



LA LETTRE

de la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DES VOYAGES

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

N° 1

mars 2002

EDITORIAL

VOYAGES INTERNATIONAUX ET VIOLENCES

Il est des violences évidentes, généralement dramatiques, qui sont la raison même de certains voyages, notamment celle des missions humanitaires, dont le but est de secourir des populations sinistrées par une guerre – en particulier les réfugiés et personnes déplacées - ou par une catastrophe naturelle. Les dommages subis par ces populations sont d'abord physiques et immédiats (il faut enterrer les morts mais surtout panser et assister les survivants) mais aussi psychologiques et durables (démolissant les individus, détériorant les sociétés).

Suite page 2

SOMMAIRE

Editorial	1, 2
Biennale 2002	1
Réunion SMV, Angers	1
Réunion SMV Toulouse	
La peur en avion	2, 3
CR colloque envenimations, Dakar, oct 2001	4
Eradication de la polio	5
Nouveaux ouvrages	5
Messagerie web	5
CR Santé des voyageurs, Montréal, novembre 2001	6
Hommage au MG Lapeyssonnie	7
Lu pour vous	7, 8
CR enquête SMV	8
Edisan	9, 10, 11
CR Enquête Sénégal	11
Informations, annonces	12
Courrier des lecteurs	12

BUREAU de la SMV

Président d'honneur
M. Armengaud

Président
M. Rey

Vice-Président
E. Caumes
Secrétaire Générale
C. Goujon
Secrétaire gén.adj.
A. Chippaux
Trésorier
N. Picot
Trésorier-adjoint
F. Legoff

Site web

www.medecine-voyages.org
Liste de diffusion
list@medecine-voyages.org

Secrétariat
de la SMV

5^e Journée Biennale de Médecine des Voyages Jeudi 20 juin 2002, ASIEM, 6 rue A. de Lapparent, 75007 Paris Programme

Matinée (09h 00 - 12h 45)

Le paludisme des voyageurs (mises à jour).

- Le paludisme d'importation en France en 2000 F. LEGROS, M. DANIS (CNRMI)
- Le point sur la chimiosensibilité des différents *Plasmodia*. J. LE BRAS (CNR)
- Place des nouveaux médicaments antipaludiques dans la chimioprophylaxie et le traitement.
D. CAMUS (Institut Pasteur, Lille)
- Diagnostic biologique du paludisme. M. THELLIER (Pitié, Paris)
- Le paludisme importé de l'enfant. P. BÉGUÉ, B. QUINET (Trousseau, Paris)

Arboviroses et autres fièvres hémorragiques.

- Émergence/ré-émergence des arboviroses et des fièvres hémorragiques. V. DEUBEL (CERVI, Lyon)
- L'expansion mondiale de la dengue. B. MURGUE, (I. Pasteur)

La protection personnelle contre les piqûres de moustiques.

Conduites pratiques P. GUILLET (OMS, Genève)

Après-midi (14h 15 - 16h 45)

La progression des voyages internationaux :

- dans le monde. G. CAZES (Paris Sorbonne)
- quelles destinations au départ de France? M. SALOMON (Secrétariat d'Etat au Tourisme)

Psychopathologie du voyage.

- Les rapatriements sanitaires pour raison psychiatrique. Ph. GUIBERT (International SOS)
- Problèmes rencontrés
 - parmi les expatriés d'une grande entreprise A. BRACCO (Michelin)
 - parmi les volontaires des ONG M. LEBORGNE (ACF)
 - parmi le personnel diplomatique B. DUREPAIRE (MAE)
- Du voyage psychopathologique au voyage thérapeutique G. RÉCASSENS (Créteil)

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE de la SMV (16h 45 - 17h 45)

Bulletin d'inscription joint à la Lettre

Propositions de communications à faire parvenir au secrétariat de la SMV
(par email cgoujon@pasteur.fr ou fax: 0140613844) avant le 1^{er} mai 2002.

La réunion provinciale 2002 de la SMV aura lieu le samedi 19 octobre prochain à Angers, organisée par D. CHABASSE et E. PICHARD.

Au programme : la responsabilité médicale dans la prise en charge du voyageur,
télé-médecine en mer, foie et voyages, paludisme d'importation en Anjou.

Dr Catherine GOUJON. Centre médical - Service des vaccinations - Institut Pasteur,
211 rue de Vaugirard, 75015 Paris. Téléphone : 01 406 138 46, télécopie : 01 406 138 44.

Ce problème a fait l'objet d'un récent Colloque international intitulé " Trauma, soins et cultures " qui s'est tenu le 8 mars dernier à Paris, organisé par Médecins sans Frontières. Riche en témoignages et en expériences vécues sur le terrain, ce colloque a confirmé une prise de conscience par les " travailleurs humanitaires ", de la nécessité de prendre en charge non seulement les dommages physiques, mais aussi les dommages psychologiques dont souffrent les traumatisés, qu'il s'agisse de conflits meurtriers ou d'une catastrophe naturelle terrifiante (tremblement de terre, inondation, éruption volcanique, épidémie), qu'il s'agisse de survivants d'une hécatombe, de réfugiés ayant pratiquement tout perdu, de femmes violées etc.. Les psychiatres et les psychologues sont inclus de plus en plus dans les équipes humanitaires. Certes l'efficacité d'une telle prise en charge, de l'extérieur, des personnes et des populations sinistrées ne peut être que limitée, car elle se heurte aux barrières linguistiques et culturelles et, ne pouvant être que de courte durée, elle devrait être relayée par des professionnels locaux, dont sont généralement démunis les pays en développement, à plus forte raison quand ils ont été gravement traumatisés.

D'autres voyages, l'émigration du sud vers le nord, sont aussi souvent motivés par des violences, politiques ou économiques; les émigrés, qui ont des raisons de fuir leur pays, et deviennent immigrants quand ils entrent dans nos pays du nord, affrontent

souvent des risques sérieux de violence, surtout quand ils sont clandestins (allez voir le beau film "Frontières", qui relate l'odyssée transsaharienne Dakar-Cadix d'émigrants africains).

Mais il est d'autres violences beaucoup moins apparentes, résultant de voyages dont les motifs sont a priori tout à fait pacifiques, tels les voyages touristiques ou professionnels nord-sud. Certes les touristes sont parfois victimes d'agressions, de vols, voire, exceptionnellement, d'enlèvements ou de meurtres.

Mais ne pourrait-on pas aussi se demander si nos voyageurs n'exercent pas, sans bien s'en rendre compte, quand ils visitent un pays très pauvre, une certaine violence sur les populations qui les accueillent, en exacerbant leurs frustrations, en déstabilisant leur société, en suscitant délinquance et prostitution?

L'enquête SMV réalisée au Sénégal en 2001, dont le compte-rendu est publié dans ce numéro, a montré les difficultés de la coexistence entre une population africaine encore très pauvre, et ses visiteurs étrangers, perçus à juste titre comme beaucoup plus riches (leur PNB est en moyenne 50 fois plus élevé). Il nous faut certes reconnaître qu'une part - si modeste soit-elle - des revenus du tourisme améliore les ressources des populations locales, et il ne peut être question de culpabiliser nos touristes. Notre propos a pour seule prétention de favoriser une prise de conscience. Est-ce utopique de rêver à un tourisme plus responsable, à un tourisme s'efforçant de devenir un partenaire actif du développement?

Michel REY



Comptes rendus de la réunion SMV, Toulouse,

Cité de l'Espace, 17 novembre 2001 (suite)

La peur en avion

M.C. DENTAN,

Docteur en psychologie, professeur associé à L'université Panthéon-Sorbonne, Paris.

Tout d'abord, un premier constat. La peur en avion tient du paradoxe.

Comment un des moyens de transport les plus sûrs peut-il faire le plus peur? Statistiques à l'appui.

Comment dans le même avion, au même moment, peut-on avoir des hommes et des femmes très heureux qui discutent sereinement de ce qu'ils vont faire en arrivant, et des gens terrorisés qui pensent à chaque seconde que l'avion va se crasher?

Ils n'ont pas, bien évidemment, la même représentation de l'avion dans la tête!

Il est vrai qu'un accident d'avion est fortement médiatisé et que du coup il occupe plus de volume dans notre mémoire.

Pour essayer de relativiser, j'ai du rechercher dans l'histoire ancienne un très vieux proverbe chinois.

" L'arbre qui tombe ne doit pas faire oublier la forêt qui pousse. "

Le problème de la peur en avion mérite donc qu'on s'y intéresse, d'autant qu'il semblerait que plus de 10 % des adultes en âge de voler, évitent de prendre l'avion. Nous avons tenté d'apporter une solution en créant le centre anti-stress aéronautique à

Air France en 1993 pour développer une méthode qui allie psychologie et technique. L'objet de cette présentation est de vous faire partager notre expérience. Je vous propose le plan suivant :

Peurs et phobie de l'avion

En préalable, un bref rappel de quelques notions de base: peur et effroi; anxiété et angoisse; phobie.

- la peur, l'effroi: il s'agit de réactions émotionnelles (plus ou moins aiguës) liées à un danger extérieur, tangible, présent et identifiable ;

- l'anxiété et l'angoisse: la menace est d'origine interne, elle est imprécise et irrationnelle. En avion, les passagers anxieux ont peur de la chute. Pourquoi? comment? Ils ne savent pas trop et le moindre bruit les panique. La peur là vient souvent de l'inconnu qui laisse l'imagination s'emballer ;

- la phobie: le sujet souffre d'une angoisse diffuse au quotidien. Pour se sortir de cette souffrance, un mécanisme de défense inconscient va se déclencher. Par un geste magique, mais efficace, il va sortir de lui cette angoisse et prendre un objet comme cible symbolique de menace. Il va remplacer l'angoisse interne par la " peur " d'un objet extérieur, pourtant inoffensif. Il va déplacer le problème, d'où le nom de mécanisme de déplacement.

Comment s'y reconnaître dans les patients en mal d'avion? Existe-t-il un portrait-robot de la personne " en mal de l'air "? Les symptômes, c'est d'abord l'évitement de la mise

en situation, ce que le patient exprime par: Je m'arrange pour ne pas avoir à prendre l'avion. J'envoie mes collaborateurs. Je prends ma voiture, j'en fais des kilomètres. C'est aussi, l'appréhension à l'idée de prendre l'avion, la panique au décollage, angoisse réactivée à chaque turbulence. Mais derrière ces symptômes partagés, des causes diverses et donc des stratégies de changement différentes. Quel profil de personnalités rencontrons nous?

Nous avons tenté un regroupement en six grandes familles.

•Les terriens

Les Terriens sont très à l'aise lorsqu'ils sont sur la terre ferme, mais se sentent en danger dès qu'ils s'envolent. Pas d'autres problèmes que l'avion.

" Vous comprenez, moi je suis du signe du tau - reau, c'est pour cela qu'il me faut le plancher des vaches! "

Ils ont peur d'être dans le vide. Ils ne comprennent pas comment une grosse boîte comme cet avion peut s'envoler?

La peur des turbulences est aussi souvent au rendez-vous. " Nous étions fortement secoués. J'avais peur que les ailes ne se cassent. Un avion, c'est fragile. "

Enfin la peur de la panne. " En vol, je guette les bruits, l'arrêt des réacteurs, et alors ce serait la chute de l'avion ".

Les inquiétudes des Terriens viennent d'une méconnaissance des données de base aérodynamique et de la médiatisation

Les accidents. Il faut leur faire comprendre le fonctionnement de l'avion. D'où l'utilité d'un cours aéronautique et d'une rencontre avec les pilotes.

• Les décideurs

Les Décideurs, les hyperactifs, se plaignent du manque de contrôle à bord de l'avion. Habités à commander, à décider, ils ne supportent pas de rester passifs, "ligotés" sur un fauteuil pendant plusieurs heures.

