



LA LETTRE

de la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DES VOYAGES

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

ÉDITORIAL

La révolution de la prévention ?



DR

Il n'aura échappé à aucun des membres de la SMV que le projet « Santé » de ce nouveau quinquennat, si l'on en croit le programme du candidat devenu président, affiche un regard appuyé sur la prévention. Ce programme s'intitule d'ailleurs « La révolution de la prévention et l'accès à la santé pour tous ». Cela tombe bien puisque le champ d'interven-

tion de la médecine des voyages est, pour beaucoup, celui de la prévention. Il devrait donc y avoir matière à valoriser notre dynamique ! Évidemment, notre sempiternel tendon d'Achille est le fait que notre périmètre est celui du voyage, compris pour la majorité du grand public et des décideurs comme lié aux vacances et aux loisirs, surtout, concernant des personnes suffisamment aisées pour s'offrir ces déplacements. Nous savons bien que cette vision ne reflète qu'une partie de la réalité et que beaucoup de voyageurs échappent à cette image.

Outre les professionnels, qui ne sont pas tous liés à de grosses entreprises internationales pouvant sans souci assumer les frais de prévention de leurs employés-voyageurs, nous sommes bien placés pour voir que beaucoup

de personnes à budget limité sont concernés. Si nous voulons remettre sur le tapis la prise en charge par l'Assurance maladie de la prévention des maladies liées au voyage – car vous sentez bien que c'est là où je veux en venir ! –, notre second tendon d'Achille est la difficulté à démontrer que la prévention dans le cadre de la médecine des voyages est « rentable ». Peu d'études dans la littérature et aucune, à ma connaissance, n'a fait une évaluation globale du bénéfice pour la collectivité de prendre en charge les coûts de la prévention des maladies du voyage. Les rares données existantes restent limitées à un risque particulier, le paludisme. Certains se souviennent du travail de notre ami bordelais Thierry Pistonne, qui avait montré que ce pouvait être « coût efficace » (1).

D'un point de vue pragmatique, c'est chez les migrants, essentiellement africains, qui représentent trois quarts des cas de paludisme en France, que cela aurait le plus de sens. Éthiquement et « fonctionnellement », cela va être bien compliqué d'envisager un remboursement « sélectif » ! Quant aux destinations « non africaines », comment justifier de la prise en charge d'une chimioprophylaxie pour des risques inférieurs à 1/100 000 pour les prescripteurs qui ne suivraient pas les nouvelles recommandations de



SOMMAIRE

ÉDITORIAL

La révolution de la prévention ?

1

RAPPORTS 2017

Rapport moral présenté lors de l'Assemblée générale du 18 mars 2017

4

Rapport financier

7

MISE AU POINT

Néotourisme chamanique en Amérique du Sud : attention dangers !

9

Assistance : les bons réflexes

11

ÉCHO DES CONGRÈS

Du comportement sexuel des voyageurs

12

Concertation citoyenne sur la vaccination : quelles retombées ?

13

Aborder les risques sexuels en consultation

15

Risques et prise en charge des morsures de singes

16

Zika et Jeux olympiques

17

ÉCHO DES CVI

CVI du Tonkin : un centre au sein d'une structure libérale

18

ÉCHO DES COMMISSIONS

Formations SMV : un acquis important

19

AGENDA

19



« Prévenir le paludisme et prendre soin de la santé du peuple », proclamait cette affiche chinoise des années 1960... Aujourd'hui, à l'heure de l'accès à la santé pour tous, la prise en charge des voyageurs reste un tendon d'Achille en France.

la SPILF qui entérinent l'abandon de la chimioprophylaxie dans la quasi-totalité des cas pour ces destinations (2) ?...

Côté vaccin, le rapport coût/bénéfice est globalement plutôt défavorable. Compte tenu de la très faible prévalence de la majorité des infections du voyage à prévention vaccinale, les sommes dépensées pour éviter un seul décès ou une forme grave de la maladie cible sont énormes, de l'ordre de plusieurs millions voire plusieurs dizaines de millions d'euros ! Sauf situation très particulière, comme le vaccin contre l'hépatite A chez les patients souffrant d'une hépatite chronique, dont la prise en charge est déjà acquise, il va être bien difficile de défendre l'idée d'une prise en charge des vaccins ce, d'autant que les (rares) dernières données montrent que nos évaluations de risque de référence, toujours basées sur les travaux des années 1980 de Peltola et Steffen, doivent être sérieusement revues à la baisse. Ainsi le risque d'hépatite A est vraisemblablement cent fois moindre, de l'ordre de 3/100 000 (3). Néanmoins, et si nous sommes vraiment dans une nouvelle dynamique de démocratie participative, il serait bien que la SMV tra-

veille sur un tel projet pour le proposer à notre ministère de tutelle. Je lance donc un appel à bonne volonté : celles et ceux qui seraient intéressés par cette réflexion peuvent se manifester auprès du secrétariat de la SMV (secretariat@medecine-voyage.fr) pour former un groupe de travail.

D'ici là bon été à toutes et à tous. Et n'oubliez pas notre rendez-vous automnal des 13 et 14 octobre, à Perpignan, avec un programme qui s'annonce passionnant...

(1) **Reimbursement of Malaria Chemoprophylaxis for Travellers from Europe to Sub-Saharan Africa: Cost-effectiveness Analysis from the Perspective of the French National Health Insurance System.** Pistone T. *et al. Health Policy.* 2008 ; 88 (2-3) : 186-99.

(2) www.infectiologie.com/UserFiles/File/spilf/recos/2017-palu-texte-final-flash.pdf

(3) **Risk of Hepatitis A Decreased among Dutch Travelers to Endemic Regions in 2003 to 2011.** Sane J. *et al. Journal of Travel Medicine.* 2015 ; 22(3) : 208-11.



Olivier Bouchaud

Catherine Goujon

Paul-Henri Consigny,
Christophe Hommel

Fabienne Le Goff,
Nadine Godineau

Christophe Rapp

Patrick Chesnet

Philippe Bargain
(Veille réglementaire), Nathalie
Colin de Verdière (Agenda),
Paul-Henri Consigny (Mise
au point)

Philippe Bargain, Olivier
Bouchaud, Johan Cailhol, Paul-
Henri Consigny, Sabine Genty,
Nadine Godineau, Christophe
Hommel, Bertrand Issartel,
Fabienne Legoff, Marie Plisson-
Sauné, Jean-Luc Sanchez, Jean-
Yves Sagnes

membre-smv@medecine-voyages.fr

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

79, rue de Tocqueville
75 017 Paris



Organisée par la

Vendredi 13 octobre

MALADIES « EXOTIQUES » D'IMPORTATION

9 h 30 : schistosomoses chez les voyageurs, Guillaume Mitta

9 h 50 : quoi de neuf pour traiter les schistosomoses ?

Stéphane Jaureguiberry

10 h : rickettsioses. Évaluation du risque chez le voyageur, Philippe Parola

10 h 30 : leishmanioses : épidémiologie et *guidelines*, Jean-Pierre Dedet

11 h : PAUSE

11 h 30 : évaluation du risque d'endémisation des arboviroses en France (IRD)

ADDICTOLOGIE ET VOYAGE

12 h : nouvelles pratiques de consommation de drogues en voyage

12 h 30 : DÉJEUNER

ACTUALITÉS ET MISES AU POINT

14 h : nouvelles recommandations pour la chimioprophylaxie et la prise en charge du paludisme d'importation,

Olivier Bouchaud

14 h 30 : assistance médicale en 2017, Philippe Bargain

14 h 50 : le patient voyageur sous biothérapie : quels vaccins ?

15 h 20 : mycoses rares chez le voyageur. Revue de la littérature.

15 h 45 : PAUSE

16 h 15 : gestion des AVC à l'aéroport de Roissy, Philippe Bargain

PRÉSENTATIONS DE THÈSE

16 h 30 : comportement des prescripteurs pour la prévention des thromboses veineuses en avion, Fabien Brigant

16 h 45 : quelles sont les attentes d'une application mobile de conseil en santé du voyageur ? Abdelkader Lahmar

ÉVOLUTION DES ACTIVITÉS DES CVI

17 h : impact de la modification du RSI sur l'activité des CVI : qu'en est-il vraiment en 2017 ? Christophe Hommel

17 h 10 : réflexion sur l'évolution des CVI, Thierry Pistone

17 h 30 : débat sur l'évolution du rôle des CVI.

Samedi 14 octobre

9 h : travail en atelier. Trois ateliers sont proposés.

① Pédagogie en Médecine des voyages, Olivier Bouchaud

② Prospectives sur l'évolution des CVI,

Thierry Pistone & Christophe Hommel

③ Particularités de la consultation du voyageur immunodéprimé, Paul-Henri Consigny

10 h 45 : restitution des ateliers et discussion en plénière

11 h 45 : conclusion

BULLETIN D'INSCRIPTION

Nom et prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Courriel :



(préciser n° adhérent) :

Médecin, pharmacien, scientifique :

IDE, étudiants, paramédicaux et médecin à la retraite (sur justificatif) :



Une de sera appliquée



du vendredi 13 octobre et joint le règlement par chèque bancaire ou par bon de commande administratif (repas de midi inclus dans le tarif d'inscription).



du samedi matin 14 octobre.

Merci de noter votre ordre de choix préférentiel (une éventuelle « régulation » sera peut être nécessaire pour équilibrer les groupes). Merci de cocher de 1 (choix préférentiel) à 3 pour chaque atelier.

1 2 3

1 2 3

1 2 3

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

SMV Journées d'Automne 2017 – c/o Société de Pathologie exotique

BP 50082

75 622 Paris Cedex 13

Rapport moral présenté lors de l'Assemblée générale du 18 mars 2017

L'année 2016 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.

La SMV a été partie prenante de l'étude Chronovac dont l'objectif était 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 conséquence. Cette étude, principalement orchestrée par Catherine Goujon au titre de la SMV et de l'Institut Pasteur, est achevée et les résultats ont été présentés lors cette journée.

