle prévention proposer ?

13 h - 14 h 15 Déjeuner

14 h 15 - 15 h

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA SMV

- Rapport moral (Olivier Bouchaud, président)
- Rapport financier (Fabienne Le Goff, Nadine Godineau, trésorières)
- Perspectives pour 2017

MISCELLANÉES : VOYAGE ET RETOUR DE VOYAGE

15 h : Quels risques et quelle prise en charge des morsures de singes ?

15 h 30 : Vaccinations rougeole-fièvre jaune chez les jeunes enfants : résultats de l'étude Chronovac

16 h : *Best of* en médecine des voyages

16 h 30 : Actualités en médecine des voyages

17 h 30 : Fin de la journée



BULLETIN D'INSCRIPTION

Nom et prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Courriel :

**Réunion
de Printemps
de la SMV
17 mars 2017**

Tarif

- Membre de la SMV : 30 € (repas sur place inclus)
 - Non membre de la SMV : 50 € (repas sur place inclus)
- Une majoration de 20 euros sera appliquée après le 7 mars 2017.

Règlement

- Règlement par chèque bancaire à libeller à l'ordre de Société de Médecine des voyages
- Bon de commande institutionnel ou d'entreprise dûment rempli
- Récépissé d'ordre de virement sur le compte de la SMV

Bulletin d'inscription à retourner avec le règlement ou un bon de commande à :
SMV – c/o Société de Pathologie exotique
BP 50082
75 622 Paris Cedex 13

Rapport moral présenté lors de l'Assemblée générale du 17 mars 2016

L'année 2015 a été une année tout aussi active que les précédentes pour la SMV.

La description de ses activités peut se décliner en quatre rubriques : recherche, formation, fonctionnement et vie de la Société de médecine des voyages, lisibilité.

RECHERCHE

La SMV est partie prenante de l'étude Chronovac dont l'objectif est de démontrer que, contrairement au dogme établi, la prescription d'un vaccin vivant type fièvre jaune dans les jours et semaines qui suivent la réalisation préalable d'un autre vaccin vivant type rougeole n'a pas de conséquences. Cette étude, principalement orchestrée par Catherine Goujon au titre de la SMV et de l'Institut Pasteur, a fini son recrutement, plus long que prévu du fait de la difficulté à trouver des témoins, et est en cours d'analyse.

Une autre étude également pilotée par C. Goujon utilise la méthode Delphi pour évaluer les pratiques de prescription des vaccins, notamment celui de la fièvre jaune, chez les patients atteints de sclérose en plaques. Un questionnaire évolutif sous forme de plusieurs vagues a été adressé à des neurologues et des infectiologues experts. L'analyse a été faite et le rapport, en cours de finalisation.

La SMV a par ailleurs financé à hauteur de 50 %, soit 2 000 euros, l'étude « Voyagenre », dont l'objectif principal est d'évaluer si le genre a un impact sur l'observance à la chimioprophylaxie.

Enfin, une étude d'évaluation des pratiques dans les Centres de vaccinations internationales va être diffusée via la liste : il sera important qu'un maximum de CVI remplisse le questionnaire pour que cette évaluation soit représentative.

FORMATION

La SMV a continué en 2015 son programme de formation aux infirmières des centres de vaccination internationale. Il est organisé en quatre modules pour le personnel de CVI avec, pour la première fois, une offre d'un quatrième module. L'ensemble de ces sessions équivalait à un DU « Médecine des Voyages » pour la validation du protocole de coopération.

Les deux premiers modules sont

ouverts à tout le personnel infirmier, quelques places étant également proposées au personnel d'accueil gérant les prises de rendez-vous ou répondant aux demandes téléphoniques. Ils comprennent chacun seize heures de formation alternant présentations, discussions autour de cas et échanges sur les pratiques. Le troisième module est réservé aux personnels infirmiers ayant suivi les deux premiers. Il se déroule également sur seize heures et offre une actualisation des connaissances et des mises en situation pratique autour de cas. Le dernier module a pour cible les médecins des CVI et le personnel infirmier ayant suivi l'ensemble des trois modules précédents proposés par la SMV. Il se déroule sur vingt heures et fait appel aux techniques de simulation afin de progresser sur la pratique de la consultation infirmière et sur la coopération entre médecins et infirmiers.

Le module 1, principalement orienté sur la vaccination, a été proposé à Lyon les 5 et 6 mars 2015. Il a accueilli dix-neuf participants. La session a été animée par Claude Hengy, Christophe Hommel, Marie Plisson Sauné, Philippe Bargain et Ludovic de Gentile, avec la participation de Martine Wallon.

Centré autour des maladies vectorielles, le module 2 a réuni quinze personnes les 9 et 10 avril 2015, toujours à Lyon. Claude Hengy, Christophe Hommel, Philippe Bargain et Ludovic de Gentile en ont été les différents animateurs.

C'est à l'aéroport Paris-Roissy Charles-de-Gaulle que s'est tenu, les 8 et 9 octobre 2015, le module 3, en présence de neuf participants, dont quatre avaient suivi les modules 1 et 2 en 2015. Il a été préparé par Philippe Bargain, ce qui

a permis, outre le travail en session, une visite de l'aéroport permettant à chacun de prendre conscience de la vie de cet espace, du parcours et de la prise en charge du voyageur. Philippe Bargain, Claude Hengy, Marie Plisson Sauné et Ludovic de Gentile en ont assuré l'animation.