"J'ai l'impression d'être suspendu en l'air sans avoir aucune maîtrise des événements. Je ne veux pas être un pantin. - Je n'aime pas confier ma vie à quelqu'un que je ne connais pas. Si je pilotais moi-même, j'aurais sans doute moins peur".

Ce sont des dirigeants, des médecins qui assument de lourdes responsabilités. Ils pratiquent quelquefois un "sport à risque" (course automobile, escalade, plongée sous-marine...). Ils n'ont pas peur de mettre leur vie en jeu, si et seulement si, ce sont eux qui tiennent les rênes de leur destin. Leur anxiété se dissipe le plus souvent quand on leur apporte des réponses à leurs questions.

Là encore on voit se profiler l'utilité du cours aéronautique et des rencontres avec les pilotes.

• Les anxieux

Ils sont victimes de leur imagination.

Le cours aéronautique les aide, ainsi que les conseils pour mieux gérer le stress.

Très souvent ils nous disent que leur peur, c'est d'avoir peur.

Cette famille regroupe aussi les "spasmophiles" et tous ceux qui ont vécu une attaque de panique

Pour ceux-là une thérapie de type cognitivo-comportementale peut être bénéfique.

• Ceux qui ont vécu un événement traumatisant.

Les passagers prenaient facilement l'avion, avec plaisir même, jusqu'au jour où un incident violent (réel ou vécu comme tel) a interrompu le cours tranquille de leur vol. Ils ont cru qu'ils allaient mourir. Depuis, à l'idée de prendre l'avion, ils sont terrorisés. Ils souffrent d'un excès de mémoire. Ce n'est pas un manque de courage, c'est leur corps qui se souvient.

• Les phobiques

Les "claustrophobes" ont confiance dans la technique et dans les pilotes. Leur problème c'est d'être enfermé, d'être confiné entre des gens de tous poils, d'être tout là-

haut au-dessus de l'océan et loin de la terre sans porte de sortie à portée de main.

On leur conseille, en général, de suivre d'abord une thérapie comportementale qui réussit assez bien.

• Les " agoraphobes ".

L'agoraphobie se traduit par l'angoisse devant la perte des repères habituels, la peur de s'éloigner des endroits familiers.

"J'ai toujours du mal à partir. Je ne peux pas pr



Compte-rendu du colloque satellite «Immunothérapie dans les envenimations»

6^e congrès francophone international de médecine tropicale, Dakar

26 octobre 2001, organisé par J.-P. CHIPPAUX & M. GOYFFON

Participants table ronde : A.-C. BENGUEDDA (Institut Pasteur d'Alger), J.-P. CHIPPAUX (IRD), M. EL AYEYB (Institut Pasteur de Tunis), F. GRIGUER (Aventis Pasteur), A. MASSOUBODJI (Faculté des sciences de la santé du Bénin), G. MION (Service de réanimation, HIABégin, Paris).

Rapporté par J.P. Chippaux, d'après le *Bulletin de la société de pathologie exotique*.

Pour la première fois, une soixantaine de médecins et chercheurs se sont réunis en Afrique subsaharienne pour échanger sur les différents problèmes concernant les envenimations en Afrique. Un colloque sur l'immunothérapie dans les envenimations a été organisé à Dakar le 26 octobre par l'Institut de recherche pour le développement et le Muséum national d'histoire naturelle sous l'égide de la Société de pathologie exotique dans le cadre de son sixième congrès international francophone de médecine tropicale. Plusieurs universités ou ministères de la santé africains (Algérie, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Gabon, Guinée, Mali, Niger), les trois Instituts Pasteur du Maghreb, celui de Guinée, le Centre Pasteur du Cameroun et le CERMES étaient représentés et ont exposé leurs travaux. La complexité de la prise en charge des envenimations a été soulignée au cours de 17 communications et des discussions qui ont suivi.

Une table ronde a permis de dégager les points essentiels des présentations faites au cours de cette journée.

Épidémiologie

L'insuffisance des études épidémiologiques menées en Afrique subsaharienne sur les envenimations ophidiennes a été largement soulignée. Comme cela a été démontré dans les trois pays du Maghreb où les piqures de scorpion constituent un véritable problème de santé publique, de telles études conduisent à préciser les besoins thérapeutiques tant au niveau quantitatif que géographique: l'organisation du traitement et l'approvisionnement en sérum antivenimeux s'en trouvent notablement facilités et améliorés.

Les envenimations ophidiennes sont majoritairement dues à des *Viperidae* et surviennent en zone rurale au cours des activités agricoles. Elles concernent principalement les hommes entre 15 et 50 ans. Les statistiques hospitalières ne représentent qu'une faible proportion du phénomène. On relève néanmoins une morbidité importante, comprise entre 50 et 250 envenimations pour 100 000 habitants par an selon les régions. La morbidité varie d'un endroit à l'autre en fonction de l'utilisation du système de santé par les populations et de la confiance qu'elle lui accorde. La létalité, également très variable, reflète l'efficacité du système de soins. Le rôle des tradipraticiens, sollicités en première intention mais pas toujours avec le succès espéré, a été très largement rappelé.

Les enquêtes rétrospectives doivent être remplacées par des études prospectives. La diversité des méthodes utilisées ne permet pas toujours de définir les besoins réels en sérums antivenimeux et médicaments symptomatiques.

Prise en charge des accidents par animaux venimeux

De nombreux intervenants ont regretté l'absence de consensus sur le protocole thérapeutique qui reste encore largement empirique et bien souvent insuffisant malgré les moyens efficaces dont nous disposons. Outre les considérables difficultés d'approvisionnement en sérum antivenimeux, la formation du personnel de santé, notamment dans les centres de santé périphérique, est inexistante.

Le traitement des envenimations apparaît comme inadéquat dans de nombreux endroits. Même si les statistiques hospitalières sont peu représentatives en raison de biais de recrutement, la létalité élevée (entre 5 et 25% selon les études) confirme les insuffisances de la prise en charge thérapeutique. Le retard de consultation peut être considérable et hypothèque l'efficacité du traitement. Ses causes sont probablement multiples: dispersion des centres de santé, difficulté de déplacement, recours au système de soins traditionnels. L'indisponibilité des moyens thérapeutiques, notamment du sérum antivenimeux, n'est pas seule en cause: leur utilisation est mal connue des agents de santé (indications, posologie, surveillance). Cela peut même induire une perte de confiance du public dans le système de santé.

L'absence de formation spécifique dans le cursus universitaire des médecins et des infirmiers a été soulignée par l'ensemble des participants. Au cours de leur carrière, les agents de santé ne reçoivent aucune information ni actualisation concernant le diagnostic et le traitement des envenimations. Même lorsque la formation existe, elle est mal diffusée et reste inaccessible à la plupart des agents de santé concernés par le problème des envenimations.

Malgré une efficacité avérée et reconnue aussi bien par les médecins que par la population, le sérum antivenimeux, du moins en Afrique subsaharienne, fait cruellement défaut. Sa disponibilité actuelle représente moins de 1 % des besoins identifiés. Bien plus, le nombre de doses vendues au cours des vingt dernières années décroît régulièrement de 5 % par an. Les causes sont multiples et complexes. Le coût élevé, résultant des améliorations technologiques imposées par les normes réglementaires européennes, est une raison importante. Les problèmes commerciaux qui en découlent (marges bénéficiaires faibles, difficultés d'écoulement des stocks) ne peuvent être entièrement résolus par les filières traditionnelles de distribution des médicaments. L'utilisation inappropriée du sérum antivenimeux par les agents de santé, la gestion défectueuse des stocks sont également responsables d'une réduction des commandes.

Le personnel de santé n'a pas été suffisamment informé par les producteurs de sérum antivenimeux sur l'évolution récente du produit, les raisons de l'augmentation des coûts et les contraintes de production auxquelles l'industrie pharmaceutique doit faire face.

La délocalisation, souhaitable, ne constitue pas une solution définitive: les coûts d'exploitation ne seront pas significativement réduits; en outre, le contrôle de qualité restera une condition essentielle du transfert de technologie.

Les recommandations suivantes ont été dégagées de la table ronde de façon unanime.

• Des études épidémiologiques fiables sont indispensables pour permettre d'évaluer les besoins thérapeutiques. À l'instar de ce qui existe dans les pays du Maghreb et dans quelques pays subsahariens, le choix des indicateurs, leur standardisation et l'utilisation de méthodes rigoureuses est indispensable.

L'analyse des données permettra une présentation claire des problèmes débouchant sur des propositions précises et acceptables facilitant la prise de décision par les autorités sanitaires nationales.

• Une réunion de consensus est nécessaire pour fixer rapidement un protocole thérapeutique simple et aisément applicable dans les centres de santé périphérique; il sera diffusé sous un format accessible et approprié dans tous les États de la région.

• Une formation spécifique sera inscrite dans les programmes des facultés de médecine et des écoles d'infirmiers. En outre, une mise à jour permanente et régulière sera instaurée en direction, notamment, des agents de santé exerçant en zone rurale.

• La disponibilité du sérum antivenimeux doit être améliorée de toute urgence. La planification des commandes et la gestion des stocks seront grandement facilitées par les résultats des études épidémiologiques. Il a été fortement suggéré de favoriser une réflexion sur la répartition plus équitable des moyens de financement de la prise en charge des envenimations: centralisation des achats au niveau des États, achats directs par les structures fortes consommatrices, mais aussi participation communautaire ou subventions des collectivités locales. Les possibilités de délocalisation doivent être envisagées avec l'industrie pharmaceutique à laquelle il est instamment demandé de ne pas suspendre la fabrication du sérum antivenimeux avant qu'une solution viable soit trouvée. Il a été convenu qu'un prochain rendez-vous sera pris avec un ordre du jour précis comme la standardisation des études épidémiologiques et le consensus sur le protocole thérapeutique. L'Algérie s'est proposée pour accueillir cette réunion.

Dernières nouvelles de l'éradication mondiale de la poliomyélite.

La 13^{ème} réunion de la Commission régionale OMS pour l'éradication de la poliomyélite en Europe s'est tenue à Copenhague les 13-15 mars 2002. A cette réunion ont participé M. REY et T.COMOLET, respectivement président et coordinateur de la " Commission de certification de l'éradication de la poliomyélite en France ".

Depuis le lancement du programme d'éradication mondiale par l'OMS en 1988, l'incidence de la polio aurait reculé de 99%, et l'endémie poliomyélique a été réduite à 10 pays, localisés dans deux régions du monde, qui constituent les derniers réservoirs de poliovirus, potentiellement exportateurs dans les pays indemnes : le sous-continent indien (Inde du Nord, Pakistan, Afghanistan) et l'Afrique intertropicale et orientale (Nigeria, Niger, Angola, Egypte, Soudan, Ethiopie, Somalie). Il appartient à chacune des régions OMS de coordonner son programme et de proclamer l'éradication de la poliomyélite 3 ans après le dernier cas autochtone détecté dans la région. L'éradication a déjà été confirmée dans deux régions du monde : en 1994 sur le continent américain (dernier cas au Pérou en 1991), en 1999 dans la région Asie orientale/Pacifique (dernier cas au Cambodge en 1996).

Outre la vaccination généralisée, la surveillance de la poliomyélite est devenue un élément essentiel du programme d'éradication : surveillance clinique des paralysies flasques aiguës, et surveillance virologique, basée surtout sur la recherche de poliovirus dans les selles de malades suspects, paralytiques ou autres. Les pays industrialisés ont mis en place des programmes nationaux de surveillance des enterovirus, et certains déve-

loppent la surveillance des enterovirus dans l'environnement. La France a inclus ces deux volets dans son programme de surveillance.