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 est également terminée.

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. Il semble que ce soit le cas, les femmes se montrant moins observantes.

Enfin, une étude d'évaluation des pratiques dans les Centres de vaccinations internationales a été diffusée *via* la liste, avec un record en termes de taux de réponse, plus de 70 %. Les résultats ont été présentés lors des Journées d'automne d'Annecy, en octobre 2016.

La SMV a continué en 2016 son programme de formation aux infirmières des centres de vaccination internationale. Il est organisé en quatre modules de formation pour le personnel des centres de vaccinations internationales avec, pour la première fois, une offre d'un quatrième module. L'ensemble équivalant 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.

En 2016, trois modules ont été proposés. Les deux premiers à Strasbourg, en mars et avril, avec respectivement dix-sept et douze participants ; le troisième, en octobre, à Roissy, comptait huit inscrits. Il n'y a pas eu de quatrième module puisqu'il avait été fait fin 2015.

Le deuxième type de formation est celui des infirmières des services de Santé au travail. Une session s'est tenue à Paris, les 21 et 22 janvier, accueillant seize participantes.

Le projet de formation pour les généralistes en lien avec la SFMG n'est pas encore concrétisé mais est toujours en construction.

assuré ce long intérim malgré ses fonctions de secrétaire général. Christophe Rapp a accepté de reprendre le flambeau et l'on peut aussi l'en remercier. C'est l'occasion de rappeler à tous les membres de la SMV qu'ils peuvent faire parvenir à Christophe (rappchristophe5@gmail.com) tout texte en rapport avec la médecine des voyages qui pourrait nourrir cette *Lettre* : synthèse d'un livre ou d'une publication, d'un congrès ou d'une conférence, sujet 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, et éventuellement mesvaccins.net pour reproduire, en complément de nos alertes, l'équivalent du *Bulletin hebdomadaire international* de l'INVS est en discussion.

Delphine Leclerc a accepté de prendre la suite d'Albane Perdrix pour la commission « Pratiques infirmières ».

Dans ce cadre, une demande d'amendement du protocole de coopération sur le niveau des pré-requis des IDE et les conditions d'information des voyageurs, l'un et l'autre étant très contraignants, a été envoyée à l'ARS et l'HAS pour faciliter l'accès à ce protocole. Le document est dans les méandres administratifs de ces deux institutions et nous attendons le verdict.

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 un peu difficiles, dues, notamment, à des choix inadéquats dans la conception initiale et le contrat de maintenance. Nous avons enfin pu renouer le contact avec notre prestataire et les aménagements souhaités devraient permettre progressivement de revenir vers un fonctionnement normal. Le renouvellement de la cotisation en ligne fonctionne très bien. La primo inscription n'est, par contre, pas encore possible.

Enfin les réunions scientifiques ont gardé leur rythme de croisière de deux par an, avec la réunion couplée à l'assemblée générale du 18 mars 2016 sur le thème des BMR et la réunion d'automne, qui s'est tenue les 23 et 24 septembre 2016, à Annecy, sur le thème du voyage de l'extrême, laquelle a été un vrai succès (merci à Cécile Janssen, qui fut une parfaite hôtesse locale). Ces réunions d'automne consacrent maintenant le principe d'un travail en atelier, le samedi matin, comportant systématiquement une session sur la pédagogie de la consultation du voyage, qui reste l'un des grands objectifs de la mandature actuelle.

Cette partie du rapport moral et d'activité de l'année 2016 me paraît devoir être identifiée à part. Diverses sollicitations montrent en effet que la Société de médecine des

voyages 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. Par ailleurs, la SMV est cosignataire de l'appel « multi-disciplinaire » dont l'objectif est d'interpeller les décideurs sur le nécessaire renforcement de la politique nationale vaccinale.

La SMV a été contactée par l'HAS, pour donner son avis sur l'évolution du diagnostic biologique du paludisme, et par l'ANSM, pour prendre position sur l'évolution des recommandations sur le diagnostic biologique de la schistosomose.

Plusieurs membres de la SMV ont par ailleurs participé 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. Le texte court a été présenté aux Journées nationales d'infectiologie (JNI) qui se sont tenues fin juin.

Représentée au COREB, la Société de médecine des voyages est également sollicitée dans ce cadre (avis et relecture de documents).

Le président de la SMV a d'autre part été convié à participer au Conseil scientifique du Centre national de référence du paludisme. Le rôle de ce Conseil va être de contribuer à valoriser et réguler les données scientifiques recueillies sur sa base de données.

La Société s'est en outre manifestée auprès de la DGS, de l'ANSM et de l'HAS à propos des ruptures de stock itératives de vaccins.

Enfin, la médecine des voyages, et à travers elle, la SMV, est très présente depuis plusieurs années aux différentes manifestations proposées par la JNI. Ce fût encore le cas en juin 2016, à Lille, avec une session com-

mune avec notre société.

Un bilan plus que satisfaisant pour cette année 2016, même si l'on pourrait toujours souhaiter pouvoir en faire davantage. Ajoutons à cela que les finances de notre Société, grâce à une gestion saine et rigoureuse sont très satisfaisantes, comme vous pouvez le constater avec le rapport financier présenté, ce qui me permet de remercier Fabienne Le Goff et Nadine Godineau pour l'énorme travail effectué.

Pour conclure, on peut annoncer sans grande crainte de se tromper que les activités 2017 seront tout aussi dynamiques, avec la poursuite 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 Société ne serait-ce qu'en participant régulièrement à la liste de diffusion et aux journées scientifiques, mais aussi et surtout aux membres du Conseil d'administration, des diverses commissions et, bien évidemment, de nos deux secrétaires généraux, Paul-Henri Consigny et Christophe Hommel, qui ne ménagent pas leurs efforts et leur temps.

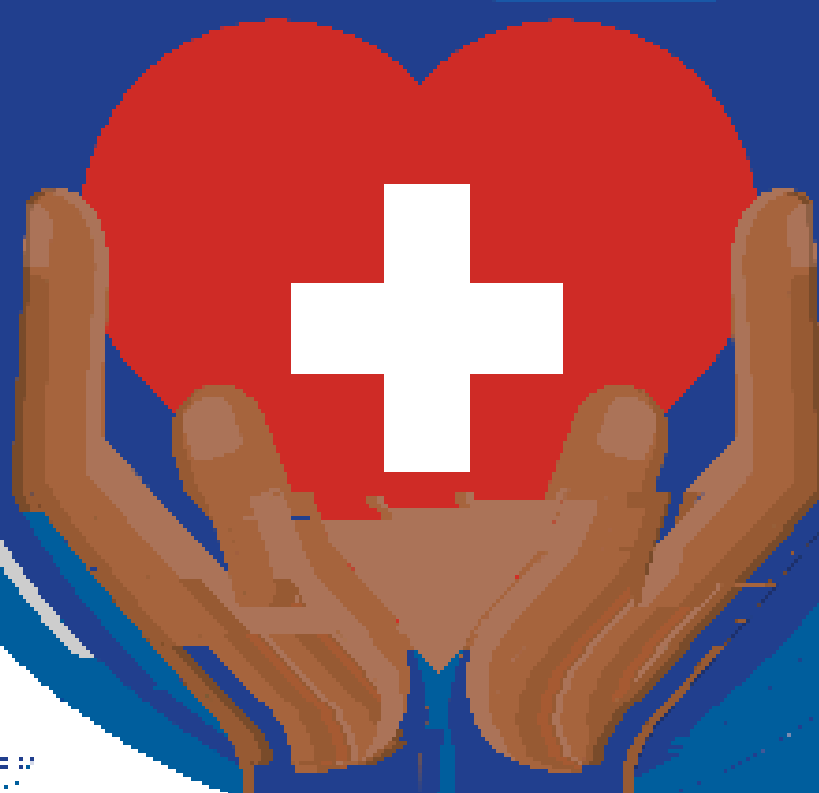
Financement de la santé dans les pays à ressources limitées

&

Les arboviroses au Nord et au Sud

MARSEILLE

7-8 ET 9
OCTOBRE



UNION INTERNATIONALE DE
NUTRITION (UIN) 2017
Mars 2017
www.uin2017.org



Inscriptions et infos :
www.gispe.org
Inscriptions
jusqu'au 15 septembre 2017
inscriptions
jusqu'au 15 septembre 2017

Rapport financier

En préambule, rappelons que la SMV fonctionne toujours en comptabilité d'encaissement. Celle-ci s'effectue sur une année pleine et concerne donc les dépenses et recettes réalisées entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2016.

L'**Actif** s'élève à **235 141, 44 euros** (*voir ci-contre*). Il indique comment est placée la richesse de la SMV.

Les **immobilisations** pour la création du site Internet de la SMV et son développement ont été totalement amorties en 2015. De même que les immobilisations pour l'achat du matériel informatique.

La SMV dispose de quatre comptes au LCL, crédités de **189 576,70 euros** (au 31 décembre 2016) : deux comptes courants, dont un spécialement dédié à la formation, et deux d'épargne (compte livret et compte à terme).

Le **Passif** s'élève à **189 576,70 euros**.

Il représente les ressources :

- le fonds associatif (capital de départ) : 50 000 euros (valeur de deux années de fonctionnement) ;
- le report à nouveau : 122 864,75 euros (capitalisation des ressources depuis la création de l'association) ;
- l'excédent de l'année : 16 711,95 euros (trésorerie disponible pouvant servir à l'approvisionnement des dépenses exceptionnelles ou nouvelles).

Recettes et dépenses courantes (*voir ci-contre*)

En 2016, les recettes courantes, d'un montant total de 16 575,08 euros, proviennent essentiellement des cotisations des membres (environ 250 membres à jour). À noter que leur nombre est légèrement en baisse.

