

LA LETTRE

de la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DES VOYAGES

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

ÉDITORIAL

Une Société active, mobilisée et motivée



À nouvelle *Lettre*, nouvel édito, tant il est dit que, malgré la situation actuelle, notre Société est active, mobilisée et motivée.

Certains le connaissaient bien, d'autres moins, mais tous en avaient entendu parler. Nous regrettons la disparition de notre estimé collègue Claude Hengy, survenue cet été, à l'âge de 71 ans. Un

témoignage retrace les faits marquants de sa vie menée autour de la médecine tropicale. Nous ne pouvons ici que lui rendre un humble mais chaleureux hommage, et partager la douleur de sa famille.

Cette Lettre 108 est sous le signe de la pathologie du migrant. Peu et mal connue encore aujourd'hui, il est rappelé au travers de six articles la nécessité d'améliorer la prise en charge globale de ces populations précaires. La schistosomose et la tuberculose, qui font dorénavant l'objet de recommandations européennes, devraient être recherchée systématiquement tant leur évolution chronique peut être grave, alors qu'elles sont traitables à des stades précoces. La santé sexuelle et le problème de l'excision font l'objet d'une mise au point. Nous ne sommes pas démunis face à ces problématiques encore faut-il s'en saisir.

Le vaccin contre la dengue n'est toujours pas disponible pour le voyageur, le sera-t-il un jour ? Les éléments qui en empêchent son utilisation chez le voyageur séronégatif pour la dengue sont utilement rappelés. La mise à jour des calendriers vaccinaux pour les personnes incomplètement vaccinées ou en retard, problème complexe, fait l'objet d'une synthèse. Par ailleurs, il nous est rappelé que l'encéphalite à tique, quoique rare en France, ne l'est pas du tout dans certains de nos pays limitrophes comme la Suisse ou l'Allemagne. Là encore, la vaccination a sa place.

L'activité des CVI en 2018 est présentée. Il est à noter que si leur place est évidente en rapport avec le voyage, ceux-ci jouent aussi un rôle majeur de prévention par la mise à jour du calendrier vaccinal. Leurs missions dépassent en réalité, et pour le bénéfice de tous, le cadre strict du voyage. Nos autorités sanitaires ne doivent pas l'oublier.

Bien que 2020 soit une année particulière pour le voyage international, il est connu que les bactéries, y compris résistantes, voyagent aussi. La question à venir sera sans doute : quel est l'impact de cette année sur l'incidence et la diffusion de ces bactéries multirésistantes.

Pour les candidats à l'exercice sous les tropiques, le Dr Bargain nous explique et raconte son expérience personnelle en Guyane. Un véritable guide pratique pour les volontaires et les fans de *matoutous*!

Enfin, et il s'agit d'une annonce importante : notre Congrès aura bien lieu cette année. Malheureusement, sa formule sera quelque peu modifiée puisqu'il s'agira d'un congrès virtuel! Toutes les informations pratiques vous sont dévoilées dans ce numéro.

Bonne lecture et... Sortez masqués!

Stéphane JAUREGUIBERRY, vice-président



SC			

ÉDITORIAL Une Société active, mobilisée et motivée MISE AU POINT Quel bilan de santé pour les quels « migrants » ? Tuberculeuse latente chez les migrants : recommandations du HCSP Quelle est la place d'un bilan parasitologique chez un migrant ? Rattrapage vaccinal chez les personnes au statut incomplet, inconnu ou incomplètement connu Prévention sexuelle chez les migrants VFR La prise en charge des mutilations sexuelles féminines en France EXPÉRIENCE	5 6 7 8	VEILLE SANITAIRE Voyageurs et bactéries multi-résistantes Infections liées au virus TBE : ça flambe! Vaccins Dengue : nos voyageurs sont-ils concernés ? ÉCHO DES CVI Améliorer l'offre dans les CVI Un CVI en Seine-Saint-Denis PAROLES D'INFIRMIÈRES « Toujours plus de compétences, toujours plus loin » HOMMAGE Claude Hengy : un médecin au service des autres	11 12 13 14 15 16
Des pistes de CDG à la forêt amazonienne	10		

Quel bilan de santé pour quels « migrants »?

Accès aux soins, examen clinique systématique, rattrapage vaccinal, dépistage de maladies infectieuses, les migrants doivent pouvoir bénéficier d'un bilan de santé lorsqu'ils arrivent ou sont en France. Une mesure prônée par le Haut Conseil en santé publique depuis déjà cinq ans.



Un « rendez-vous santé » est proposé aux nouveaux arrivants en France qui permettra de faire le point sur leur santé et, éventuellement, rattraper certaines carences ou mises à jour vaccinales.

Avant de parler de bilan de santé chez les migrants, encore faut-il déjà s'entendre sur ce que l'on entend par « migrant », cette dénomination ne répondant pas à une définition précise et faisant l'objet de controverse. On peut cependant l'utiliser pour parler des personnes nées à l'étranger et vivant sur le territoire français, en particulier ceux arrivés récemment en France.

Un bilan de santé doit répondre à une problématique de santé publique, être faisable, accessible, acceptable, tenir compte des éventuels freins culturels, être coût-efficace et soit généralisé à toutes les personnes migrantes vers la France, soit ciblé sur des sous-populations exposées. Le Haut Conseil en Santé publique a recommandé en 2015 que ces derniers puissent bénéficier d'un « rendez-vous santé » dans les quatre mois qui suivent leur arrivée en France, dans un lieu unique, avec possibilité d'interprétariat et associant une délivrance d'information santé, une évaluation de la couverture maladie et de l'accès aux soins, un examen clinique systématique, la mise en œuvre du rattrapage vaccinal et le dépistage biologique des pathologies prévalentes. Pour ce qui concerne le contenu de ce dépistage, l'ECDC a émis des recommandations en 2018 sur le dépistage des maladies infectieuses, le HCSP a dessiné le contour d'un bilan de santé pour les mineurs non accompagnés en 2019 et il existe un certain nombre de recommandations par pathologies ou des recommandations de dépistages pour les populations migrantes peuvent être retrouvées.

La fréquence des troubles psychiques, des pathologies gynécologiques, des troubles musculo-squelettiques et, pour certains, des maladies cardiovasculaires et métaboliques devraient motiver leur dépistage clinique systématique dès le premier contact avec le système de santé.

Parmi les maladies infectieuses, la tuberculose est une maladie 8 fois plus fréquentes parmi les personnes nées à l'étranger et devrait être systématiquement dépistée chez les personnes originaires des pays de forte endémie par examen clinique et radio pulmonaire, ainsi que sa forme latente par réalisation d'un test IGRA chez les mineurs étrangers et les jeunes adultes ayant des enfants en bas âge (voir avis du HCSP 2018 page suivante). La question de la répétition de cette radio pulmonaire durant les deux premières années après l'arrivée est posée au vu de la survenue non rare de cas chez des personnes asymptomatiques à l'arrivée.

La mise en œuvre de ce dépistage expose à des problématiques nouvelles que sont la gestion des images séquellaires chez les personnes asymptomatiques, la difficulté à dater les infections tuberculeuses latentes chez ceux dépistés positifs, la prise en charge des test IGRA pour les plus de 15 ans et l'acceptabilité, la complétude et la tolérance du traitement de ces ITL quand elles sont détectées.

Les infections virales chroniques (VIH, VHB, VHC) devraient également être systématiquement dépistées au vu de



Président :

Christophe Rapp

Vice-président :

Stéphane Jaureguiberry

Secrétaires généraux :

Paul-Henri Consigny, Christophe Hommel

Trésorières :

Catherine Goujon, Fabienne Le Goff

Rédacteur en chef : Nicolas Vignier

Conception, réalisation :

Patrick Chesnet

Rédaction : Philippe Bargain (Veille règlementaire), Nathalie Colin de Verdière (Agenda), Paul-Henri Consigny (Mise au point), Marie Plisson-Sauné (CVI)

Ont collaboré à ce numéro :

Christine Castera, Hugues Cordel, Ludovic de Gentile, Yves Hansmann, Christophe Hommel, Thierry May, Sylvain Nappez

Liste de diffusion

membre-smv@medecine-voyages.fr

Correspondance

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

Siège social

79, rue de Tocqueville 75 017 Paris

www.medecine-voyages.fr



Transmise par un mollusque d'eau douce, la bilharziose, toujours endémique dans certains pays, doit être recherchée lors d'un dépistage de maladies infectieuses.

leur prévalence dans les pays d'origine, mais aussi, pour le VIH, en lien avec le risque d'acquisition en France. Le dépistage de l'hépatite B est très rentable et est incontournable avant un rattrapage vaccinal. Concernant les autres IST, la sérologie syphilis peut être largement proposée mais est parfois difficile d'interprétation en raison de l'existence des autres tréponématoses en zone tropicale. La PCR Chlamydiae/ gonocoque sur premier jet d'urines ou auto-prélèvement vaginal devrait également être largement prescrite dès 15 ans chez les femmes et les hommes sexuellement actifs. Une sérologie bilharziose et anguillulose, récemment inscrite au remboursement par l'Assurance maladie, est recommandée pour toutes les personnes originaires d'une zone d'endémie. Elles peuvent utilement être complétées/accompagnées d'une bandelette urinaire (hématurie microscopique ?), d'une NFS (hyperéosinophilie ? Anémie par carence martiale?) et d'examens parasitologiques répétés des selles et des urines, sur échantillon en fin de matinée après un effort physique ou sur urines des 24 heures, quand ils sont accessibles et réalisables. L'interprétation des sérologies positives en immuno-enzymatiques et négatives en western blot pose problème (bilharziose ancienne guérie ? Réaction croisée ? Bilharziose ancienne avec perte des anticorps méritant un traitement systématique ?). Une alternative à la biologie pour les migrants originaires des zones à risque repose sur la proposition d'un traitement d'épreuve systématique à l'arrivée associant l'ivermectine à l'albendazole, éventuellement associé au praziquantel pour la bilharziose.

