



# LA LETTRE

## de la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DES VOYAGES

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

### ÉDITORIAL

## Au-delà de la Méditerranée : une première expérience réussie



Pour la première fois de son histoire, la Société de médecine des voyages (SMV) a organisé sa journée d'automne hors de France métropolitaine, à Tozeur, en Tunisie. Cette journée délocalisée, intégrée au congrès fondateur de la jeune Société tunisienne de médecine des voyages, a rassemblé environ 200 personnes, dont plus d'une soixantaine de membres de la SMV. La qualité de l'accueil de nos hôtes tunisiens, le cadre propice aux échanges et la convivialité ont participé à la réussite de cette première expérience. Il nous faut remercier tous les membres de la SMV et les collègues tunisiens impliqués dans la préparation de cet événement. Leurs efforts sont récompensés par les nombreux témoignages de satisfaction reçus au décours de cette journée.

Vous trouverez dans ce numéro 106 de *La Lettre* les résumés des principales sessions scientifiques. Parmi les nombreux échanges et partages d'expérience, la délégation française a particulièrement apprécié les présentations concernant la prise en charge sanitaire des pèlerins tunisiens, la leishmaniose cutanée et les envenimations. Les interventions des membres de la SMV sur le paludisme, la rage, les diarrhées et les arboviroses ont fait l'objet de discussions très riches avec les collègues tunisiens. Les ateliers pédagogiques du

samedi matin ont connu une affluence record. Ils ont été l'occasion d'aborder des éléments fondamentaux pour la mise en place à large échelle de la médecine des voyages en Tunisie : pédagogie, bonnes pratiques et mise en œuvre d'un carnet de santé du pèlerin.

Cette rencontre franco-tunisienne avait pour objectif de renforcer les liens qui unissent les professionnels de santé de nos deux pays, avec la perspective d'une collaboration future qui est en cours d'élaboration au sein des bureaux respectifs des deux sociétés savantes.

Nos regards se portent désormais vers l'année 2019 et la traditionnelle Journée de printemps de la SMV qui aura lieu le vendredi 29 mars prochain à Paris (ASIEM). Le thème principal sera consacré à place de la e-santé (*e-health*) en médecine des voyages. Thème d'actualité que notre Société doit désormais s'approprier pour optimiser la prise en charge des voyageurs, avant, pendant et après le retour du voyage.

Avant de vous souhaiter une belle fin d'année à tous, remercions et félicitons le Dr Nicolas Vignier (membre du CA), nouveau rédacteur en chef de *La Lettre*. N'hésitez pas à lui proposer des articles ou travaux de vos équipes pour le prochain numéro. Cette lettre est la vôtre, diffusez-la largement autour de vous.

Bonnes fêtes et à l'année prochaine !



### SOMMAIRE

#### ÉDITORIAL

Au-delà de la Méditerranée :  
une première expérience réussie

#### ÉCHOS DES CONGRÈS

Attention, scorpions !

La leishmaniose toujours présente en Tunisie

Des pèlerins tunisiens bien encadrés

Les aéroports parisiens prêts pour le Hajj

La dengue, enjeu du XXI<sup>e</sup> siècle

Protection à vie contre la fièvre jaune

#### ÉTUDES

Vaccination contre l'hépatite A ?

Simple comme un coup de fil

OMS : deux doses de vaccins contre la rage,  
c'est suffisant !

9

#### 1 ÉCHO DES CVI

Tunis : un centre de vaccination  
plus que centenaire

11

#### 3 VEILLE RÉGLEMENTAIRE

Le HCSP se prononce sur l'endémicité  
de la tuberculose

12

#### 7 PAROLES D'INFIRMIERS

Envie de devenir « infirmier vraiment docteur »

14

#### LU POUR VOUS

16

#### 8 AGENDA

16

# Attention, scorpions !

Responsable de quelque 20 000 envenimations et d'une dizaine de décès par an, la présence de scorpions est loin d'être anodine en Tunisie. Une présentation est revenue sur ce danger et ses principes de prise en charge.

En 1982, il y avait 40 000 envenimations scorpioniques par an en Tunisie. Actuellement, on en dénombre 20 000, dont 100 cas admis en réanimation et 10 décès chaque année. Depuis 1997, l'incidence et la mortalité ont beaucoup baissé grâce à l'information des populations et une prise en charge plus rapide et plus efficace. Aujourd'hui 47 % des sujets consultent dans la demi-heure, 90 % dans l'heure.

Les zones endémiques sont le centre et le sud tunisiens. Les scorpions présents au nord ne sont pas dangereux. On trouve deux scorpions potentiellement mortels en Tunisie. L'espèce la plus dangereuse est *Androctonus australis*. D'une taille de 10 à 12 cm, il est de couleur jaune paille, avec des extrémités, pinces, queue, sombres. C'est une espèce campagnarde qui montre une tendance à la domestication. *Buthus occitanus* mesure quant à lui 5 à 8 cm et est uniformément jaune.

D'autres scorpions sont présents en Tunisie, comme *Androctonus aeneas*, de couleur noire, mesurant 7 à 8 cm, que l'on trouve au nord et qui est non dangereux, sauf pour les jeunes enfants. Ou *Scorpio maurus*, petit, rouge, présent au centre et au nord et lui aussi non dangereux).

Les scorpions ont une activité nocturne et vivent en semi-hibernation. D'une longévité de 2 à 4 ans, résistants aux agressions, ils sont carnivores et peuvent être cannibales. Leurs prédateurs sont les dindons, les poules, les hérissons, les vipères et les lézards.

Le venin est constitué d'une fraction non toxique (hémolymphe) et de neurotoxines qui représentent 5 % du poids sec. En raison du faible poids moléculaire de ses constituants, le pas-

sage sanguin et la diffusion du venin sont extrêmement rapide. Les toxines agissent sur les canaux sodiques, entraînant une dépolarisation membranaire brutale des cellules excitables (myocarde, système nerveux). Il y a également une forte décharge adrénér-gique après la piqûre.

Cliniquement, on distingue trois formes selon la gravité. Les formes localisées, dites de grade 1 (90 à 95 % des cas), qui se manifestent par des signes locaux immédiats (douleur intense localisée). Il n'y a pas de signes inflammatoires et le point de piqûre n'est généralement pas visible. Les symptômes disparaissent en 4 heures. Les formes systémiques, dites de grade 2 ou 3, se présentent avec des signes généralisés qui peuvent rester modérés (grade 2, 5 à 10 % des cas) ou s'aggraver rapidement (grade 3, 2 % des cas). Ces signes sont toujours d'apparition très rapide, dans l'heure qui suit la piqûre, et peuvent s'aggraver très vite, en particulier ceux d'atteinte cardiaque. L'atteinte myocardique comporte une phase hyperkinétique puis hypokinétique, avec atteinte sévère de la fonction systolique, biventriculaire et réversible. La fraction d'éjection VG et VD chute autour de 25 %. S'ensuit une insuffisance respiratoire aiguë par œdème pulmonaire cardiogénique. Enfin, sur le plan neurologique, le patient peut présenter coma, convulsions, hypersudation. On peut observer également des signes digestifs, la diarrhée étant de mauvais pronostic.

Les facteurs de mauvais pronostic sont le délai de prise en charge, un âge inférieur 5 ans, un coma avec score de Glasgow inférieur à 8, une température supérieure à 38,5° C, un œdème

pulmonaire, des leucocytes dépassant 25 G/l et une urée sanguine au dessus de 8 mmol/l.

Le traitement est essentiellement symptomatique en réanimation : O<sub>2</sub>, PEEP, dobutamine, ajustement de la volémie (pas d'indication de diurétiques ni de corticoïdes). La mortalité a fortement chuté depuis l'utilisation de la dobutamine dans le protocole de prise en charge.