Des intérêts ont été générés par les deux comptes épargnes : livret et compte à terme (CAT). Ceux du CAT sont imposables (ligne de dépense : impôt société égal à 60 euros).

Les dépenses courantes couvrent notamment les frais de secrétariat, à hauteur de 60 % (6 087,54 euros, secrétariat partagé avec la SPE), les 40 % restant seront pris en charge par le compte formation; le loyer (2 015, 98 euros, partage des locaux du secrétariat avec la SPE) ; les honoraires comptables, à hauteur de 60 % (1 728 euros) ; la participation conventionnelle au Groupe d'étude en préventologie (3 000 euros).

Les autres dépenses concernent les frais de fonctionnement courant : frais bancaires et postaux, fournitures de bureau, assurance ainsi que les frais de fonctionnement du CA

Les actions de formation continue concernent les infirmières des CVI et des infirmières du travail. En 2016, deux sessions de trois modules ont été réalisées pour les infirmières des CVI, deux à Strasbourg et une à Roissy-CDG, réunissant vingt-quatre participantes. Une session organisée pour les infirmières du travail, a eu lieu à Paris, en janvier 2016, avec seize personnes (*voir ci-contre*).

(emploi)	Brut	Amortissement	Valeur nette	(ressources)	
Immobilisations	45 564,74	45 564,74	-	Fonds associatifs	50 000,00
Compte courant LCL	44 945,20		44 945,20	Report à nouveau	122 864,75
Compte Livret	57 506,96		57 506,96	Excédent 2016	16 711,95
Compte à terme	36 364,89		36 364,89		
Compte formation	50 759,65		50 759,65		

Honoraires Comptables	1 728,00	Cotisations	16 306,00
Loyer	2 015,98	Intérêts	269,08
Groupe d'études en préventologie	3 000,00		
Frais CA	2 604,70		
Frais secrétariat	6 087,54		
Frais fonctionnement	1 590,95		
Impôt société	60,00		
Total courant	17 087,17		16 575,08

Participation honoraires comptables	1 100,00	Inscriptions	19 800,00
Participation secrétariat	4 058,36		
Module 4 (CVI) Angers	3 438,75		
Fournitures	825,00		
Intervenants	5 268,31		
Repas	2 335,28		
Total	17 025,70		19 800,00

RAPPORTS 2016

Intervenants	330,20	Inscriptions	4 150,00
Salle	240,00	Sponsors	5 600,00
Fournitures	292,52		
Total	862,72		9 750,00

Les inscriptions, pour une somme totale de 19 800 euros, incluent également des reliquats de 2015 encaissés en 2016, notamment pour ce qui concerne le quatrième module organisé à Angers, fin 2015. Les frais de secrétariat et d'honoraires comptables sont pris en charge par le compte formation à hauteur de 40 %.

Le compte formation est quant à lui excédentaire de 2 774,30 euros.

En 2016, la SMV a organisé deux congrès, l'un au printemps, à Paris, couplé avec l'Assemblée générale, et l'autre, en automne, dans la ville d'Annecy.

De manière générale, pour ce qui est des congrès, les recettes des inscriptions permettent de couvrir les dépenses.

Intervenants	1 466,66	Inscriptions	5 760,00
Salle	1 737,60	Sponsors	5 900,00
Repas	3 179,60		
Total	6 383,86		11 660,00

Ceci n'apparaît pas nettement sur les tableaux, car la Société de médecine des voyages est en comptabilité d'encaissement et non d'engagement, il y a donc toujours des reliquats de l'année précédente.

Un excédent de 8 887,28 euros apparaît pour le congrès de Paris (*voir ci-contre*).

Cet excédent se monte à 5 276,14 euros pour celui qui s'est tenu à Annecy (*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 2017.

Un tiers des excédents sera reversé à l'équipe d'Annecy, qui fut, avec notre Société, coorganisatrice de cet

événement.

Des reliquats apparaissent pour les congrès qui se sont tenus à Toulouse en octobre 2014 (versement de sa

quote part à l'équipe organisatrice de la Journée d'Automne : 2 113,68 euros) ainsi qu'à Bayonne en octobre 2015 (versement tardif de trois sponsors pour un montant total de 2 400 euros) (*voir ci-contre*).

Déficit courant	512,09	Formation infirmières	2 774,30
Déficit Congrès Toulouse (reliquat 2014)	2 113,68	Congrès Paris 2016	8 887,28
		Congrès Annecy 2016	5 276,14
		Congrès Bayonne (reliquat 2015)	2 400,00
Total	2 625,77		19 337,72

Le dernier tableau (*ci-contre*) résume l'ensemble des déficits et des excédents pour l'année 2016.

La SMV termine l'année 2016 avec un excédent général de 16 711,95 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.



De vrais « faux » chamans
ayant pignon sur rue
et sur Internet proposent,
une initiation à l'ayahuasca.

Néotourisme chamanique en Amérique du Sud : attention dangers !

C'est la nouvelle tendance dans la région : participer à une cérémonie de l'ayahuasca. Une liane qui a pour particularité de contenir de puissants hallucinogènes, dont les effets peuvent s'avérer mortels. D'autant que les « spécialistes » locaux, qui ont trouvé là un bon filon pour se faire un peu, beaucoup, d'argent, ne maîtrisent pas souvent, leur sujet.

Cette nouvelle forme de tourisme, détournée de son contexte traditionnel mystico-religieux et millénaire, croît de façon exponentielle grâce notamment à des agences virtuelles très actives sur Internet et/ou des tours-operators locaux. Elle s'organise de manière plus ouverte et massive au Pérou et de manière plus discrète ou occultée en Bolivie, en Équateur, en Colombie, au Brésil et au Venezuela. Ce tourisme, que l'on pourrait assimiler à une quête contemplative, s'adresse prioritairement à des voyageurs étrangers dont la majorité est d'origine francophone ou anglophone. Au Pérou, de nombreux Français ont déjà payé de leur vie leur curiosité mêlée à une bonne dose de naïveté. Encore largement mésestimée dans son ampleur – agressions sexuelles, vols aggravés, abandon des victimes en forêt... –, la délinquance associée qui gravite et s'articule autour de ces pratiques dangereuses a également attiré l'attention du Centre de crise du ministère des Affaires étrangères qui en fait écho dans ses « Conseils aux voyageurs ».

Ce néotourisme chamanique sud-américain, que l'on peut aisément se risquer à qualifier de « narco-tourisme », en plus des appellations plus communes de tourisme « spirituel, ésotérique, initiatique, mystique, extatique », semble être apparu sur un plan commercial dans les années 1980, dans la ville de Pucallpa, en Amazonie péruvienne. Plus de trente ans après, on se demande comment nombre de voyageurs lambda pourraient échapper à la tentation d'assister à une cérémonie prétendument rituelle et purificatrice de l'âme et de l'esprit, entourée de pseudo-mystères soigneusement entretenus, dans un contexte et un décorum qui les placent en position de vulnérabilité totale. La « sensibilisation » des voyageurs repose tout d'abord sur la publicité générée par des sites Internet dédiés ou par les réseaux sociaux, sources de renseignements les plus communs et les plus efficaces, ou encore par des ouvrages ou des reportages grand public. Elle se fait aussi de façon directe, comme par exemple au Pérou, pays source,

où il existe tout un arsenal habilement mis en œuvre pour attirer l'attention des prétendants aux voyages ésotériques, de plus en plus nombreux faut-il le préciser ! Le racolage a lieu dans certains hôtels ou écolodges, par l'intermédiaire de rabatteurs et de guides locaux spécialisés, par le biais de brochures ou d'affiches et écriteaux clairement visibles dans certaines agences touristiques, ou, tout simplement par le bouche à oreille entre voyageurs et blogueurs. À cela s'ajoutent des sites de e-commerce, qui proposent toutes sortes de plantes hallucinogènes réduites en poudre, soigneusement dosées, présentées et directement prêtes à l'emploi. On voit qu'ici marketing et packaging ont toute leur place !

Parmi les cérémonies proposées, on trouve notamment celle liée à l'ayahuasca, nom donné à la liane *Banisteriopsis caapi*, espèce la plus utilisée. Une plante considérée comme « Patrimoine culturel de la Nation » au Pérou depuis 2008, mais inscrite au registre des produits stupéfiants en France depuis 2005. Elle est pré-

sentée sous la forme d'un breuvage qui se rapproche davantage, en fonction des plantes qui y sont mélangées, d'un « cocktail médicalement explosif » par les réactions néfastes pour la santé qu'il peut provoquer.

C'est bien cette « cérémonie de l'ayahuasca », connue sous le nom de *natem* en Équateur, de *yagé* en Colombie et de *caapi* au Brésil, sur laquelle il convient d'insister, car c'est la plus communément proposée aux touristes. Il s'agit d'un mélange de diverses plantes hallucinogènes aux effets redoutables quand il n'est pas contrôlé et ingéré par des personnes atteintes soit de troubles psychiques, soit de pathologies chroniques, notamment cardiaques. Les effets at-

sation durant la cérémonie célébrée par le *curandero* ou l'*ayahuasquero*, le « guide spirituel » ou le « gourou », et de l'expérience accumulée par ce dernier. L'un des additifs le plus fréquemment utilisé, et le plus dangereux, est sans conteste le toé ou floripondio, la célèbre *Brugmansia*, une plante arbustive ornementale de la famille des Solanacées, dont le principe actif est un alcaloïde bien connu, la scopolamine, responsable de la majorité des décès, mais aussi d'une partie des actes délictueux et/ou criminels associés de par son effet central sédatif et amnésiant. La symptomatologie varie aussi en fonction de chaque individu, de sa disposition mentale et spirituelle et de son état de santé général.

exemple l'iboga (*Tabernanthe iboga*), un arbuste de la famille des Apocynacées qui se rencontre en Afrique équatoriale, ce qui explique son utilisation ancienne par les peuples Pygmées, et dont le principe actif, l'ibogaïne, contenue dans les racines, est un puissant psychotrope pouvant être responsable de décès. On peut aussi citer le *nu-nu*, poudre à priser à base de végétaux et de champignons hallucinogènes. Parmi les venins animaux utilisés, il y a le *kambo*, ou *sapo*, obtenu à partir de sécrétions toxiques cutanées extraites par exsudation de la peau de la grenouille-singe (*Phyllomedusa bicolor*), et inoculées par voie sous-cutanée sur des points de brûlure. Ces pratiques (*kambo*, *nu-nu*) peuvent être observées en Amazonie, au Brésil comme au Pérou, chez les Matsés (aussi nommés Mayorunas), et leurs effets, notamment pour le *kambo*, aussi redoutables pour des non-initiés, surtout en cas de surdose !