La région européenne de l'OMS, qui s'étend de Brest à Vladivostok, en passant par la Mer Noire, le Caucase et l'Asie centrale ex-URSS, est encore confrontée à quelques problèmes. Après la dernière grande épidémie (Albanie et Kosovo 1996: 163 cas, dont 16 décès), l'éradication paraissait en vue après le dernier cas autochtone observé en Turquie en 1998. Mais elle a dû être remise en question en 2001, par la survenue, en Bulgarie, de 3 cas (dont 2 cas paralytiques) observés chez des enfants tziganes, dus à un poliovirus 1 que la biologie moléculaire a finalement identifié comme étant d'origine indienne, ce qui a permis de les considérer comme des cas importés. Fin 2001 a été identifié en Géorgie un cas de polio non paralytique, dont le virus est à l'étude. La polio a disparu du reste de l'Europe, qui reste cependant confrontée à un risque d'importation, en provenance des zones encore endémiques.

Rappelons qu'en France le dernier cas autochtone, observé chez un adulte de la région parisienne, remonte à 1989, et que notre dernier cas importé date de 1995 : il a été observé chez un jeune coopérant, dont la vaccination était très incomplète (une seule dose de vaccin reçue au service militaire) et qui a présenté, à son retour de Côte d'Ivoire, une tétraplégie avec détresse respiratoire. La France fait partie des quelques pays européens qui depuis longtemps ont donné la préférence au vaccin inactivé injectable (IPV), ce qui la met à l'abri des accidents paralytiques, à vrai dire rares, provoqués par le vaccin vivant oral

(OPV). La plupart des pays industrialisés, y compris les Etats-Unis, ont fini par adopter le vaccin injectable. Mais le vaccin oral, moins onéreux et plus pratique à administrer, notamment en campagne de masse, reste le vaccin le plus employé dans le monde, et conseillé par l'OMS, surtout dans les pays en développement.

L'inquiétude soulevée par l'épidémie d'Hispaniola (21 cas à St Domingue et Haiti en 2000-2001) suivie de celle des Philippines (3 cas en 2001), dues à des poliovirus vaccinaux redevenus neuropathogènes et épidémiogènes, incite à espérer qu'une prochaine éradication mondiale permettra de supprimer dès que possible l'usage du vaccin vivant. L'échéance prévue initialement en 2000 pour l'éradication mondiale a été reportée à 2005. Soyons optimistes... Quant à la post-éradication, elle reste à planifier : quand arrêter la vaccination ? combien de temps devra-t-on prolonger la surveillance ? comment s'assurer du confinement des poliovirus dans certains laboratoires bien contrôlés, dont ces virus ne devront pas s'échapper ? En attendant l'éradication mondiale de la poliomyélite, continuons à vacciner nos voyageurs internationaux, avec un rappel de vaccin inactivé, de préférence combiné avec les valences T et d : non seulement ceux qui se rendent dans les pays encore endémiques d'Asie du sud et d'Afrique, mais aussi tous ceux dont le dernier rappel remonte à plus de 10 ans, sachant que la revaccination contre la polio est recommandée, tous les 10 ans, à tous les adultes français. Michel REY

Journée en hommage au M.G. LAPEYSSONNIE IMTSSA (Pharo), Marseille, 20 mars 2002, rapporté par A. CHIPPAUX

Il fallait plusieurs témoignages pour cerner la personnalité si riche et attachante du M.G. LAPEYSSONNIE. Ses élèves, devenus ses amis, J. DUTERTRE, CL. CHASTEL et F. KLOTZ ont retracé avec une ferveur, non dénuée d'un humour qu'aurait apprécié le M.G. LAPEYSSONNIE les multiples facettes de sa carrière, homme de terrain, chercheur, enseignant, organisateur, écrivain de talent...

Le médecin en chef B. MAFART et plusieurs cadres du Pharo ont eu le soin d'organiser la partie scientifique. P.NICOLAS, F.J. LOUIS et M.MORILLON ont choisi les personnalités civiles et militaires, françaises et étrangères exposant avec brio et compétence leurs expériences sur quelques thèmes auxquels le M.G. LAPEYSSONNIE avait consacré sa vie.

Mme D. CAUGANT, de l'Institut norvégien de santé publique d'Oslo, a retracé l'épidémiologie moléculaire du méningo et démontré que le remaniement très rapide du génome permet d'échapper à la pression immunitaire de l'hôte. Heureusement, certains groupes de clones sont suffisamment stables pour que l'analyse des gènes multiples permette la surveillance épidémiologique du méningo et ne mettent pas en cause l'efficacité du vaccin dont nous disposons.

X. NASSIF, (Inserm, Paris), a expliqué les méca-

nismes du franchissement de la barrière hémato-encéphalique par *Neisseria meningitidis*, qui constitue un " accident stupide de parcours " suicidaire pour la bactérie. C'est donc le porteur asymptomatique qui dissémine celle-ci et qui représente le véritable danger pour la communauté.

J.M. ALONSO, chef de l'unité des *Neisseria* à l'Institut Pasteur a expliqué son implication probable dans l'épidémie qui a suivi le pèlerinage de La Mecque en 2000 et frappé si durement les pays du Sahel l'an dernier, après une campagne de vaccination qui n'incluait pas les antigènes du sérotype W 135.

P.S ALIOU (Aventis Pasteur, Paris), a tiré de toutes ces études de biologie moléculaire et des observations de surveillance épidémiologique menées sur le terrain les stratégies de vaccinations contre les méningites dues au méningocoque que nous devons appliquer en Afrique : vaccination de masse de toute la population puis vaccination de routine des enfants.

Le second volet concernait la trypanosomose humaine africaine.

F.J. LOUIS qui est maintenant en poste à Yaoundé, chargé par l'OMS de coordonner la lutte contre la maladie du sommeil. Les dernières années de

LAPEYSSONNIE furent assombries par la constatation que la carence des autorités, un état d'anarchie ou de guerre civile dans plusieurs pays et des conceptions politico-sanitaires désastreuses avaient ramené la situation à son état initial après avoir, dans les années 50, abouti à un contrôle presque total.

En fait, nous étions alors encore bien éloignés d'une éradication souhaitée et peut être théoriquement possible (?) mais nos connaissances sur la THAN'ont pas évolué au prorata des progrès technologiques.

Les orateurs suivants nous ont toutefois fait part de quelques avancées importantes et des espoirs qu'une prise de conscience récente de l'industrie pharmaceutique autorise. La maladie du sommeil, contrairement à l'idée qu'on s'en fait est en fait une maladie du cycle veille-sommeil qui est profondément perturbé. Le malade connaît des épisodes de sommeil plus ou moins brefs entrecoupés de moments de veille (A. BUGUET, IMTSSA, Marseille).

La distinction entre les deux phases classiques lymphatico-sanguine et encéphalitique n'est pas aussi nette que l'on voudrait bien l'admettre et l'envahissement du système nerveux central est en général beaucoup plus précoce que pourrait

le faire pense le tableau clinique présenté. V.LEON, (IMT, Anvers).

Les perspectives thérapeutiques piétinent depuis plusieurs dizaines d'années. Les produits les plus efficaces ont une toxicité certaine. M. DUMAS (IENT, Limoges) a présenté les travaux, dans lesquels son institut est partie prenante, sur plusieurs molécules qui suscitent de grands espoirs, en particulier le megasol, longtemps tenu en suspicion, mais qui semble promis à un grand avenir, si les nombreux travaux, encore nécessaires, restent favorables.

Enfin, le choléra a fait l'objet de la dernière partie de la journée.

R. PIARROUX (CHU, Besançon) a exposé les concepts actuels de la transmission, à partir de son expérience sur le terrain avec les ONG.

V. BROWN (Epicentre, Paris) a développé son expérience de la prise en charge d'une épidémie de choléra dans les camps de réfugiés en Afrique ; il a notamment insisté sur la nécessité de normaliser les actions telles que mesures curatives, accès aux soins, isolement, approvisionnement... afin de permettre au personnel dont la formation est souvent sommaire, par nécessité, d'appliquer les mesures à prendre pour soigner les malades et limiter l'expansion du vibrion. Certains dogmes sont remis en question : par exemple, dans un camp de réfugiés, un cas = une épidémie, etc...

La communication de B.IVANOF (OMS, Genève) a été présentée par M.MORILLON. Trois vaccins sont actuellement disponibles, deux vaccins tués à corps entier, administrés par voie orale : le vaccin WC/B suédois Dukoral® et un vaccin fabriqué au Vietnam ; variant du précédent, un vaccin atténué Suisse CVD 103Hgr (Orochol®) dont les résultats en Indonésie ne semblent pas donner toute satisfaction. Il reste à régler l'introduction de la valence O139 dans le vaccin. Suédois et Vietnamiens s'y sont attelés mais la protection conférée par ce vaccin reste à évaluer. Dans un avenir plus lointain, l'approche pour la construction d'un vaccin atténué vivant synthétique met en concurrence plusieurs candidats.

12^e colloque sur la santé des voyageurs internationaux 29 et 30 novembre 2001, hôtel Inter Continental de Montréal, Québec, rapporté par E. CAUMES.

Le 12^e colloque sur la santé des voyageurs (12th conference on the health of International travellers) s'est tenu les 29 et 30 novembre 2001 à l'hôtel Inter Continental de Montréal, à l'invitation de nos amis canadiens Dominique TESSIER et Jean-François CHICOINE.

Les deux journées incluaient 4 sessions plénières, 2 workshops et une session interactive appelé sommet des voyageurs où un pannel de "sages" composé d'un Canadien (Kevin KAIN de Toronto), d'un Américain (Vernon ANSDALL de Hawaï), et d'un Français, ont répondu à des questions très diverses de l'auditoire. Il était intéressant de constater à quel point les pratiques pouvaient être différentes en matière de prévention antivectorielle, de prophylaxie antipaludique ou de prise en charge de la diarrhée du voyageur. En sachant que ces différences de pratiques relevaient plus de contingences extra médicales (disponibilité des médicaments et des vaccins, remboursement des produits par le système social, contre-indications variables selon les pays pour certains médicaments) que de différences de point de vue entre les différents "sages". La seule exception concerne la diarrhée du voyageur pour laquelle nos collègues nord américains semblent avoir l'antibiothérapie plus "facile".

Kevin KAIN (Toronto) a fait le point sur les maladies de l'altitude. Il a rappelé la distinction entre mal de l'altitude (2500 m), œdème pulmonaire de haute altitude (3650 m, taux de létalité = 15-60 %) et œdème cérébral de haute altitude (3650 m, taux de létalité = 10-40 %). Le mal de l'altitude est défini par (1) une ascension récente en altitude, (2) des céphalées, (3) plus de l'un des éléments suivants: anorexie, nausées, vomissements, fatigue, vertiges, insomnie. Les modalités de prise en charge de ces maladies reposent surtout sur l'information et la prévention non médicale. Les principales règles sont une ascension lente et progressive à partir de 2500-3000 mètres d'altitude, un bon apport hydrique et d'éviter alcool, neurosédatifs et marche prolongée pendant les 48 premières heures.

Sur le plan médical, l'acétazolamide (Diamox®) est efficace dans la prévention du mal de l'altitude à la posologie de 125 à 250 mg deux fois par jour. La nifédipine, (Adalate®) efficace dans la prévention et le

traitement de l'œdème pulmonaire, à la posologie de 10 mg trois fois par jour, n'est pas d'usage courant en préventif. La dexaméthasone (Soludécadron®) est efficace dans la prévention et le traitement du mal d'altitude et de l'œdème cérébral à la posologie de 4 mg toutes les 6 à 12 heures. Surtout, le traitement le plus efficace des maladies liées à la haute altitude est: descendre, descendre, descendre!!