Chez les femmes, un test de grossesse pourra être proposé et la problématique des violences sexuelles et des mutilations sexuelles féminines seront systématiquement abordées si elles sont appropriées.

Ce bilan de santé est également l'occasion de la mise en œuvre du rattrapage vaccinal pour lequel sont dorénavant recommandés la sérologie varicelle en pré-vaccinal en l'absence d'antécédent rapporté et des sérologies post vaccinales en cas de statut antérieur inconnu (anticorps antitétaniques et anti HBs).

Enfin, le dépistage des hémoglobinopathies ou, plus précisément, d'un statut hétérozygotes, est discuté mais pourrait avoir un intérêt en prévision d'un projet de parentalité.

Nicolas Vignier

Dépistage et traitement de l'infection tuberculeuse latente chez les migrants : recommandations du HCSP

L'infection tuberculeuse latente (ITL) affecte environ 1,7 milliard de personnes dans le monde. Elle constitue le réservoir de nombreux cas de tuberculose maladie dans les pays à faible incidence comme la France. La prise en charge de l'ITL constitue l'une des mesures prioritaires de la stratégie d'élimination de la tuberculose. L'OMS et l'ECDC ont émis récemment des recommandations pour le dépistage et le traitement de 1/ITI..

Après une description des données épidémiologiques disponibles, le HCSP présente les tests de dépistage des ITL et leurs limites. Il détaille la stratégie de dépistage selon les groupes de populations considérés à haut risque (enfants contacts d'un cas, personnes migrantes, voyageurs et expatriés, professionnels de santé, personnes atteintes de certaines pathologies chroniques ou en attente de transplantation d'organes, personnes vulnérables, ..). Il maintient ses préconisations antérieures et recommande d'étendre le dépistage aux adolescents de 15 à 18 ans et aux migrants âgés de 18 à 40 ans dans certaines conditions. Il précise les options thérapeutiques et les modalités de suivi des patients traités. Il propose une approche médico-économique relative à la cascade de prise en charge des ITL susceptible de faciliter la comparaison des pratiques par rapport aux recommandations et ainsi d'identifier les améliorations **Christophe Rapp** nécessaires.

Les nouvelles recommandations du Haut Conseil de la Santé publique peuvent être consulté aux adresses suivante :

www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=731 www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=668



SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DES VOYAGES

Association régie par la Loi de 1901 enregistrée en Préfecture de Paris sous le n° 86-0482 Siret 398 943 563 00039 - code APE 7219Z www.medecine-voyages.fr

BOURSE DE RECHERCHE 2020

La Société de Médecine des Voyages attribue une bourse de recherche chaque année. Son montant est de 5 000 euros.

L'objet de cette bourse est de favoriser la réalisation d'un projet de recherche par un e candidat e infirmier ère ou médecin. À valeur égale, le projet d'un candidat encore en formation (interne, assistant e, CCA...)

sera privilégié. L'utilisation de la bourse est laissée à l'appréciation du récipiendaire et du responsable de l'équipe scientifique accueillant le projet.

Conditions de candidature et d'attribution

Être membre de la SMV et à jour de ses cotisations. Les projets seront sélectionnés par un comité scientifique comprenant le bureau de la SMV et trois membres de la commission Recherche de la SMV sur les critères suivants.

Travail en lien avec la médecine des voyages ou la santé des migrants.

Méthodologie rigoureuse.

Caractère innovant du projet.
 Résultats envisagés permettant de mettre rapidement en place des procédures auprès

des publics concernés. Lors de la délibération, il sera tenu compte des liens d'intérêt éventuels des membres du comité

et du demandeur.

Les projets de recherche clinique seront privilégiés. La soumission de projets à orientation sociologique ou comportementale est par ailleurs encouragée. Une bourse ne peut être attribuée à une personne appartenant à une équipe dont un membre aurait déjà reçu une bourse de la SMV au cours des trois années précédentes.

Dossier de candidature

Le(a) candidat(e) devra adresser son dossier par courrier électronique en triple exemplaires aux secrétaires généraux de la SMV, Christophe Hommel (Christophe.Hommel@chru-strasbourg.fr) et Paul-Henri Consigny (paul-henri.consigny@pasteur. fr) ainsi qu'au Dr Nicolas Vignier (dr.vignier@gmail.

Il doit respecter le formulaire ci-contre et comprendre un CV du demandeur, un CV du responsable scientifique de l'équipe de recherche où s'effectuera

le projet.

Calendrier 2020

Ouverture de l'appel d'offre le 15 Octobre 2020. Recueil des projets jusqu'au 30 novembre 2020

L'attribution de la bourse sera annoncée lors de la Journée d'Automne de la SMV (en distanciel) le vendredi 11 décembre 2020 et un exposé du projet sera présenté par le récipiendaire. Le/la récipiendaire sera par ailleurs invité.e à présenter l'étude et ses premiers résultats lors de la Journée de printemps de la SMV 2021.

DEMANDE DE BOURSE

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Nom, prénom

Date de naissance

Coordonnées professionnelles (adresse, courriel, téléphone)

Formations et diplômes

Équipe, laboratoire de rattachement

Nom du directeur de l'équipe

RÉSUMÉ DU PROJET

Intitulé du projet (140 signes maximum)

Population concernée

Type d'étude (interventionelle ou observationelle, prospective ou retrospective)

Durée du projet

Dates approximatives de début et de fin

Comment la bourse sera-t-elle utilisée ?

(À renseigner brièvement : rétribution du candidat, frais de fonctionnement et consommables de laboratoire, autres...)

PRÉSENTATION DU PROJET

Cette présentation comprendra 5 pages maximum-(références comprises), écrites en Arial 11 interligné 1,5.

RESPECTER LES TITRES

- 1. CONTEXTE
- 2. OBJECTIF(S) DE L'ÉTUDE
- MÉTHODOLOGIE
 - 3.1. POPULATION D'ÉTUDE
 - 3.2. MODALITÉS DE RECRUTEMENT
 - 3.3. CRITÈRE DE JUGEMENT
 - 3.4. DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE
 - 3.5. ANALYSE STATISTIQUE
 - 3.6. PROMOTEUR
 - 3.7. INVESTIGATEURS
- 4. RETOMBÉES ATTENDUES
- FINANCEMENT (coût de l'étude, sources de financement éventuellement prévues outre la bourse)

Quelle est la place d'un bilan parasitologique chez un migrant?

La recherche de parasitoses chez les personnes originaires de pays étrangers doit être abordée de façon pragmatique et prendre en compte les modes de vie locaux mais également les pathologies auxquelles elles ont pu être exposées lors de leur parcours pour rejoindre l'Europe.



le voyage pour rejoindre l'Europe, comme ce fut le cas pour les réfugiés syriens ci-dessus, rien ne doit être oublié dans la recherche des parasitoses chez les nouveaux arrivants.

La question est difficile et nécessite de définir la notion de bilan et celle de migrant. En effet ce dernier substantif recouvre des situations très différentes alors que la définition même d'un migrant n'est pas consensuelle. Pour aborder de façon pragmatique la

question posée et rejoindre l'approche médicale d'un bilan sous entendant un caractère systématique, il convient de restreindre nos propos à la prise en charge des personnes originaires de pays étrangers et ayant décidé de rejoindre l'Union européenne en dehors d'un cadre règlementaire.

Les schistosomoses digestives à Schistosoma mansoni et urinaires à Schistosoma haematobium présentent une prévalence importante en zone tropicale africaine et doivent impérativement être recherchées et traitées dans cette population.

En effet, la description de foyers urbains, les conditions de vie sur place, celles du trajet à travers l'Afrique sahélienne sont autant d'arguments épidémiologiques favorables contact avec le parasite.

L'évolution longue et la morbidité importante de ces parasitoses justifient leur prise en charge précoce. Malgré les difficultés du recueil des échantillons, il est nécessaire de proposer les analyses morphologiques qui seules permettent la mise en évidence du parasite, l'étude de sa vitalité et l'évaluation de la charge parasitaire. L'interprétation des sérologies négatives doit être nuancée par l'équilibre hôte/parasite alors que les trousses utilisées sont évaluées pour le diagnostic des infections parasitaires relativement récentes.

L'examen parasitologique des selles permettra également de mettre en évidence les parasites digestifs cosmopolites (ascaris, trichocéphale...) ou tropicaux (ankylostomes...). L'expérience que nous avons acquise progressivement à partir des analyses réalisées systématiquement chez les mineurs non accompagnés montre la faible incidence d'ascaris et de trichocéphales, peut-être liée aux stratégies de santé publique visant à lutter contre les géohelminthes. Pour ce qui est des ankylostomes, Necator americanus est régulièrement isolé. Or ce parasite présente une sensibilité aux benzimidazolés et à l'ivermectine

La strongyloïdose à Strongyloïdes stercoralis est exceptionnellement mise en évidence au cours de l'examen parasitologique des selles. Une approche sérologique permet parfois de suppléer à la faible sensibilité de l'examen parasitaire. Malgré sa faible spécificité, la positivité de cette sérologie incite à proposer un traitement spécifique en raison de la persistance du parasite liée au cycle d'auto-infection.