Un sérum antiscorpionique (SAS), spécifique, fabriqué par l'Institut Pasteur de Tunis existe. Dirigé contre les deux espèces dangereuses, il se présente sous forme d'ampoules de 10 ml. La posologie adulte est de 2 ampoules et pour les enfants de moins de 20 kg, soit 2 ml/kg. L'administration se réalise par voie IV, dans les 2 heures maximum suivant la piqûre. Le problème du SAS est son haut poids moléculaire. Il diffuse beaucoup moins bien que le venin et ne peut aller neutraliser celui déjà fixé sur les récepteurs membranaire. Il n'agit donc que dans la circulation. Il faut donc pouvoir l'utiliser le plus rapidement possible, mais son usage et son efficacité sont encore controversés. À Sfax, il est utilisé pour les grades 2 et 3, mais pas pour le grade 1.

La prévention repose sur le ramassage des scorpions, la nuit, à l'aide d'une lampe à UV qui les rend visibles. À l'échelon individuel, il est recommandé de secouer chaussures et vêtements avant de les enfiler, de ne pas mettre les doigts à l'aveugle dans les fissures et les tas de pierres, de ne pas marcher pieds nus la nuit.

En cas de piqûre, il est recommandé d'appliquer du froid pour diminuer la douleur et de consulter dans l'hôpital ou le dispensaire le plus proche. Dans les zones reculées, des « agents de renfort » (infirmiers, enseignants) ont été formés pour faire le tri et décider d'une évacuation si nécessaire. Le SAS est disponible au chef-lieu de chaque gouvernorat.



Christophe Rapp

Stéphane Jaureguiberry

Paul-Henri Consigny,  
Christophe Hommel

Catherine Goujon,  
Fabienne Le Goff

Nicolas Vignier

Patrick Chesnet

Nathalie Colin de  
Verdière (Agenda), (Mise au  
point), Marie Plisson-Sauné  
(CVI)

Philippe Bargain, Paul-  
Henri Consigny, Stéphane  
Jauréguiberry, Dominique Jean,  
Samy Khoufi, Thierry Pistone,  
Christophe Rapp.

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

# La leishmaniose toujours présente en Tunisie

Plusieurs milliers de cas de leishmaniose sont signalés chaque année en Tunisie. Des traitements existent pourtant, qui permettent d'en atténuer les effets, notamment pour améliorer l'esthétique de la cicatrisation.

On rencontre principalement *Leishmania (L.) major* dans plus de 90 % des cas en Algérie, Libye et Tunisie et *Leishmania tropica* dans 30 à 40 % des cas au Maroc. Trois formes épidémiocliniques différentes sont distinguées.

La leishmaniose cutanée zoonotique (LCZ), que l'on trouve au centre et au sud de la Tunisie, zone d'aridité sub-saharienne. Due à *L. major*, elle a pour réservoirs des petits mammifères.

Plus7.6(e 2)-14.9( )JTJTEMC /Span <</MCID 406 >>BDC BT/TT4 10533..134 Tw 10 0 0 10 28

# ÉCHOS DES CONGRÈS

Piloté par les ministère des Affaires



DR

À l'aller comme au retour, les pèlerins français disposent d'antennes médicales mises en place à leur intention dans les aéroports parisiens.

## Les aéroports parisiens prêts pour le Hajj

Plus de 20 000 pèlerins français partent chaque année pour l'Arabie saoudite et ses lieux saints. Un événement mobilisateur, et récurrent, pour les équipes médicales des aéroports.

Le Hadj ou Grand Pèlerinage, pèlerinage annuel aux lieux saints de La Mecque, représente l'une des cinq obligations de l'Islam que tout croyant musulman doit accomplir au moins une fois dans sa vie. À condition d'être en bonne santé et d'en avoir les moyens matériels.

Ce pèlerinage se déroule pendant le dernier mois de l'année musulmane, 40 jours après le ramadan. L'année musulmane étant glissante, le Hajj recule de dix jours chaque année.

À la fois voyage culturel de quatre jours intenses en émotion et culturel, qui peut durer jusqu'à trente jours, c'est « un voyage de grand prestige qui demeure un facteur d'unité et d'échanges entre les musulmans du monde entier ».

L'aéroport étant le tremplin vers tous les lointains, le premier contingent important de pèlerins en partance pour La Mecque a fait irruption dans le paysage à l'aéroport Roissy-Charles-

de-Gaulle en mai 1993. Depuis, c'est chaque année l'événement mobilisateur régulier et récurrent fort de la vie des fantassins du tarmac, tant à l'envol qu'au retour des pèlerins.

Cette augmentation imprévue de personnes en partance pour le Hajj à partir du début des années 1990 s'explique en partie de plusieurs façons. D'une part, les enfants et petits-enfants de nos premiers immigrés économiques, arrivés du Maghreb dans les années 1960, natis de France et de confession musulmane ont atteint le statut social leur permettant d'offrir le voyage de leur vie à leurs parents et grands-parents. D'autre part, avec le développement du transport aérien, les autorités du Royaume d'Arabie saoudite apprécient les rentrées financières du marché du Hajj, perçues comme un complément des ressources pétrolières.

En 2017, 23 000 visas d'entrée et de sortie des lieux saints d'Arabie saoudite étaient délivrés aux musulmans

français, tant pour le Hajj que pour la Omrah. La Omrah, le Petit Pèlerinage, pouvant elle être effectuée à n'importe quelle période de l'année.

Dès le début des années 1990, les équipes du Service médical d'urgence d'ADP-CDG, au sein duquel est implanté le centre de vaccinations internationales, se sont occupées, avant l'envol vers les lieux saints de La Mecque, de préparer « l'immense foule des croyants en marche vers l'idéal » par la vaccination obligatoire contre les méningites A, C, Y et W135, les autres vaccinations recommandées et les conseils avisés pour le séjour à prendre autant soin de leur corps que de leur âme. Puis au retour, en installant des antennes médicales dans les aéroports, afin de surveiller la longue cohorte de pèlerins souvent fatigués, et de réagir aux éventuels débordements des attendants venus les accueillir avec des youyous de joie et des plateaux de victuailles.

Le vaccin quadrivalent contre les méningites A, C, Y et W n'est pas un vaccin obligatoire au plan international, comme l'est celui de la fièvre jaune. Les autorités sanitaires de l'Arabie Saoudite exigent que tout arrivant soit vacciné contre ces méningites. La vaccination doit être au minimum effectuée 10 jours avant l'envol vers les lieux saints. Ce qui est toujours le cas puisque, pour obtenir les visas, le pèlerin remet avec sa demande administrative le carnet jaune international sur lequel est transcrite cette vaccination. Carnet sur lequel doit être collée la vignette indiquant le nom commercial du vaccin et le numéro de lot. La validité du vaccin est administrativement retenue pour trois ans.

Le pèlerinage à La Mecque a atteint l'âge de raison sur le plan sanitaire. Cependant, depuis 2012, l'émergence du MERS-CoV dans la péninsule arabe avive la vigilance de nos équipes médicales aéroportuaires.

À l'aéroport de Roissy-Charles-de-Gaulle comme à celui d'Orly, la prise en charge des pèlerins à l'envol et au retour des lieux saints, que ce soit pour le Hajj ou la Omrah, reste inspirée des travaux du Docteur Duguët, médecin-général, inspecteur général du Conseil sanitaire, maritime et quarantenaire d'Égypte, rapportés dans son ouvrage *Le Pèlerinage de la Mecque*, paru en février 1932 à Paris.

À l'époque, les points d'entrée et de sortie des voyages internationaux étaient les ports, aujourd'hui ce sont les aéroports !

# La dengue, enjeu du XXI<sup>e</sup> siècle

**Problème de santé majeur selon l'OMS, la dengue continue de faire des ravages à travers le monde, tuant chaque année plus de 20 000 personnes. Et l'on s'attend à une progression de la zone endémique et une explosion de cette maladie à l'horizon 2050.**

La dengue, arbovirose d'importance mondiale, a de beaux jours devant elle. Avec 3,9 milliards de personnes exposées dans 128 pays, 100 millions de dengues symptomatiques par an, dont 500 000 sévères et 22 000 décès, cette arbovirose due à 4 sérotypes différents est déjà un problème majeur de santé publique au plan mondial selon l'OMS.