Dans notre monde interconnecté, l'évolution se fait vers l'utilisation isolée ou combinée de produits végétaux ou animaux d'origine géographique diverse et suit « l'optimisation des pratiques » faite à l'occasion de rencontres internationales entre des supposés psychothérapeutes, guérisseurs multiscartes et pseudo-chamans. La ville d'Iquitos en est devenue La Mecque, permettant des échanges de bons procédés et, certainement, de produits divers !

Aujourd'hui, attirés par l'appât du gain et convertis, sans état d'âme, à un business juteux, de nombreux étrangers s'improvisent thérapeutes par le biais de leurs sites Internet. Associés à des chamans locaux qui voient dans ce filon une manière de sortir de leur misère voire de s'enrichir, ils exploitent un commerce lucratif s'il en est, et malheureusement non contrôlé et non réprimé par les autorités locales puisqu'il n'est pas interdit ! Qui en sont les principales victimes ? N'importe qui, en fait, mais plus encore les personnes en recherche d'une vie contemplative avec qui cherchent à « purifier l'âme et le corps » et fuir une société qui leur semble consumériste et conformiste, ou des individus atteints de désordres psychologiques donc, dans un état de vulnérabilité psychique propre à une manipulation mentale.

Voyageur naturaliste néotropicaliste, expert Amérique du Sud tropicale et région Amazonie-Guyanes.



Initiation « chamanique » et dégustation de sécrétions de grenouille-singe (ci-contre) font désormais partie des activités proposées aux touristes.

tendus seront variables selon la composition du breuvage, souvent incertaine. Ils surviennent rapidement, dans les trente minutes après l'ingestion, et leur durée peut être de plusieurs heures, mêlant des effets psychotropes centraux avec des hallucinations, des changements de la perception de la réalité et de la conscience (d'une amplification des perceptions auditives et visuelles jusqu'à des expériences mystiques), des troubles de la mémoire et du jugement, ainsi que des effets périphériques, principalement cardio-vasculaires (tachycardie, tachypnée, élévation de la pression artérielle) et digestifs (nausées, vomissements d'intensité variable, diarrhées modérées ou profuses).

Les réactions du sujet dépendent en fait des méthodes de préparation, des doses utilisées, du nombre et du type d'additifs, du contrôle de son utili-

La cérémonie de l'ayahuasca est par exemple totalement contre-indiquée chez les personnes présentant une cardiopathie et chez les femmes enceintes. Quant à une éventuelle prise en charge thérapeutique efficace en cas de problème majeur, elle dépend de la seule volonté du chaman et de la présence proche d'un hôpital, ce qui n'est pratiquement jamais le cas compte tenu du fait que les rituels se pratiquent en zone isolée et forestière d'Amazonie.

Cette situation se révèle encore bien plus alarmante quand on sait que de nouvelles plantes hallucinogènes et/ou des venins animaux sont régulièrement proposés aux touristes, particulièrement à Cuzco, Pucallpa ou Iquitos. Pour les plantes, il faut citer par

Assistance : les bons réflexes

L'heure du départ approche. Mais avez-vous bien pensé à tout ? Et que couvre exactement votre compagnie d'assistance ? Quelques conseils utiles...

Avant de vous envoler, pensez à vous inscrire sur le portail Ariane du site du ministère des Affaires étrangères (MAE), qui saura vous informer tout autant de dangers sanitaires que politiques. Il est recommandé de prendre sa carte de sécurité sociale européenne et ses médicaments, en quantité suffisante, dans le bagage à main en cabine avec l'ordonnance, ainsi qu'une copie des derniers documents médicaux (ECG, CRO, CRH) sur une clé USB.

En cas de problème, maladie ou accident survenant de manière inopinée et imprévisible, nécessitant des soins sur place, vous devez alerter sans attendre votre compagnie d'assistance.

Même si ce ne sont pas des compagnies d'assurances, ces organismes obéissent au même code légal.

Il existe plusieurs types d'assistance « Voyages » : contractée spécialement pour le voyage, soit par le voyageur, soit par le voyageur ; attachée à la possession et à l'utilisation d'une carte de crédit (Visa, Bleue, MasterCard...) ou à vos assurances personnelles spécifiques (voiture, maison...) ; complémentaires de certaines mutuelles.

Ces compagnies assurent des conseils médicaux par contact téléphonique avec le médecin régulateur, mais aussi la prise en charge des frais médicaux (hospitalisation) dans les structures

sanitaires locales. Elles peuvent également organiser un rapatriement, médicalisé ou non, s'occuper d'un changement de billetterie, de l'envoi de médicament, d'une avance de fonds... Toutes n'offrent pas les mêmes services. Selon leur taille, elles auront plus ou moins de moyens et de réactivité. Le montant de la prise en charge des frais médicaux et d'hospitalisation peut varier, de 10 000 à 350 000 euros, d'où l'intérêt de bien lire le contrat. Enfin, il est important de se faire préciser les prestations non incluses, variables selon les contrats, qui peuvent exclure des pathologies aiguës (psychiatrie) ou chroniques si la maladie préalablement connue a nécessité une hospitalisation dans les trois derniers mois. Là encore, la parfaite connaissance du contrat permettra d'éviter la récusation de la prise en charge.

En cas de besoin, déclarez immédiatement par téléphone le sinistre, maladie ou accident. Vous recevrez alors un numéro de dossier qui permettra de vous suivre. Attention, à ce stade, ne mandatez qu'une seule assistance. Le médecin régulateur vous orientera alors vers un hôpital, proche de l'endroit où vous vous trouvez, ou organisera l'évacuation vers un centre adapté. La prise en charge des frais médicaux, qui peuvent être très élevés dans certains pays,

pourra se faire directement, si l'assistance dispose d'un contrat avec l'hôpital, sinon, un correspondant local pourra servir d'intermédiaire. Au pire, une caution récupérable (empreinte carte bleue) pourra vous être demandée. Si vous avez déjà réglé des soins, gardez les factures qu'il faudra présenter à la sécurité sociale, puis à la mutuelle et, enfin, à l'assistance.

Si le montant des frais médicaux dépasse la garantie de l'assistance mandatée, il faut savoir que les assurances s'additionnent et compléteront les frais médicaux une à une jusqu'à extinction des garanties, ce qui suffit dans l'immense majorité des cas. 4s'il reste un reliquat, une reconnaissance de dette pourra être demandée par la structure hospitalière. Les assurances échangeront les bilans médicaux. Mais c'est la première assistance mandatée qui prendra en charge le rapatriement s'il est nécessaire.

Il n'y a pas de limitation du montant des frais de rapatriement mis en jeu, bien différent du montant des frais médicaux. La date, les moyens, la médicalisation ou non restent de la responsabilité du médecin régulateur de l'assistance, en accord avec les médecins locaux.

Au delà d'avoir avec soi ses documents médicaux, le (les) numéro(s) de téléphone de ses assurances, bien lire les contrats avant le départ, notamment les clauses relatives au montant des prises en charge et aux exclusions, est donc essentiel.

Bulletin d'adhésion

OUI, je souhaite adhérer à la SMV et recevoir

- ☐ 60 €
☐ infirmier(e), retraité, étudiant (joindre un justificatif) : 30 €
☐ (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 :

 Je vous adresse mon règlement par chèque à l'ordre de

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Courriel :

Date :

Signature :

Du comportement sexuel des voyageurs

Finis le temps où seuls les militaires et les marins étaient concernés. La démocratisation des voyages s'est accompagnée de celle des maladies par infections (IST). Hommes, femmes, couples, tout le monde succombe.

Les trois axiomes relatifs aux voyages et à la sexualité sont :

Axiome 1 : « l'attrait de l'exotisme est aussi vieux que l'histoire de l'humanité ». Pensez toutefois aux petits voyages, et pas seulement dans les pays tropicaux : Erasmus, club de vacances...

Axiome 2 : « en vacances, fait ce qu'il te plaît ! ». La rupture spatio-temporelle modifie les comportements et les normes habituelles sont mises entre parenthèses. Des expériences nou-

velles et inhabituelles peuvent être tentées.

Axiome 3 : « la chair est faible ».

Dans le passé, les IST étaient transportées par les marins et les soldats, maintenant tous les voyageurs sont concernés.

Mr et Mme Tout-le-monde, qui peuvent être sollicités, même en couple. Chez les expatriés, le risque augmente avec la durée de la mission, les hommes étant plus concernés que les femmes, mais il ne faut pas ignorer que cela existe aussi. Une étude néerlandaise a montré que, sur des missions de durée supérieure ou égale à vingt-six mois, 41 % des hommes et 31 % des femmes avaient eu des rapports sexuels avec des partenaires locaux ce, pour respectivement 31 et 36 % d'entre eux, sans préservatifs.

L'étude a mis en évidence deux séro-conversions VIH. Ce type de comportements est retrouvé dans plusieurs études.

Chez les militaires, aux transmissions par partenaires locaux, s'ajoute la circulation des IST à l'intérieur des armées.

Enfin, les touristes sexuels, dont « l'objectif essentiel de la motivation est de consommer des relations sexuelles commerciales » (Hall, 1992).