Le module 4 s'est enfin déroulé à Angers, les 4, 5 et 6 novembre 2015, avec dix personnes, dont deux médecins et une infirmière ayant suivi les trois modules précédents en 2015. Plusieurs points y ont été abordés : aspects organisationnel et réglementaire, rappel de l'intérêt des bases de données « propres et homogènes » pour les études épidémiologiques ; échanges autour de l'organisation de la consultation infirmière ; actualisation des connaissances sur vaccin et prévention du paludisme et, surtout, mise en situation de consultation par la simulation avec alternance mise en situation/débriefing, chaque situation

**Les quatre modules
de formation
aux infirmières des
centres de vaccination
internationale
équivalent à un DU
Médecine des Voyages
pour la validation
du protocole
de coopération.**

ayant été élaborée avec un objectif précis dans la maîtrise de la consultation. Il a eu lieu dans le cadre d'une convention avec le centre de simulation du CHU d'Angers et était animé par Claude Hengy, Christophe Hommel et Ludovic de Gentile. Y sont également intervenus la troupe de théâtre du CHU, Tréteauscope, Eric Mallat, de l'ARS des Pays de la Loire, Sophie Bianchi (Le Mans), Jérôme Berton, anesthésiste et co-responsable du centre de simulation d'Angers, Eva Vadenassi et Samya Sadaoui, infirmières au CVI de La Pitié-Salpêtrière.

Un deuxième type de formation est destiné aux infirmières des services de Santé au travail. Pour des raisons de délais nécessaires à la prise en charge financière de la formation par les entreprises, cette session, prévue en novembre 2015, a été repoussée aux 21 et 22 janvier 2016 et a réuni seize participants.

Le projet de formation pour les généralistes en lien avec la SFMG n'est pas encore concrétisé mais est toujours à l'ordre du jour.

L'infectio-DPC de la Fédération française d'infectiologie n'ayant toujours pas été agréé par l'OG-DPC dans un système globalement complexe et confus, nous ne pouvons toujours pas inclure nos formations dans le cadre de la DPC.

Je rappelle que la commission « Formation-pédagogie » est très importante pour la SMV. À la fois parce que la dimension pédagogique reste primordiale pour nos consultations et qu'il est indispensable d'avoir une offre de formation initiale et, idéalement, de DPC en médecine des voyages. Enfin, cette activité est pourvoyeuse de financement pour la SMV, ce qui contribue à son autonomie.

Le Dr Johann Cailhol, qui exerce au centre médical de l'Institut Pasteur, a accepté de reprendre le pilotage de cette commission. Le Dr Pauline Campa, de hôpital Saint-Antoine, a également accepté de rejoindre ce groupe. C'est l'occasion de remercier ses membres actifs et le duo « pilote » sortant, Philippe Royon et Christophe Rapp, pour toute l'énergie déployée.

FONCTIONNEMENT ET VIE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DES VOYAGESE

La SMV a concrétisé son rapprochement fonctionnel avec la Société de pathologie exotique avec la mise en commun d'un secrétariat, confié à Sylviane Le Gurun, et de nouveaux locaux. L'emménagement a eu lieu fin 2015 à l'hôpital Pitié-Salpêtrière (merci à Éric Caumes d'avoir pu œuvrer pour que ces locaux nous soient attribués).

La Lettre de la SMV a été à la peine en 2015, le cumul de la fonction de rédacteur en chef et de secrétaire général étant en pratique incompatible du fait de la lourdeur respective des deux fonctions. Christophe Rapp a accepté de reprendre le flambeau et on peut le remercier. C'est l'occasion de rappeler aux membres de la SMV qu'ils peuvent faire parvenir à Christophe (rappchristophe5@gmail.com)

tout texte en rapport avec la médecine des voyages pouvant nourrir cette Lettre : synthèse d'un livre, d'une publication, d'un congrès ou d'une conférence, tout autre sujet vous paraissant utile pour les membres de la Société.

Les alertes sanitaires sont toujours disponibles hebdomadairement. Merci à ceux qui s'astreignent à cette veille pour en faire bénéficier les membres. Un projet de partenariat avec l'Institut Pasteur de Lille par le biais de Daniel Camus pour reproduire, en complément de nos alertes, l'équivalent du *Bulletin hebdomadaire international* de l'INVS est en discussion sous le pilotage de Christophe Rapp. Delphine Leclerc a accepté de prendre la suite d'Albane Perdrix pour la commission « Pratiques infirmières ».

Dans ce cadre, un essai d'amendement du protocole de coopération sur le niveau des prérequis des IDE a été envoyé à l'ARS pour faciliter l'accès à ce protocole.

La liste de diffusion garde tout son tonus et sa dynamique sous le contrôle de son webmaster, Jean-Philippe Leroy. Il faut continuer à y participer activement car c'est un formidable forum d'échange d'idées et de pratiques dans l'intérêt général.

Le site vit toujours des heures difficiles dues notamment à des choix inadéquats dans la conception initiale et le contrat de maintenance. Nous ne sommes pas aidés par un prestataire peu disponible et insaisissable. Nous espérons que cette période va s'estomper grâce à certains éléments positifs qui pointent à l'horizon. Des aménagements devraient permettre progressivement de revenir vers un fonctionnement normal. Un de ces aménagements est de pouvoir renouveler sa cotisation en ligne, ce que je vous invite à faire car cela fonctionne très bien, notamment pour ceux qui auraient encore omis de s'exécuter. Par contre, la primo inscription n'est pas encore possible. Nous avons

prévu une réunion de mise au point avec le prestataire pour vérifier avec lui ce qui n'a pas été fait et qui était prévu dans le contrat de maintenance, ainsi que le budget nécessaire pour une mise à niveau. Si les réponses ne sont pas conformes à ce que nous attendons ou si la motivation apparaît insuffisante, nous n'excluons pas de nous retourner vers un autre prestataire bien que cela entraînerait un coût important.

Enfin, les réunions scientifiques ont gardé leur rythme de croisière de deux par année, avec la réunion couplée à l'Assemblée générale du 17 mars 2015 et la réunion d'automne, qui s'est tenue à Bayonne les 25 et 26 septembre 2015 (merci à Sophie Farbos qui fût une parfaite hôtesse locale). Ces réunions d'automne consacrent maintenant le principe d'un travail en atelier, le samedi matin, sur la pédagogie de la consultation du voyage, ce qui reste un des grands objectifs de la mandature actuelle.