Les enfants paient le plus lourd tribut à la maladie et la létalité des formes sévères est de l'ordre de 10 %, 1 % en cas de réanimation adaptée. En parallèle de l'extension géographique constante depuis les années 1980 des zones de présence du vecteur, essentiellement *Aedes albopictus* et *A. aegypti*, le nombre de cas augmente de manière quasi linéaire dans toutes les régions intertropicales de l'Amérique centrale et du Sud à l'Asie du Sud, du Sud-Est et de l'Est (Philippines, Malaisie) et en l'Océanie ou en Australie. Il est à noter le peu de chiffres concernant le continent africain, qui représente un véritable trou noir en ce qui concerne les données épidémiologiques de la dengue. Seules des séries de cas sont ponctuellement reportées.

Deux phénomènes majeurs sont à craindre pour les décennies à venir qui risquent d'amplifier ce problème de santé publique : les modifications climatiques, d'une part, et des éléments comportementaux humains, d'autre part. Les modifications de la température, globalement vers le réchauffement, et des conditions hygrométriques ou d'humidité favorisent l'extension des zones de présences du vecteur, dont l'habitat larvaire est aquatique. Il est estimé que la dengue pourrait être endémo/épidémique dans une moitié sud de l'Europe, aux États-Unis, dans toute l'Asie centrale et l'Australie à l'orée 2050. Ces nouvelles zones de distribution du vecteur et de la maladie pourraient s'ajouter à celle existantes, y compris l'Afrique dans son ensemble et jusqu'au sud de l'Amérique du sud. À ces changements environnementaux, les modifications de circulations des populations

humaines, l'urbanisation galopante, l'exode rural et le voyage international (1 milliard chaque année) pourraient créer les conditions favorables d'une explosion de la maladie dans les décennies à venir.

Après une incubation inférieure à 10 jours, la dengue est le modèle type de description de syndrome « algo-éruptif » associant une fièvre (93 % des cas), des céphalées (69 %), une

éruption maculo-papuleuse (53 %), des myalgies (50 %), des douleurs rétro-orbitaires (44 %) et des signes hémorragiques (26 %). On remarque que cette infection est asymptomatique dans 75 % des cas en zone d'endémie. Chez le voyageur son incidence est de l'ordre de 1 % par mois de voyage et est symptomatique dans 85 % des cas. Toute la gravité de cette affection est liée au risque de dengue sévère traduite par la survenue de défaillances d'organes (hépatite, atteinte du système nerveux central, myocardite, etc.), d'un syndrome de fuite capillaire avec état de choc et d'un syndrome hémorragique avec saignements importants.

Ces formes surviennent dans une deuxième partie d'évolution de la maladie (5<sup>e</sup>-7<sup>e</sup> jour) et peuvent être létales en l'absence de soins. Le diagnostic précoce repose sur la mise en évidence de l'ARN viral (par RT-PCR) et/ou de l'antigène NS1 (par ELISA ou test rapide) et sur la sérologie pour les patients vus au-delà du 7<sup>e</sup> jour. Il n'existe pas de traitement curatif efficace à l'heure actuelle. Les anti-inflammatoires de type aspirine sont contre indiqués aggravant le risque de forme hémorragique de la maladie.

De multiples essais vaccinaux ont et sont menés (phases 2-3). Les obstacles majeurs rencontrés pour la mise au point d'un vaccin efficace sont l'acquisition d'une immunité répondant aux

différents sérotypes (absence d'immunité protectrice croisée entre eux) et le risque de formes plus graves survenant en cas de dengue secondaire due à la présence d'anticorps facilitateurs rendant la réponse immune explosive et délétère. De plus, l'immunité à long terme de ces vaccins demeure inconnue pour le moment. Une méta-analyse concernant le premier vaccin homologué, DengVaxia® (vaccin vivant, recombinant, tétravalent nécessitant 3 injections à 0, 6 et 12 mois), a montré un taux de protection global (tous sérotypes, tous âge) de 60% dans des populations âgées de 2 à 16 ans, avec un profil de tolérance acceptable. L'examen des sous-études a révélé, chez les séropositifs pour la dengue avant vaccination, une incidence de la maladie sévère de 1/1000 chez les vaccinés contre 4,8/1000 chez les non vaccinés,



DCC/GATHANY

*Changement climatique, voyages internationaux et urbanisation pourraient favoriser le développement de la dengue.*

confirmant le bénéfice de la vaccination dans ces populations ayant déjà naturellement rencontré le virus. Par contre, chez les séronégatifs pour la dengue avant vaccination, l'incidence de la dengue sévère était de 4/1000 chez les vaccinés contre 1,7/1000 chez les non vaccinés, dévoilant dans ce cas de figure un préjudice de la vaccination. En conséquence, la place exacte de ce vaccin au sein des stratégies de prévention reste à définir en fonction de la séroprévalence populationnelle, du dépistage individuel avant vaccination, y compris chez le voyageur, ou bien la vaccination pourrait être réservée au voyageur déjà séropositif pour la dengue.

## Protection à vie contre la fièvre jaune

**Quelque 30 000 personnes meurent chaque année de la fièvre jaune dans le monde. Pour autant, une vaccination unique permet de conférer une immunité à vie.**

Endémique en Afrique et en Amérique du Sud tropicales, la fièvre jaune est responsable de tableaux d'hépatonéphrite hémorragique de létalité élevée. Son cycle naturel est forestier, entre un réservoir simien et des moustiques, dont ceux du genre *Aedes*. Elle évolue par poussées épidémiques d'intensité variable, connues de longue date, en particulier sur le continent américain où des épisodes historiques de grande ampleur ont été dévastateurs.

L'OMS estime à 900 millions le nombre d'individus vivant en zone endémique, à 200 000 celui de cas annuels, dont 30 000 décéderont. Parmi les épidémies récentes de grande ampleur, celles qui ont frappé l'Angola et la République démocratique du Congo en 2016 et le Brésil entre 2016 et 2018, dans une zone anciennement « indemne », sont à noter. Sur cette période, et dans ce dernier pays, ont été observés 1 530 cas qui ont mené à 495 décès avec, en parallèle, une circulation virale zoonotique importante chez les singes. Ces grandes poussées ont donné lieu à une diffusion hors zone d'épidémie avec, pour l'Angola, une importation en Chine où 12 cas ont été décrits (un décès) et, pour le Brésil, 12 cas chez des touristes entre janvier et mars 2018 (4 décès), tous non vaccinés. Cette recrudescence chez des voyageurs contraste avec la rareté antérieurement observée, puisque 10 cas seulement étaient comptabilisés entre 1970 et 2015, dont un seul chez une personne vaccinée.

Clé de la prévention anti-amarile individuelle, la vaccination est indispensable à défaut d'être obligatoire pour se rendre en zone d'endémie. Le vaccin anti-amarile, vaccin vivant atténué reposant sur la souche Rockefeller 17D et seul vaccin exigible au titre du Règlement sanitaire international, a une immunogénéricité excellente (séroconversion : 80 % à J10, 99 % à J30 pour les adultes, contre 90-95 % pour les enfants). Sa tolérance est bonne, malgré de très rares effets indésirables graves, neurotropes ou viscérotropes. Il reste

contre-indiqué chez l'enfant de moins de 6 mois ou en cas de déficit immunitaire ou de dysfonctionnement thyroïdienne. Si sa durée de validité a longtemps été de 10 ans, un changement majeur s'est opéré en 2013 puisque l'OMS décidait cette année-là, avec entrée en vigueur au 11 juillet 2016, qu'une injection unique était suffisante pour conférer une immunité à vie.