Les faux-alibis sont facilement avancés, tels que « chez eux, la sexualité est une chose naturelle », « grâce à nous, ils mangent à leur faim ». Les pays touchés par ce tourisme particulier sont nombreux. En Asie, la Thaïlande reste le plus concerné, avec deux millions de prostitués, dont au moins trois cent mille mineurs. Chaque année, huit cent mille étrangers viennent profiter de jeunes Thaïlandais(es).

Mais le Cambodge, les Philippines, la Malaisie, l'Indonésie ainsi que la Birmanie, La Chine, l'Inde ou le Sri Lanka ne sont pas épargnés. En Amérique du Sud, la majorité des enfants des rues est victime de cette exploitation sexuelle, en particulier en Colombie, à Cuba et en République dominicaine, où entre 20 et 30 % des clients des prostitués sont des touristes.

En Afrique, Madagascar figure en tête, suivie de la Gambie, du Sénégal et de l'Afrique du Nord, avec Marrakech, au Maroc. Les enfants sont des victimes faciles. Riga, capitale de la Lettonie, la Belgique, la Jonquera, en Espagne, sont également des destinations fréquentées.

Le tourisme sexuel peut se présenter sous trois types de commerce du corps : la prostitution, les voyages

sexuels, qui proposent sur catalogue des services peu communs, et un système de « copinage » aux dangereux effets secondaires.

Tout le monde peut succomber. Les amateurs de tourisme sexuel ne sont pas uniquement des personnes ayant des pratiques sexuelles « déviantes » en temps normal. Il s'agit d'hommes, de femmes (4 % des clients), parfois de couples, d'apparence « bien sous tous rapports » qui se « paient du bon temps ».

Mais il existe aussi un tourisme sexuel assidu, motivé par une activité sexuelle qui ne comble plus ses « adeptes », qui cherchent à pimenter

Concertation citoyenne sur la vaccination : quelles retombées ?

À l'initiative de la ministre de la Santé, une consultation citoyenne sur les vaccins était lancée en 2016. Ses conclusions, qui insistent sur la nécessité d'un programme de vaccinations, ont immédiatement soulevé nombre d'interrogations. Notamment de la part d'une certaine presse et des anti-vaccins. Retour sur la question.

Les objectifs de couverture vaccinale en France ont été fixés en octobre 2014 par le Haut conseil de santé publique (HCSP), qui recommande à 24 mois pour trois doses DTCaPHibHB et Pneumocoque un taux $\geq 95\%$ ainsi que pour deux doses de ROR ; un taux $\geq 75\%$ pour la vaccination complète HPV à 15 ans et pour la vaccination antigrippale pour les personnes à risque et, enfin, un taux $\geq 90\%$ à 24 mois pour le vaccin Méningo C d'ici 2018. Les données de couverture vaccinale les plus récentes issues de plusieurs études montrent que les taux ne sont pas satisfaisants tant chez les nourrissons et les enfants que chez les adolescents et les adultes. Un adolescent vu en consultation dans un CVI a 80 % de « chance » de ne pas être à jour d'un ou plusieurs vaccins classiques. Une étude internationale réalisée en 2016 a permis d'interroger plus de 67 000 personnes dans près de soixante-dix pays avec la question « Faites-vous confiance aux vaccins ? ». La France est malheureusement le pays le plus méfiant au monde, puisque 41 % de la population a répondu négativement. À la question « Pensez-vous que les vaccins sont efficaces et/ou sûrs ? », là aussi, la France arrive en dernière position. Quand une étude récente au Royaume-Uni montre que 94 % des parents faisaient confiance aux vaccins pédiatriques.

La France championne de la défiance

« On adore le faux parce que c'est plus simple », écrivait Erik Orsenna. On peut évoquer les nombreuses crises sanitaires dans notre pays qui ont mis à mal la confiance vis-à-vis des autorités de santé. Contrairement au Royaume-Uni, où les professionnels de santé se réfèrent toujours en premier lieu aux recommandations des autorités sanitaires, leurs homologues français citent moins souvent les leurs comme référence. La France a eu des crises sanitaires, comme celle du médiateur ou, plus tôt, celles du sang contaminé et de la vaccination contre l'hépatite B (qui n'était pas une crise sanitaire) ou encore la mauvaise gestion de la crise H1N1. On peut déplorer une paupé-



Vaccination gratuite contre la variole effectué dans le hall du Petit Journal, en 1905. Aujourd'hui, le temps est à la défiance envers les vaccins.

risation de la connaissance médicale au niveau des médias. Les quelques rares journalistes ayant cette compétence scientifique sont tous pro-vaccinaux. Et c'est encore en France que les messages de désinformation dans les médias, sur Internet et les réseaux sociaux sont les plus nombreux en comparaison aux autres pays. On reprochera enfin l'absence de réponse de l'État, en faillite et en difficulté vis-à-vis de toutes ces polémiques, et le manque de confiance vis-à-vis de l'expertise. Le doute s'insinue partout. À la suite de deux rapports (Cours des comptes, Rapports Hurel) préconisant un changement dans la politique vaccinale, la ministre de la Santé a confié au professeur Alain Fischer l'organisation d'une concertation citoyenne sur la vaccination. Celle-ci s'est déroulée en 2016 et s'est appuyée sur des enquêtes d'opinion et deux jurys, l'un de professionnels de santé, l'autre représentant la société. Un espace participatif sur le site de la concertation citoyenne permettait à chacun de poser des questions ou d'apporter des commentaires sur les vaccins. Les conclusions présentées le

30 novembre dernier insistaient sur le caractère « impératif » et « indispensable » du programme de vaccination, nécessaire tant à la protection des individus que de la collectivité, et recommandaient un élargissement temporaire de l'obligation vaccinale avec clause d'exemption jusqu'à ce que les conditions soient réunies pour une levée de l'obligation.

Cette annonce a déclenché une avalanche de critiques et de désinformations de la part des anti-vaccinaux et de certains journalistes critiques des lobbys pharmaceutiques qui les soutiennent, crient au scandale pour l'obligation de onze vaccins... Toutefois de nombreuses sociétés savantes et des Académies ont cosigné un communiqué de presse en faveur des conclusions de la concertation citoyenne. Si beaucoup d'experts et spécialistes des vaccins étaient depuis quelques années déjà favorables à la suppression de l'obligation vaccinale, ils ont tout de même co-signé, à travers leur société savante, l'élargissement de l'obligation vaccinale pour un principe de réalité. Il est regrettable que la Société de santé publique

ne partage pas cette vision. Or des enquêtes menées auprès de jeunes parents ont montré que la suppression de l'obligation vaccinale entraînerait la décision de ne pas vacciner les enfants pour 20 % d'entre eux.

Imbroglia sur le vaccin DTP

Depuis de nombreuses années, la demande de disposer d'un vaccin DTP sans adjuvant à base de sels d'aluminium et sans formaldéhyde pour satisfaire aux seules obligations vaccinales des enfants est une question récurrente de certains parents et d'associations auprès des autorités de santé. En France, seules les vaccinations contre la diphtérie, obligatoire depuis 1966, le tétanos (primo-vaccination et rappel chez les enfants de moins de 18 mois), obligatoire depuis 1940, et contre la poliomyélite (primo-vaccination et rappels jusqu'à l'âge de 13 ans), obligatoire depuis 1964, sont obligatoires, conformément aux articles R3111-2 et L3111-2 du Code de la santé publique. Le vaccin DT Polio Mérieux, distribué auparavant par le laboratoire Sanofi Pasteur MSD pour satisfaire à ces obligations vaccinales, a été suspendu en 2008 en raison de complications allergiques.

Par ailleurs, le calendrier vaccinal français recommande la vaccination des nourrissons contre trois autres maladies : la coqueluche, les infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b et l'hépatite B. L'utilisation des vaccins dits hexavalents (Infanrixhexa, Hexyon) est privilégiée, car ils confèrent une protection contre l'ensemble des maladies à prévention vaccinale citées ci-dessus, que ce soit dans le cadre d'obligations ou de recommandations vaccinales. Ils évitent la multiplication des injections vaccinales tout en exposant le nourrisson à un nombre plus faible d'antigènes que dans les années 1980. Le vaccin coquelucheux entier qui était alors utilisé pour vacciner les nourrissons contenait à lui seul, par exemple, un nombre beaucoup plus élevé d'antigènes que l'ensemble des vaccins utilisés aujourd'hui.

Dans des avis datés du 13 mars 2013 et du 6 mars 2014, le HCSP estimait que l'obligation vaccinale a pour inconvénient de ne pas privilégier la prévention des maladies à prévention vaccinale dont le poids épidémiologique est le plus important aujourd'hui. Ainsi, cette obligation pourrait contribuer à faire croire que les vaccins recommandés sont facultatifs et moins impor-

tants que ceux qui sont obligatoires. Ce paradoxe est spécifiquement français. Au sein de l'Union européenne, tous les pays recommandent la vaccination contre la coqueluche et *Haemophilus influenzae* de type b et obtiennent des couvertures vaccinales élevées contre ces maladies. Tous ont une politique vaccinale contre l'hépatite B, soit universelle et s'adressant à tous les enfants pour une majorité d'entre eux (dont l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie, la Grèce et la Pologne), soit centrée sur les personnes à risque pour d'autres pays (notamment au Royaume-Uni).

Sécurité des vaccins contenant les valences D, T et P

Le formaldéhyde fait l'objet d'une polémique en raison de sa classification comme probable carcinogène humain et de son effet irritant lors d'une exposition chronique par voie respiratoire. Les vaccins contre le tétanos et la diphtérie utilisent une toxine détoxifiée par le formaldéhyde, lequel est également utilisé pour inactiver le polio virus dans le processus de fabrication du vaccin contre la poliomyélite. Dans tous les cas, le formaldéhyde est ensuite éliminé mais peut persister à l'état de traces. Il faut noter qu'il n'était pas moins présent dans le vaccin DT Polio Mérieux que dans les autres vaccins contenant les valences D, T ou P combinées à d'autres valences. Dans ces conditions, la polémique concernant la présence de ce produit dans les vaccins est sans fondement ce,

d'autant plus que le formaldéhyde est naturellement présent dans le corps humain comme la résultante de divers processus biochimiques : sa concentration dans le sang est sans commune mesure avec les quantités infimes contenues dans les vaccins.