Parmi les protozoaires, Giardia duodenalis est fréquemment retrouvé, souvent à l'occasion d'une diarrhée. Les protozoaires caeco-coliques sont souvent mis en évidence sans trouble digestif. Leur pouvoir pathogène est faible et leur présence témoigne de la persistance d'une exposition au péril fécal dans les pays d'origine et lors de leur périple. L'amibe pathogène Entamoeba histolytica est rarement mise en évidence sur le plan morphologique.

Une nouvelle approche par des techniques de biologie moléculaire commence à être proposée pour l'examen de selles cependant, le panel de parasites détectés est encore trop limité pour suppléer l'examen morphologique, qui restera toujours indispensable pour l'évaluation de la charge parasitaire.

La recherche systématique de *Plasmo*dium n'est pas recommandée. Elle est néanmoins impérative dans l'exploration d'un syndrome fébrile, d'une anémie associée à une thrombopénie ou d'une splénomégalie, même si les personnes affectées ont quitté la zone d'endémie, notamment l'Afrique subsaharienne, depuis déjà plusieurs années.

La recherche d'autres parasitoses relève d'une démarche singulière qui doit être guidée par l'examen clinique, les éléments de présomption du bilan biologique ou radiologique et l'analyse épidémiologique concernant le patient (mode de vie en zone d'endémie, trajet migratoire, etc.).

Ludovic de Gentile

Rattrapage vaccinal chez les personnes au statut incomplet, inconnu ou incomplètement connu

Toutes les opportunités de rattrapage vaccinal devraient être saisies afin de promouvoir la santé. C'est en tout cas l'avis de la Haute Autorité de santé dont les recommandations sont désormais publiées.

La question du rattrapage vaccinal chez les personnes au statut vaccinal incomplet, inconnu ou incomplètement connu se pose fréquemment dans la pratique clinique. En effet, face à une personne déjà vaccinée en France et ayant perdu son carnet de vaccination ou à une personne migrante primo-arrivante sans preuves vaccinales, il n'existait pas à ce jour de recommandations officielles sur les modalités du rattrapage vaccinal.

Un groupe de travail s'est créé au sein du groupe « Vaccination Prévention » de la Société de pathologies infectieuses de langue française (SPILF) et des enquêtes et études de pratiques de rattrapage vaccinal des professionnels de santé ont été réalisées afin d'apporter des éléments de réponse. Aussi la Direction générale de la Santé a saisi la Haute Autorité de santé en juillet 2017 afin d'établir des recommandations officielles

Les journées d'automne de la SMV ont été l'occasion de présenter l'avancée des travaux du groupe de travail, après consultation publique et avant la publication des recommandations en janvier 2020. Ce document permettra de situer la pratique du rattrapage vaccinal dans la pratique médicale en rappelant que toutes les opportunités de rattrapage doivent être saisies et que cette pratique doit être pensée dans une démarche globale de promotion de la santé et ne pas être dissociées des autres actions de prévention. Des messages clés sur les bonnes pratiques figureront en précisant notamment le nombre d'injections possibles le même jour, estimé raisonnablement à 4, dans les limites de l'acceptation de la personne. Aussi, la question de la survenue d'effets indésirables liés au risque d'hyper immunisation sera précisée, rappelant que ces effets sont peu fréquents, le plus souvent bénins et d'évolution favorable. Les messages de bonnes pratiques rappelleront également l'importance et les modalités de la traçabilité des vaccinations réalisées.

Les vaccins à réaliser en priorité seront précisés en fonction de l'âge ou des facteurs de risques : DTPCaP/dTPca ; Hib (\leq 5 ans) ; VPC 13 (\leq 2 ans) ; méningocoque C (\leq 25 ans) ; ROR (\geq 1 an

et nés après 1980) ; hépatite B (\leq 15 ans ou avec facteurs de risque) ; pneumocoque (\geq 2 ans si facteurs de risque) ; grippe (\geq 65 ans ou avec facteurs de risque).

Concernant le rattrapage vaccinal en cas de statut incomplet, avec preuve de vaccination antérieure, la règle générale de compléter les doses manquantes selon le calendrier vaccinal en vigueur s'applique, indépendamment de l'ancienneté des doses.

Concernant le rattrapage vaccinal en cas de statut inconnu ou incertain, deux approches seront proposées en fonction des conditions du rattrapage. Un rattrapage « simplifié » visant à assurer un rattrapage immédiat optimal

PROTECTION

C'EST LA

VACCINATION

et réalisable sur un laps de temps court et un rattrapage « avancé » visant à assurer un rattrapage plus complet, au plus près de l'immunité réelle, et mis en œuvre sur plusieurs consultations. La formule « simplifiée » sera privilégiée pour les personnes susceptibles de ne pas pouvoir être revues et/ou lorsque les conditions d'exercice ne permettent pas une approche avancée. Dans ce cadre, il sera recommandé de privilégier l'administration des vaccins prioritaires en fonction de l'âge, en un temps, dans des sites différents, sans limiter le nombre d'injections et dans la limite de l'acceptabilité de la personne. Il sera préconisé de réaliser dans ce même temps le dépistage des infections par le VIH, VHB, VHC pour les personnes présentant des risques de contamination. Lorsque les sérologies ne peuvent être pratiquées, la réalisation de TROD sera préconisée. Le rattrapage « avancé », programmé sur plusieurs consultations, fera appel

à la réalisation et à l'interprétation de sérologies. Dans ce cadre, le rattrapage débutera par l'administration des vaccins prioritaires en fonction de l'âge, puis la poursuite sera adaptée selon le résultat des sérologies tétanos et hépatite B réalisées 4 à 8 semaines après les premières doses. Le dépistage des infections par le VIH, VHB, VHC sera associé ainsi qu'un bilan de santé plus général si nécessaire. Il conviendra ensuite de compléter les schémas de primovaccination des autres vaccins réalisés sans sérologie préalable, puis de procéder au rattrapage des vaccins de seconde priorité, puis de reprendre le calendrier vaccinal en vigueur selon l'âge.

Des recommandations particulières seront proposées pour les personnes migrantes primo-arrivantes, telles que la vaccination contre l'hépatite B des adultes non immuns et originaires de pays de moyenne ou forte endémie, celle contre l'hépatite A des enfants migrants âgés de 1 à 18 ans non immuns et susceptibles de séjourner dans un pays d'endémie et la vaccination contre la varicelle des personnes migrantes âgées de 12 à 40 ans originaires de pays tropicaux et ne rapportant pas d'antécédent clinique de varicelle et séronégatifs.

Enfin, pour garantir une mise œuvre optimale du rattrapage vaccinal, les recommandations rappelleront la nécessité de mise en place de parcours simplifiés d'accès à la prévention et aux soins notamment par la réorganisation des différentes structures de santé publique et médico-sociales existantes, par une dotation suffisante des structures du secteur de la prévention, par l'accès sur l'ensemble du territoire à des vaccinations gratuites et par la mise en place et le financement d'actions visant à réduire les barrières d'accès aux soins et à la prévention pour les personnes migrantes et/ou en situation de précarité ou éloignées des Sylvain Nappez

Les recommandations HAS/SPILF peuvent être consultées à l'adresse suivante : www.has-sante.fr/jcms/c_2867210/fr/rattrapage-vaccinal-en-situation-de-statut-vaccinal-incomplet-inconnu-ou-incompletement-connu-en-population-generale-et-chez-les-migrants-primo-arrivants

Prévention sexuelle chez les migrants VFR

La santé du migrant ne peut se comprendre si l'on fait abstraction de sa santé sexuelle. Et la prévention lors de consultations avant un voyage représente une opportunité pour aborder le sujet.

La prévention sexuelle en voyage doit se voir dans le cadre d'une bonne santé sexuelle. Le risque d'acquisition d'infections sexuellement transmissibles (IST) et d'infection par le VIH en voyage est bien décrit, en raison notamment de l'éloignement et la sensation de libération qu'il procure. Les facteurs de risque rapportés sont des séjours répétés, seuls, de longue durée, la prise d'alcool, de drogues et l'absence de conseils avant le départ. Les voyageurs les plus à risque sont les hommes, particulièrement les militaires, les personnes infectées par le VIH et les hommes ayant des rapports

homosexuels (HSH). Chez les migrants qui voyagent dans leur pays de naissance avec le but d'y voir leurs famille et amis (Visiting Friends and Relatives), le sur-risque d'acquisition du paludisme est bien décrit. Peu de données concernent le risque d'acquisition d'IST et du VIH. De rares et anciennes études mettent pourtant bien en évidence l'importance des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels et la faible utilisation du préservatif.

La prévention sexuelle en consultation des voyages est donc une opportunité à saisir. Elle concerne naturellement les pathologies infectieuses que sont les



Les rapports homosexuels doivent aussi être évoqués lors des consultations précédant un voyage.

IST et l'infection par le VIH mais aussi les mutilations sexuelles féminines (MSF).

Le praticien doit rechercher les facteurs de risques précédemment cités et insister sur l'utilisation du préservatif chez les personnes à risque. La prévention pré-exposition (PrEP), utilisation d'un traitement antirétroviral actif contre le VIH, est un outil qui peut compléter

l'arsenal préventif. Même si la PrEP est dans les pays riches quasi-exclusivement utilisée par les HSH à fort risque d'acquisition, son utilisation chez certains migrants VFR, déclarant des rapports non protégés, avec de multiples partenaires, en zone de forte endémie du VIH, peut parfois être envisagée. Elle ne protégera pas des autres IST. Le migrant VFR entamera alors un suivi dédié.

La prévention des MSF chez les jeunes filles retournant dans le pays de naissance des parents ou grands-parents est également un enjeu de prévention sexuelle. Le principal facteur de risque est la présence d'une MSF chez la maman. Si l'objectif du voyage s'avère être la réalisation d'une telle mutilation chez l'enfant, le praticien est soumis à l'obligation de signalement auprès du procureur de justice.