Les arguments scientifiques sont solides : outre son excellente immunogénéricité à court comme à long terme, avec des réponses humorales et T CD8 durables, son efficacité est bonne, si l'on se réfère au faible nombre de cas de fièvre jaune chez des personnes vaccinées. D'autres arguments, économiques, ont pu avoir un impact plus direct sur l'issue de cette décision. Le vaccin, ancien, de production « empirique », peu « rentable », fait régulièrement l'objet de fortes tensions d'approvisionnement, la production étant notoirement insuffisante pour répondre à une demande de masse liée à une poussée épidémique, ce qui s'est produit lors des dernières grandes épidémies, en Angola, en RDC et au Brésil.

Si ces stocks limités ont contraint à la pratique de vaccinations à dose réduite, ces dernières se sont avérées capables de générer une réponse immunitaire satisfaisante en RDC en période épidémique, même s'il n'est pas possible de dire si elle sera aussi durable qu'à dose pleine. Les résultats à 8 ans d'une étude de doses brésiliennes de 2009 sont malgré tout rassurants, avec la persistance des anticorps même à doses faibles.

Cette question de la durabilité se pose aussi dans certaines populations particulières à la réponse immunitaire moindre : les enfants de moins de 2 ans, les femmes enceintes et les patients présentant un déficit modéré, dont ceux infectés par le VIH. Pour ces personnes, comme pour celles devant se rendre dans une zone où sévit une épidémie et vaccinées depuis plus de 10 ans, une nouvelle injection s'impose.

Au total, cette décision d'acter une protection anti-amarile à vie avec une seule dose vaccinale s'avère être une décision pragmatique au regard des stocks internationaux de vaccins, mais certainement sub-optimale dans une perspective de prise en charge de voyageurs, chez qui le risque est clairement persistant et même croissant. L'obligation de moyens présente en France ne plaiderait-elle pas en faveur de « deux doses pour tous » pour assurer cette validité à vie ?

## Paludisme d'importation en Tunisie

**Le paludisme a été éradiqué en Tunisie en 1979. De nombreux échanges universitaires et professionnels relient la Tunisie et l'Afrique sub-saharienne. Une étude menée sur le paludisme d'importation a identifié 213 cas entre janvier 2000 et juin 2018 : 5 par an sur la période 2000-2010 et 20 par an entre 2010 et 2018. Ces cas se voient principalement en l'automne et 93,4 % proviennent d'Afrique sub-saharienne, notamment de Côte d'Ivoire. Les personnes atteintes sont des hommes à 90 %, âgés de 20 à 30 ans. La moitié d'entre eux sont des Tunisiens, les autres originaires d'Afrique sub-saharienne. Seuls 12,2 % avaient pris une chimioprophylaxie anti-paludique. Le délai de survenue après le retour est de 11 jours (3-150). Le délai diagnostique, de 7 jours (0-64). Avant diagnostic, 30 % ont consulté au moins une fois sans que ce diagnostic soit évoqué. En ce qui concerne la forme clinique, ont été identifiés un accès simple dans 86,4 % des cas et une forme grave pour 13,6 % d'entre eux. La souche la plus souvent isolée était *Plasmodium falciparum* pour 90,2 % des cas. La primaquine est donnée systématiquement à J2 depuis 2 ou 3 ans, sans dépistage préalable du déficit en G6PD autre qu'une question posée aux patients : « Mangez-vous des fèves ? ». Un seul Centre de vaccination internationale existe en Tunisie, à l'Institut Pasteur de Tunis, ouvert 2 jours par semaine. La prophylaxie anti-paludique pour les voyageurs repose uniquement sur la méfloquine, qui peut être obtenue uniquement, et gratuitement, à l'aéroport. L'armée tunisienne utilise quant à elle la doxycycline.**

## Risques du pèlerinage à La Mecque

**Une enquête menée auprès de médecins généralistes et internes des hôpitaux tunisiens a souligné la nécessité d'une formation en médecine des voyages. Pour 49,4 % d'entre eux, le vaccin fièvre jaune est en effet obligatoire ; 82 % ignorent quels sont les sérotypes présents dans le vaccin méningocoque obligatoire ; 15 % pensent qu'il y a un risque de paludisme au retour ; pour la prévention du MERS-CoV, ils proposent chimioprophylaxie, vaccin... Seulement 8 % répondant qu'il faut éviter les contacts avec les animaux.**

# Vaccination contre l'hépatite A ? Simple comme un coup de fil

«Souvenir» parfois, souvent, rapportée de voyages dans des conditions d'hygiène parfois limite, l'hépatite A peut cependant être évitée. Le CHU de Bordeaux mise sur des appels téléphoniques pour sensibiliser les voyageurs à la vaccination.

L'infection par le virus de l'hépatite A (VHA) est une maladie fréquente chez les voyageurs en provenance de pays à revenu élevé se rendant dans des pays à ressources limitées. Bien que le risque d'hépatite aiguë fulminante est globalement faible, il augmente avec l'âge et les comorbidités. Le nombre croissant de voyageurs âgés et/ou porteur de comorbidité chronique soulève des préoccupations. L'objectif de notre travail a été d'évaluer l'impact d'un

VHA négative ont été subdivisés en 2 groupes. Un groupe « d'intervention » recevant une consultation de conseils au voyageur et un appel téléphonique de renforcement de recommandation avant le voyage quand ceux du groupe « contrôle » n'ont reçu qu'une consultation de conseils au voyageur. Les caractéristiques des voyageurs et du voyage ont été recueillis lors de la consultation. Le résultat principal était la proportion de voyageurs réalisant une vaccination

62]. Les personnes ayant réalisé la sérologie étaient significativement plus âgées (âge supérieur à 50 ans) et avaient une durée de voyage plus courte (inférieure à 30 jours).

La prévalence globale de l'immunisation contre le VHA était de 69 %, variant de 56 % chez les moins de 20 ans à 91 % chez les plus de 70 ans. Sur les 196 voyageurs non immunisés contre le VHA, 112 (57 %) ont été recensés dans le groupe « intervention » téléphonique et 84 (43 %) dans le groupe « contrôle » sans intervention. Au total, 99 (88 %) du groupe intervention et 54 (64 %) groupe contrôle ont été vaccinés contre le VHA avant le voyage. L'intervention a donc entraîné une augmentation de 37 % de la proportion de vaccination contre le VHA (ratio de prévalence (RP) non ajusté de 1,37, IC 95 % : 1,15-1,63). En analyse multivariée, ajustée sur la destination, le délai entre la consultation et le départ et celui entre la consultation et la réalisation de la sérologie, le RP était de 1,30 (IC 95 % : 1,05-1,60), soit 30 % d'augmentation de recours à la vaccination.

L'acceptabilité de la sérologie VHA IgG était donc plus élevée chez les patients âgés présentant le recours à la vaccination anti-VHA la plus forte. Ce dernier point conforte les recommandations nationales au voyageur indiquant la sérologie VHA IgG avant la vaccination chez les voyageurs nés avant 1945. Le renforcement de la recommandation de vaccination anti-VHA par téléphone avant le voyage augmente significativement le recours à la

vaccination. Nous recommandons des analyses médico-économiques complémentaires avant l'extension ou la systématisation de l'intervention téléphonique.

**Impact d'appels téléphoniques systématiques après la sérologie hépatite A pour renforcer la recommandation de vaccination chez les voyageurs au Centre de vaccination international du CHU de Bordeaux.**

A. Du vignaud, D. Malvy, É. Ouattara, T. Pistone. CHU Bordeaux, CVI/Inserm U1219, Université de Bordeaux.



Eau contaminée, viande crue, coquillages... un terreau fertile pour l'hépatite A.

appel téléphonique systématique visant à renforcer la recommandation de vaccination contre l'hépatite A chez les voyageurs ayant reçu une prescription de sérologie VHA IgG au Centre de vaccination international du CHU de Bordeaux.

Cette étude de cohorte prospective inclue les voyageurs ayant reçu une prescription de sérologie VHA IgG, conformément aux recommandations nationales au voyageur, entre janvier 2011 et décembre 2012 au CVI.