Merci à Cécile Janssen qui a accepté de nous accueillir à Annecy les 23 et 24 septembre 2016 en remplacement du projet à Marrakech qui n'a pas résisté à la dure loi de la réalité des choses.

LISIBILITÉ DE LA SMV

Cette partie du rapport moral et d'activité de l'année 2015 me paraît devoir être identifiée à part, car diverses sollicitations montrent que la Société de médecine du voyage est installée comme interlocuteur naturel auprès de diverses institutions, notamment nos autorités de tutelle.

Ainsi, la SMV a été sollicitée pour participer au groupe de travail sur la relance des programmes de vaccination en France.

Alertée par certains de ses membres sur les pratiques inadmissibles de l'organisateur d'une compétition sportive, La Sénégazelle, qui prônait pour ses participants l'utilisation d'un produit appelé Artémisia dénué de toute preuve d'efficacité pour la prophylaxie du paludisme, la SMV a saisi l'ANSM et obtenu en quelques mois un arrêté d'interdiction de ces pratiques publié le 18 février 2015.

La SMV a également été contactée, ce, par l'intermédiaire de son président, pour participer au groupe de travail mis en place par la DGS sur l'harmonisation européenne et internationale des recommandations sur la chimioprophylaxie anti palustre.

Ce groupe de travail a conduit aux nouvelles recommandations prises en juin 2015 qui vont dans le sens d'une moindre prescription de chimioprophylaxie dans les pays à faible risque.

Dans ce cadre, plusieurs membres de la SMV ont commencé à participer à la « Mise au Point sur la prise en charge du paludisme d'importation » lancée fin 2015 par la Spilf pour des recommandations destinées à actualiser celles de 2007.

La SMV est représentée au Coreb et sollicitée dans ce cadre (avis et relecture de documents). Elle a également été invitée à participer au Conseil scientifique du Centre national de référence du paludisme. Le rôle de ce Conseil étant de contribuer à valoriser et réguler les informations scientifiques recueillies sur sa base de données.

Notre Société s'est manifestée auprès de la DGS, de l'ANSM et de la HAS à propos des ruptures de stock itératives de vaccins, notamment celui contre l'hépatite A. Enfin, elle a été conviée à monter une session « Médecine des voyages » aux JNI 2016 à Lille.

Un bilan 2015 plus que satisfaisant, même si l'on pourrait toujours souhaiter pouvoir en faire davantage. Ajoutons que les finances de la SMV, grâce à une gestion saine et rigoureuse, sont très satisfaisantes comme vous pouvez le constater avec le rapport financier qui me permet de remercier Fabienne Le Goff et Nadine Godineau pour l'énorme travail effectué.

Pour finir, on peut annoncer sans crainte de se tromper que les activités 2016 seront tout aussi dynamiques, avec la poursuite sur notre lancée des activités précédemment évoquées.

Le mot de la fin est un remerciement à tous les membres, notamment ceux qui s'investissent dans la vie de la

Rapport financier

Bilan 2015 (en euro)					
Actif (emploi)	Brut	Amortissement	Valeur nette	Passif (ressources)	
Immobilisations	45 564,74	45 564,74	–	Fonds associatifs	50 000,00
Compte courant LCL	29 626,53		29 626,53	Report à nouveau	107 110,47
Compte Livret	57 387,65		57 387,65		
Compte à terme	36 215,12		36 215,12	Excédent 2015	15 754,28
Compte formation	49 635,45		49 635,45		
Total	218 429,49	45 564,74	172 864,75		172 864,75

Compte de résultat 2015 (en euro)			
Dépenses courantes		Recettes courantes	
Étude Voyageur	2 183,89	Cotisations	13 765,00
Amortissements immobilisations	1 066,90	Intérêts	490,53
Groupe d'études en préventologie	4 000,00	Quote part JNI 2014	650,00
Frais secrétariat	4 500,48		
Frais fonctionnement	9 454,04		
IC4,04 Tfs2BT/TT1 1 Tf9 pi.7715 Tm(9)Tj/Spa		3c30 BDC BT/T	26013f4 C

Journées scientifiques 2015 (en euro)

Dépenses Congrès Paris (2015)		Recettes Paris (2015)	
Repas	759,00	Inscriptions	3 050,00
		Sponsors	5 000,00
Total	759,00		8 050,00
Excédent Paris 2015		7 291,00	
Dépenses Congrès Bayonne (2015)		Recettes Bayonne (2015)	
Intervenants	2 309,49	Inscriptions	6 980,00
Salles	900,00	Sponsors	5 600,00
Repas	2 844,06		
Total	6 053,55		12 580,00
Excédent Bayonne 2015		6 526,45	
Reliquat dépenses Toulouse (2014)		Reliquat recettes Toulouse (2014)	
Intervenants		Inscriptions	80,00
Reversement revenu		Sponsors	800,00
Total			880,00
Excédent Toulouse 2014		880,00	

JOURNÉES SCIENTIFIQUES, CONGRÈS

En 2015, la SMV a organisé deux congrès, l'un au printemps, à Paris, couplé avec l'Assemblée générale et l'autre, en automne, à Bayonne.

De manière générale, pour ce qui est des congrès, les recettes des inscriptions permettent de couvrir les dépenses. Ceci n'apparaît pas nettement sur les tableaux, car la SMV est en comptabilité d'encaissement et non d'engagement, il y a donc toujours des reliquats de l'année précédente.

Un excédent de 7 291 euros apparaît pour le congrès de Paris (*voir ci-contre*). Cet excédent se monte à 6 526,45 euros pour celui de Bayonne (*voir ci-contre*).

Il s'agit cependant d'un bilan provisoire car le total des dépenses et des recettes n'aura été finalisé que début 2016. Un tiers des excédents sera reversé à l'équipe de Bayonne, coorganisatrice avec la SMV.

Un reliquat des recettes de 880 euros apparaît pour le congrès qui s'est tenu à Toulouse en octobre 2014 (*voir ci-contre*).