La prévention du paludisme est difficile chez les migrants VFR. Cela ne peut pas être différent pour la santé sexuelle, sujet difficile à aborder avec une mauvaise perception du risque. Le praticien doit néanmoins toujours identifier les personnes à risque et leur délivrer des messages et une stratégie de prévention adéquate.

Hugues Cordel



Bulletin d'adhésion

à retourner à SMV - c/o Société de pathologie exotique BP 50082 – 75 622 Paris Cedex 13

OUI, je souhaite adhérer à la SMV et recevoir *La Lettre*

□ Membre actif plein tarif : 60 €
□ Membre actif tarif réduit
infirmier(e), retraité, étudiant (joindre un justificatif) : 30 €
□ Règlement par un tiers (institutionnel ou associatif) : 75 €
(60 € de cotisation et 15 € de frais de dossier)
Indiquer précisément les coordonnées de l'organisme payeur ET joindre
une copie de cette fiche au bon de commande.
•

Code postal :Ville :

•	Je vous	adresse mon	règlement	par chèque	à l'ordre de
Socié	té de	médecino	e des vo	vaaes	

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'éxerce auprès du Secrétariat : SVM - c/o Société de pathologie exotique BP 50082 - 75 622 Paris Cedex 13

La prise en charge des mutilations sexuelles féminines en France

La HAS vient de rendre publiques ses nouvelles recommandations sur la prise en charge des mutilations sexuelles féminines en France. Considérées comme un crime, elles y sont interdites par la loi, même si elles sont commises à l'étranger. Une prise en charge globale, psychique, sexuelle et psychocorporelle est vivement recommandée pour toutes ces femmes.

Les mutilations féminines peuvent être pratiquées à tout âge, dans toutes les catégories socio-professionnelles et indépendamment de toute confession religieuse.

D'après une étude de 2019, il est estimé qu'environ 125 000 femmes adultes mutilées sexuellement vivent en France. Onze pour cent de leurs filles le sont également.

Entre 12 et 20 % des filles âgées de 0 à 18 ans vivant en France et originaires de pays où ces mutilations génitales féminines sont pratiquées seraient menacées du fait des convictions de leurs parents ou par la pression de la famille restée dans le pays d'origine.

Pour évaluer ce risque pour une patiente, l'élément prioritaire à prendre en compte est la région d'origine et/ou le pays de naissance des parents ou des grands-parents, y compris pour les mineures nées en France ou arrivées en bas âge.

Naître d'une mère qui a subi une mutilation sexuelle féminine constitue donc un facteur de risque important et il faut déterminer si les parents envisagent un voyage pour leur(s) fille(s) à l'étranger, y compris en Europe (fête familiale, maladie d'un proche etc.).

Face à un risque imminent de mutilation sexuelle féminine, le professionnel doit en premier lieu faire un signalement en urgence.

C'est-à-dire qu'il doit informer le procureur de la République du Tribunal de Grande Instance du ressort du domicile de la patiente ou de la mineure et adresser une copie de ce document écrit à l'attention du médecin ou du responsable de la Cellule de recueil des informations préoccupantes du Conseil départemental (CRIP).

Face à un risque non imminent de mutilation sexuelle féminine, le professionnel doit rédiger une information préoccupante à la Cellule de recueil des informations préoccupantes du Conseil départemental (CRIP).

La levée du secret professionnel « à celui qui informe les autorités judiciaires,

médicales ou administratives » du fait de mutilation sexuelle féminine est prévue par le code pénal.

Interdites en France, les mutilations sexuelles concernent néanmoins plus de 60 000 femmes en France. Elles sont souvent pratiquées à l'occasion d'un séjour dans le pays d'origine.

Il est rappelé au professionnel qu'il ne peut pas faire de signalement aux autorités en l'absence de consentement de la patiente, sauf pour les mineures. Lors d'une consultation pour mutilation sexuelle, il est indispensable de rassurer les patientes, de leur fournir toutes les explications nécessaires, de les déculpabiliser.

La prise en charge d'une femme mutilée sexuellement ne saurait se résumer à la reconstruction chirurgicale. Une prise en charge globale, psychique, sexuelle et psychocorporelle est indispensable.

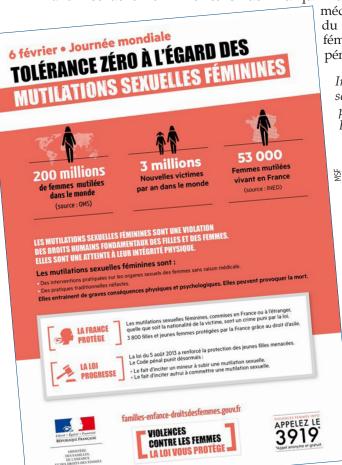
Les spécialistes en médecine du voyage sont en première ligne car ils voient les familles qui partent dans les pays où sont encore pratiquées ces mutilations. La détection de ces projets pour les filles et leur prévention est donc un point important à aborder et à garder à l'esprit en médecine des voyages.

Les recommandations de la HAS peuvent être consultées à l'url suivant :

www.has-sante.fr/jcms/p_3150640/fr/prise-en-charge-des-mutilations-sexuelles-feminines-par-les-professionnels-de-sante-de-premier-recours

excision parlons-en!

TU PENSAIS PARTIR EN VACANCES ?







Société de Médecine des voyages

Association régie par la Loi de 1901 enregistrée en Préfecture de Paris sous le n° 86-0482. SIRET 398 943 563 00039 - code APE 7219Z www.medecine-voyages.fr

Réunion d'Automne de la SMV

Le 11 décembre 2020

Visioconférence Zoom coordonnée par Bordeaux

Voyages et émergences

9 H : ACCUEIL ET INTRODUCTION

Christophe Rapp, Président de la SMV Thierry Pistone, Coordo CVI, CHU Bordeaux Elizabeth Nicand, CVI HIARP Villenave d'Ornon

9 H 15: LES « TOURS DU MONDE »

LES « TOURS DU MONDE » ADULTES, 20 min. Elizabeth Nicand, CVI HIARP Villenave d'Ornon

LES « TOURS DU MONDE » ENFANTS, 20 min. Frédéric Sorge, APHP Necker, Paris

DISCUSSION GÉNÉRALE, 20 min.

10 H 15: LES « VOYAGES HUMANITAIRES »

PRÉPARATION AU DÉPART EN MISSION, 20 min. MSF, Centre Jacques Pinel, Mérignac

PRÉPARATION AUX MISSIONS EBOLA/LASSA, L'EXPÉRIENCE D'ALIMA, 20 min.

Marie Jaspard, ALIMA, Inserm 1219 Bordeaux

DISCUSSION GÉNÉRALE. 20 min.

10 H 45 : PAUSE

13 H: DÉJEUNER

14 H: OUARANTAINE ET SOCIÉTÉS

DES STRUCTURES D'ISOLEMENT COLONIALES (LÉPROSERIE, HYPNOSERIE) À LA COVID-19, 40 min.

Guillaume Lachenal, Sciences Po, Paris

DISCUSSION GÉNÉRALE, 20 min.

15 H : ACTIVITÉS DES CVI ET PANDÉMIE

ETAT DES LIEUX, RÉFLEXIONS ET PERSPECTIVES, 15 min.

Christophe Hommel, CHRU Strasbourg Paul-Henri Consigny, Institut Pasteur, Paris

DISCUSSION GÉNÉRALE. 15 min.

15 H 30 : CONSEIL AUX VOYAGEURS « ÂGÉS »

ENQUÊTE D'OBSERVATION, RÉFLEXIONS, 20 min.

Duc Nguyen, CVI, CHU Bordeaux

DISCUSSION GÉNÉRALE, 10 min.

16 H : SYNTHÈSE ET CLÔTURE

Christophe Rapp, Président de la SMV

Denis Malvy, CHU Bordeaux

Elizabeth Nicand, Thierry Pistone, CVI Gironde

16 H 15 : FIN DE LA JOURNÉE

12

12 H : ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

·*··*··*··*··*··*··*··*··*··*··*··*··*

BULLETIN D'INSCRIPTION

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

Tarif (Pour un règlement avant le 4 décembre 2020)

Membre de la SMV (préciser n° adhérent) :
 Médecin, pharmacien, scientifique : 15 €
 IDE, étudiant, paramédicaux et retraités : 15 €

● Non membre de la SMV : 20 €

Participation

☐ Assistera aux visioconférences du vendredi 11 décembre et joint le règlement par chèque bancaire.

Bulletin d'inscription à retourner avec le règlement à :

SMV Congrès 11 décembre 2020 Secrétariat général de la SMV c/o Société de Pathologie exotique BP 50082

12 H ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Seuls les membres à jour de leur cotisation annuelle pourront prendre part au vote

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 **règlement individuel 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 **règlements institutionnels**, prière de faire adresser par l'organisme payeur un bon de commande au secrétariat de la SMV en précisant le nom, le rénom et la qualité des personnes, ainsi que leur numéro d'adhérent.

≽<	. >< ><	<····}<·	≽	<}<
B II -	les .	117	, ,	

Bulletin	pour	l'Assemb	lée d	énérale
	POUL	I ASSCILL	ice g	Juliu alu

Nom et prénom :	
Ville:	
Caussial .	

□ Participera à l'AG du 29 mars 2019

□ Ne participera pas à l'AG et donne procuration à

EXPÉRIENCE

Des pistes de CDG à la forêt amazonienne

Située sur le littoral atlantique ou le long du Maroni et de l'Oyapock, une vingtaine de structures médicales, auxquelles s'ajoutent des consultations délocalisées, prennent en charge la santé des Guyanais.