Le HCSP estime également, dans un rapport daté du 11 juillet 2013, que les données scientifiques disponibles ne permettent pas de remettre en cause la sécurité des vaccins contenant de l'aluminium, au regard de leur balance bénéfices/risques. Les publications concernant des séries de cas de myofasciite à macrophages de l'adulte proviennent d'une seule équipe, française, dans le monde. Le lien entre la vaccination et la présence dans les muscles de granulomes contenant de l'aluminium est reconnu, mais aucune étude ne permet d'affirmer le lien de causalité entre les signes cliniques rapportés et la présence de granulomes contenant de l'aluminium. La symptomatologie décrite par cette seule équipe concerne principalement des adultes exposés à un nombre élevé de vaccinations contenant de l'aluminium – cinq en moyenne – dans les dix années antérieures. Cette symptomatologie n'est pas rapportée chez les nourrissons qui, pourtant, reçoivent proportionnellement plus d'aluminium provenant des vaccins, en particulier dans les pays qui ont ou ont eu des schémas vaccinaux comportant un plus grand nombre d'injections, comme les États-Unis.

Des vaccins hexavalents permettent de réduire le nombre de vaccinations.



Rendre disponible le vaccin DTP ? Souhaitable ? Réaliste ?

En 2014-2015, plus de 90 % des nourrissons ont été vaccinés contre l'hépatite B et ont donc reçu un vaccin hexavalent. Parmi les 10 % restants, la plupart a reçu un vaccin pentavalent. Le vaccin DTP est demandé par ceux qui ne veulent que les vaccins obligatoires, soit 2 à 3 % de la population française. Pour répondre aux demandes de doses de vaccin trivalent DTP, le laboratoire Sanofi Pasteur a mis à disposition, sous forme de kits, des doses de vaccins DT (DTVax) et des doses de vaccin monovalent Polio (Imovax Polio). En 2016, 2 362 de ces kits spécifiques ont été délivrés. Une nouvelle demande a été adressée à la ministre de la Santé en novembre 2016 de disposer de vaccins DTP sans adjuvant. Demande rejetée par celle-ci en février 2017. Le Conseil d'État a alors été saisi pour faire annuler la décision de la ministre.

Par décision en date du 8 février 2017, le Conseil d'État invalidait cette décision ministérielle et contraignait alors l'État à rendre disponible, dans un délai de six mois, les vaccins correspondant aux seules obligations vaccinales. Par ailleurs, il rejette les allégations des requérants sur le risque environnemental avec la présence d'adjuvant et de formaldéhyde (article 5 de la Charte de l'environnement) et le risque d'atteinte à l'intégrité de la personne en raison de la commercialisation de vaccins comportant des adjuvants et des valences non obligatoires (article 223-1 du Code pénal).

La loi de Modernisation du système de santé 2016, dans ses articles L5121-31 et L5121-32, indique que « les titulaires d'autorisation de mise sur le marché et les entreprises pharmaceutiques exploitant des médicaments doivent élaborer et mettre en œuvre un plan de gestion des pénuries pour les vaccins dont la liste est fixée par le ministre chargé de la Santé ». L'État peut sanctionner les laboratoires qui ne satisfont pas aux obligations. Il peut également demander à l'Agence nationale de santé publique, suivant les compétences de l'ancien Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires, d'assurer l'acquisition, la fabrication, l'importation et la distribution de médicaments donc,



Le vaccin DTP n'est plus utilisé seul, mais associé à d'autres.

de vaccins, pour faire face à leur commercialisation ou production insuffisante.

Cependant, la mise à disposition du vaccin DTP dans un délai de six mois n'est ni souhaitable, ni réaliste. Elle n'est pas souhaitable, car ne pas vacciner les nourrissons contre les infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b, contre la coqueluche et contre l'hépatite B serait une perte

de chance pour les enfants au vu de l'efficacité de ces vaccinations. Depuis l'introduction en France de la vaccination anti-*Haemophilus influenzae* de type b, en 1992, le taux d'incidence annuel des méningites chez les enfants de moins d'un an est passé, par exemple, de 25 à 0,6 pour 100 000 personnes en 2008. Elle n'est pas réaliste car il n'est pas raisonnable de penser que l'État puisse rendre disponible le vaccin DTP dans un délai de six mois, alors que le DT Polio Mérieux n'est plus fabriqué et qu'aucun pays dans le monde ne réalise la vaccination avec le vaccin DTP seul, sans combinaison à d'autres valences.

Dans ces conditions, il ne reste que deux possibilités : l'abandon de l'obligation vaccinale contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, qui nécessiterait un simple décret, comme cela a été le cas pour la suppression de la vaccination contre la tuberculose en 2007, ou bien son extension aux autres vaccinations de l'enfant, qui passerait obligatoirement par une loi. C'est la recommandation du Comité d'orientation de la concertation citoyenne, qui propose toutefois de compléter cette extension par une clause écrite d'exemption. Mais il semble que l'adjonction d'une telle clause ne soit pas simple sur le plan juridique.

Aborder les risques sexuels en consultation

Pas évident de parler « sexe » avec les futurs voyageurs. Mais si le sujet reste encore tabou pour beaucoup, les imprudences continuent. Le message a du mal à passer.

Les centres de vaccination ont des expériences différentes. Certains mettent un affichage ciblé sur le risque pénal et de la documentation à disposition, d'autres n'abordent pas du tout le sujet. L'affichage et les dépliants dans la salle d'attente signifiant le devoir de signaler et le rappel de la loi, même dans un contexte local, peuvent avoir un impact sur le touriste occasionnel qui aura peur du retour.

Identifier les personnes à risque de rapports sexuels, notamment non protégés, a un intérêt dans la prévention, mais le type d'intervention efficace n'est pas clairement identifié. Une approche pédagogique par photo et vidéo, comme pour le tabac ou les AVP, pourrait être utilisée mais les voyageurs pensent connaître le sujet. Les avertissements simples ne sont pas écoutés, il faudrait donc utiliser des messages choc.

Il serait aussi possible de recourir à une stratégie détournée (vaccin hépatite B, zika) pour parler sexualité au cours de la consultation après avoir abordé les sujets classiques (paludisme, turista, etc.).

Une autre suggestion serait d'employer une approche

standardisée à partir d'un questionnaire à remplir avant la consultation, permettant de choisir les sujets que le patient a envie d'aborder, y compris la sexualité en voyage. Quand cela se fait, il semble que ceux-ci acceptent facilement la discussion, mais l'abord des questions des pratiques sexuelles reste tabou pendant les consultations.

Les humanitaires et les adolescents, même ceux consultants avec leurs parents, font parties des personnes à risque à informer. Il ne faut pas les oublier. En termes de prévention, en dehors de l'abstinence, le préservatif reste la recommandation de base.

La question du signalement par le médecin qui a connaissance d'un rapport sexuel avec mineur(e), éventuellement à l'occasion d'une IST, ne pose pas de problème éthique. Le signalement est une décision personnelle, mais chacun a obligation de signaler une atteinte à un(e) mineur(e). Cela fait partie des dérogations au secret médical et nous pourrions être condamnable de ne pas le faire. Un signalement n'est pas une condamnation.

Risques et prise en charge des morsures de singes

Rares, voire très rares, les pathologies dues au contact des primates ne sont pourtant pas à négliger. Surtout lorsque l'animal en question est sauvage.

Les primates sont classés en deux sous-ordres : les Strepsirrhiniens, les ex lémuriens, et les Haplorrhiniens, tous les autres dont l'homme. Cela représente douze familles et, en tout, cent quatre-vingt espèces de primates non humains.

Les primates non humains (PNH) peuvent transmettre des zoonoses par voies respiratoire (tuberculose, virus respiratoires), oro-fécale (*Salmonella*, *Shigella*, *Yersinia*...), cutanée (ectoparasites, teignes) ; par morsure (dermo-hypodermite liée à la flore buccale, rage, virus de l'herpès B).

L'incidence des infections bactériennes de la peau et des parties molles après morsure de PNH non connue est estimée à 20-25 %, comme après une morsure humaine. On retrouvera comme germes *Pasteurella*, *Staphylococcus aureus*, *Clostridium tetani*...

Lors de la prise en charge, il faut laver et parer la plaie, vérifier le statut antitétanique. Une antibioprophylaxie est recommandée si la prise en charge de la plaie est tardive (supérieure à 6 heures), la morsure, profonde, ou si c'est une morsure de chat (morsure de primates ?) par Amoxicilline et acide clavulanique sur cinq jours ou Doxycycline et métronidazole au cours de la même période.

Les primates sont des vecteurs potentiels du virus de la rage mais non réservoir. La transmission humaine de la rage par les primates est possible en zone d'endémie, mais elle est rare. Plus de 98 % des cas humains sont dus à des virus canins. On signale quelques dizaines de décès humains de par le monde : en Amérique (ouistitis et autres capucins, saimiris...) ; en Afrique, où l'on constate des cas de babouins, gorilles, galagos ou lémuriens enrégés, mais pas de cas humain rapporté ; en Asie, où quelques cas humains sont documentés à partir de morsures de babouins ou de macaques... Ceci est donc peu par rapport avec les 70 000 décès par an principalement d'origine canine.