RÉCAPITULATIF 2015

Le dernier tableau (*ci-dessous*) résume l'ensemble des déficits et des excédents pour l'année 2015.

La SMV termine l'année 2015 avec un excédent général de 15 754,28 euros.

L'ensemble du bilan témoigne de la bonne santé des finances de la SMV, permettant à l'association d'assurer son fonctionnement et de poursuivre ses réunions scientifiques, ses actions de formation continue et ses projets de recherche.

Nadine Godineau et Fabienne Le Goff,
trésorières

RÉCAPITULATIF 2015 (en euro)

Déficits		Excédents	
Déficit courant	6 412,78	Formation infirmières	7 469,61
		Congrès Paris 2015	7 291,00
		Congrès Bayonne 2015	6 526,45
		Congrès Toulouse (reliquat 2014)	880,00
Total	6 412,78		22 167,06
Excédent général 2015		15 754,28	



A. WILD FROM ANTWEB.ORG



DR

Fire Ant (*ci-contre*)
ou *Solenopsis invicta*
(*ci-dessus*), certaines espèces
de fourmis peuvent,
par le venin injecté par leur
dard, provoquer des réactions.

Des fourmis et des hommes

On savait les fourmis peu préteuses, depuis Jean de la Fontaine, mais ce n'est pas leur seul défaut. Car elles peuvent se montrer plus que désagréables et entraîner, par leurs piqûres et/ou morsures, des réactions toxiques et allergiques aux conséquences sérieuses, y compris des décès.

Si les tropiques présentent de nombreux attraits pour les voyageurs en quête d'exotisme et de dépaysement, ils recèlent en contrepartie nombre de dangers qu'il leur est souvent difficile d'évaluer par manque d'expérience et de conseils médicaux spécifiques. Parmi ces dangers, il en existe un d'une importance particulière, celui lié aux piqûres d'hyménoptères aculéates, regroupant abeilles, guêpes *sensu lato* et fourmis, insectes dont les femelles sont armées d'un aiguillon vulnérant, vestigial ou absent chez certaines espèces.

Trop souvent, les auteurs de publications médicales ou d'articles grand public de conseils aux voyageurs oublient de citer les fourmis dans les risques de chocs anaphylactiques provoqués par piqûres d'hyménoptères. Or ces insectes, omniprésents dans la nature, possèdent pour certains des venins tout aussi redoutables pour l'homme que celui des abeilles et des guêpes, tant par leurs effets toxiques qu'allergiques. De fait, mal informés, les voyageurs ont tendance à mésestimer les risques allergiques liés à ces

insectes sociaux aptères à l'exception des castes sexuées représentées par les mâles et les femelles ailées lors des périodes de reproduction. Si l'on considère seulement le degré de douleur provoquée par leurs piqûres, il est utile de rappeler que c'est une fourmi néotropicale, *Paraponera clavata*, qui détient le triste record, dans l'échelle de la douleur par piqûre d'hyménoptères de 0 à 4 proposée, en 1984, par l'entomologiste américain Schmidt, de la piqûre la plus douloureuse, d'où ses surnoms de *Bullet Ant* ou de *Hormiga bala*.

Il convient, comme pour les autres aculéates, de distinguer dans les envenimations par piqûre de fourmis deux types de réactions qui peuvent cependant être croisées : la réaction toxique provoquée par la toxicité intrinsèque des venins, qui varie en fonction du nombre de piqûres, et la réaction allergique provoquée par les effets de leurs constituants allergéniques, car une seule piqûre peut suffire. À cela s'ajoute la sensibilité individuelle aux composants de leur venin qui varie d'une personne à une autre.

Au 22 septembre 2016, on dénombrait dans le monde – selon le catalogue du site Internet www.antcat.org de Barry Bolton – dix-sept sous-familles de Formicidae, réparties en quarante tribus, trois cent trente-six genres et plus de treize mille espèces. Au niveau mondial, très nombreuses sont les fourmis pouvant causer des piqûres et/ou des morsures douloureuses sur la peau humaine. En nombre d'espèces ayant un venin algique, c'est la zone néotropicale qui est la mieux représentée.

Quelques espèces sont plus dangereuses encore par les effets allergiques de leur venin et les risques de choc anaphylactique qui peuvent en découler. Bien que les fourmis identifiées à ce jour comme susceptibles d'entraîner ce type de réactions soient peu nombreuses, une vingtaine d'espèces (Klotz *et al.*, 2005), leur vaste aire de répartition et le comportement invasif de certaines d'entre elles les rendent particulièrement dangereuses pour l'être humain.

Par la fréquence et la gravité des réactions provoquées par ces piqûres, lesquelles dépendent bien évidemment de la sensibilité individuelle aux composants de leur venin, les fourmis les plus dangereuses sont sans conteste celles appartenant au genre *Myrmecia*, fourmis endémiques d'Australie et de Tasmanie surnommées par les Anglo-Saxons *Bulldog Ants* ou *Bull Ants* et, pour le Nouveau Monde, au

genre *Solenopsis*, lequel comprend cent quatre-vingt-seize espèces, dont de dangereuses surnommées *Fire Ants*, les fourmis de feu, appartenant au groupe *Saevissima*, responsables chaque année de nombreux décès dans le sud des États-Unis et certainement, bien que non reportés officiellement par les autorités sanitaires, dans les zones néotropicales comme l'Amazonie-Guyanes et les Caraïbes. L'intérêt pour ces espèces pouvant affecter la santé humaine et, plus largement, la vie au quotidien si l'on se place d'un seul point de vue anthropocentrique, naît d'un constat simple : s'aventurer en milieu forestier, qu'il s'agisse d'une végétation primaire ou secondaire, mais aussi en milieu ouvert et savanicole laisse souvent des souvenirs cuisants pour les voyageurs et les expatriés ainsi que pour les populations locales. Il est en effet difficile d'échapper, lors

Réactions cutanées d'origine toxique. , conséquences de piqûres multiples de Solenopsis quelques minutes après un contact provoqué.