Après quarante-cinq années passées à arpenter les terminaux de l'aéroport CDG et son tarmac, sonnait, fin octobre 2018, l'heure de la retraite. Afin que la transition soit la plus fluide possible, je décidai dans la foulée d'aller exercer pendant deux mois, de décembre 2018 à début février 2019, en tant que praticien hospitalier contractuel du Centre hospitalier Andrée Rosemon (CHAR) de Cayenne, détaché comme médecin généraliste à Papaïchton, commune isolée de Guyane sur le fleuve Maroni. La Guyane possède 3 hôpitaux publics, Cayenne, Kourou et Saint-Laurent-du-Maroni, tous situés sur le littoral.

Le reste du territoire est couvert par 16 centres de santé, rattachés au CHAR et regroupés au sein d'un même pôle. Huit d'entre eux sont médicalisés H24 (2 à 3 médecins d'astreinte à tour de rôle dans chacun d'eux) et les 8 autres ont une présence infirmière continue, avec une présence médicale en couverture plus ou moins importante suivant le centre.

De plus, 9 consultations délocalisées hebdomadaires sont organisées au départ des centres de Grand-Santi, Maripasoula, Papaïchton, Saint-Georges ou Iracoubo. Les équipes se rendant dans les villages isolés ne disposant pas de centre de santé.

Enfin, des tournées de médecins spécialistes (gynécologue, infectieux, pédiatre, odontologiste, ophtalmologiste, psychiatre) ou d'infirmières en pratiques avancées (prise en charge du diabète, suivi des vaccinations, planning familial) de l'hôpital de Cayenne ou de celui de Saint-Laurentdu-Maroni sont organisées régulièrement à destination de ces centres. Selon les emplacements géographiques, les moyens de transport sont aériens, routiers ou fluviaux.

Les postes médicaux sont répartis comme suit (cf. carte ci-dessous) : 3 ETP à Maripasoula, 2 à Papaïchton, 1 à Talhuen (missions Elahé, Kayodé, Antecum Pata), 3 à Grand-Santi (missions Apagui, Providence, Mofina), 2 à Apatou, 1 pour Javouhey et Awala, 1 à Iracoubo (missions Organabo), 1 pour Cacao, Regina, Kaw et Saul, 3 à Saint-Georges (missions Ouanary et Trois Palétuviers), 2 à Camopi, 1 à Trois-Sauts. Le vaccin contre la fièvre jaune est

Des centres de santé assurent la prise en charge des soins en Guyane. Ci-dessus, la salle de Papaïchton, sur le Maroni.



des soins du CDPS

obligatoire. Le paludisme reste encore un peu présent dans les communes isolées, principalement sur les sites d'orpaillage mais compte tenu du risque minime pour les équipes, la prophylaxie n'est plus conseillée. La vaccination contre la rage est vivement recommandée.

L'activité des Centres délocalisées de prévention et de soins est une activité de médecine générale, avec de la pédiatrie, de l'infectieux, de la gynécologie et les urgences réelles ou ressenties 24h/24. Des salles de déchoquage sont équipées avec matériel de réanimation et chariot d'urgence dans

chaque centre.

Les liaisons téléphoniques sont toujours possibles avec le SAMU et son médecin régulateur 24h/24. Celui-ci peut déclencher, si nécessaire, un hélicoptère, vers tous les centres même les plus isolés. Les centres sont tous équipés de téléphones, d'Internet et d'un système de télémédecine permettant de demander des avis spécialisés à Cayenne.

Les contrats de remplacements proposés sont d'un mois au minimum.La durée de remplacement de 2 ou 3 mois permet de prendre la mesure de l'activité médicale du Centre délocalisé de prévention et de soins, de se faire connaître des patients, d'approcher au plus près leurs pathologies et d'en assurer le suivi. De participer à la vie quotidienne du village. Chaque centre dispose d'un ou deux, voire trois infirmiers ou infirmières aguerris, d'un aide-soignant en charge des pré-consultations et d'une secrétaire connaissant bien la population et le terrain.

Le billet d'avion aller/retour Métropole-Cayenne est pris en charge par la direction des Affaires médicales du Centre hospitalier de Cayenne. Du CHAR au CDPS de destination, elle gère également avec la coordination centrale l'acheminement du médecin. Des logements sont pré-loués par l'hôpital sur chaque site.

À l'arrivée au CHAR, en début de remplacement, 5 jours de « pré-affectation » sont prévus (formation, hôtel, véhicule de location pris en charge).

« J'étais parti à Papaïchton accompagné de mon épouse faire le deuil du tarmac de CDG. Après un second séjour de trois mois de novembre 2019 à Janvier 2020, c'est le deuil de Papaïchton que je dois maintenant faire!»

Philippe Bargain

Les médecins intéressés peuvent contacter Nicole Caharel, Direction des Affaires médicales + 594 5 94 39 52 13/afm@ch-cayenne.fr

VEILLE SANITAIRE

Voyageurs et bactéries multi-résistantes

La résistance aux antibiotiques se généralise et avec elles, les difficultés d'apporter des soins. Avec des conséquences particulièreement importantes pour la santé des voyageurs en contact avec de telles bactéries.

Si la résistance aux antibiotiques est une problématique mondiale, elle atteint un niveau particulièrement élevé sur les continents asiatiques, africains et américains.

Les causes de cette antibio-résistance sont multifactorielles : augmentation de la consommation des antibiotiques et mésusage des céphalosporines, quinolones et pénems, transmission interhumaine par les mains sales, mauvaise gestion des affluents, exposition à une alimentation colonisée.

Les bactéries multi-résistantes (BMR) concernent : la sphère intestinale, avec principalement les entérobactéries (Escherichia coli, Klebsiella et autres) sécrétrices de bétalactamases à spectre étendu (BLSE) ou de carbapénémases (EPC), les entérocoques résistants aux glycopeptides ; la sphère cutanée, avec les staphylocoques dorés méti S communautaires (SARM-Co); la sphère respiratoire avec les pneumocoques de sensibilité diminuée aux pénicillines (PSDP) et les tuberculoses multi ou ultra-résistantes (MDR et XDR) ; la sphère génitale avec les gonocoques résistants aux quinolones et les Mycoplasma genitalium résistants aux macrolides. La colonisation digestive des vovageurs par des BMR est liée à plusieurs facteurs de risque comme la durée et la nature du séjour, la survenue d'une turista et la prescription de Lopéramide, une antibiothérapie durant le séjour ainsi qu'une hospitalisation. Les conséquences de cette colonisation digestive par des BMR sont multiples et peuvent entrainer un risque d'infection urinaire avec échec d'une antibiothérapie conventionnelle ou celui de transmission croisée à l'entourage ou lors d'une hospitalisation. Néanmoins, dans la majorité des cas, cette colonisation ne dépassera pas quelques mois.

La colonisation cutanée par des SARM souvent porteurs d'une toxine dite de Panton-Valentine peut avoir comme conséquence l'apparition de lésions cutanées nécrosantes et leur transmission dans l'entourage familial.

La colonisation respiratoire de bacilles tuberculeux multi-résistants reste rare chez le voyageur. Les cas de tuberculose résistante en France s'observent majoritairement chez des migrants originaires d'Europe de l'Est. Leur traitement fait appel à des schémas lourds et possiblement des anti-tuberculeux récents (Bedaquiline, Delamanid).

Au niveau génital, les urétrites à gonocoques résistants sont fréquentes au retour d'un séjour en Afrique ou en Asie. Le traitement de première intention repose sur la ceftriaxone. En pleine recrudescence également les urétrites à *M. genitalium*, notamment après transmission homosexuelle ou par des prostituées. Le traitement repose sur l'azithromycine ou en cas d'échec la moxifloxacine.

La prévention du portage de BMR repose sur une information préalable des voyageurs dont la perception du risque est faible en les sensibilisant au lavage des mains et l'usage limité des antibiotiques.

Après le retour, en cas d'hospitalisation, des procédures sont désormais disponibles et réactualisées tous les ans dans le numéro du BEH portant sur les recommandations sanitaires pour les voyageurs. Elles reposent sur un dépistage par écouvillonnage rectal, une hospitalisation en chambre seule avec prescription de précautions complémentaires de type contact.

La problématique des BMR est donc complexe et les conséquences à terme sont particulièrement inquiétantes en terme de morbi-mortalité. Leur prévention pour le voyageur repose sur une information préalable lors de la consultation de médecine du voyage.

Thierry May



VEILLE SANITAIRE

Infections liées au virus TBE : ça flambe !

Le nombre d'encéphalites à tiques ne cesse d'augmenter en Europe. Tout comme la zone géographique où elles sont recensées. Si le virus est bien présent en France, en Alsace ou en Haute-Savoie, la vaccination reste cependant limitée.

Les infections liées au virus TBE représentent la deuxième cause de maladies vectorielles à tiques en Europe après la borréliose de Lyme avec près de 3 000 cas annuels déclarés. Ces infections sont présentes dans une grande partie de l'Europe centrale et de l'Est ainsi que dans les pays scandinaves. La zone d'extension s'étend vers l'est jusqu'en Sibérie orientale. La situation épidémiologique est évolutive avec, dans certains pays, une tendance à l'augmentation de l'incidence, mais aussi une tendance à l'extension de la zone géographique concernée, en particulier vers l'ouest de l'Europe.

C'est ainsi que les pays limitrophes de la France, comme la Suisse et l'Allemagne ont constaté une situation épidémiologique préoccupante justifiant la mise en œuvre des mesures de prévention vaccinale. Pourtant cette infection est peu connue en France où elle est présente depuis de nombreuses années, en particulier en Alsace, avec entre 5 et 10 cas diagnostiqués annuellement.