Les patients ayant une sérologie

anti-VHA avant le voyage, mesurée lors d'un deuxième appel téléphonique après le voyage dans les deux groupes d'intervention et contrôle. Des modèles de régression log-binomiaux ont été utilisés pour évaluer l'impact de l'intervention sur la réalisation de la vaccination anti-VHA.

Entre janvier 2011 et décembre 2012, 824 voyageurs internationaux ont reçu une prescription pour une sérologie VHA IgG. Parmi eux, 781 (95 %) ont réalisé la sérologie, dont 53 % de femmes, avec un âge médian de 55 ans [IQR: 39-

# OMS : deux doses de vaccins contre la rage, c'est suffisant !

Alors que le Haut Conseil de la Santé publique doit se prononcer prochainement sur le schéma court de vaccination anti-rabique proposé par l'OMS, une étude pilote d'évaluation revient sur cette disposition.

Depuis avril 2018, l'OMS recommande un schéma court de prophylaxie vaccinale préexposition de la rage (PrEP courte) en 2 doses intradermique (ID) ou intramusculaire (IM) à J0, J7. Le Haut Conseil de la Santé publique (HCSP) doit émettre en 2019, la position française sur la PrEP Rage dans un contexte mondial de pénurie vaccinale.

L'immunogénicité a été présumée initialement satisfaisante pour l'étude Rabicourt en cas de taux sérologique Elisa (test de routine, Cerba ou Biomnis) > 0,5 UI/ml et jugée secondairement efficace en cas de taux sérologique d'anticorps antirabiques neutralisants > 0,5 UI/ml par *Rapid Fluorescent Focus Inhibition Test* (RFFIT, test de référence, CNR Rage, Pasteur). Rabicourt est l'unique étude évaluant 2 doses IM à J0 et J7. L'immunogénicité à court terme (RFFIT) dans Rabicourt et les onze études vaccinales de la revue de littérature évaluant 15 bras de schémas courts de PrEP Rage était de 96 %, 90 % et 100 % en IM (1 dose unique à J0 chez Khawplod 2007 et Jonkers 2017) et 3 doses IM à J0, J3, J7 chez Jelinek 2015 ; 76 % et 100 % en ID sur 1 jour (2 doses ID 0,1ml à J0

chez Khawplod 2012 et 2 ou 3 doses 0,1ml à J0 chez Jonker 2017) ; 94 %, 94 % et 99 % en ID sur 2 jours (2 doses ID 0,1ml à J0, J7 chez Mills 2011, Lau 2013, De Pijper 2018) ; 100 % des 19 voyageurs de Rabicourt, dont 6 (32 %) avaient un RFFIT < 10 UI/ml considéré comme non durable selon Soentjens 2018 et 4 (21 %) présentaient une immunogénicité présumée initialement insuffisante en Elisa de routine, 3 hommes âgés de 18 ans (ATCD ostéosarcome fémoral), 31 ans et 63 ans (ATCD adénocarcinome prostatique) et une femme de 65 ans, avec respectivement des tau x en Elisa de 0,18 UI/l, 0,14 UI/l, 0,35 UI/l et 0,2 UI/ml et des taux en RFFIT de 9,8 UI/ml, 8,9UI/ml, 11,8 UI/ml et 9,8 UI/ml).

La littérature indique que les schémas courts de PrEP amorcent une mémoire immunitaire satisfaisante à court terme mais fait évoquer une immunogénicité plus faible aux âges extrêmes et déclinante à moyen terme, faisant discuter sa durabilité en l'absence de rappel vaccinal en populations fragiles : enfants et personnes âgées (Rabicourt et Khawplod 2007) et immunodéprimés (OMS 2018).

Le défaut de performance diagnos-

tique des tests sérologiques Elisa de routine mise en évidence par Rabicourt rend caduque en France les contrôles sérologiques de routine après une PrEP Rage précédent un voyage imminent ce, d'autant que l'OMS ne les recommande pas.

En attendant des données plus étoffées en populations fragiles, nous suggérons au HCSP d'émettre les recommandations précautionneuses suivantes : une PrEP courte de 2 doses IM J0-J7 sans sérologie ; une PrEP 3 doses IM (AMM pour J0-J7-J21/J28 ou J0-J3-J7) en première intention pour les populations fragiles ; une dose de rappel à 1 an ou avant un prochain voyage en cas de schéma court de PrEP chez les jeunes enfants voyageurs âgés de moins de 10 ans (risque de négliger un contact rabique) en situation d'expatriation ou de voyages réguliers en zone d'enzootie ; la promotion en zone non endémique d'études d'immunogénicité du schéma court de PrEP Rage en 2 doses IM à J0 et J7 d'effectifs suffisants parmi des volontaires (voyageurs internationaux ou non), en particulier parmi les populations « fragiles ».

**Immunogénicité des schémas courts de prophylaxie vaccinale préexposition de la rage chez les voyageurs : revue de la littérature et étude pilote d'évaluation d'un schéma court en 2 doses J0-J7 par voie intra-musculaire, étude Rabicourt.**  
A. Duwignaud, D. Malvy, É. Ouattara, T. Pistone, J.-B. Zabbé. CHU Bordeaux, CVI/ Inserm U1219, Université de Bordeaux.

## 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 :

Association régie par la loi de 1901 - Enregistrée en Préfecture de Paris sous le n° 86-0482 SIRET n° 398 943 563 00039 code APE 7219Z - Fichier enregistré à la CNIL sous le n° 1065758.  
Les personnes disposent d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui les concernent (art. 34 de la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978).  
Ce droit s'exerce auprès du Secrétariat : SVM - c/o Société de pathologie exotique BP 50082 - 75 622 Paris Cedex 13



Organisée par la

8 h 30 - 9 h 30 : ACCUEIL

**E-HEALTH ET MÉDECINE DES VOYAGES**

9 h 30 : Télémédecine : état des lieux et réglementation

10 h : Télémédecine et voyageurs ?

10 h 30 : PAUSE

11 h : Carnet de vaccination électronique :  
quelle place dans les CVI

11 h 30 : Téléconsultation et psychologie

11 h 45 : Téléconsultation médicale :  
expérience chez l'expatrié

12 h : TABLE RONDE

**TÉLÉMÉDECINE : PERSPECTIVES POUR LE VOYAGEUR ?**

12 h 30 : DÉJEUNER

 **13 h 45 : ASSEMBLÉE GÉNÉRALE**

**SESSION RAGE**

14 h 30 : La rage : expositions au risque rabique  
et recommandations françaises 2019

15 h : Vaccination antirabique chez le voyageur

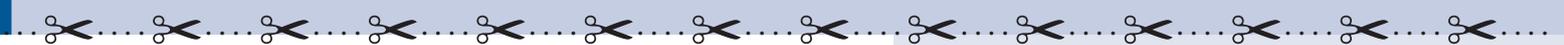
15 h 30 : Discussion

16 h : PAUSE

16 h 30 : *Best of* médecine des voyages

17 h : Actualités en médecine des voyages

17 h 30 : Fin de la journée



**BULLETIN D'INSCRIPTION**

Nom et prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Courriel : .....

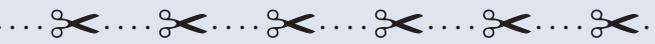
• (préciser n° adhérent) :  
Médecin, pharmacien, scientifique :  
IDE, étudiant, retraité (sur justificatif) :  
•  
Une de sera appliquée pour tout règlement  
ou bon de commande reçu .

du 29 mars et joint le règlement  
par chèque bancaire ou par bon de commande administratif  
(repas de midi inclus dans le tarif d'inscription).