Bruce TAPIERO (Montréal) a rappelé les principaux avantages des vaccins conjugués dont trois (pneumocoque à sept valence, méningocoque de type C, typhoïde) sont en cours d'être commercialisés (ou déjà commercialisés) en Amérique du nord. Ces avantages sont une immunogénicité plus robuste (donc une meilleure efficacité), la possibilité d'une administration plus tôt dans la vie (dès l'âge de 2 mois), une mémoire immunitaire forte (rendant les rappels moins utiles voire inutiles), une immunité de surface et de groupe et un rôle sur la transmission en diminuant le nombre de porteurs et donc la contagiosité.

Vernon ANSDALL (Hawaï) a fait le point sur les risques du tourisme d'aventures en se référant aux expériences (malheureuses) des raids "Eco challenge" qui associent marche dans la jungle, rafting, spéléologie, canoekayak, plongée sous marine, escalade, bicyclette et cheval. Il a rappelé que l'édition 2000 de ce raid à Sabah, Borneo (Malaisie) avait donné lieu à une épidémie de leptospirose chez 17 participants. Le principal facteur de risque était le fait d'avoir nagé dans la rivière Segama. Il a ensuite rappelé les risques sanitaires liés à chacune des activités suivantes: marche, altitude, eau douce, mer et spéléologie. Il a conclu par un plaidoyer pour les répulsifs à base de DEET (les seuls dont l'efficacité est prouvée selon lui), les insecticides à base de perméthrin, la plus large couverture vaccinale possible et l'usage d'antibiotiques dont les plus utiles lui paraissent être la doxycycline, la ciprofloxacine, l'azithromycine et l'amoxicilline-acide clavulanique.

Dominique TESSIER (Montréal) a fait le point sur les risques d'exposition accidentelle au VIH par le sang ou des liquides biologiques en voyage. Comme un délai supérieur à 72 heures entre l'exposition au risque et la mise en place d'un traitement post-exposition

est le maximum possible, elle conseille à certains voyageurs d'emporter avec eux une trithérapie anti-VIH (pour une semaine de traitement). Elle a rappelé les risques de transmission du VIH associés à chaque type d'exposition: aiguille per cutanée (0,4 %), aiguille intraveineuse (0,67 %), relation ano-génitale (0,1-3 %), relation génito-génitale (0,1-0,2 %), transfusion sanguine (95 %), relation orogénitale (risque inconnu mais certain). Les candidats potentiels à une telle prophylaxie sont les services médicaux à l'étranger, les opérations de maintien de la paix, le tourisme dans les zones où les médicaments ne sont pas accessibles (soins médicaux urgents non évitables), et toutes les situations (guerre, soulèvements, catastrophe naturelle) impliquant des soins de santé dans des conditions non idéales.

Ken GAMBLE (Toronto) a discuté des avantages et des inconvénients respectifs de nouveaux antipaludéens dont certains commencent à être utilisés outre-Atlantique (ou sont encore à l'étude). Il s'agit de la primaquine, de la tafenoquine et de l'azithromycine. Le plus prometteur est l'association atovaquone-proguanil efficace à la fois en traitement curatif et préventif comme le prouve l'octroi récent de l'AMM en France dans cette dernière indication. Il a conclu à l'intérêt de l'association atovaquone-proguanil dans la prévention et le traitement présomptif du paludisme, et de la méfloquine, de la doxycycline et de la primaquine dans la prophylaxie du paludisme.

La dernière demi-journée a été marquée par une conférence sur "L'anthropologie médicale du voyageur" (Jean-François CHICOINE, Montréal). L'auteur a d'emblée signifié en préambule que lui-même ne comprenait pas le titre de son intervention, que celle-ci nécessiterait une attention soutenue de l'auditoire et qu'il n'y apprendrait rien, ce qui ne s'est pas tout à fait révélé exact. Il a notamment fait le point sur les risques du voyage dans la population des 17-25 ans, une population plus exposée, du fait de comportements à risque propres à cette tranche d'âge qui viennent s'ajouter à ceux propres aux voyages. Il a résumé ces comportements en une sorte de défi envers Dieu ("on se mesure à Dieu") à travers une perception différente de la mort et du danger de certaines conduites (voiture, moto, alcool, tabac, autres drogues...).

• **Evaluation of Emergency Air Evacuation of critically ill Patients from Cruise Ships**, by

L.D.PRINA et al. *J. Travel Med* 2001; **8**: 885-92.

5,9 millions de Nord-américains sont partis en croisière en 1999, pour 51 % d'entre eux à destination des Caraïbes ; 28 % étaient âgés de plus de 60 ans. Une étude prospective de 6 mois a recensé 104 patients (61 % d'hommes, âge moyen = 68,7 ans) qui ont été évacués d'urgence par voie aérienne, pour raison chirurgicale (20 cas) ou surtout médicale (84 cas, dont 35 cardiologiques – parmi lesquels 15 infarctus- 23 neurologiques, 17 gastro-entérologiques). 98 patients ont été hospitalisés, 5 sont décédés.

• **Typhoid end Paratyphoid**

Fever. A10-year Retrospective Study of a 41 cases in a Parisian Hospital, by E. CAUMES et al., *JTravel Medicine* 2001; **8**: 293-97.

Cette étude rétrospective réalisée à l'Hôpital Pitié Salpêtrière de 1988 à 1998 rapporte 41 cas, dont 22 typhoïdes, 16 para-Aet 3 para-B. 93 % étaient importés, du sous-continent indien (11 cas), d'Afrique sub-saharienne (8 cas), d'Asie du SE (6cas), d'Amérique latine (4 cas), d'Afrique du Nord (2 cas). Un seul patient était vacciné. Deux souches asiatiques de *S. typhi* étaient multirésistantes. 28 patients ont été hospitalisés, pendant 9jours en moyenne. Tous ont guéri.

• **Clinical Features and Epidemiology of Tick Typhus in Travelers**, by T. JELINECK &

T. LÖSCHER.

78 patients ont été répertoriés de 1992 à 1998 dans divers services cliniques allemands de médecine tropicale (sur 22064 consultants externes). 72 % revenaient d'Afrique australe. Tous étaient fébriles. 87 % étaient porteurs d'une escharre, mais seulement 18 % d'entre eux rapportaient cette lésion à une morsure de tique. Tous ont été traités avec succès par doxycycline, 200 mg/j x 10 à 14 jours.

• **A large Outbreak of Legionnaires' Disease at a Flower Show, the Netherlands, 1999**, by JW DEN BOER et al., *Emerging*

Infectious Diseases, 2002; **8**: 37-43.

L'alerte donnée par des cas de maladie des légionnaires hospitalisés à Hoorn, au nord des Pays-Bas, a déclenché une enquête qui a recueilli 188 cas (dont 21 décès) de cette maladie, confirmée chez 133 patients, qu'une étude cas-témoin a rattaché à la visite d'une exposition florale, laquelle avait accueilli 177 000 visiteurs. *L. pneumophila* a été retrouvée dans les appareils qui vaporisaient des aérosols sur les fleurs... et sur les visiteurs.

• **Tularemia Outbreak Investigation in Kosovo: Case Control and Environmental Studies**, by R.REINTIS et al., *Emerging*

Infectious Diseases 2002; **8**: 69-73

327 cas sérologiquement confirmés, de tularémie essentiellement oropharyngée, avec adénopathies cervicales souvent suppurées, ont été recensés dans 21 communes, chez des réfugiés de retour dans leurs villages très endommagés par la guerre et envahis de rongeurs, vivant dans de très mauvaises conditions d'hygiène, et généralement infectés par ingestion d'eau ou de nourriture contaminées.

• **An outbreak of eosinophilic meningitis caused by *Angiostrongylus cantonensis* in travellers returning from the Caribbean**, by SLOM TJ et al., *N Engl J Med*

2003; **346** : 668-675.

La méningite à *Angiostrongylus cantonensis* est une maladie rarement observée même dans ses bastions que sont le sud est Asiatique et la région Pacifique.

Une épidémie est rapportée chez 12 voyageurs Américains en Jamaïque. Le 29 avril 2000, deux étudiants en Médecine sont hospitalisés à Chicago pour des signes neurologiques (céphalées, raideur de nuque, paresthésies) évoluant depuis 10 jours et apparus au retour d'un voyage en Jamaïque du 2 au 9 Avril 2000). Le diagnostic de méningite à éosinophiles est porté. En fait, ces deux étudiants faisaient parti d'un groupe de 23 personnes. Et dans la semaine et demie qui suit, sept autres sont hospitalisés pour une méningite. Finalement douze voyageurs sur 23 (52 %) ont présenté des signes de méningite à éosinophiles. Les symptômes ont débuté dans les 11 jours (6-31 jours) qui ont suivi le retour aux Etats Unis. Neuf patients ont été hospitalisés et investigués correctement. Une hyperéosinophilie sanguine était présente chez les 9 patients à un moment ou à un autre de l'hospitalisation mais seulement chez 4 % (44 %) à l'admission. Une hyperéosinophilie dans le LCR était présente chez 5/9 (56 %). La fièvre est présente chez 2/9 patients hospitalisés et une hyperesthésie ou des paresthésies dans les membres chez 9/12. La moyenne de l'éosinophilie sanguine est de 957 + 200/mm³ pendant la phase de convalescence et de 443 + 90/mm³ pendant la phase aigue. Les résultats de la ponction lombaire montrent une hypertension intracrânienne chez 8/9, une protéinorachie à 52 mg/dl (36-82 mg/dl), une cellularité à 333/mm³ (18-765/mm³) avec des lymphocytes à 73 % (41-88 %) et des éosinophiles à 13 % (0-54 %). L'évolution a été favorable chez tous les patients sauf un qui présente un petit trem-

blement de repos à 6 mois. Trois patients ont reçu des corticoïdes et ont eu plusieurs ponctions lombaires pour soulager les maux de tête. Le diagnostic de méningite à éosinophilie due à *Angiostrongylus cantonensis* a été confirmé par le Western Blot chez 11/12 patients. Les voyageurs malades n'avaient mangé le même repas qu'une seule fois. Douze des seize voyageurs ayant mangé ce menu ont été malades contre aucun des 7 autres voyageurs n'ayant pas pris ce menu (p = 0,001). Les douze patients avaient mangé une salade Cesar (laitue, anchois, pas de fruits de mer) qui était le seul plat associé à un risque significatif de maladie (12/13 mangeurs de salades versus 0/3 ; p = 0,007). On peut tirer quelques conclusions de ces observations. Sur le plan clinique, le syndrome méningé est associé à des paresthésies ou une hyperesthésie qui sont des signes inhabituels dans les autres formes de méningite. Le diagnostic doit être évoqué devant l'association de céphalées, d'une hypertension intracrânienne et d'une cellularité du LCR faite de polynucléaires éosinophiles et de lymphocytes. Le mode de contamination est ici inhabituel mais le respect des règles diététiques en voyage aurait permis de l'éviter.

• **Fever in returned travelers : review of hospital admissions for a 3 year period**, by O'BRIEN D et al. *Clin Infect Dis* 2001 ;**33** :603-609.

Aussi surprenant que cela puisse paraître, très peu d'études se sont intéressées aux causes de fièvre au retour de voyage. En voici une en provenance d'Australie.