Le virus TBE est à l'origine de manifestations cliniques évoluant souvent en deux phases, avec un syndrome pseudo grippal pouvant être suivi quelques jours plus tard par une méningite lymphocytaire associée dans la moitié des cas à des signes d'encéphalites, de confusion ou de troubles de l'équilibre, de difficulté phasiques, etc.

Le diagnostic repose sur des critères européens bien définis et faciles à mettre en œuvre. L'argument microbiologique est fourni par la sérologie. Celle-ci possède une bonne valeur diagnostique, surtout au cours de la phase des signes neuroméningés avec une sensibilité satisfaisante.

Le risque de résultats faussement positifs justifie la nécessité d'associer à la sérologie d'autres critères représentés par la présence d'une méningite La zone de fréquentation des tiques s'étend désormais jusqu'en France et peut exposer les randonneurs ou les personnels forestiers.

associée ou non à une encéphalite. Le critère sérologique est représenté par la présence à la fois d'IgM et d'IgG spécifiques. En France, peu de laboratoire pratique ce test mais ils collaborent ensemble (Centre national de référence des arboviroses à Marseille, laboratoire de virologie des Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Cerba Pasteur, Biomnis), ce qui permet d'avoir une certaine exhaustivité des cas diagnostiqués et autorise un suivi épidémiologique de bonne fiabilité.

C'est dans ce cadre que les dernières années ont été marquées par une augmentation de l'incidence avec en moyenne deux fois plus de cas diagnostiqués en France. Cette augmentation porte en particulier sur les cas autochtones en Alsace, mais il existe aussi un certain nombre de cas importés. Il est cependant remarquable de noter au cours de trois dernières années la confirmation de zone auparavant très peu concernées comme la Haute-Savoie, en particulier dans les territoires à proximité de la Suisse,

mais aussi l'apparition de cas dans des zones auparavant indemnes, comme la Haute-Loire.

Cette situation mérite une attention particulière et justifie la poursuite de la surveillance active de cette infection ce, d'autant plus qu'il existe des moyens préventifs grâce à la vaccination. Celle-ci est recommandée dans les régions limitrophes de la France en Allemagne et en Suisse. Son efficacité à bien été démontrée à l'échelle collective, en particulier en Autriche où une couverture vaccinale satisfaisante a contribué à faire chuter l'incidence. En France les indications restent à ce jour, au vu du faible nombre de cas totaux, destinées aux voyageurs se rendant en zone d'endémie pendant la période d'activité des tiques. Cependant dans les zones à plus haut risque comme certaines vallées du versant alsacien des Vosges, on peut être amené à discuter cette vaccination chez des sujets fortement exposés (randonneurs, travailleurs forestiers...).

Yves Hansmann

VEILLE SANITAIRE

Vaccins Dengue : nos voyageurs sont-ils concernés ?

Transmise par des moustiques, la dengue, aussi appelée « grippe tropicale », toucherait 50 millions de personnes à travers le monde dont quelque 500 000 cas graves selon l'OMS. Des vaccins sont pourtant disponibles.

Le virus de la dengue est un flavivirus. On distingue 4 sérotypes (Den 1, Den 2, Den 3, Den 4), l'infection avec l'un des sérotypes ne conférant pas de protection contre les autres sérotypes. Le virus est composé de 3 protéines structurales (C, prM, E) et 7 non structurales. On observe une extension de la dengue au niveau mondiale et, bien que la maladie guérit le plus souvent sans séquelles, il existe des formes graves (Dengue Shock Syndrome et Dengue Hemorragic Fever) qui sont une préoccupation de santé publique au vu du nombre de cas observés. Quand une personne qui a déjà été infectée fait une nouvelle infection avec un autre sérotype on parle d'infection secondaire. Certains chercheurs pensent qu'il existe un phénomène de facilitation immunologique des formes graves en cas d'infection secondaire, raison pour laquelle une vaccination contre les quatre sérotypes en un temps est souhaitable.

Beaucoup de questions se sont posées au moment du développement du vaccin (risque de facilitation immunologique, anticorps neutralisants, durée de protection, vaccin vivant atténué ou non vivant, etc.). La priorité a été de développer un vaccin pour les personnes ayant déjà fait une dengue primaire, donc en zone d'endémie, et, en objectif secondaire, de protéger contre la dengue primaire ce, dans une optique de protection individuelle et de diminution de la transmission.

Sanofi Pasteur a développé un vaccin chimérique à partir du virus de la fièvre jaune avec des gènes encodant pour les protéines d'enveloppe de la dengue (prM et E) nécessitant 3 injections sous-cutanées à 0, 6 et 12 mois, le vaccin Dengvaxia®. Plusieurs essais cliniques (ČYD 23, 14 et 15) ont été conduits chez les enfants en Asie du Sud-Est (Indonésie), en Amérique du Sud et centrale présentant un taux de séroprotection de 70 %, 68 % et 79,4 % respectivement. Les essais ont montré une efficacité vaccinale clinique de 30,2 % [- 13,4 ; 56,6], 56,5 % [43,8 ; 66,4] et 60,8 % [52 - 68] (avec une efficacité moindre contre le sérotype 2) et une réduction importante des formes graves (≥ 80 %)¹. L'efficacité était plus importante chez les enfants les plus âgés, ceux ayant déjà fait une dengue et avec la complétude du nombre de doses. Les données de suivi à long terme ont ensuite été publiées² et n'ont pas permises de démontrer une diminution globale du taux d'hospitalisation pour la dengue au cours de la deuxième année de suivi et même une augmentation du nombre d'hospitalisations dues à la dengue et de cas de formes graves chez les personnes ayant reçu le vaccin dans certains sous-groupes, principalement chez les enfants âgés de 2 à 5 ans en Asie, ce sur-risque persistant à 6 et 9 ans de suivi.



L'Aedes albopictus est l'un des moustiques responsable de la dengue.

L'interprétation de ces résultats est complexe et plusieurs hypothèses sont mises en avant comme la diminution du nombre d'anticorps neutralisant au cours du temps, l'immunodominance suite à une infection primaire, l'incertitude sur le développement de la réponse immunitaire cellulaire, la méconnaissance sur les primoinfection suite à la vaccination et le possible remplacement génotypique et émergence de nouvelles souches plus virulentes en post vaccinal.

Au vu de ces premières données cliniques, l'OMS a décidé de recommander l'introduction du vaccin CYD-TDV uniquement si les données épidémiologiques font état d'une forte charge de morbidité de la dengue et d'une séroprévalence de 70 % ou plus. En conséquence, le vaccin n'est pas recommandé aux Antilles, à la Guyane, à La Réunion et à Mayotte. Deux avis

du HCSP, du 22 juin 2016 et du 7 octobre 2016, ont entériné cette position de non introduction du vaccin à La Réunion et à Mayotte et invitent au recueil de données complémentaires sur le taux de séroprévalence dans les territoires français d'Amérique. Un essai clinique sur la vaccination contre la dengue chez les drépanocytaires est par ailleurs envisagé.

Concernant l'implémentation du vaccin, des vaccinations de masse ont débutées dès 2016 suite à l'obtention des premières AMM au Mexique, aux Philippines et au Brésil. Ces vaccinations ont entrainé des manifestations de masse anti-vaccin aux Philippines en 2017, en lien avec un scandale supposé d'écoulement de doses de vaccin d'un prix jugé trop élevé (17 euros la dose) malgré l'incertitude en termes de tolérance du vaccin. La majorité des programmes débutés ont été arrêtés. L'OMS a rendu un avis en novembre 2017 confirmant l'efficacité vaccinale chez les personnes ayant déjà eu une primo-infection dengue, mais un risque augmenté de dengue sévère chez ceux qui feront leur première infection après la vaccination. Un contrôle sérologique prévaccinal est ainsi recommandé avec des tests ayant des niveaux de sensibilité et spécificité suffisants, ce qui n'est pas le cas des tests disponibles aujourd'hui (réactions croisées avec les autres flavivirus).

Cet avis est complété en septembre 2018 par un avis de l'organisation internationale pour les voyageurs chez qui le vaccin pourrait être recommandé en cas de séropositivité ou d'antécédent de dengue attesté et de voyage dans une zone de forte transmission. L'European Medicines Agency a recommandé, en 2018, le vaccin Dengvaxia® pour la prévention des dengues 1, 2, 3 et 4 pour les personnes âgées de 9 à 45 ans avec un antécédent de dengue et vivant en zone d'endémie.

Enfin, en 2019, le vaccin n'était pas recommandé pour les voyageurs à destination des zones endémiques ni pour les résidents de La Réunion et de Mayotte. Pour les personnes vivant en Guadeloupe, en Martinique ou en Guyane, la vaccination n'est pas recommandée mais peut toutefois être proposée à celles apportant une preuve documentée d'une infection confirmée virologiquement.

1 - A. Sabchareon, *Lancet*, 2012; M. R. Capeding, *Lancet*, 2014; L. Villar, *Nejm*, 2014.

2 - S. R. Handinegoro, Nejm, 2015.

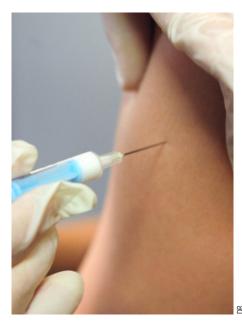
ÉCHO DES CVI

Améliorer l'offre dans les CVI

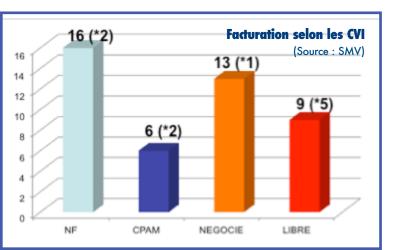
Il y a en France plus de cent cinquante centres de vaccinations internationales. Lesquels assurent chaque année des dizaines de milliers de vaccinations, y compris des vaccinations plus « classiques ». Un rôle important qui peut encore être améliorer.