En France, soixante-deux primates suspects de rage, dont dix provenant de zone d'endémie, ont été adressés pour analyse au CNR entre 1999 et 2015. Toutes les analyses ont été né-



P. CHESNET

Zoonoses, rage, herpès simien...
les contacts avec les singes peuvent s'avérer dangereux.

gatives. De 1995 à 2014, 2 490 PEP ont été délivrées dans les CAR français suite à une exposition à un PNH. Leur âge médian était de 29 ans (min 0, max 91) ; 20 % étaient des enfants de moins de 15 ans, plus de 57 % de sexe féminin et 22,5 % ont bénéficié de RIG. L'exposition avait lieu, dans 83 % des cas, hors de France, principalement en Asie, pour 52 % d'entre eux, notamment en Thaïlande et en Indonésie, puis en Afrique pour un quart. On retrouvera fréquemment à l'interrogatoire des comportements inadaptés vis-à-vis des animaux, comme des tentatives de contact, l'exposition de nourriture...

Il n'existe pas de consensus de prise en charge après une exposition à un PNH. L'OMS recommande un RIG et une vaccination pour une morsure de grade III, une vaccination seule pour celles de grade II. Le CDC préconise le RIG et la vaccination pour toute exposition à un mammifère sauvage, quel que soit le grade. Le *British Guidelines* ne conseille que la vaccination sans RIG, car le risque de rage est faible. Si l'animal est connu, on instaure une surveillance vétérinaire de trente jours (J0, J15, J30). En cas de décès ou d'euthanasie pendant la période de sur-

veillance vétérinaire, une analyse de la tête sera faite au CNR. Selon les recommandations de l'OMS pour le traitement curatif, on réalise deux doses à J0 et J3 après exposition à un PNH si la personne a déjà bénéficié d'une vaccination préventive antérieure (J0, J7, J21). En absence de vaccination préventive, on applique le protocole complet de Zagreb J0, J7, J21, avec des injections RIG de préférence à J0 et, au plus tard, à J7.

Le premier cas humain d'infection par un virus B herpès simien, documenté en 1932, est celui d'un chercheur, William Brebner, mordu par un macaque rhésus apparemment sain. Le patient décèdera quinze jours plus tard d'une encéphalomyélite progressive. Le virus à ADN double brin a une homologie à 79 % avec HSV 1-2. Il partage neuf onzièmes des glycoprotéines connues de HSV. Le virus n'existe que chez les singes d'Afrique et d'Asie, le continent américain et Madagascar en étant dépourvus. L'infection est fréquente chez les macaques, mais le plus souvent asymptomatique. Après la primo-infection, le virus persiste dans les ganglions sensitifs spinaux, puis des réactivations ont lieu avec présence de virus au niveau des muqueuses orales, génitales et conjonctivales. L'homme s'expose principalement lors d'inoculation transdermique, lors de contact sur une peau lésée, une muqueuse ou des tissus (neurologiques) ou des fluides infectés (larmes, salive, sécrétions génitales, LCS). La réactivation virale est majorée chez les singes en captivité, stressés, malades ou immunodéprimés.

Chez l'homme, l'infection est rare par rapport au nombre de personnes exposées à l'herpès simien. Environ cinquante cas ont été rapportés depuis 1932, dont trente mortels, survenus presque exclusivement au contact de macaques en captivité. Un seul a touché une fillette mordue en Thaïlande en 2009. Aucun n'a été décrit en France. Du point de vue physiopathologie après inoculation, le virus se réplique au site de l'infection puis se propage par voie axonale ascendante pour atteindre le cerveau, d'où un tableau d'encéphalite. Après une incubation de deux jours à six semaines apparaît un syndrome pseudo-grippal, puis des lésions cutanées vésiculaires au site d'exposition avec une lymphadénite. En cas de forme neurologique périphérique, on décrit un déficit moteur, des dysesthésies du membre touché, puis une encéphalite

avec syndrome méningé, un déficit des nerfs crâniens, des crises convulsives et un déficit moteur. La mortalité est de 80 % en l'absence de traitement. Il n'y a pas de preuve d'efficacité de la prophylaxie antivirale chez l'homme, celle-ci ayant été testée avec des lapins inoculés avec de l'herpès simien. Toutefois, il n'y a jamais eu d'infection de patients exposés ayant reçu une prophylaxie. Ont été utilisés chez le lapin de l'aciclovir IV ou PO et du ganciclovir PO, le plus efficace avec des posologies nécessaires à la survie plus faibles et une efficacité cinq jours après inoculation. Les situations à risque sont les morsure/griffure et projection sur muqueuses ou peau lésée plus rarement les AES (pas de virémie virus B et rage). Il faut laver la plaie, période initiale critique pour le risque infectieux, au savon et à l'eau pendant quinze minutes puis appliquer une antiseptie (chlorexidine ou bétadine). Ne pas effectuer de prélèvement microbiologique de la plaie et parer la plaie sans suturer si possible. Selon les recommandations québécoises, l'évaluation du risque doit prendre en considération la source de l'exposition (risque d'herpès B seulement en cas d'exposition avec un macaque ou un primate ayant été en contact avec un macaque) ; sa nature ; le type de blessure ; la qualité de la prise en charge initiale. En cas d'exposition professionnelle, prélever du sérum à conserver, à J0 et J21-42. Les sérums seront systématiquement analysés en cas de symptômes. Culture/PCR seulement si apparition de lésions en post-exposition. La prophylaxie antivirale sera mise en place le plus rapidement possible après l'exposition (idéalement 5 minutes, inférieure à 48 heures) par valaciclovir à 1g/8 h pendant 14 jours. En cas de symptomatologie évocatrice d'infection à herpès B, on traitera par aciclovir IV 15 mg/kg/8 h ou ganciclovir 5 mg/kg/12 h (en cas de signes neurologiques importants). Si l'infection est avérée, le traitement est maintenu jusqu'à négativation des prélèvements. Lorsque le PNH est connu, un examen clinique permet la recherche de lésions compatibles avec une réactivation herpès B. En cas d'absence de lésion chez le singe, réaliser une sérologie ; pratiquer culture ou PCR en cas de lésions (laboratoire de confinement P3). Le traitement antiviral du patient pourra être interrompu si le prélèvement est négatif.

Zika et Jeux olympiques

Une centaine de membres de l'équipe de France ayant participé aux JO de Rio, en 2016, ont été suivis à leur retour. Rien à signaler...

Le virus zika, dont le premier cas humain remonte à 1952, est resté méconnu jusqu'à une épidémie dans l'île de Yap, en 2007, puis, surtout, en Polynésie française, en 2013, avec une séroprévalence qui s'est élevée à 49 % sur la population échantillonnée. Apparu sur le continent sud-américain en mai 2015, au Brésil, dans l'État de Bahia, où ont été déclarés assez rapidement des syndromes de Guillain Barré et des microcéphalies, il connaît son pic épidémique dans ce pays en février-mars 2016. En février 2017, quarante-huit pays étaient atteints avec, cependant, une épidémie sur le déclin à compter de la fin 2016. Les Antilles françaises et la Guyane ont été touchées fin 2015-début 2016. En 2017, l'épidémie était considérée finie aux Antilles. Si l'Amérique du Nord était affectée, et tout particulièrement la Floride (236 cas autochtones et 950 importés), avec la constitution de « no go zones » pour les femmes enceintes américaines, aucun cas de transmission autochtone n'était rapporté en Europe au 27 janvier 2017, malgré 2 081 cas autochtones, principalement en France (55 % des cas).

L'évolution de l'épidémie en Amérique du Sud, avec la possibilité du passage d'un cycle urbain à un cycle selvatique, fait craindre un risque de fixation du virus sur ce continent, à l'instar d'autres arboviroses. Principalement vectorielles, les modalités de transmission non vectorielles sont soit sexuelles, par le sperme ou les sécrétions vaginales, soit non sexuelles, virus infectant dans la salive (?), transfusions...

En dehors des formes bénignes usuelles, on retrouve, sur un plan clinique, de rares formes sévères, à type de syndrome de Guillain Barré ou de microcéphalies, mais aussi des cas de thrombopénie. Une persistance virale prolongée a pu être notée chez les femmes enceintes. De même, la découverte de zika dans le placenta semblait assez fréquente, y compris lors de grossesses asymptomatiques (32/44 dans une étude). Au niveau immunologique se pose la question du rôle facilitateur d'une dengue sur une infection, par le biais d'anticorps facilitants dont le rôle a été retrouvé *in vitro*. D'un point de vue thérapeutique, aucun traitement efficace n'existe, même si certaines molécules semblent actives *in vitro*. L'étude de séroprévalence BraZika a été menée au CHU Avicenne, dans la banlieue parisienne, pour évaluer le taux de séroconversion zika au sein de la délégation française ayant participé aux Jeux olympiques de Rio, en août 2016. Cent une personnes (9 athlètes, 6 entraîneurs, 34 journalistes et 52 accompagnants), vues entre octobre et novembre 2016, soit plus d'un mois après leur retour, ont bénéficié d'une sérologie Elisa IgG Zika et ont répondu à un questionnaire.

Sur ces 101 participants, 65 % étaient des hommes, d'âge moyen de 39 ans, dont 2 immunodéprimés. Leur durée moyenne de séjour a été de 23 jours et, pour 21 d'entre eux, celui-ci a inclus une autre destination que Rio (Amérique latine, Antilles), pour une durée moyenne de 7,5 jours. L'utilisation des mesures de protection personnelle anti-vectorielle (PPAV) a été plutôt bonne, avec 80 % d'utilisation de répulsifs, à raison de 2 pulvérisations par jour en moyenne (1-10), et 92 % d'utilisation d'une moustiquaire. On ne retrouve pas d'exposition sexuelle locale, ni de grossesse pendant le séjour.

Si, au total, 4 personnes ont eu un épisode fébrile sur place, aucune n'a présentée de symptôme au retour en France et aucune sérologie zika positive n'a été mise en évidence. Seules trois sérologies étaient douteuses, sans doute en rapport avec une vaccination anti-amarile. Il est à noter que 54 personnes se sont rendues, à leur retour, dans les zones où *Aedes albopictus* est présent.