Les auteurs ont étudié rétrospectivement les causes de fièvre chez 232 voyageurs (78 % de touristes australiens au retour de voyage, 13 % d'Australiens expatriés, et 9 % de visiteurs étrangers en Australie). L'Asie est la principale destination de voyage (61 %). Le délai entre le retour (ou l'arrivée) en Australie et l'hospitalisation est de 6,5 jours (1-590 jours). Deux cent quarante cinq maladies sont observées chez les 232 patients. Les plus fréquentes d'entre elles sont le paludisme (27 %), dont la plupart des cas (61 %) sont dus à *P. vivax*, les infections respiratoires (24 %), dont la moitié d'infection ORL, les gastroentérites (14 %), pour la plupart (62 %) dues à *Campylobacter sp*, la dengue (8 %), la typhoïde (3 %) et l'hépatite A (3 %). Le diagnostic est indéterminé dans 9 % des cas. Par rapport aux autres destinations, le fait d'avoir voyagé dans les régions Asie et Pacifique prédisposait respectivement à la dengue (OR = 13,2 ; 1,8-269) et au paludisme à *P. vivax* (OR = 4,4 ; 1-22). Ces infections sont de transmission vectorielle (40 %), respiratoire (24 %) ou alimentaire (22 %). Les pneumopathies étaient dues à une grande variété de germes (*Streptococcus pneumoniae*, *Mycoplasma pneumonia*, *Legionella pneumo* -

philia...) mais 11 (20%) des 56 infections respiratoires étaient dues à la grippe. Toutes les maladies diagnostiquées plus de 6 mois après le retour sont du paludisme.

Cette étude confirme que même en Australie et pour des voyages plutôt asiatiques le paludisme reste la première cause d'hospitalisation pour fièvre au retour de voyage. Elle montre aussi que le respect des vaccinations (à compléter par la grippe ?), et des bonnes règles de chimioprophylaxie, de prévention antivectorielle et d'hygiène alimentaire auraient permis d'éviter la plupart d'entre elles.

• Un supplément du *Journal of Travel Medicine* (volume 8, supplément 2, décembre 2001) est consacré à la diarrhée du voyageur et à l'intérêt de la rifaximine dans le traitement de celle-ci.

Après un rappel de l'épidémiologie de la diarrhée du voyageur par Francesco CASTELLI, le traitement de celle-ci est passé en revue par Herbert DUPONT. Avec ses particularités anglosaxonnes : lopéramide, en passe de supplanter la réhydratation chez les adultes, traitement symptomatique par le bismuth (en plus du loperamide) et traitement étiologique par une fluoroquinolone. Dans ce contexte, on comprend tout l'intérêt de la rifaximine, rappelé par Robert STEFFEN. Il s'agit d'un antibiotique de la famille des rifamycines, qui n'est pratiquement pas

absorbé au niveau digestif ; il s'agit donc d'un antimicrobien qui n'est pas sans rappeler les antibactériens intestinaux de contact que sont le nifuroxazide (Ercefuryl®) et le nifurzide (Ricridène®) de ce côté-ci de l'Atlantique, ou la bicozamycine et l'aztreonam, de l'autre côté de l'Atlantique. Tous ces antimicrobiens ont des propriétés identiques : efficacité (évaluée plus ou moins correctement) dans les diarrhées non invasives et absence supposée d'effet indésirable du fait de la non-absorption, en l'absence d'une altération de la muqueuse intestinale.

Trois études ont évalué la rifaximine. La première est une étude d'escalade de dose contre le triméthoprim-sulfaméthoxazole effectuée à Mexico. La deuxième est une étude comparative contre la ciprofloxacine menée en Jamaïque et au Mexique. La troisième est une étude randomisée versus placebo conduite chez des voyageurs au Mexique, Guatemala et Kenya.

En résumé, la rifaximine est plus efficace que le placebo et aussi efficace que la ciprofloxacine sur le critère principal de jugement (temps écoulé entre la première prise du médicament et la dernière selle non moulée) : 32 heures versus 60 heures et 25.7 heures versus 25.0 heures. La tolérance clinique et biologique apparaît satisfaisante, mais la tolérance exacte ne pourra être appréciée qu'à long terme. Le fait d'observer, dans l'étude d'escalade de dose, une augmentation de l'éosinophilie sanguine (5-9%) dans chacun des trois groupes doit inci-

ter à la prudence. De plus, quelques cas d'urticaire ont été rapportés et une étude a montré que 1% de la dose administrée oralement était retrouvé dans le sang. Mais il n'y a pas d'augmentation de l'absorption sur une muqueuse lésée. La posologie recommandée est de 200 mg trois fois par jour ou 400 mg deux fois par jour pendant 3 à 5 jours. Le seul point d'interrogation concerne l'efficacité au cours des dysentéries bactériennes dont les signes (fièvre élevée, sang dans les selles) faisaient exclure ces patients de la plupart des études évaluant la rifaximine.

La rifaximine présente, en plus de ses avantages pharmacocinétiques, des propriétés microbiologiques intéressantes. La quantité de rifaximine présente au niveau de l'intestin excède largement les concentrations minimales inhibitrices 90 (CMI 90) de la plupart des entéropathogènes responsables de la diarrhée du voyageur. Les conséquences de son utilisation sur l'apparition de résistance apparaissent négligeables du fait de la non absorption du médicament, et de la présence de concentration digestives intraluminales largement supérieures aux CMI 90 de la plupart des entéropathogènes. Et, compte-tenu de la quasi non-absorption de ce médicament, on peut s'attendre à peu d'effets indésirables. Ces caractéristiques font de la rifaximine un traitement potentiellement très intéressant de la diarrhée du voyageur. Reste à savoir quand ce médicament sera disponible en France.

Liste de diffusion SMV

La liste de diffusion de la messagerie de la SMV (list@medecine-voyages.org) a été depuis quelque temps le carrefour d'échanges intenses, dont le ton, parfois polémique, a pu quelque peu outrepasser la sérénité objective qui sied à un échange d'informations scientifiques. Reconnaissons que c'est là le risque que doit assumer une tribune libre telle que la messagerie SMV.

Celle-ci est ouverte à tout intervenant, y compris les producteurs et distributeurs, dont elle est complètement indépendante. Les interventions diffusées par cette tribune n'engagent que leurs auteurs.

C'est le Dr Jean-Philippe LEROY (CHU de Rouen) qui, avec beaucoup d'efficacité et de dévouement, a lancé et qui coordonne la messagerie électronique de la SMV. Qu'il en soit bien vivement remercié.

Michel REY
Président de la SMV



Mardi 8 janvier 2002, premier cas d'importation en France (et en Europe) d'un syndrome d'hantavirose pulmonaire (SHP).

Le cas. Il a concerné un homme de 55 ans, botaniste amateur, qui avait effectué un séjour d'un mois, du 2 février au 2 mars 2000, au Chili et en Argentine. Après s'être déplacé à pied du 17 au 23 février dans les zones rurales proches de "Cohaique" (Coihaique ?) et de "PuertoMonte" (Puerto Montt ?), il s'était rendu en bus jusqu'à "Bariloche" (San Carlos de Bariloche ?) en Argentine, pour séjourner dans cette région jusqu'au 2 mars.

Le lendemain de son retour en France, soit le 3 mars : fièvre (40 à 41°C), myalgies et céphalées. Le 16 mars : dyspnée, s'aggravant les deux jours suivants. Le 21 mars, hospitalisation à Compiègne. A l'admission, sévère hypoxémie avec infiltrats pulmonaires diffus, fibrillation auriculaire et galop, injection conjonctivale. Créatininémie : 180 µmol/L. Cytolyse hépatique (SGOT : 236 UI/ml, SGPT : 72UI/ml). Thrombopénie : 86 000/mm³. Signe du lacet. Syndrome inflammatoire. La nuit suivante, aggravation de la myocarde. Amélioration rapide sous traitement symptomatique. Le malade a quitté l'hôpital le 2 avril. Les

recherches sérologiques effectuées sur des échantillons de sérum prélevés les 21 et 29 mars ont montré des anticorps de type IgM et IgG vis-à-vis de tous les hantavirus testés : Puumala, Hantaan, Sin Nombre (SNV), Seoul, Laguna negra. Les titres des Ac IgM ont été stables sur les deux prélèvements ; les titres d'Ac IgG vis-à-vis des hantavirus SNV et Laguna negra étaient fortement augmentés sur le deuxième prélèvement.

Les auteurs de la publication qui relate ce cas pensent que la contamination a pu se produire dans la région de "Puerto Monte" (Puerto Montt, région X de Los Lagos) où des cas de SHP avaient été rapportés à cette même époque. Le syndrome d'hantavirose pulmonaire en Amérique latine et en Amérique du Nord Au Chili, les quatre premiers cas de SHP avaient été signalés en 1995, dans cette même région de Los Lagos (capitale Puerto Montt). D'octobre 1995 à novembre 2000, le total des cas observés dans le pays avait été de 92 dont 48 mortels. En 2001, le début de l'année avait été marqué par une augmentation d'incidence avec, au 19 avril, 39 cas (dont 10 mortels) touchant la Metropolitan Région (3 cas), la Région V (1 cas), la Région VII (5 cas), la Région VIII (11 cas), la Région IX (5 cas), la Région X (ou Los Lagos) (11 cas, dont au moins un à Puerto Montt, en février). L'hantavirus responsable des SHP au Chili (ainsi qu'en Argentine) porte le nom de virus Andes, variante du SNV.

En Argentine, les premiers cas identifiés de SHP remontent aussi à 1995-1996. Au mois de juin 2000, un total de 270 cas y avaient été détectés dans trois régions considérées comme endémiques, au nord, au centre et au sud (consulter la carte dans Edisan). Ce chiffre plaçait ainsi l'Argentine en tête des pays pour l'incidence de ce

dans la province de Rio Negro, est une des régions endémiques d'Argentine, au sud du pays. En Amérique latine, le SHP touche aussi l'Uruguay, le Paraguay, la Bolivie, le Brésil, le Panama. Statistiques vers la mi-2000 pour les pays d'Amérique latine : Argentine : 270 ; Chili : 124 ; Brésil : 48 ; Paraguay : 44 ; Panama : 26 ; Uruguay : 24 ; Bolivie : 5 .

Pour mémoire, il convient de rappeler que le SHP avait été observé et décrit pour la première fois en mai 1993 aux USA. Au 7 décembre 2000, les CDC des USA en avaient enregistré pour le pays un total de 277 cas confirmés, survenus dans 37 Etats, avec une létalité d'environ 30%. En 2000, un total cumulé de 37 cas de SHP avait été aussi signalé au Canada.

Clinique du syndrome d'hantavirose pulmonaire.

Le cas de SHP observé en France est cliniquement conforme à la description habituelle de la maladie. Durée d'incubation variable : une à cinq semaines ; signes de débuts : fièvre, myalgies, asthénie ; chez certains malades (50%) : apparition secondaire de céphalées, vertiges, frissons, signes digestifs (nausées, vomissements, diarrhée) ; puis chez tous les malades, et environ 10 jours après le début, signes d'insuffisance respiratoire caractéristique (toux, dyspnée). La létalité est élevée.

Transmission à l'homme.

Des rongeurs sauvages sont les réservoirs des hantavirus responsables du syndrome d'hantavirose pulmonaire, qu'ils éliminent par leurs déjections ou sécrétions (matières fécales, urines, salive). La contamination humaine se fait habituellement par voie respiratoire, par inhalation d'air contenant de particules virales provenant de déjections des rongeurs infectés. D'autres modes de contamination sont possibles, comme la consommation d'eau ou d'aliments souillés par ces déjections, ou la manipulation de rongeurs infectés. La possibilité de la contamination interhumaine a été évoquée en Argentine (" An Unusual Hantavirus Outbreak in Southern Argentina: Person-to-Person Transmission ? " *Emerg Infect Dis*, 1997 ; tome 3, n°2 : avril-juin), mais ce type de transmission n'a pas été décrit dans d'autres pays.

Prévention.