Chaque papule correspondant à une piqûre (en haut).

Réaction inflammatoire avec apparition retardée d'un œdème quelques heures après un contact avec un arbre Triplaris, arbre hôte des Pseudomyrmex (en bas).

Paraponera clavata (au centre) est non seulement l'une des plus grandes fourmis au monde, mais c'est aussi celle dont la morsure est la plus douloureuse.

par exemple d'une expédition terrestre ou nautique, quand existe un contact direct avec la végétation, à leur présence dérangeante et envahissante mais aussi à leurs piqûres et/ou morsures. Il ne faudrait pas oublier non plus les espèces invasives, qui peuvent s'introduire dans les maisons ou dans les campements en s'attaquant aux produits alimentaires ou à certains matériels (tentes, hamacs, moustiquaires...) et vêtements (fourmis du genre *Atta*), provoquant parfois une véritable « myrmécophobie » du voyageur et, tout comme les termites en milieu urbain, des dégâts sur les installations électriques.

Les fourmis venimeuses font partie de ces groupes d'arthropodes encore peu connus de la médecine des voyages. Or, pour les médecins chargés de conseiller des patients à risques qui partent sous les tropiques, connaître le mécanisme des envenimations les plus fréquentes et les plus redoutables doit aussi passer par la connaissance de la répartition et de la biologie des espèces les plus dangereuses, ainsi que du fonctionnement et de l'anatomie des appareils vulnérants. La prévention passe par les mesures de protection et la connaissance des conduites à tenir.

Pour ne pas avoir intégré ces données, un médecin français à la retraite, en posant le pied sur une fourmilière, très certainement une colonie de *Solenopsis* du groupe *Saevissima*, est décédé en novembre 2014 sur l'île de Saint-Martin, aux Antilles, où il avait élu domicile depuis une douzaine d'années. Les causes du décès furent attribuées à un choc anaphylactique ayant provoqué un œdème de Quincke. Cet exemple illustre la nécessité pour certains voyageurs de prévoir dans leur trousse à pharmacie un auto-injecteur d'adrénaline.

Jean-Luc Sanchez

Voyageur naturaliste néotropicaliste, expert en analyses de facteurs de risques sanitaires, anthropiques et naturels pour l'Amérique du Sud tropicale et la région Amazonie-Guyanes.
<http://www.amazonie-guyane.com>

An Online Catalog of the Ants of the World. Bolton B. (2014)

www.antcat.org/catalog.

Adverse reactions to ants other than imported fire ants. Klotz J.H., Richard D., Shazo (de) R.D., Pinnas J.L., Frishman A.M., Schmidt J.O., Suiter J.O., Price G.W., Klotz S.A. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2005 ; 95 : 418-425.



J.-L. SANCHEZ



A. WILD FROM ANTIWEB.ORG



Antipaludiques chez les patients sous AVK : les précautions à prendre

ANTIPALUDIQUES		AVK		Warfarine Coumadine®	Acénocoumarole Sintrom®	Fluindinone Previscan®
		Substrats des CYP 2C9, 2C19, 3A4, 1A2, 2C8, 2C18				
Effet intra-érythrocytaire	Quinine			Pas d'interactions		
	Chloroquine - Nivaquine®					
	Amodiaquine - Flavoquine®					
	Méfloquine - Lariam®					
	Halofantrine - Halfan®					
	Artémisinine					
Inh. DHF Red.*	Pyriméthamine - Malocide®			Pas d'interactions		
	Proguanil - Paludrine®	Substrat CYP 3A4 et 2 C19		Précaution d'emploi car augmentation INR		
Associations	Proguanil + chloroquine - Savarine®	P : Substrat CYP 3A4 et 2 C19				
	Proguanil + atovaquone - Malarone®	P : Substrat CYP 3A4 et 2 C19				
	Pyriméthamine + sulfadoxine - Fansidar®					
	Artéméter	Riamet®	Inducteur CYP 3A4 et 2 C19 Inhibiteur CYP 2D6 et 1A2	Pas d'interactions		
	Luméfantrine		Substrat CYP 3A4 Inhibiteur CYP 2D6			
Antibiotique	Doxycycline			Potentialisation de l'effet des AVK par modification de la flore saprophyte		

* Inh. DHF Red. : Inhibiteur de la dihydrofolate réductase

Ce tableau récapitule les interactions des traitements antipaludiques, qu'ils soient prophylactiques ou curatifs, avec les anticoagulants oraux de type AVK. Il a été réalisé avec l'aide du Dr Alt-Tebacher, médecin responsable du centre de pharmacovigilance régional du CHRU de Strasbourg. Il n'inclut pas les nouveaux anticoagulants oraux, faute de données disponibles suffisantes.

**L'APSR
A BESOIN
DE VOUS !**

Les personnels de santé réfugiés, apatrides, bénéficiaires de la protection subsidiaire, ainsi que demandeurs d'asile, déjà frappés par les drames qu'ils ont vécus et la douleur de l'exil, sont particulièrement démunis face aux obstacles que représente la réglementation en vigueur concernant leur profession. Depuis sa création en 1973, **l'Association d'accueil aux médecins et personnels de santé réfugiés** accompagne individuellement chaque année des centaines de personnes, les conseille et les guide dans leurs démarches afin qu'ils puissent réaliser une insertion professionnelle réussie en fonction de leur formation et de leur expérience. Malheureusement les suppressions récentes de subventions mettent en péril notre action alors même qu'il y a plus de besoins.

Soutenez notre action par un don pour nous permettre de poursuivre la défense des droits des personnels de santé réfugiés en envoyant un chèque à l'ordre de l'APSR.