**Bulletin d'inscription à retourner**  
avec le règlement ou un bon de commande à :  
SMV Congrès 29 mars 2019 - c/o Société de Pathologie exotique  
BP 50082  
75 622 Paris Cedex 13

 **13 H 45 ASSEMBLÉE GÉNÉRALE  
ORDINAIRE**

La cotisation est de 60 euros. Un tarif réduit de 50 % est accordé  
aux étudiants sur présentation d'un justificatif, aux infirmiers  
et infirmières et aux retraités  
Pour mémoire, le des cotisations  
de l'année en cours peut se faire en ligne de façon sécurisée  
à partir de votre espace personnel du site de la SMV.  
Pour les , prière de faire  
adresser par l'organisme payeur un bon de commande  
au secrétariat de la SMV en précisant le nom, le prénom et la qualité  
des personnes, ainsi que leur numéro d'adhérent.



**Bulletin pour l'Assemblée générale**

Nom et prénom : .....  
Ville : .....  
Courriel : .....  
  
  
.....

# Tunis : un centre de vaccination plus que centenaire

Installé dans ce qui fut le laboratoire de Charles Nicolle au sein de l'Institut Pasteur de Tunis, le centre de vaccination international reste le point de passage quasi obligé de tout voyageur tunisien.

Implanté en plein cœur de la capitale Tunis, au 13, place Pasteur, le centre de vaccination a été ouvert seulement un an après la création de l'Institut Pasteur Tunis, en 1893, par Adrien Loir, à la suite d'une initiative de Louis Pasteur et d'un décret beylical à cet effet. Initialement dédié à la vaccination antirabique, c'est en 1968, que la vaccination internationale fut initiée, avec le Dr Bydzovski alors également en charge de la vaccination antirabique. À l'époque, la vaccination internationale visait le choléra, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, la typhoïde et la variole. Un an plus tard, avec l'adoption du règlement sanitaire international et l'entrée en vigueur de l'exigence de la vaccination contre la fièvre jaune pour l'entrée dans certains pays selon les recommandations de l'OMS, celle-ci est introduite au service des vaccinations internationales, 29 personnes se faisant vacciner la première année.

Depuis, le service de vaccination internationale et antirabique a évolué. S'il a gardé son activité antirabique, pour ce qui est de la vaccination internationale, certains vaccins ont été abandonnés, comme celui de la variole et du choléra, pendant que d'autres étaient maintenus, contre la typhoïde, la rage, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et que de nouveaux vaccins recommandés étaient introduits, à savoir ceux contre les hépatite A et B, la méningite à méningocoque A, C, Y, W135, la rubéole, la rougeole et les oreillons.

L'administration des vaccins se fait lors d'une consultation médicale assurée par un médecin et ce, en fonction des destinations, de la nature du voyage, de la durée de séjour, de la situation épidémiologique mondiale vis-à-vis de certaines maladies, des recommandations de l'OMS ou encore des exigences de certains pays selon le RSI...

Cela dit, le Service de vaccination inter-

nationale et antirabique de l'Institut Pasteur de Tunis demeure jusqu'à ce jour le seul centre de vaccination antimarile agréé par l'OMS et également le seul centre de vaccination des voyageurs du secteur public en Tunisie. À cet effet, il a connu une expansion en locaux adaptés et en ressources humaines.

Aujourd'hui, ce service est indépendant. Il occupe une partie du rez-de-chaussée du bâtiment central de l'Institut qui fut, de 1905 à 1930, le laboratoire de Charles Nicolle, est encore appelé le bâtiment Charles Nicolle. Il



Le CVI de Tunis est le seul de son genre pour le service public.

est constitué d'un bureau d'accueil, de deux grandes salles d'attente, de quatre guichets d'enregistrements, de trois salles de vaccinations et de deux bureaux de médecins. L'équipe en charge est constituée d'un médecin chef de service, d'un médecin de la santé publique, d'une surveillante du service, de deux secrétaires et de huit infirmiers. Toute l'équipe travaille à temps plein dans le service.

En effet, les voyageurs se présentent d'abord au bureau d'accueil où ils sont reçus par un infirmier qui a pour mission de les orienter en fonction de leurs besoins et de leur procurer les premiers conseils de prévention.

Les personnes nécessitant une consultation médicale en raison de leurs antécédents médicaux, se présentant pour

une mise à jour de leur vaccination ou souhaitant avoir une consultation voyageur avec prescription éventuelle d'une chimioprophylaxie antipaludique ou toute autre recommandations sont prises en charge en consultation par un médecin. Une fois les vaccins nécessaires prescrits, l'enregistrement des voyageurs est assuré par les secrétaires et l'acte de vaccination, par un infirmier. En moyenne, 5 000 voyageurs, sont vaccinés tous les ans contre la fièvre jaune. Les destinations les plus fréquentes étant celles vers l'Afrique de l'Ouest, notamment la Côte d'Ivoire et le Sénégal, pour des motifs essentiellement professionnels.

Deux séances matinales de vaccinations contre la fièvre jaune sont assurées de manière permanente et fixe deux jours par semaine. Les autres jours, des rendez-vous sont organisés en fonction de la demande. Pendant la période du Petit Pèlerinage, la

Omrah, le CVI draine aussi la vaccination anti-méningococcique nécessaire à cet effet. Chaque année, environ 23 000 pèlerins sont pris en charge au service. Depuis l'année dernière, et devant cet afflux important durant cette période, une plateforme de prise de rendez-vous sur Internet a été installée afin d'assurer un service de qualité. Seuls les personnes ayant pris un rendez-vous préalable sont acceptées.

Pour les vaccins recommandés, prescrits lors des consultations médicales assurées par les deux médecins du service, 500 personnes sont, en

moyenne, vaccinées tous les ans contre l'hépatite A et la typhoïde, 350 contre l'hépatite B, 500 contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite et 227 contre la rage à titre préventif. Ces vaccins recommandés sont surtout prescrits pour les voyageurs en partance vers les pays de l'Afrique sub-saharienne, l'Asie et l'Amérique du Sud, ayant une longue durée de séjour ou bien de courts séjours répétés dans l'année.

Dans ce centre, le seul agréé par l'OMS pour la vaccination contre la fièvre jaune en Tunisie, les consultations prévoyages sont de plus en plus organisées à la demande des voyageurs, de plus en plus conscients de la nécessité de la prévention contre certaines maladies endémiques dans les pays visités.

# Le HCSP se prononce sur l'endémicité de la tuberculose

Le Haut Conseil de la Santé publique (HCSP) a rendu, le 18 Mai 2018, un avis relatif à la détermination d'un seuil pratique pour définir un pays de haute endémicité tuberculeuse suite à une saisine de la direction générale de la santé.