Toute personne qui s'expose par des activités menées en zone rurales d'endémie à ce type d'infection doit prendre des mesures de prévention de bon sens :

- éviter tout contact avec les rongeurs ; ne pas les manipuler !
- éviter d'installer son campement à proximité de terriers, de décharges, de tout ce qui est susceptible d'abriter ou d'attirer les rongeurs ;
- veiller à ne pas les attirer par ses propres débris, qui doivent toujours se trouver dans des conteneurs fermés ou être rapidement incinérés ;
- en camping, ne pas dormir à même le sol mais dans un lieu et avec un matériel de couchage mettant à l'abri d'un contact accidentel nocturne avec les rongeurs ou leurs déjections ;
- conserver les aliments dans des récipients étanches ;
- ne boire que des eaux de sécurité.

Sources

- MURGUE B, DOMART Y, COUDRIER D, ROLLIN PE, DARCHIS JP, MERRIEN D, ZELLER HG. Letter : First reported case of imported Hantavirus Pulmonary Syndrome in Europe. *Emerg Infect Dis*, 2002 ; 8 (1).
- CDC., PAHO., Promed, Edisan.

Jeudi 10 janvier 2002, évolution de l'épidémie de virose Ebola au Gabon et au Congo (Voir notre dépêche du 10 décembre 2001)

Ebola rapportés dans ces deux pays se montait à 34 cas, dont 25 mortels, avec la distribution suivante : Gabon : 21 cas, 18 décès ; Congo (villages proches du Gabon) : 13 cas, 7 décès. Au Gabon, 16 autres cas suspects sont en cours d'investigation. Deux cent trente et un sujets contacts (197 au Gabon, 34 au Congo) ont été placés sous surveillance.

Source : OMS, 9 janvier 2002.

Lundi 21 janvier 2002, épidémie de leishmaniose cutanée au Pakistan

Une épidémie de 738 cas de leishmaniose cutanée frappant principalement des jeunes pakistanais de moins de quinze ans est signalée dans la province du nord-ouest du Pakistan, voisine de l'Afghanistan ; 1500 cas de leishmaniose cutanée supplémentaires sont aussi signalés dans des camps pakistanais de réfugiés afghans. Selon une enquête que vient de mener l'OMS, il convient d'ajouter aux 738 cas pakistanais récents 289 cas guéris survenus au cours des six derniers mois.

Source : OMS, 16 janvier 2002.

Lundi 21 janvier 2002, épidémie de tularémie au Kosovo

Une épidémie de tularémie sévit au Kosovo depuis le 1er novembre dernier. Au 17 janvier 2002, l'Institut de santé publique de Pristina en a rapporté 282 cas humains suspects, dont 59 confirmés par le laboratoire. Il n'y a pas eu de décès. La majorité de ces cas de tularémie sont survenus en zone rurale, principalement dans les régions de Pristina, Lipjan, Ferijaz.

Pour l'épidémie déjà signalée au Kosovo en l'an 2000 et pour des détails épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques sur cette maladie, voir notre dépêche Edisan du 2 mai 2000.

Source : OMS, 17 janvier 2002.

Mardi 22 janvier 2002, fièvre jaune au Sénégal

Le 18 janvier, l'OMS a reçu notification de 18 cas de fièvre jaune survenus au Sénégal dans les régions de Djourbel et de Ziguinchor. Ces cas sont confirmés par l'Institut Pasteur de Dakar. Bien que les autorités sanitaires du Sénégal n'exigent la vaccination antiamarile que des voyageurs en provenance de zones endémiques, cette vaccination est indispensable pour se rendre dans ce pays, qu'il se trouve en période épidémique ou non.

Source : OMS, 21 janvier 2002.

Lundi 28 janvier 2002, dengue à Rio de Janeiro, Brésil.

Une épidémie de dengue frappe Rio de Janeiro et sa périphérie. Les autorités sanitaires font état de 2338 cas de dengue depuis le début du mois, dont plusieurs centaines dans la ville de Rio elle-même. L'incidence de la dengue était déjà en augmentation au cours des mois précédents, passant de 300 cas en novembre à 1 025 en décembre. L'épidémie touche la totalité de l'Etat de Rio, où l'on a décompté en tout récemment plus de 6 000 cas de la maladie, dont 119 cas de dengue hémorragique. L'épidémie serait due au virus DEN 3.

Source : Promed, 18/01/2002, 26/01/2002.

Lundi 28 janvier 2002, dengue au Venezuela.

Selon des informations datées du 19 janvier qui émanent du Ministère de la Santé du Venezuela, 4733 cas de dengue sont signalés dans ce pays, dont 10% de dengue hémorragique (sans décès cependant).

L'épidémie frappe treize Etats du pays (Bolivar, Cojedes, Guarico, Lara, Merida, Miranda, Nueva Esparta, Portuguesa, Sucre, Tachira, Trujillo,

Zulia (et plus particulièrement la partie ouest de cet Etat) qui a notifié 2125 cas de dengue du 1er au 20 janvier. L'épidémie serait en régression.

Source : Promed, 1 février 2002

Mercredi 6 février 2002, épidémie de trichinose en Serbie.

Nombre de cas rapportés : 247

Période : fin décembre 2001 et première quinzaine de janvier 2002.

Région : Centre du foyer épidémique : Zrenjanin, ville située à 90 km au nord de Belgrade. Autres cas diagnostiqués à Novi Becej, Zitiste, Novi Sad, Belgrade, ainsi qu'à Niksic (Montenegro) et dans un camp militaire du sud de la Serbie.

Source de la contamination : saucisses de porc fumées produites par l'abattoir de Kunane, village proche de Zrenjanin.

L'incidence de la trichinose est assez élevée en Yougoslavie :

- 555 cas consécutifs à l'ingestion de viande de porc y ont été rapportés en 1999 ; dans les abattoirs, la prévalence de l'infection a été évaluée en 0,17% pour cette même année ;

- en France et en Italie des cas de trichinose consécutifs à l'ingestion de viande de chevaux importés de Serbie ont été observés dans un passé assez récent ;

- pour la période 1995-1998, les taux d'incidence de la trichinose humaine en République fédérale de Yougoslavie ont été voisins de 25 p. 100 000.

La lutte contre cette maladie nécessitera plus de rigueur dans les activités de contrôle vétérinaire dans les abattoirs.

Source : Promed, 1 février 2002, 3 février 2002

Mercredi 6 février 2002, épidémie de fièvre hémorragique du Venezuela (FHV).

Dix-huit cas de FHV sont signalés, dont quinze (avec un décès) dans l'Etat de Portuguesa et trois (avec un décès) dans l'Etat de Barinas.

Cliniquement la FHV se présente comme une fièvre élevée avec céphalées, arthralgies, myalgies, douleurs abdominales, anorexie, nausées, vomissements, épistaxis, gingivorragies. La létalité a été de 33% sur une série de 165 cas.

La FHV avait été observée pour la première fois (dix-neuf cas) à la fin de l'année 1989 dans la région de Guanarito, ville de l'Etat de Portuguesa. L'agent étiologique avait été identifié comme un Arenavirus du complexe Tacaribe, baptisé Guanarito. En 1990-1991, une nouvelle épidémie de cent quatre cas, dont vingt-six mortels, avait frappé les zones rurales du sud-est de l'Etat de Portuguesa et des régions voisines de l'Etat de Barinas. Aucune autre épidémie notable n'avait été signalée depuis cette époque. Si l'Etat de Portuguesa et l'Etat de Barinas ont été jusqu'ici les principaux foyers de la FHV, quelques cas ont été aussi signalés dans les Etats de Cojedes, Guarico, Apure.

Un rongeur sauvage, *Zygodontomys brevicauda*, est le réservoir du virus Guanarito.

La majorité (40%) des cas humains recensés sont jusqu'ici survenus pendant les mois de décembre et de janvier.

Sources :

- Promed, 3 et 4 février 2002.
- De MANZIONE N et col.- Venezuelan hemorrhagic fever: clinical and epidemiological studies of 165 cases. *Clin Infect Dis*, 1998;26:308-13.
- Edisan

Mardi 19 février 2002, dengue à Rio, Brésil.

L'épidémie de dengue qui frappe l'Etat de Rio (voir notre dépêche Club Edisan du 28 janvier

2002) s'est notablement amplifiée au cours des dernières semaines. On y fait maintenant état d'un total de 25 000 cas pour l'Etat de Rio et de 21 500 pour la ville de Rio elle-même.

Comme le carnaval de Rio s'est déroulé du 8 au 16 mars et que la ville a reçu à cette occasion 200 000 visiteurs, la possibilité que certains d'entre eux présentent cette maladie à leur retour dans leur pays d'origine ne peut être exclue. La durée de l'incubation de la dengue est variable (3 à 15 jours), avec une durée habituelle de 5 à 6 jours. L'épidémie de dengue frappe aussi, avec une incidence plus faible, les principalement villes de l'Etat de São Paulo, les Etats de Bahia (dont sa capitale Salvador), de Ceará, et de Mato Grosso do Sul (dont sa capitale Campo Grande).

Source : Promed, 16 février 2002.

Jeudi 21 février 2002, peste en Inde.

Une petite épidémie de peste pulmonaire, bactériologiquement confirmée, sévit au Nord de l'Inde sur les contreforts de l'Himalaya de l'Etat d'Himachal Pradesh. Les cas sont signalés dans les villages de Hat Kot (district de Simla) et de Rohru. Au total, 16 cas du 4 au 8 février. Plusieurs malades ont été hospitalisés à Chandigarh.

Des mesures de lutte sont prises : antibioprophyxie des sujets contacts des malades, des habitants des villages touchés et des personnels soignants (17000 personnes traitées) ; fumigations dans le foyer épidémique et dans les véhicules de transport ; campagne d'information sanitaire.

La région de Rohru-Jubbal avait déjà été le siège de petites épidémies en 1965 et 1984.

Sources

OMS, 20 février 2002

Promed, 15-17-19-21 février 2002

Mardi 5 mars 2002, Monkey-pox, République démocratique du Congo.

Cas humains confirmés dans la région de Businga (nord-ouest du pays). L'épidémie aurait débuté en octobre 2001. Au 26 février 2002: 85 cas, 7 décès.

Toutes les informations sur monkey pox sont dans Edisan.

Source : Promed, 28 février 2002.

Mardi 5 mars 2002, actualités de la dengue.

Indonésie. Près de 300 cas de dengue sont survenus à Djakarta, au décours d'une période de fortes pluies, et des cas sont signalés dans la région centrale de l'île de Java. Océanie. Une épidémie de dengue sévit sur l'île de Rarotonga, où se situe la capitale Avarua des Iles Cook. On confirme aussi la présence de cas de dengue dans les îles Salomon.

Brésil. Le nombre de cas de l'épidémie de dengue qui frappe le Brésil (voir nos dépêches du 28/01/02 et 19/02/02) s'établit maintenant à 43000 cas depuis le début de l'année pour l'Etat de Rio, dont la moitié au moins pour la ville de Rio. L'épidémie, la plus sévère qui ait frappé la ville, touche tous les milieux sociaux et pas seulement les habitants des quartiers défavorisés. Les Etats de Minas Gerais (plusieurs milliers de cas), Bahia, Ceara, Mato Grosso do Sul sont également frappés.

Vendredi 8 mars 2002, virose Ebola au Gabon et au Congo.

Au 7 mars, le nombre de cas se monte à 81 dont 62 mortels (au 4 mars, 60 cas dont 49 mortels pour le seul Gabon). Parmi ces 81 cas, 31 cas confirmés dont 18 mortels dans le district de Mbomo au Congo. Quinze cas suspects dont 12 mortels, non encore confirmés, viennent aussi d'être observés au Congo dans 3 villages distants de Kelle d'environ

65 km. (N.B. : Kelle-Mbomo : 90 km environ). Ces nouveaux cas suspects amènent à penser que l'épidémie s'étend un peu au Congo.

Références

OMS, 6/03/2002

Promed 7/03/2002

Nos dépêches du 10/12/2001 et 10/01/2002.