APSR : Hôpital Sainte-Anne, Pavillon Piera Aulagnier, 1, rue Cabanis, 75014 Paris
Tél. : 01 45 65 87 50/Courriel : apsrparis@yahoo.fr
<http://apsr.asso.fr>

Service médical d'urgence de Paris-Charles-de-Gaulle : un service singulier dans un monde pluriel

Citadelle de 3 400 hectares enracinée dans la plaine de France, à 25 kilomètres des tours de Notre-Dame de Paris, l'aéroport Charles-de-Gaulle est une ruche en perpétuelle activité. Avec ses passagers et ses personnels. Mais aussi un Service médical d'urgence prêt à intervenir à tout moment, à n'importe quelle heure du jour et de la nuit.

En 2015, si pour 65 766 986 passagers (+ 3,1 % par rapport à 2014 malgré les attentats de novembre 2015), l'aéroport Charles-de-Gaulle représentait le plus récent des trois tremplins internationaux de la capitale vers le rêve et les pays lointains, pour ceux qui y travaillent, c'est une formidable machine à servir les passagers et le fret aérien. Plus de 85 000 personnes se relaient jour et nuit et en assurent le bon fonctionnement.

Paris-Charles-de-Gaulle, « CDG » pour ses intimes, c'est une multitude de compagnies aériennes, de services, d'entreprises, de commerces, d'administrations. Avec ses personnels, ses pompiers, ses policiers, ses douaniers, ses gendarmes, ses ministres des cultes, ses équipes médicales. Avec son langage et ses rites obligatoires. Grâce auxquels l'homme s'identifie si fortement au territoire.

Dans ses onze aérogares et ses zones de service, ses passagers, avec un nombre indéterminé d'attendants et d'accompagnants, y coexistent sans jamais se confondre avec ses personnels. Et l'on conçoit aisément qu'une telle concentration de personnes aux activités aussi multiples et diverses puisse présenter un taux incompréhensible d'incidents et d'accidents médicaux.

Singulier dans ce monde pluriel, le Service médical d'urgence et de soins de cet aéroport vit au rythme des passages, attentif et vigilant dans le mouvement.

La Direction générale d'ADP, dont il dépend administrativement et financièrement, lui a confié six missions à l'ouverture de la plateforme en 1974 :

- apporter la réponse adaptée à la demande d'aide médicale individuelle, urgente ou non, réelle ou ressentie, formulée par le flux hétérogène des usagers de l'aéroport, sans oublier les demandes inopinées des services de Santé au travail des différentes entreprises implantées sur le site ;
- transmettre l'alerte fiable aux services médicaux extérieurs et faciliter



Intervention conjointe des Services médical d'urgence et de secours et de lutte contre les incendies des aéronefs pour avoir accès rapidement à un patient en cabine.

leur entrée en lice en déclinant le plan de secours spécialisé interne lors de la survenue d'un accident catastrophique à effets limités (Acel) comme un accident d'avion, un attentat, un détournement, l'afflux massif de sujets européens ou autres après une catastrophe lointaine naturelle ou un état de désordre politique (tsunami, problèmes politiques en Côte d'Ivoire, au Liban, au Tchad ou au Burkina Faso, ou encore l'arrivée d'enfants en provenance d'Haïti ou des résidents français de Fukushima, du Tchad, ou de ceux impliqués dans l'accident de car de Cuba etc.) ;

- pratiquer sans rendez-vous les vaccinations contre la fièvre jaune, les méningites A, C, Y, W lors du départ des pèlerins pour La Mecque, ainsi que les consultations de médecine du voyage ;
- assurer l'hébergement médical temporaire des passagers rapatriés sanitaires des sociétés d'assistance, en transit entre deux avions, ou en attente

d'embarquement ou d'évacuation ;

- apporter son appui médical aux services de l'État implantés sur le site (Contrôle sanitaire aux frontières de l'ARS 93, de la Police aux frontières, des Douanes, de la Gendarmerie des transports aériens) dans le cadre de la médecine légale à l'égard des passagers « aliénés migrants en orbite planétaire », des passagers non admis sur le territoire européen ou encore soupçonnés de trafic *in corpore* de stupéfiants, des personnes gardées à vue lors d'affaires judiciaires. Ou encore de ceux des Samu, de la Croix rouge française, du ministère des Affaires étrangères dans leurs missions : accueil et soutien aux réfugiés, premiers examens cliniques des passagers suspects d'être porteurs de maladies transmissibles en cas d'alerte épidémiologique, etc. ;
- servir de terrain de stage extra hospitalier aux étudiant(e)s des Instituts de formation aux soins infirmiers de l'Île-de-France.

Le centre médical de proximité, conventionné avec la Sécurité sociale, reconnu sur la plate-forme sous le terme générique de « SMU d'ADP-CDG », est immergé au terminal 2 F, niveau arrivée, porte 0-17.

Deux équipes veillent lors de la garde de vingt-quatre heures (de 8 heures le matin au lendemain matin, 8 heures), trois cent soixante-cinq jours par an dans le centre. Elles sont chacune constituées d'un docteur en médecine, d'une infirmière de soins, d'un conducteur ambulancier. Un(e) infirmier(ère) coordonnateur médical, présent également sur vingt-quatre heures, coordonne les activités multiples du quotidien. C'est, par vingt-quatre heures, deux médecins de garde, un infirmier-coordonnateur, deux infirmiers de soins, deux conducteurs ambulanciers dont l'un est basé chez les sapeurs-pompiers « en propre » de CDG qui assurent la mission de secours publics par convention avec la BSPP. Chacun, dans sa sphère propre, connaissant les pratiques aisées de la médecine d'urgence, de la médecine générale, de la médecine aéronautique, de la médecine légale du vivant et de celle du voyage.

Au total, quinze médecins de garde à temps partiel, douze infirmières de soins, douze conducteurs ambulanciers, six infirmiers-coordonnateurs médicaux exercent au sein du SMU, assistés d'un médecin-chef de service et de deux secrétaires pour l'échelon administratif, soit quarante-huit personnes en tout.