Selon le guide des bonnes pratiques des CVI, remis à jour en 2016, ils doivent mettre à disposition les vaccins à usage réservé, imposés ou conseillés selon les caractéristiques du vovage ; vérifier le calendrier vaccinal, en proposer la mise à jour et établir, le cas échéant, un programme de vaccination adapté au voyageur et à son voyage en tenant compte également des exigences règlementaires ; assurer l'information sur les risques encourus dans la zone visitée, adapter conseils et prescriptions au cas particulier du voyageur selon sa situation médicale; participer aux campagnes de vaccinations exceptionnelles locale, régionale ou nationale.

Ces recommandations reposent sur un cadre réglementaire, à savoir le RSI rédigé sous l'égide de l'OMS et révisé en 2005, la loi 2009-879 du 21 juillet dite Loi Hôpital, patients, santé, territoire (HPST), le décret 2013-30 du 9 janvier 2013 relatif à la mise en œuvre du RSI précisant, dans sa section 4, les modalités de désignation des CVI et l'arrêté du 17 mars 2014 fixant le rapport annuel d'activité des CVI.



La vaccination des personnes est un rôle essentiel pour les CVI.



Suite aux échanges souvent infructueux avec les CPAM pour la prise en charge des vaccins classiques dans les CVI, la DGS a été informée de ces difficultés récurrentes. Le Bureau Santé des populations et politique vaccinale de la DGS a souhaité connaître l'activité « vaccination classique » des CVI pour évaluer la part de cette vaccination dans ces centres. La SMV a donc proposé une enquête en renouvelant en partie celle de 2012.

Sur 153 CVI métropolitains déclarés sur le site du ministère de la Santé en juillet 2018, 45 ont participé à cette enquête, 35 publics et 10 privés (29,4 %). Ces CVI ont vu 264 154 consultants (moyenne 5 870, médiane 1 861, extrême 368-75 746). En considérant les données de 2012 et l'évolution croissante de l'activité des CVI, on peut estimer que ces données représentent environ 70 % de l'activité de tous les CVI. Les 10 CVI privés concentraient 70,5 % des patients en 2018 et 69 % des vaccinations fièvre jaune.

Le nombre de consultants est très variable selon les CVI. Sept centres pri-

Répartition des vaccins du voyage					
Vaccin	CVI/45	Total	Moy.	Med.	Extrême
FJ	45	129 419	2 875	1 084	226 - 40 000
HAA	43	84 871	1 928	557	12 - 29 189
HAE	39	12 021	293	141	6 - 3 221
TY	42	32 520	739	232	21 - 8 348
ACYW	44	32 773	728	136	25 - 11 312
EJ	43	15 721	365	146	1 - 3 900
ET	27	904	23	3	1 - 236
Rage	40	37 789	785	163	8 - 11 340

Répartition des vaccins dassiques					
Vaccin	CVI/45	Total	Moy.	Med.	Extrême
DTCP	45	23 200	527	168	3 - 4 729
НВ	42	14 001	318	77	4 - 2 393
Men. C	24	2 395	54	2	1 - 616
ROR	36	4 191	95	22	1 - 699

Tarification des vaccins selon les CVI						
Vaccin	CVI/45	Prix moy.	Extrême			
FJ	45	53 (27)	51 (28)	42 - 80		
HAA	43	31 (25)	26 (24)	10 - 63		
HAE	39	27	23	12 - 58		
TY	42	36 (21)	34 (20)	11 - 64		
ACYW	44	45 (47)	48 (47)	23 - 71		
EJ	43	89 (83)	90 (84)	<i>7</i> 0 - 130		
ET	27	43	42	18 - 82		
Rage	40	38 (30)	35 (30)	26 - 72		

ÉCHO DES CVI

vés et 4 publics comptabilisent chacun plus de 5 000 consultants en une année, totalisant 76 % des vaccins contre la fièvre jaune déclarés.

Si le vaccin contre l'encéphalite à tique est le moins effectué, il est à noter qu'il y a encore des centres n'ayant pas à disposition de vaccin contre l'hépatite A alors qu'il s'agit du vaccin du voyage par excellence.

Comme pour l'enquête en 2012, on retrouve une différence de tarification selon les CVI. Les prix moyens et médians sont relativement proches hormis pour le vaccin de l'hépatite A. Son note une augmentation des tarifs depuis 2012, principalement pour le vaccin Stamaril.

Concernant la disponibilité de vaccins classiques : sur les 45 CVI participants à l'enquête, 4 n'en ont pas (3 publics, 1 privé). La base de facturation des vaccins classiques est très variable selon les centres. La majorité ne facture pas les vaccins classiques, une petite minorité applique le tiers-payant CPAM et les prix sont majoritairement libres dans les CVI privés.

Un financement des vaccins classiques par une CPAM ou par l'ARS existe pour 9 centres (8 publics, 1 privé). Pour ces 45 CVI, les vaccinations clas-

Pour ces 45 CVI, les vaccinations classiques concernent environ 20 % des consultants. Sont réalisés principalement les vaccinations diphtérie-tétanos-polio-coqueluche, hépatite B et rougeole-oreillons-rubéole. Le vaccin contre les infections invasives à méningocoque C est malheureusement moins fréquemment réalisé.

En prenant en compte les vaccins classiques réalisés en 2018 pour ces 45 CVI, et en rajoutant les prescriptions faites aux consultants, on peut estimer que, dans leur ensemble, les centres doivent effectuer plus de 80 000 vaccinations classiques par an. Les CVI joue donc un rôle important dans la vaccination classique. Il est impératif d'améliorer leur offre vaccinale pour supprimer l'inégalité d'accès aux vaccins. Ils peuvent devenir des centres de références sur la vaccination, notamment en répondant aux nombreuses questions des confrères généralistes et/ou pédiatres et en proposant aussi des consultations spécialisées pour les immunodéprimés ou futurs greffés, par exemple.

La consultation du voyage est en tout cas une excellente occasion pour remettre le calendrier vaccinal à jour et donc, permettre d'améliorer les couvertures vaccinales toujours trop basses en France. **Christophe Hommel**



Depuis son ouverture en 2003, le Centre de vaccinations internationales situé dans l'enceinte de l'hôpital Avicenne, en Seine-Saint-Denis, est devenu une étape incontournable pour les voyageurs du département.

RUE ROMAIN ROLLAND

Hôpital Avicenne

INATIONS INTERNATION MÉDECINE TROPICALE Hôpital Avicen

HORAIRES DE VISITE

Un CVI en Seine-Saint-Denis

Ouverte depuis septembre 2003, la consultation des voyages de l'hôpital Avicenne, à Bobigny, accueille environ 10 000 personnes chaque année.

L'adhésion au protocole de coopération de la Médecine du voyage date de janvier 2016 mais Delphine Leclerc, l'infirmière responsable du CVI, y travaille depuis 2003. Deux autres infirmières du service des maladies infectieuses et tropicales avant validé leur diplôme universitaire de « Médecine des voyages - Santé des voyageurs » en 2018 et 2019 ont rejoint l'équipe qui compte maintenant 3 infirmières sous protocole de délégation de tâches et 5 médecins qui viennent une matinée par semaine. Deux étudiants externes du SMIT viennent chaque mois se former à la médecine de voyage et compléter l'effectif qui se répartit en deux bureaux.

Les infirmières du SMIT intéressées

viennent de temps à autres se joindre à l'équipe et acquérir des compétences. Il y a deux secrétaires qui assurent par alternance l'accueil téléphonique et l'enregistrement des patients. Le CVI se situe dans les mêmes locaux que l'hôpital de jour du SMIT, tout en ayant un placement bien distinct. Il est ouvert du lundi au samedi, le matin, sans rendez-vous.

L'arrêté numéro DOSMS 2014/114 permet au sein du service de la consultation du voyage d'aborder notamment la prévention des IST (infections sexuellement transmissibles), de proposer un test de dépistage rapide (TROD) du VIH et de conseiller chaque voyageur sur la prévention et la transmission.

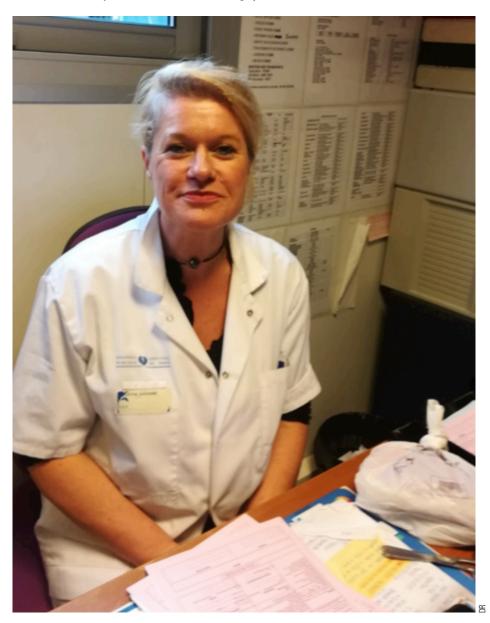
La CVI assure aussi les consultations post-voyage de personnes se présentant à l'hôpital avec de la fièvre et altération de l'état général. Elles sont vues par le médecin et un bilan sanguin est réalisé.