Vendredi 8 mars 2002, méningites à méningocoques.

Burkina Faso : Une épidémie de méningites à méningocoques frappe le Burkina Faso depuis le mois de décembre dernier. Au 3mars 2002 : 1874 cas, 329 décès.

Pour la semaine du 4 au 10 février 2002, le pays signale 201 cas, 36 décès. Les seuils épidémiques sont atteints dans les districts de Diébougou, Pama, Pissy, Yako. Une campagne de vaccinations de masse (950 000 doses) est en cours.

Source : Promed, 7 et 8 mars 2002.

Ethiopie : Au 3 mars 2002, 2329 cas de méningites à méningocoques A, dont 118 mortels, sont signalés pour une épidémie qui frappe le pays depuis le mois de septembre dernier. La région la plus touchée est la région dite SNNPR (12,5 millions d'habitants ; sud-ouest du pays), où l'on a signalé 2022 cas de maladie et 89 décès. Plusieurs districts de cette région sont touchés. Des vaccinations sont en cours.

Source : Promed, 21 février et 2 mars 2002.

Samedi 16 mars 2002, choléra au Malawi.

Plusieurs milliers de cas de choléra sont signalés au Malawi, où la maladie sévit actuellement dans plusieurs régions, notamment dans le centre et dans le sud du pays ainsi que dans les deux principales villes, Lilongwe et Blantyre. Sur les bords du lac Malawi, région touristique, dix mille personnes environ auraient été atteintes par la maladie depuis le mois de novembre dernier.

Source : Promed, 10 mars 2002

Samedi 16 mars 2002, choléra au Zimbabwe.

Une centaine de cas de choléra ont été observés dans la région de Masvingo (centre sud du pays).

Source : Promed, 10 mars 2002.

Vendredi 29 mars 2002, épidémie de méningites à méningocoques au Burkina Faso. Le méningocoque W135 en Afrique.

- Au 20 mars l'OMS fait état, pour cette épidémie du Burkina Faso, dont le début remonte au mois de décembre dernier (voir notre dépêche du 8 mars 2002), de 3579 cas de méningites, dont 544 mortels (létalité : 15%). Douze "districts" (sanitaires ?) du pays ont atteint le seuil épidémique; d'autres districts s'en rapprochent. Des méningocoques W135 ont été isolés dans 5 districts (mais pas d'information pour l'instant sur le sérotype majeur de l'épidémie).

- La présence du méningocoque W135 en Afrique est antérieure aux diffusions épidémiques de méningococcie qui ont fait suite aux pèlerinages de la Mecque de 2000 et 2001. Ce sérotype de méningocoque a été reconnu depuis une vingtaine d'années comme agent étiologique de certaines méningites d'Afrique, notamment en Gambie, au Sénégal et au Niger dans les années 80, au Mali en 1993 et 1994, en Gambie à nouveau en 1995, au Cameroun et au Tchad en 1996.

- Quelques cas de méningites à W135 liés au pèlerinage 2001 ont été plus récemment rapportés au Burkina Faso (4 cas), et en République centrafricaine (3 cas).

- A Yaoundé (Cameroun), 9 isolats de méningocoques W135 viennent d'être signalés : le premier pour la période " 1998-99 ", quatre pour "

1999-2000 ", quatre pour " 2000-2001 ", sur un total de 48 souches de méningocoques étudiées (soit 18%). Les méningocoques W135 en relation avec les récents pèlerinages appartiennent à un même clone du complexe ET-37 et ont W135:2a:P1-5,2 comme formule antigénique. Les neuf isolats de Yaoundé (Cameroun) en différaient légèrement et pourraient être antérieurs.

- L'étude la plus importante (JM ALONSO) a été réalisée en avril 2001 par une mission conjointe de l'Institut Pasteur de Paris et de l'Association pour la médecine préventive. Elle a permis d'étudier par PCR la place du méningocoque W135 dans les étiologies des méningites purulentes observées dans deux pays en poussée épidémique de méningites, le Burkina Faso (13089 cas de méningites notifiés en 2001 avec pic épidémique au début d'avril) et au Niger (7906 cas en 2001). Au Burkina Faso, l'étiologie méningococcique a pu être confirmée dans 32 des 58 cas analysés (méningocoques : 32, pneumocoques : 4, germe non identifié : 22), au Niger dans 31 des 40 cas (méningocoques : 31, pneumocoques : 3, *Haemophilus* b : 2, germe non identifié : 4). Sur les 32 méningocoques du Burkina Faso, 8 étaient du sérotype A, 12 du sérotype W135 ; sur les 31 méningocoques du Niger, 16 étaient du sérotype A, 12 du sérotype W135. Au total, 38% des méningocoques identifiés appartenaient donc au sérotype W135, 38% au sérotype A (plus 5% au sérotype C, et 19% non identifiés). Sur 12 cas supplémentaires de LCR analysés à la même période dans ces deux pays, W135:2a:P1-2,5 était en cause dans 4 cas, et A dans 8 cas. On avance l'idée que l'émergence du méningocoque W135 pourrait être facilitée par la pression de sélection générée par les vaccins antiméningococciques A et C. Si cela a pu être le cas pour les épidémies ayant pris leur origine à la Mecque à une époque où la vaccination A+C était obligatoire pour tous les pèlerins, cela semble moins évident pour les pays de la ceinture de la méningite africaine, qui ne connaissent que des campagnes de vaccination intermittentes et partielles rythmées par les épidémies. L'épidémie qu'avait connu le Burkina Faso en 2001 était la plus importante dans ce pays depuis plusieurs années ; de fortes épidémies avaient frappé le Niger en 1995 (40000 cas) et en 1996 (2000 cas).

Si le méningocoque W135 est maintenant sous haute surveillance, le méningocoque A reste encore l'agent étiologique principal des très fortes épidémies (plus de 400 000 cas) qui ont concerné l'Afrique subsaharienne depuis 1996.

Références :

- DENIS F, REY JL, AMADOU A, SALIOU P, PRINCE-DAVID M, M'BOUP S, et al. Emergence of meningococcal meningitis caused by W135 serogroup in Africa. *Lancet* 1982;2:1335-6.

- KWARA A, ADEGBOLA RA, CORRAH PT, WEBER M, ACHTMAN M, MORELLI G, et al. Meningitis caused by a serogroup W135 clone of the ET-37 complex of *Neisseria meningitidis* in West Africa. *Trop Med Int Health* 1998;3:742-6.

- Dépêche Edisan 10 avril 2000

- Détecter une épidémie de méningites à méningocoques dans les pays à forte endémicité d'Afrique. Recommandations de l'OMS. Principe des seuils. *Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS*, 2001 ; 75 (38) : 306-9.

- Meningococcie sérotype W135. *Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS*, 2001 ; 76 (28) : 213-4.

- ALONSO JM, TAHA MK et al. - Surveillance of meningococcal infections by the National Reference Center, Paris, (2.1.2 : Detecting the involvement of *N.meningitidis* W135 during the 2001 epidemic in sub-Saharan Africa). A lire in <http://www.pasteur.fr/recherche/RAR/RAR2001/Neisseria.html>

- Edisan

Vendredi 29 mars 2002, France.

Vaccination antiméningococcique par le vaccin antiméningococcique tétravalent A-C-Y-W135

Par une note en date du 19 mars 2002, la Direction générale de la santé rappelle aux Centres de vaccination antiarabique que le Conseil supérieur d'hygiène de France a approuvé lors de sa séance du 14 septembre 2001 un " avis de recommandation de vaccination par le vaccin tétravalent " antiméningococcique A-C-Y-W135 pour les voyageurs se rendant en zone d'endémie. Ce vaccin est obligatoire pour les pèlerins se rendant en Arabie saoudite (Hadj et Umrah). Selon cette note du 19 mars, les indications de l'autorisation d'utilisation du

vaccin tétravalent Menomune®, qui reste pour l'instant soumis au régime d'ATU de cohorte, " vont être très prochainement élargies " pour des voyageurs se rendant dans d'autres zones à risque pour le méningocoque W135. Il est signalé que la disponibilité de ce vaccin reste encore limitée et qu'il est nécessaire de procéder à une évaluation rigoureuse du risque d'exposition au méningocoque W135 afin de le réserver aux voyageurs exposés.

Références pour la prophylaxie des infections à méningocoques. Les lire dans le BEH sur le site de l'Institut de Veille Sanitaire à <http://www.invs.sante.fr/beh/>

- BEH, 2001, n°51 : Prophylaxie des infections invasives à méningocoques. Circulaire n°

DGS/SD5C/2001/542 du 8 novembre 2001.

- BEH, 2001, n°28 : Recommandations sanitaires pour les voyageurs 2001, à l'intention des professionnels de santé.

Samedi 30 mars 2002, épidémie de méningites au Niger

Le gouvernement du Niger signale qu'une épidémie de méningites a causé au moins 148 décès dans ce pays depuis le début de l'année. Au 17 mars, le nombre de cas de méningites signalés pour cette épidémie se montait à 1859. Deux " districts " du pays sont particulièrement touchés.

Pas de précisions pour l'instant sur la localisation exacte de l'épidémie ni sur son agent étiologique.

Source : Agence de presse. source : Agence de presse.

Comment le tourisme peut-il mieux contribuer à améliorer les conditions de vie et la santé des populations d'accueil dans un pays en développement ?

Compte-rendu de l'étude réalisée au Sénégal en 2001 sous l'égide de la SMV, par M. REY.

Cette étude a fait partie des activités de recherche de la SMV en 2001. Elle a constitué la première étape d'un projet plus vaste, dont le but est d'évaluer l'impact direct et indirect du tourisme de masse sur la santé des populations d'accueil. Initiée et soutenue par la SMV, elle a été réalisée, avec l'approbation des autorités sénégalaises, en collaboration avec J.-M. AMAT-ROZE (UFR de Géographie, Paris Sorbonne) et F. PASNIK (AIDETOUS), par S. DUPONT, étudiante en géographie de la santé, dont ce fut le mémoire de DEA, soutenu le 01-10-2001.

Le Sénégal a été choisi parce que le tourisme s'y est considérablement développé depuis 25 ans (369000 touristes reçus en 1999), notamment sur la " Petite Côte ", au sud de Dakar, et aussi parce que c'est un pays familier à l'initiateur de l'enquête, ce qui a beaucoup facilité sa réalisation. Effectuée sur le terrain de février à avril 2001, cette enquête, de type socio-anthropologique, réalisée sous forme d'interviews, a visé deux populations cibles: d'une part les professionnels du tourisme, abordés dans les hôtels et les résidences, d'autre part les communautés villageoises, et notamment les responsables d'associations féminines, interrogés sur place, dans leurs villages. 24 structures hôtelières et para-hôtelières, ainsi que 14 villages, ont pu être visités.

Les interviews réalisés dans les hôtels et résidences ont apporté les informations suivantes:

- 2000 à 2500 emplois salariés liés directement au tourisme (dont 1/3 sont occupés par des femmes) sont recensés sur la Petite Côte, dans un contexte de tourisme saisonnier; les salariés bénéficient d'une assurance maladie (prise en charge des frais médicaux à hauteur de 60-70% pour les salariés et leur famille) et cotisent pour la retraite; à ces emplois, peu qualifiés, s'ajoutent des emplois temporaires (stages de formation professionnelle, peu rémunérés);
- la consommation d'eau (pompée dans une nappe profonde, distribuée par un réseau d'adduction dans toutes les structures hôtelières et dans certains villages) est évaluée à 750 litres par jour et par touriste, la moitié de

cette consommation étant utilisée pour arroser et entretenir des jardins (luxuriants, contrastant avec l'environnement aride de cette région du Sénégal);

- les infrastructures (voies d'accès, traitement des eaux usées, collecte des déchets) existent mais sont considérées comme insuffisantes;
- l'offre de prostitution officielle ou déguisée (féminine et masculine) est abondante, les touristes sont très sollicités par cette offre et par le petit commerce. Les hôtels, plus que les résidences, s'efforcent de limiter le harcèlement de leurs clients;

- plusieurs hôtels et de nombreux touristes apportent une aide aux populations des villages environnants, en finançant directement des équipements demandés par ces populations (écoles, jardins d'enfants, dispensaires, mosquées).