Nulle dans cette étude, l'incidence du zika semble globalement très faible parmi les touristes ayant assisté aux JO. Parce que la plupart des cas confirmés, en juin 2016, l'a été dans le nord-est du pays ? Ou parce que les mesures de PPAV ont été bien suivies ?

CVI du Tonkin : un centre au sein d'une structure libérale

En 2004, le Dr Issartel intégrait la clinique du Tonkin, à Villeurbanne, la plus grande cité de l'agglomération lyonnaise, en bordure du sixième arrondissement et du parc de la Tête d'Or. Le début d'une étonnante aventure...

Il s'agissait, en se basant sur une structure polyvalente de haut niveau avec réanimation, chirurgie cardiaque, neurochirurgie, dialyse et service de médecine polyvalente, de proposer une offre libérale en maladies infectieuses et tropicales, notamment pour le suivi des infections liées aux soins dans les différentes cliniques lyonnaises.

Le président de la CME m'informait de l'existence antérieure du Centre de vaccinations internationales du Tonkin et, trouvant cela pratique pour eux, me proposait de le « réactiver » après qu'il ait fonctionné pendant des années avec un unique médecin libéral, le Dr Jean-Paul Varichon.

La DDASS soutient cette éventuelle réouverture d'un CVI. Les voyageurs sont mécontents et une offre insuffisante les obligent à aller se faire vacciner en Suisse...

Ce qui ne devait être qu'une formalité a pris un an, et c'est en mai 2005 que le CVI du Tonkin apparaît de nouveau au *Journal officiel*. Alors que j'avais commencé à accueillir des voyageurs et à les vacciner, hors fièvre jaune, depuis plusieurs mois...

Une demande croissante, la réflexion sur la délégation des tâches déjà lancée (Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences, Rapport Berland 2003), me font saisir cette opportunité. Si j'avais choisi d'être « libéral », c'était pour être libre, notamment d'entreprendre. Il s'agissait de répondre à une demande de santé publique en mettant l'utilisateur au cœur des intentions ; de faire bouger les frontières pour les IDE et de leur offrir des débouchés supplémentaires, en s'appuyant sur leurs compétences et leurs qualités de soignant, dans un esprit collaboratifs d'enrichissement mutuel de nos pratiques et de synergie ; de remettre en question nos pratiques et de s'obliger à réfléchir à leur contenu pour les formaliser.

Était-ce pour autant novateur, non ! La délégation de soins existait déjà dans d'autres pays et d'autres centres métropolitains. La visite de ces CVI n'a fait que renforcer mon idée de repousser

plus encore les barrières et ne pas s'arrêter à la vaccination, mais offrir un service global comportant la prescription des médicaments, dont les antipaludiques. Quelle différence entre prescrire un vaccin, car il ne s'agissait déjà plus de faire uniquement l'injection, et un antipaludique, si ce n'est sur le cadre et les compétences requis ? Il fallait également un outil adapté sans offre sur le marché à l'époque, à savoir un logiciel dédié. C'est donc dans cette double aventure que nous nous sommes lancés, d'abord seul puis rejoint, en 2007, par Thierry Minette et, en 2008, par Isaure Sterlin.



L'équipe du CVI du Tonkin.

Le logiciel a été conçu avec la même optique de servir des professionnels, de la prise de rendez-vous au courrier du médecin traitant, en s'appuyant sur de multiples procédures accessibles par lien hypertexte.

L'autre axe majeur a été la formation des IDE, afin d'asseoir cette délégation de soins, non seulement sur une perpétuelle actualisation du savoir, mais aussi sur une co-construction de celui-ci, de sorte que les IDE ne soient pas que des « délégués » exécutants.

Pour les IDE aussi, il s'agissait d'un challenge car ils étaient peu sollicités par de telles démarches, surtout, de plus en plus enfermés dans ce qu'ils avaient « le droit de faire » et de moins en moins responsabilisés... Peu d'IDE était aussi rompu à la consultation directe avec le malade ou le voyageur. Écrire des procédures sur tous les pans de la consultation de voyage

n'est pas simplement un exercice de réflexion personnelle sur son activité et son métier, mais aussi un gage de qualité, d'homogénéité des pratiques, garant de la crédibilité, non seulement de notre centre, mais également de notre profession. Après quelques années d'accompagnement, au cours desquelles toute l'équipe a été partie prenante, nous avons obtenu notre certification ISO 9001.

Si je devais me poser la question de savoir pourquoi cela a fonctionné, je dirais que c'est parce que cette exigence de qualité et de sécurité nous a toujours guidés. Il y a aussi la prise de conscience que l'attente des utilisateurs avait changé et était légitime et que notre activité était un service, en plus d'être une mission de service publique.

Nous avons fait le choix de consultations sur rendez-vous dont la durée est calculée d'après le nombre de consultant et la durée du voyage. Nous

avons positionné des consultations spécialisées dédiées aux médecins traitants, source d'information majeure des voyageurs. Un courrier automatisé leur est adressé pour chaque consultant.

A-t-on eu beaucoup de consultations de retour de voyage ? Non ! En revanche, ce rôle d'encadrant et de déléguant, partagé avec le Dr Florence Suy depuis 2014, nous pousse à maintenir en permanence nos compétences face aux questions de plus en plus avisées de nos infirmiers !

Nous consultons aussi, puisque nous avons développé au sein de MIIT médical deux autres activités : des consultations spécialisées de médecine interne et de maladies infectieuses et tropicales au cabinet, où nous voyons des infections communautaires (VIH) ou liées aux soins (infections ostéo-articulaires) ; une Unité mobile des référents en infectiologie, qui passe chaque semaine dans quatre à cinq établissements, sur dix-huit sous convention, pour lesquels nous sommes les référents en infectiologie et offrons une hotline.

L'idée était de répondre à une demande forte au plus près de celle-ci. Cette activité transversale, au contact des différentes équipes médicochirurgicales et soignantes, nous permet, au quotidien, de faire évoluer nos pratiques.

Reste maintenant à continuer à réfléchir à l'offre médicale que nos spécialités peuvent offrir demain.

Formations SMV : un acquis important

Après les infirmières, les généralistes peuvent bénéficier de formations dans le cadre du Développement professionnel continu



La salle d'études de l'école des infirmières de l'Assistance publique, au début du XXe siècle.

Depuis plus de dix ans, un noyau dur de bénévoles de la SMV organise des formations professionnelles continues à destination de deux publics :

- **les infirmier(e)s des CVI** (sous la coordination de Ludovic de Gentile), avec un ensemble de quatre modules de deux jours chacun. La validation de ces modules donne les compétences requises théoriques pour pouvoir adhérer au protocole de coopération de délégation des tâches avec l'ARS, pour ce qui est de la consultation voyage infirmière. Les modules peuvent également être suivis indépendamment. Plus de soixante infirmières ont validé l'ensemble des modules depuis le

début de ces formations, et plus de quatre cent cinquante heures de formation ont été dispensées ;

- **les infirmier(e)s de la médecine du travail** (coordination : Philippe Royon, puis Nathalie Colin de Verdière), avec un module de deux jours. L'objectif est de les équiper de compétences dans la prise en charge des expatriés, au départ comme au retour. Plus de cent cinquante infirmier(e)s du travail ont jusqu'à présent été formé(e)s.

Plus récemment des formations à destination des médecins généralistes proposées par Ludovic de Gentile, à Angers, et Christophe Rapp, à Paris, ont vu le jour dans le cadre du

Développement professionnel continu (DPC) de médecine générale. La Fédération française d'infectiologie (FFI) a reçu en 2016 un numéro d'agrément DPC, ce qui permettra à la SMV, partenaire de la FFI, d'organiser des DPC sous sa propre bannière. Il est prévu de lancer, en 2017-2018, des DPC SMV avec l'actualisation des recommandations paludisme.

Grâce à l'enthousiasme des formateurs partageant leur expérience, l'ensemble des formations a beaucoup de succès, comme en témoigne le nombre important de personnes y ayant participé. La perspective est maintenant d'intéresser ceux qui ont été formés, notamment les infirmier(e)s, à devenir formateurs à leur tour.

Par ailleurs, une enquête a été menée en 2015-2016 pour évaluer les pratiques en termes de conseils aux voyageurs. Celle-ci a permis de relever à quel point la pédagogie médicale peut être difficile et délicate, surtout lorsque le praticien dispose de peu de temps et est sans possibilité de revoir le patient. Enfin, des nouvelles dispositions réglementaires sont rentrées en vigueur le 1^{er} janvier 2017 concernant la qualité des formations professionnelles continues, avec une obligation, pour les organismes qui organisent des formations, d'apporter une preuve de la qualité des formations octroyées et de celles des formateurs.

Ces trois constatations nous ont amené à proposer une formation de formateurs à la pédagogie médicale à destination des formateurs actuels de la SMV, ainsi qu'aux futurs formateurs en cours de recrutement, infirmiers notamment. L'association Format Santé, qui développe des formations en éducation thérapeutique et en pédagogie médicale depuis 1993, assurera ces formations, prévues sur deux journées. La première sera consacrée à améliorer la pratique de conseils aux voyageurs, la seconde, après application de ce qui a été appris pendant un à deux mois, à la pédagogie médicale. Les formations concerneront deux groupes de quinze personnes et se dérouleront en septembre/novembre et octobre/décembre 2017, avec un « engagement » des personnes formées pour être formateur au sein de la SMV souhaité de deux ans.

Nous invitons ceux et celles intéressé(e)s par les formations présentées en début de section ou les formations de formateurs à nous contacter.

(johann.cailhol@aphp.fr) et
(pauline.campa@aphp.fr)

AGENDA



16-20 octobre 2017, Anvers – Belgique
www.ectmih2017.be



5-9 novembre 2017, Baltimore – États-Unis
www.astmh.org



8-10 novembre 2017, Haïphong – Vietnam
www.pathexo.fr/1303-agenda.html