Trois ambulances de réanimation, la petite colonne d'intervention pour répondre aux quarante-cinq premières minutes d'un accident catastrophique à effets limités (Acel), une salle de déchoquage avec deux lits de première réanimation, trois cabinets de consultation, six chambres d'hébergement, les locaux de vie et d'administration permettent d'assumer la prise en charge des patients et le suivi des différentes missions du Service médical d'urgence et de soins.

Pour l'année 2015, 18 014 consultations de médecine d'urgence et de médecine générale non programmée, 4 012 consultations de médecine du voyage, 19 789 soins infirmiers – dont 3 517 pèlerins vaccinés dans le cadre du Hajj et de l'Omra – ont été délivrés à CDG et 102 hébergements de rapatriés sanitaires en transit, soit un total de 40 478 passages.

La fréquentation du centre se ventile de la manière suivante : 35 % de pas-



Pour les millions de voyageurs qui passent chaque année par l'aéroport de Roissy-Charles-de-Gaulle, le SMU est toujours là. 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

sagers, 57 % de personnels et 8 % de visiteurs.

Gardiennes indispensables d'une citadelle et d'une frontière agitée et bouillonnante, les équipes du Service médical d'urgence et de soins d'Aéroports

de Paris-Charles-de-Gaulle, comme celles d'Orly, assurent, dans ces lieux magiques et organisés que sont les aéroports implantés à la périphérie des villes, la veille sanitaire 24 heures sur 24, 365 jours par an. **Philippe Bargain**

The 15th Conference of the International Society of Travel Medicine



Mémorisation des conseils par les voyageurs se rendant en Afrique sub-saharienne

Une consultation de médecine du voyage préalable au départ est indispensable. Elle permet d'évaluer les connaissances, et les certitudes, du voyageur afin de les renforcer et/ou les corriger.

La consultation de médecine du voyage (CMV) est spécifique car orientée vers l'éducation et la prévention. Les migrants retournant au pays pour visiter amis et proches constituent une population particulièrement à risque de pathologies. Parmi les déterminants de leur comportement préventif, le niveau de connaissances tient une place importante. L'utilisation des degrés de certitude sur la réponse donnée est une nouvelle approche de l'évaluation des connaissances : utilisables (correctes et sûres), inutilisables (incorrectes mais insuffisamment sûres) pour que la personne puisse se baser sur elles pour agir) et nuisibles ou dangereuses (incorrectes et sûres). Notre objectif est d'évaluer l'efficacité de la CMV en matière de mémorisation des connaissances sur les conseils de santé chez les migrants d'Afrique sub-saharienne.

Une évaluation des connaissances avant CMV, après CMV et au retour du voyage, par vingt-cinq questions fermées (vrai/faux) avec degrés de certitudes sur trois thèmes (paludisme, diarrhées, infections sexuellement transmissibles) a été réalisée chez des consultants en médecine du voyage (migrants d'Afrique sub-saharienne, francophones, âgés de 18 ans ou plus). D'avril à juillet 2013, cinquante consultants ont été inclus, dont seize ont eu une évaluation au retour de voyage. On note une majorité de femmes (*sex ratio* : 0,38), d'âge médian de 37 ans, migrants de première génération (88 %), voyageant vers l'Afrique sub-saharienne [Congo, n = 16 (32 %) ; Mali, n = 13 (26 %) ; Côte d'Ivoire, n = 9 (18 %)]. Globalement, on note pour les trois thèmes un bon niveau de connaissance avec haut degré de certitude. L'amélioration des connaissances avant CMV, après CMV et au retour du voyage semble minime hormis sur la connaissance de poursuite de la chimioprophylaxie anti paludique au retour (taux de réponse correcte respectivement de 54, 86 et 94 % avec un haut degré de certitude). Concernant l'absence de vaccination antipaludique, on remarque une amélioration de cette connaissance après CMV mais non maintenue au retour du voyage (taux de réponse correcte de respectivement 43, 62 et 56 %).

Certaines connaissances erronées avec un haut degré de certitude ne semblent pas ou peu modifiées par la CMV et au retour : activité uniquement nocturne de l'anophèle, confusion entre chimioprophylaxie et protection anti vectorielle, absence de transmission du paludisme par le péril fécal. Les seize évaluations au retour de voyage ne

Le paludisme reste encore trop méconnu par les voyageurs.



CCO/ J. GATHANY

semblent pas révéler de modification de ces connaissances erronées à haut degré de certitude.

Dans notre étude, la CMV n'améliore pas le niveau de connaissances déjà très bon en matière de mémorisation des conseils. Les connaissances erronées ne sont pas modifiées et posent le problème de leur utilisation lors du voyage. Avant une CMV, la mesure de l'état des connaissances et des degrés de certitude est indispensable pour cibler les connaissances erronées et renforcer la transmission des messages.

Christia Palacios

Mémorisation des conseils de santé par les voyageurs visitant amis et proches en Afrique Sub-saharienne. Etude quantitative en médecine du voyage avec l'utilisation des degrés de certitude. C. Palacios. *Thèse de doctorat en médecine, CHU Bobigny.*

Impact des informations sanitaires sur la préparation des voyageurs

Une information médicale avant un voyage s'avère utile pour optimiser la démarche préventive des voyageurs, et le médecin généraliste à un rôle important à jouer ici.

Cette étude se propose de donner une vision globale des sources d'information sanitaire et de la démarche préventive des voyageurs internationaux à l'égard de risques courants du voyage.

Une enquête a été réalisée auprès de passagers au départ de l'aéroport de Bâle-Mulhouse. Un indice synthétique personnalisé (IPG) a été créé et donne une vision globale chiffrée de l'adéquation de leur démarche préventive avec les recommandations françaises. Il a été étudié selon les sources d'information consultées.

Les réponses de cent cinq passagers se rendant dans cinquante-et-une destinations différentes ont été analysées. Ils avaient reçu une information médicale (40 %), non-médicale (24,8 %) ou aucune (35,2 %).