L'enquête réalisée dans les villages, notamment auprès des associations féminines, particulièrement actives au Sénégal, a permis de recenser divers constats, certains plutôt positifs, d'autres plutôt négatifs:

- l'accès à des emplois salariés offerts par les hôtels et les résidences, ainsi qu'à d'autres activités rémunérées (artisanat, maraîchage, élevage, mareyage, petit commerce) est apprécié, notamment par les femmes censées intervenir plus activement que les hommes dans le développement local, à l'échelle de la famille et du village. 24 % des femmes interrogées disent dépendre totalement du tourisme, et 46 % en dépendent partiellement;
- l'accès aux soins, ainsi que l'équipement et le fonctionnement des structures de soins, restent très insuffisants. Les soins étant généralement payants, les ressources familiales ont beaucoup de mal à faire face aux frais médicaux, notamment quand personne n'est salarié dans la famille. Des mutuelles villageoises se mettent en place;
- quelques indicateurs de la situation sanitaire ont été évalués par l'interview de 41 femmes; 80 % ont été confrontées au décès d'au moins un enfant (en majorité de moins de 5 ans); seulement un tiers d'entre elles

s'efforcent d'espacer leurs grossesses, surtout par la pilule; la plupart ont accouché de leur dernier enfant dans une maternité, et ont fait suivre leur grossesse en consultations prénatales; un tiers semblent informées de l'usage du préservatif; 10 % seulement utilisent une moustiquaire imprégnée;

- le tourisme sexuel se développe et concerne des filles et des garçons de plus en plus jeunes;

- l'accès à l'éducation est insuffisant: sur les 203 enfants en âge d'être scolarisés, 22% seulement vont à l'école;

- l'accès à l'eau potable est insuffisant; un tiers des ménages interrogés doivent aller chercher l'eau à un puits ou à la borne fontaine du quartier quand elle existe. La consommation d'eau, par personne et par jour, dans les villages plutôt bien pourvus, est estimée à 50 litres environ;

- l'accès à l'électricité est par contre assez général, bien que plusieurs villages de la zone ne soient pas encore reliés;

- la plupart des ménages se disent équipés de toilettes ou de latrines traditionnelles, plus de la moitié d'entre eux bénéficient d'un ramassage des déchets, les autres les évacuant en pleine nature;

- la cuisine se fait essentiellement au gaz, seuls 5% des ménages utilisent encore le bois;

- 95% des ménages ont la radio, 85% la télévision.

En conclusion, des progrès peuvent être notés dans le mode de vie et la situation sanitaire des populations interrogées. Encore faudrait-il pouvoir attribuer ces progrès au tourisme, en les comparant avec l'évolution d'une région non touristique du Sénégal. Cette deuxième partie de la présente étude devrait être réalisée par l'Institut santé et développement (ISED), rattaché à la Faculté de médecine de Dakar. Une réflexion sur les effets négatifs du tourisme sur l'environnement social et économique est nécessaire. Le développement d'activités locales liées au tourisme devrait être stimulé. Le partenariat entre l'industrie du tourisme, les communautés villageoises et l'administration devrait être notablement renforcé.



2002
Milan, Italie
12th European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases

Informations: Scientific secretariat, 12th ECCMID 2002, c/o ESCMID-EO, PO box. CH- Basel - Suisse
Tél.: 41 61686 77 11 -
Fax: 41 61686 77 88
Email: info@escmid.org
info@akm.ch
Web: www.escmid.org/eccmid2002

4 - 7 mai 2002, Paris

4th European Congress of Chemotherapy and Infection

9th Biennial Conference on Intinfective Agents and Chemotherapy

RICAI International

The Impact of Scientific Discovery on Clinical Practice

Langue: anglais

Abstracts (deadline 4/01/02)
Informations: Congrex Sweden AB, Attn: ECCA/BICON-9 PoBox 5619, SE-114 86 Stockholm
Tél.: +46 8 459 6600
Fax: +46 8 6619125
Email: ecc4@congrex.se

15 - 18 mai 2002, Florence, Italie

3rd Conference on Travel Medicine

Langue: anglais

Informations: Studio Oliva Scaramuzzi, Viale Milton, 81 - 83.I-50129Firenze
Tél.: +3955494949
Fax: +395549476393
Email: congressi@studioscaramuzzi.com

27 - 28 mai 2002, Paris
Séminaire

Médecine des Voyages

organisé par L'Institut de médecine et d'épidémiologie africaines (IMEA)

Gpe Hospitalier Bichat-Cl. Bernard

Renseignements: IMEA, Dpt de Santé Tropicale, 16, rue Henri Huchard, 75870 Paris cedex 18
Tél.: 0144 85 63 00
Fax: 0144 85 63 04
E-mail: imea@bichat.inserm.fr

13 - 14 juin 2002, Grenoble

Journées internationales d'infectiologie

Thèmes: infection communautaire; infection nosocomiale; infection et voyages; infection et VIH; vaccination; surveillance et épidémiologie des infections; thérapeutiques anti-infectieuses

Date limite pour soumission des résumés: 31/01/02

- Conférences
- Immunothérapie dans l'infection à VIH. - Y. LÉVY.
- Génériques antibiotiques: perspectives et conséquences. - F. TRÉMOLIÈRES

de la SPILF.

- Travaux des jeunes infectiologues
- Sessions en partenariat avec le GPIP, l'IVS, la LFPMI, le CEMI, l'Onerba, Tirésias, le CRSSA.
- Communications affichées et sessions de discussion
- Symposia satellites
- Une observation clinique discutée
- Posters énigmes
- Session de protocoles de recherche SPILF et APPIT
- 200 communications affichées discutées

Inscription (avant le 1/04):

140euros; (après le 1/04): 170 euros. CCA, internes (avant 1/4): 90euros; CCA, internes (après 1/4): 140 euros.

Renseignements:

2M2, JN1 2002, 7 rue Bastienne, 95160 Montmorency, France.
Tél.: 0139640448 Fax: 0139897756
E-mail: catherine.bellamy@2M2.fr
Web: www.infectiologie.com ou www.2m2.fr



20 juin 2002, Paris
5^e Biennale de la SMV ASIEM

Programme en première page
Renseignements et inscriptions:
Bulletin joint à ce numéro
Date limite Posters: 01/05/2001

27 juillet au 1^{er} août 2002, Paris

International Union of Microbiological Societies "Le monde des microbes" Joint Meeting

Xth international congress of bacteriology and applied microbiology,
Xth international congress of mycology
XIIth international congress of virology
Renseignements: Marc Portier, ICA, 4 villa d'Orléans, 75014 Paris
Tél.: 0140642000
Fax: 0140642050
E-mail: mportier@jcdconseil.com
Web: www.iums-paris-2002.com



5 - 7 sept. 2002
9^{èmes} actualités du Pharo
Les urgences en milieu tropical

Renseignements: Secrétariat des 9^e actualités, IMTSSA, BP46, 13998Marseille Armées
tél: 0491150144/46
Fax: 0491150146
E-mail: imtssa.actus@wanadoo.fr
Date de remise des propositions de communication (400 mots max.) 30/04/02

7 sept. 2002

12th annual scientific meeting of the SHEA

Epidemiology & Public Health (Society for Healthcare epidemiology of America)

Renseignements: SHEA, Meetings Department, 19 Mantua Road, Mount Royal, NJ 08061, USA.
Tél.: 1 856 423 72 22, fax: 1 856 423 34 20



2002
Lisbonne, Portugal
3rd European Congress on Tropical Medicine and International Health

Tropical Medicine: a Global Challenge

Langue: anglais
Renseignements: K.I.T. GmbH, Convention and Incentive Organisation, Kurfürstendamm71, D-10709 Berlin
Tél.: +4930246033 01
Fax: +4930246033 10
Email: tropical2002@kit.de
ip231874@ip.pt
Web: www.kit.de/tropical2002



19 octobre 2002, Angers

Réunion provinciale de la SMV

22 au 22 octobre 2002
Shangai, Chine

4th Asia Pacific Travel Health Conference
New Frontiers and Challenges

Langue: anglais
Malaria, Arbovirus, Diarrheal Diseases, HIV ans STD, Vaccines, Emerging Inf. Dis., Travel Medicine Practice, Wilderness Medicine, Impact of Tourism on Host Countries, Medical Care in the Asia Pacific Region.
Abstracts (deadline 10/09/02)
Informations: Ms Zhou Yifan, Secretariat of AAPTHC, room 1705, N°2669 Xie Tu Road Shanghai 200030 Chine
Tél.: 86 2164398194 - Fax: 86 21643981 93
Email: apthc2002@sh163.net
Web: www.2003APTHC.NET



13 novembre 2002, Paris

Journée en hommage au Pr. M. Baltazard

Renseignements: SPE, 25 rue du Docteur Roux, 75015 Paris, France. Fax: 33 (0) 1 45664485
E-mail: socpatex@pasteur.fr
Web: www.pasteur.fr/socpatex/pages

emporiat rie

2002

- stage de recyclage Signes (83) les 19-20-21 septembre de midi à midi.
- stages intensifs Cordes sur Ciel (81) les 14-15-16 février et les 13-14-15 juin. Quérubri (Castelnou 66) les 7-8-9 novembre
- Secrétariat: 35, rue Sainte Philomène. 31400 Toulouse
Tél.: 0561554597 - Fax: 0561554894 ou 39, rue Claude Bernard 75005 Paris
Tél.: 0147079817 - Fax: 0147077169
E-mail: armengau@cict.fr

Courrier des lecteurs.

Histoire d'un patient atteint de myofasciite à macrophages,

rapporté par D. BADET, Service médical PSA, 75016 Paris.

M.J.C D., ingénieur, 60 ans, est employé à un travail administratif et sédentaire depuis une vingtaine d'années. Il présente en 1999 des douleurs diffuses des épaules et avant bras; un premier bilan montre un taux élevé d'anticorps antinucléaires, une atteinte myogène fruste à l'EGM. Suite à l'aggravation des douleurs, ce patient est pris en charge à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière où, à la suite d'une biopsie, le diagnostic de myofasciite à macrophages est posé. On pense alors bien sûr à mettre en cause l'injection intramusculaire de la vaccination. Or chose surprenante, JC D. est passé à travers toutes les recommandations médicales et n'a pas eu de vaccins depuis près de 30 ans. Aujourd'hui, son affection est stable avec une perte de la force musculaire des membres supérieurs qui lui permet néanmoins de travailler normalement; aucune cause n'a pu lui être rapportée.

Nouveaux centres de vaccination habilités à vacciner contre la fièvre jaune.
JO n° 33, 8 février 2002, p. 2589
(à compléter avec le JO)

- 13 (Bouches du Rhône) Service communal d'hygiène et de santé, Arles.
- 22 (Côtes-d'Armor) Circonscription de la solidarité départementale, Saint-Brieuc.
- 34 (Hérault) Centre médical des entreprises travaillant à l'extérieur, Montpellier/Baillarguet..
- 75 (Paris) APHP, hôpital Tenon, Paris.
- 82 (Tarn-et-Garonne) Centre hospitalier de Montauban.
- 972 (Martinique) Aéroport Fort de France, Le Lamantin.

Un centre a été supprimé:

36 (Indre) Service communal d'hygiène, Chateauroux..