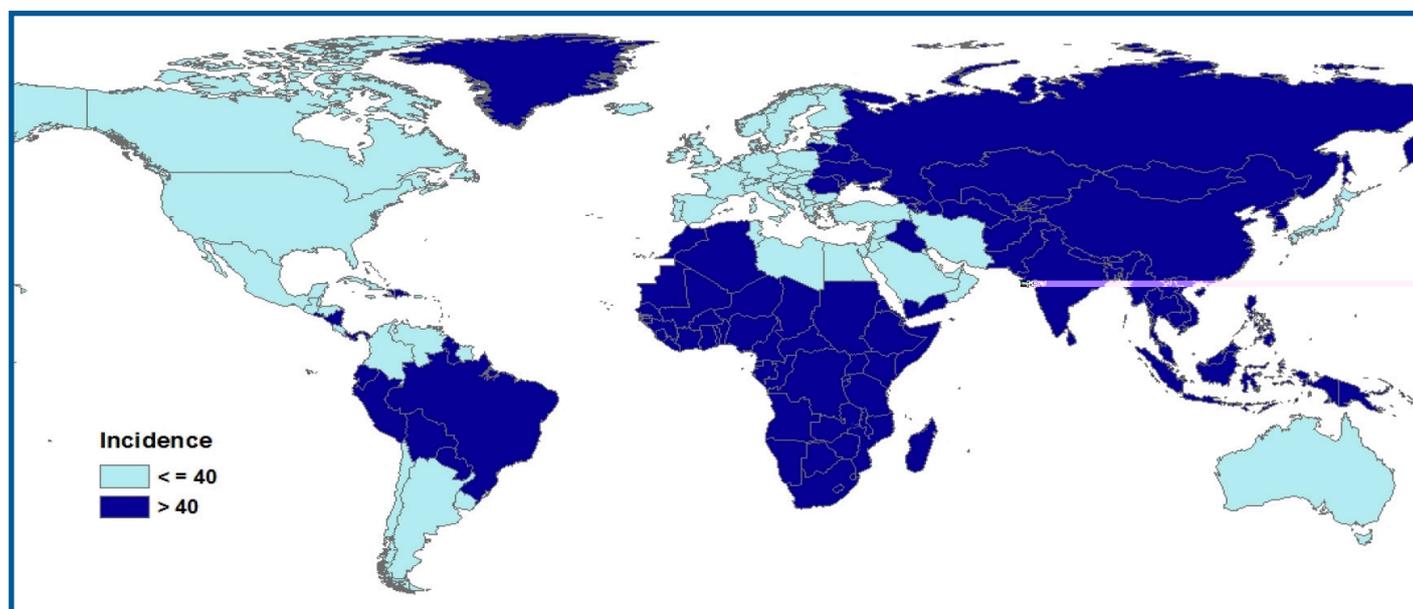
Ce seuil a vocation à être utilisé dans les recommandations de dépistage de la tuberculose maladie (TM) et de l'infection tuberculeuse latente (ITL) et pour les indications de vaccination BCG.

À l'issu de son travail le HCSP recommande de considérer comme pays de haute endémicité tuberculeuse un pays où l'incidence annuelle de la tuberculose maladie est supérieure à 40/105 habitants ; d'utiliser cette valeur seuil de 40/105 pour définir les indications de vaccinations par le BCG chez les enfants provenant de pays de haute endémicité, nés de parents originaires de ces pays ou ayant des contacts étroits avec des personnes provenant de ces pays, ou devant s'y installer ; de faciliter la communication de l'information sur la situation épidémiologique des différents pays du monde vis-à-vis de la tuberculose en fournissant la liste des zones géographiques de haute endémicité ainsi que celle des quelques pays constituant une exception dans ces zones.

Le HCSP précise que cet avis ne se positionne pas sur les modalités de dépistage de la TM et de l'ITL chez les immigrants, des recommandations de la HAS et du HCSP étant attendues sur ces enjeux de santé publique.

Zones géographiques de « haute et faible endémicité » pour la tuberculose (source : OMS 2017)		
Zones géographiques	Endémicité tuberculeuse <sup>1-2</sup>	Exceptions <sup>3</sup>
Afrique	<b>Haute</b>	
Asie	<b>Haute</b>	NB <sup>4</sup> : l'incidence au Japon est de 18/10 <sup>5</sup>
Australie et îles du Pacifique	<b>Haute</b>	Australie, Nouvelle-Zélande, Samoa, Tonga
Prochet et Moyen-Orient	<b>Haute</b>	Chypre, Émirats arabes unis, Israël, Jordanie, Oman
Amérique centrale, Amérique du Sud et Caraïbes	<b>Haute</b>	Antigua et Barbuda, Barbade, Bermudes, Bonaire, Cuba, Costa Rica, Curaçao, Jamaïque, Îles Vierges et Caïmans, Porto Rico
Europe centrale et Europe de l'Est (y compris la Russie)	<b>Haute</b>	Grèce, Hongrie, Slovaquie, Slovénie, Tchéquie
Amérique du Nord	<b>Faible</b>	
Europe du Nord	<b>Faible</b>	Groenland
Europe de l'Ouest	<b>Faible</b>	NB <sup>4</sup> : l'incidence au Portugal est de 20/10 <sup>5</sup>

1. La haute endémicité tuberculeuse est définie par une incidence de la maladie supérieure à 40/10<sup>5</sup>.
2. La faible endémicité est définie par une incidence de la maladie inférieure à 10/10<sup>5</sup>.
3. Pour les zones de haute endémicité, les exceptions sont les pays avec une incidence inférieure à 10/105. Pour les zones de faible endémicité, les exceptions sont les pays avec une incidence supérieure à 40/10<sup>5</sup>.
4. L'indication de vaccination par le BCG pour les personnes originaires de ce pays doit être discutée au cas par cas en tenant compte des autres facteurs de risque.





Président : Pr Christophe Rapp  
Secrétaires g<sup>né</sup>ral : Dr Paul-Henri Cconsigny, Dr Christophe Hommel  
Trésorière : Dr Fabienne Le Goff, Dr Catherine Goujon

La (Société de Médecine des voyages), organise de ces formations est  
sur pour **les infirmiers et infirmières des CVI.** L' de ces formations est  
d' infirmier des CVI

### Rôle des infirmières dans l'éducation à la santé



## Bulletin d'inscription Module 1 et/ou 2

Mr  Mme Nom et prénom : .....

CVI : .....

Adresse professionnelle : ..... Adresse personnelle : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Code postal : ..... Ville : .....

Tél. : ..... Courriel : ..... Tél. : ..... Courriel : .....

S'inscrit à une et/ou deux sessions de formation organisée à Lyon, les jeudi 14 et vendredi 15 mars 2019 et/ou jeudi 11 et vendredi 12 avril 2019 pour le personnel infirmier des Centres de vaccinations internationales. Le **nombre de participants** est fixé à **15 au maximum**. Si le nombre d'inscriptions est **inférieur à 8**, la session sera **reportée**.

: (déjeuners compris) **par session** (à préciser)

### Références du règlement

Coordonnées du service Formations

Coordonnées du service financier

.....

.....

.....

.....

## Envie de devenir un « infirmier vraiment docteur »

Marine nationale, Ehpad, groupe hospitalier... entre vaccinations, consultations et formations, sans oublier la délégation des tâches, certains parcours d'infirmiers méritent une rencontre.



*Laurent Lepvrier, un infirmier pas comme les autres.*

Laurent Lepvrier a un parcours original et diversifié. Il est infirmier depuis août 1998 lorsque, fraîchement sorti de l'école du personnel paramédical des armées, il est d'abord officier marinier dans la Marine nationale pendant quatre ans sur l'Île du Levant. Son poste consiste alors en de la médecine du travail à destination des militaires et appelés du contingent, et un peu de médecine de soin pour des accidents de sport. Il se familiarise avec la vaccination des professionnels et est très tôt convaincu de l'importance de la médecine préventive.

En septembre 2002, il prend un poste d'infirmier de soin dans le service de médecine de l'hôpital Bégin. Il restera dix ans dans cet hôpital, passant de l'hospitalisation aux consultations de dermatologie, où il passe son DU Plaie et Cicatrisation en 2007, puis à la chirurgie polyvalente, où il deviendra gypsothérapeute [infirmier spécialisé dans la mise en place d'immobilisation, ndlr], avant de quitter l'Armée en août 2012, après avoir validé son diplôme d'État.

Après six mois passé dans un Ehpad, il est recruté par l'hôpital de Melun, en Seine-et-Marne, aujourd'hui Groupe hospitalier Sud Île-de-France, pour travailler à l'Unité sanitaire du Centre de détention de Melun. Il y restera dix-huit mois, avant de rejoindre les consultations externes qui hébergent le CVI du GHSIF.

En 2014, avec l'arrivée d'un nouveau médecin sur ce centre, les IDE des consultations externes intègrent la consultation du voyage, réalisée antérieurement par un médecin seul. On lui propose le poste d'infirmier référent en vaccination du voyage. Quelques mois plus tard, en 2017, il passe le DIU de Médecine des voyages - Santé des voyageurs tout en poursuivant les consultations du voyage aux côtés des médecins et en commençant à se former à la consultation à proprement parler.

Avec les deux médecins du CVI, un dossier de délégation des tâches en médecine des voyages est monté pour adhérer au protocole de délégation de soins de l'Agence régionale de santé.