Parmi les sources médicales, le médecin généraliste était le plus représenté (78,6 %). L'IPG moyen (43,9 %) était significativement supérieur chez

les passagers ayant bénéficié d'une consultation médicale (53 %). Les médecins généralistes étaient associés à un score de 50,2 %.

L'utilisation d'un indice synthétique est originale dans une étude aéroportuaire. Cependant, les données des divers paramètres qui le composent permettent la comparaison avec d'autres études similaires et montrent la cohérence globale de ces résultats, avec toutefois certaines divergences explicables par la variété des destinations étudiées. Le caractère déclaratif des données recueillies est une limite pratiquement inévitable.

L'utilité de l'information médicale pour améliorer la démarche préventive des voyageurs internationaux est donc établie. Le recours au médecin est important et devrait être recommandé plus largement par les professionnels du voyage. Cependant, les conseils et prescriptions médicales restent améliorables.

Judicaël Marques

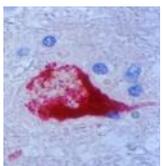
Niveau de préparation globale des voyageurs internationaux et impact des sources d'information sanitaire : enquête au départ de l'aéroport de Bâle-Mulhouse. J. Marques. *Thèse de doctorat en médecine, CHU Strasbourg.*



CDC/DR.S.R. KHAN

Pour ceux vivant dans des zones endémiques, comme ici, au Bangladesh, la vaccination s'avère nécessaire.

Le vaccin inactivé contre l'encéphalite japonaise bien toléré chez les enfants



CDC

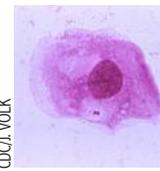
Le vaccin inactivé contre l'encéphalite japonaise Ixiaro® a été utilisé dès 2011 chez les jeunes de moins de 18 ans vivant dans des zones à risque, ce avant

même que les autorités sanitaires n'accordent leur autorisation pour cette tranche d'âge. La tolérance pour cette population est bonne, comme le montre une étude rétrospective réalisée aux États-Unis chez quatre-vingt-douze enfants, avec, au total, cent quarante-cinq doses injectées.

Sept effets indésirables ont été répertoriés, parmi lesquels un seul, l'apparition de fièvre trois jours après la vaccination, semble être en relation avec le vaccin. Aucun effet indésirable grave n'a été signalé. Cela confirme le bien-fondé de l'extension de l'indication pour les enfants accordée outre-Atlantique et en Europe à partir de 2013. Le RCP du vaccin Ixiaro® a été modifié en juillet 2016. Chez les enfants et adolescents, une dose de rappel doit être administrée au cours de la seconde année après la primo-vaccination, c'est à dire entre douze et vingt-quatre mois, avant une exposition potentielle au VEJ. Les jeunes présentant un risque continu d'infection par le virus de l'encéphalite japonaise en raison de leur résidence dans une zone endémique doivent recevoir une dose de rappel douze mois après la primo-vaccination. **C. Hommel**

Tolerability of Japanese Encephalitis Vaccine in Pediatric Patients. Butler S. et al. *Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society* 2016 ; aop : 10.1093/jpids/piw029.

Méningite à méningocoque : penser à un déficit en complément



CDC/ VOLK

Une étude française arrive à la conclusion qu'une recherche d'un déficit

du système du complément devrait être réalisée chez tout adulte présentant une méningite à *Neisseria meningitidis*. Ces déficits sont rares, constituant entre 1 et 7 % des syndromes d'immuno-déficience primaire, et sont le plus souvent diagnostiqués dans l'enfance.

Cette enquête rétrospective, menée entre 2002 et 2015 dans dix-neuf services de médecine interne et de maladies infectieuses, porte sur quarante-et-un cas de déficits en complément révélés par un épisode infectieux à l'âge adulte (patients âgés de 15 à 67 ans), dans trois quarts des cas par une méningite à méningocoque. La moitié de



OMS/R. BARRY

Des déficits en complément peuvent être mis en évidence.

ces patients avait déjà présenté une infection grave avant que le déficit en complément ne soit mis en évidence, dans un cas sur deux une méningite avec signes infectieux sévères, sans que le diagnostic ne soit évoqué. Pour l'autre moitié, aucun épisode infectieux sévère n'était retrouvé dans le passé, indiquant que le déficit en complément pourrait être la conséquence de l'immunosénescence. **C. H.**

Infections Revealing Complement Deficiency in Adults: A French Nationwide Study Enrolling 41 Patients. Audemard-Verger A. et al. *Medicine (Baltimore)* 2016 ; 95 (19) : e3548.

L'immunisation contre les virus de la poliomyélite relancée par le vaccin inactivé



CDC/M. BOYTER

Le vaccin antipoliomyélique inactivé est l'option la plus efficace pour renforcer rapidement l'immunité des enfants vivant dans des zones à risque. C'est ce qu'indique une étude réalisée au Pakistan. Les nourrissons, âgés de 6 mois à 1 an, avaient tous été préalablement vaccinés par le vaccin oral. Le rappel par le vaccin inactivé entraîne une réponse immunitaire sous vingt-huit jours, dans 95 à 99 % des cas. Cette recherche montre qu'un protocole

de rappel associant les vaccins inactivé et oral n'obtient pas de meilleur résultat que le vaccin inactivé seul et que l'association de la vitamine A au vaccin oral n'améliore pas ses performances. Les campagnes mondiales de vaccination ont permis l'éradication presque totale

de la poliomyélite de la surface du globe. Certaines zones restent toutefois à risque, comme c'est actuellement le cas dans les zones d'insécurité du Pakistan et de l'Afghanistan. **C. H.**

Effect of Booster Doses of Poliovirus Vaccine in Previously Vaccinated Children, Clinical Trial Results 2013. Habib M.A. et al. *Vaccine* 2016 ; 34 (33) : 3803-9.



WHO

La vaccination, orale ici, permet de combattre la poliomyélite.