Le CVI accueille en moyenne 9 à 10 000 consultations par an, y compris les retours de voyage et prélèvements sanguins. **Christine Castera**

PAROLES D'INFIRMIÈRE

« Toujours plus de compétences, toujours plus loin »

Aide-soignante devenue sexologue en 2018, Delphine Leclerc a rejoint l'équipe du CVI de l'Hôpital Avicenne de Bobigny dès 2003.



Delphine Leclerc débute sa carrière en maladies infectieuses et tropicales (MIT) avec le Pr P. Coulaud, à l'APHP Bichat-Paris, tout en étant engagée sur des missions humanitaires en Afrique subsaharienne, essentiellement au Togo. Elle intégre le MIT à l'AP-HP Avicenne, à Bobigny, sous la responsabilité du Pr O. Bouchaud en 2002 dans le cadre du projet d'ouverture de la consultation des voyages qui a vu le jour en 2003. Elle en est devenue l'infirmière responsable après avoir obtenu son diplôme inter universitaire (DIU) Médecine des voyages à Paris 7, juste après un DIU VIH/Sida en 2001.

Dans le cadre du projet hospitalier de recherche infirmière (PHRI) qu'elle a initié, elle a permis l'étude comparative, randomisée, de la qualité d'une infirmière versus une consultation médicale. Il en est ressorti que les patients acceptent à 99,99 % d'être reçus par une infirmière plutôt qu'un médecin et qu'ils apprécient le langage moins technique. C'est ce qui a permis ensuite de déposer à l'ARS/HAS, en 2008, le protocole de coopération qui a été mis en place en 2014.

La reconnaissance des nouvelles compétences acquises par l'infirmière est maintenant reconnue à l'Assistance publique de Paris. Une rémunération est effective depuis janvier 2020, dès le protocole de délégation obtenu.

Parallèlement, Delphine a eu le temps de se former à l'éducation thérapeutique en 2008 (VIHCAR) auquel s'ajoute un DIU Conseillère en santé sexuelle et droits humains en 2015. Enfin, entre 2016 à 2018 elle a obtenu son diplôme de sexologue.

Le CVI étant situé dans le département de Seine-Saint-Denis, il touche une forte population précaire, souvent migrante, pour laquelle une sensibilisation particulière sur le dépistage des maladies sexuellement transmissibles est faite. Par ailleurs, l'expérience en hospitalisation des maladies infectieuses ainsi que le partage des locaux avec l'hôpital de jour (HDJ) du MIT amène à mieux côtoyer les migrants, notamment les femmes, souvent victimes de violences, notamment sexuelles (excision mariage forcés...), après lesquelles il n'est pas toujours facile de se reconstruire.

C'est ce qui a amené Delphine Leclerc à se spécialiser davantage jusqu'à devenir sexologue. Elle dédie maintenant une journée pour des consulta-tions en sexologie. Il s'agit de patients, hommes et femmes, suivis en HDJ du MIT dans le cadre du « Parcours des femmes » crée il y a un an par le Dr Claire Tantet, infectiologue et spécialisée dans l'excision, qui assure avec une équipe pluridisciplinaire la prise en charge médicale et psychosociale des femmes ou hommes migrants, victimes de violences durant leur parcours migratoire. Ce parcours est fortement inspiré par le prix Nobel de la paix 2018, Denis Mukwege, chirurgien obstétrique surnommé « l'homme qui répare les femmes », qui a fait l'honneur de rendre une visite au « Parcours des femmes » ainsi qu'à l'équipe du MIT d'Avicenne, qui a un partenariat avec son Hôpital en RDC depuis deux ans, le 29 novembre 2019.

Comme cela ne suffisait pas, Delphine vient tout juste de créer une association, Sexologie sans frontières, co-présidée par le Dr P. Papazian, sexologue, afin de promouvoir la prise en charge sexologique en Afrique en formant sur place des professionnels de santé. Un DIU est en création et devrait être finalisé en juin 2020 au Burundi, là où le Pr O. Bouchaud a mis en place depuis déjà longtemps le DIU VIH. Ce projet va s'étendre en RDC puis au Sénégal, où il sera présenté en avril 2020 à l'AFRAVIH, et peut-être à Madagascar. « Toujours plus de compétences et toujours plus loin »...

HOMMAGE

Claude Hengy : un médecin au service des autres

Médecin militaire avant tout, Paul Hengy fut aussi l'un des compagnons de route de la SMV avec laquellel il s'investira, entre autres, dans la mise en œuvre de modules de formation pour les personnels des CVI. Discret et enthousiaste, il s'est éteint en août dernier.

Né à Rabat où son père, militaire, était affecté, Paul Hengy passe son baccalauréat en 1968 à Marseille puis intègre l'école du service de Santé des armées à Lyon. De 1977 à 1979, il est médecin de corps de troupe à Commercy, dans la Meuse, avant d'être affecté pour deux ans au quartier Général-Frère, à Lyon. En 1981, il occupe le poste d'assistant en biologie médicale dans le laboratoire dirigé par le professeur Guy Garrigue à l'Hôpital d'instruc-

tion des armées Desgenettes puis intègre en 1983-84 le grand cours de bactériologie dispensé à l'Institut Pasteur de Paris. Après avoir réussi le concours de spécialiste en biologie médicale du service de santé des armées, il est affecté à Bourges pour diriger le service de biologie de l'Hôpital Baudens de 1985 à 1986.

Responsable du laboratoire de biologie de l'Organisation de coordination pour la lutte contre les endémies en Afrique centrale (OCEAC) à Yaoundé, au Cameroun, jusqu'en 1990 dans le cadre de la coopération, Paul est alors fortement impliqué avec l'Orstom et l'Institut Pasteur de Yaoundé pour la surveillance et la lutte contre l'extension du VIH et de la chimiorésistance de *Plasmodium falciparum* à la chloroquine dans les six États d'Afrique centrale.

Ses travaux dans ces domaines feront l'objet de publications dans des revues anglophones (Lancet, Transactions of the

Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, Antimicrobial Agents and Chemotherapy) ou francophones (Annales de la société belge de médecine tropicale, Médecine tropicale, Bulletin de la société de Pathologie exotique). Claude Hengy publiera également des articles sur la lèpre et la trypanosomose humaine africaine.

De 1990 à 1994, il rejoint l'hôpital de Bühl, en Allemagne, et doit faire face à plusieurs épidémies de méningites à méningocoque, notamment à Berlin. Maladie, il bénéficie d'une transplantation rénale à Strasbourg, en 1994, et est ensuite affecté à l'hôpital Lyautey de Strasbourg jusqu'en 1996.

Il revient ensuite sur Lyon, à l'HIA Desgenettes, où il assure le service de Médecine du personnel et développe le Centre des vaccinations internationales et de conseils aux voyageurs et s'investit pleinement dans la promotion de la vaccination et la réflexion sur nos pratiques. En novembre 2003, avec nos collègues lyonnais, il nous recevra dans les locaux de l'École de



santé des Armées. À cette occasion, il nous présente pour la première fois des outils informatiques pour assurer une réponse documentée et personnalisée sur la chimioprophylaxie et les schémas vaccinaux des voyageurs.

Il trouvera rapidement sa place au sein de la SMV dans la mise en œuvre des modules de formation pour le personnel infirmier des centres de vaccinations, développant une pédagogie innovante faisant appel à l'expérience de chaque apprenant et basée sur la confrontation des pratiques. De ces modules menés pendant 15 ans, on

retiendra son enthousiasme à partager sa grande connaissance en matières d'infectiologie, de parasitologie, de vaccination et de prévention, de même que son respect viscéral de l'autre. Chaque cours est travaillé collectivement, avec parfois de longs débats au cours desquels nous retrouvons sa rigueur, son respect et sa passion pour les gens.

Il concentrera ses efforts sur la promotion de la vaccination, participant à de très nombreux colloques, séminaires, formations aux médecins généralistes, aux pédiatres, en petit comité ou dans des salles de plus de cent personnes. Ces dernières années, il sillonnera la France pour participer à la formation des pharmaciens afin d'augmenter la couverture vaccinale contre la grippe. Parallèlement, il intègre le groupe d'études en préventologie (GEP)

fondé par Jean-Louis Koeck et Jacky Bruneteau dès sa création en 2009. Il testera les algorithmes d'expertise vaccinale sur le projet de « mesvaccins.net® » puis assurera chaque jour la mise en forme et la publication des actualités épidémiologiques internationales nécessaires à notre pratique de médecine des voyages et à l'information du public. C'est en rédigeant l'une de ces nouvelles que, le 14 août 2020, sans prévenir, vers 15 heures, il s'est éteint à son poste de travail.

Il parlait peu de lui, ne se plaignait jamais des souffrances endurées et, derrière son aspect bourru, on retrouvait une grande sensibilité. La famille Hengy est originaire de l'Est de la France, plus précisément du Territoire de Belfort: son grand-père Édouard était lieutenant au 171° RI. C'est lui qui, sur le front, reçut le 7 novembre 1918 l'envoyé des troupes allemandes muni d'un brassard blanc annonçant l'arrivée des plénipotentiaires allemands dans la soirée afin de

négocier la paix. Le 11 novembre, il donna l'ordre au caporal Seillier de sonner l'armistice.

Claude a toujours gardé un lien très fort avec la Corse, lieu d'origine de sa mère et où il suivit une partie de sa scolarité, dont il parlait la langue. Il évoquait parfois la découverte du maquis, les moments passés à la veillée autour du *fugone* avec ses grands-parents maternels.

C'est accompagné de Colette son épouse et de leurs enfants Baptiste et Claire que Claude a parcouru son chemin de vie. L. de G.