Laurent devient infirmier en délégation médicale en avril 2018 et consulte dorénavant en autonomie. Parallèlement, il poursuit son travail en plaie et cicatrisation et entre, en novembre 2018, dans deux nouveaux protocoles de délégation dans ce domaine.

Ce qui lui plaît en consultation des voyages, c'est le contact avec les gens,

### CVI SUD 77 : AU-DELÀ DU DÉPARTEMENT

Le CVI Sud 77 existe depuis plus de quinze ans. Il est né au sein du service de réanimation de l'hôpital de Melun, en Seine-et-Marne, avant de s'individualiser dans le cadre des consultations externes.

Seul CVI de Seine-et-Marne, il est aussi fréquenté par des consultants des départements limitrophes (Essonne, Loiret et Yonne).

Entre 2 000 et 2 500 voyageurs sont accueillis chaque année par le centre, qui assure aussi des consultations de médecine tropicale au retour d'un voyage en lien avec le service des maladies infectieuses et tropicales.

L'équipe est composée de deux médecins, d'un infirmier référent et d'une équipe de plusieurs infirmières et secrétaires mutualisées sur les activités des consultations externes.

Ouvert tous les après-midis, du lundi au vendredi, et le mardi jusqu'à 19h, les tarifs pratiqués pour les vaccins ont vocation à être raisonnables afin de limiter le risque de renoncement à la prévention en raison de sa charge financière. N. V.



*Le Dr Florence Raghu, du CVI Sud 77.*

l'« approche préventive ». Il fait le lien avec son expérience en plaie et cicatrisation où, justement, les patients n'ont pas fait de prévention. La médecine des voyages prend alors sens, comme médecine préventive qui parle des risques, des bons comportements, essaye de convaincre les gens sur l'intérêt des vaccins. Il prend l'exemple de la campagne de vaccination antigrippale réalisée cette année en partenariat avec le CVI, avec de plus en plus de personnel vacciné.

Oui, il en est convaincu, la consultation du voyageur peut avoir un réel impact, pour cela, il faut réussir à convaincre les indécis, rassurer sur la tolérance des vaccins, combler les insuffisances de l'éducation et contrer les fausses informations. Il n'oublie pas qu'à la base, la vaccination, ça fait mal. Que ce sont des

mauvais souvenirs d'enfance. Quand il voit des voyageurs qui entrent à reculons et repartent avec le sourire, il a le sentiment d'avoir réussi son travail. Rappelle que l'on peut piquer sans faire mal, persuadé que l'on peut faire avancer les gens sur eux-mêmes et arriver à convaincre.

Quand on l'interroge sur son vécu de la délégation des tâches, il dit vivre cela très bien, à la seule limite de la gestion du temps qui peut parfois être problématique.

La peur de la prescription ? Cela fait des années qu'il prescrit des pansements quant aux vaccins, ils sont prescrits dans un cadre très défini et, au moindre doute, il peut appeler le médecin.

Quand il y a du monde à sa consultation et qu'il contribue à l'activité du

CVI, c'est positif. Et quand on lui confie un interne en formation et qu'un infirmier forme un médecin, on voit que les rôles évoluent.

Laurent ne veut pas s'arrêter là. Il a comme projet de devenir Infirmier en pratique avancées (IPA). Même si, actuellement, le cadre administratif ne semble pas le permettre, il attend avec impatience la publication des modalités de la validation des acquis de l'expérience de l'Université Paris-Diderot, où il souhaite déposer son dossier. Il pourrait alors intégrer un master en deuxième année, devenir un « infirmier vraiment docteur ».

Un besoin de reconnaissance des compétences, mais aussi une manière d'acquérir plus d'autonomie organisationnelle, un rapport hiérarchique différent au sein de l'hôpital.

20<sup>e</sup> anniversaire

# JN

## 20<sup>es</sup> Journées Nationales d'Infectiologie

Lyon

et la région Auvergne-Rhône-Alpes

Centre des Congrès de Lyon

du mercredi 5 juin 2019  
au vendredi 7 juin 2019

Journée Nationale de Formation  
des Infirmier(ère)s en Infectiologie

Jeudi 6 juin 2019

Informations : [www.infectiologie.com](http://www.infectiologie.com)





INAVD

es salmonelloses à *Salmonella typhi* posent un problème de santé publique

important dans le monde, en particulier dans les pays à faible niveau de ressources où les conditions d'hygiène ne sont ou ne peuvent être respectées.

Elles peuvent entraîner une septicémie à point de départ digestif grevée d'une gravité potentielle en l'absence de prise en charge. Les voyageurs y sont aussi indirectement exposés lors de voyages dans les zones d'hyper endémie dans des mauvaises conditions d'hygiène. Des cas sont fréquemment rapportés en Guyane et à Mayotte.

L'analyse a été menée à l'aide de modèles mixtes. Parmi les 387 participants, 81 (21 %) ont présenté une possible fièvre typhoïde dans les deux ans qui ont suivi la vaccination.

L'incidence sérologique était moindre dans le bras Vi-TT que dans le bras Vi-PS (RR = 0,372 IC 95 % [0,235 - 0,588] ; P < 0,001) chez les 2 - 45 ans. L'incidence n'était pas différente chez les enfants âgés de 6 à 23 mois. Finalement, l'efficacité vaccinale sérologique a été évaluée à 85 %, IC 95 % (80 - 88%).

Cet essai démontre ainsi une efficacité sérologique encourageante de ces vaccins combinés en comparaison à ceux actuellement utilisés en routine, avec une réduction



P. CHESNET

Attention, ces petits beignets fort appétissants peuvent s'avérer dangereux pour la santé.

Le développement de vaccins typhoïdes conjugués en remplacement des vaccins polysaccharidiques non conjugués, d'efficacité faible, est prometteur. Dans leur étude publiée dans le CID, M. Voysey et A.J. Pollard présentent les résultats d'un essai clinique randomisé de phase 3 ayant comparé un vaccin polysaccharidique typhique Vi et polysaccharidique antitoxine tétanique conjugué (Vi-TT) avec un vaccin Vi polysaccharidique (Vi-PS) mené chez des participants âgés de 2 à 45 ans, ainsi qu'un bras ouvert chez des enfants de 6 à 23 mois.

significative des typhoïdes cliniques ou infracliniques chez l'enfant et l'adulte.

Cette étude est une nouvelle pierre à la littérature déjà existante sur ces vaccins, lesquelles ont conduit l'OMS à recommander le développement de ses vaccins dans les zones d'endémie. Leur place en médecine des voyages restera à déterminer.

Seroefficacy of Vi Polysaccharide-Tetanus Toxoid Typhoid Conjugate Vaccine (Typbar TCV). *Clinical Infectious Diseases*, Volume 67, Issue 1, 18 June 2018, Pages 18-24. M. Voysey et A.J. Pollard.



28 mars 2019, Paris – France  
gpt.sfpediatrie.com



29 mars 2019, Paris – France



6-11 mai 2019, Ljubljana – Slovénie  
espid.org



13-16 avril 2019, Amsterdam – Pays-Bas  
eccmid.org



22-24 mai 2019, Tours – France  
sfpsfmm2019.sciencesconf.org



### Réunion scientifique de Printemps

mai 2019, Paris – France  
pathexo.fr/1299-accueil.html



5-9 juin 2019, Washington DC – États-Unis  
istm.org/cistm16



5-7 juin 2019, Lyon – France  
infectiologie.com/fr/accueil-jni.html



20-24 juin 2019, San Francisco – États-Unis  
asm.org/index.php/asm-microbe-2019



2-4 octobre 2019, Marseille – France  
http://www.gispe.org/html/actus2019.html



16-20 septembre 2019, Liverpool – Royaume-Uni  
https://rstmh.org/events/11th-european-congress-tropical-medicine-and-international-health-ectmih



20-24 septembre 2020, Bangkok – Thaïlande  
ictmm2020.org