



LA LETTRE

de la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DES VOYAGES

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

N° 3

septembre 2002

RAPPEL : Journée d'automne de la SMV

Organisée par la Société angevine de médecine des voyages, le Laboratoire de parasitologie et de mycologie du CHU d'Angers, le Service des maladies infectieuses et tropicales du CHU d'Angers, le Centre des vaccinations internationales d'Angers, Conseils aux voyageurs et aux expatriés **se tiendra le samedi 19 octobre 2002, à l'Ecole supérieure des arts et métiers d'Angers, 2 bd du Ronceray Angers**

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

Programme préliminaire :

8 h 30 Accueil des participants

9 h - 10 h **Paludisme d'importation dans l'Ouest de la France**, avec la participation du Centre national de référence des maladies d'importation (CNRMI, Paris)

10 h - 12 h 30 **La responsabilité médicale du médecin dans la prise en charge du voyageur.** Pr Michel PENNEAU (Angers)

12 h 30 - 14 h 30 *Déjeuner - visite des stands des annonceurs*

14 h 30 - 15 h 15 **Télé médecine maritime.** Michel PUJOS (CRMM, Toulouse)

15 h 15 - 15 h 45 **Foie et voyages.** Pr Eric PICHARD (Angers)

16 h - 17 h **Cas originaux de médecine des voyages et discussion**

fin prévue de la journée : 17 h 30

Secrétariat
de la SMV

Dr Catherine GOUJON. Centre médical - Service des vaccinations - Institut Pasteur,
211 rue de Vaugirard, 75015 Paris. Téléphone : 01 40 61 38 46, télécopie : 01 40 61 38 44.

Ce document est un véritable réquisitoire, qui dresse la liste des effets délétères du tourisme sur l'environnement. Il a été traduit en français et diffusé par l'Association Transverses ⁽¹⁾ pilotée par Dora VALAYER, que la SMV a plusieurs fois consultée avec profit.

Les nombreux problèmes soulevés sont majorés dans les pays du Sud fréquentés par le tourisme de masse. Dans ces pays souvent très pauvres, les ressources journalières, par habitant, sont de l'ordre de 1 à 2 US\$, soit 50 fois moins que celles de leurs visiteurs étrangers. Citons pour exemple le problème de l'eau. Grand consommateur d'eau, le tourisme capte une part importante de l'eau disponible, dans des pays dont les ressources en eau sont limitées, ainsi que l'accès à l'eau potable de la population.

Le bouleversement de l'environnement provoqué par le tourisme peut perturber la société locale et son mode de vie. Ainsi les aménagements touristiques et l'afflux des touristes peuvent entraîner la confiscation de terres agricoles et de rivages voués à la pêche traditionnelle. Les écosystèmes maritimes côtiers peuvent être dégradés par le rejet d'eaux usées non traitées.

A l'inverse, la protection de l'environnement naturel peut se faire au détriment de la population. Protéger les éléphants est certes louable, mais quand il y a trop d'éléphants, les cultures sont ravagées. L'écotourisme est en promotion. C'est une démarche intéressante, pavée de bonnes intentions, mais non dépourvue d'ambiguïté, et qui reste très minoritaire.

Dora VALAYER rappelle que " *le tourisme est la seule activité humaine à mettre face à face, et de façon massive, pour le meilleur et pour le pire, les populations aisées du Nord de la planète et celles, parfois démunies, des continents majoritairement au Sud, à cause*

de la beauté de ces derniers, de leur climat et souvent aussi de leurs cultures préservées ". La confrontation est difficile pour les populations d'accueil, qui subissent non seulement le " choc des cultures ", et qui vivent mal la grande disparité de leur niveau de vie, comparé à celui de leurs visiteurs ⁽²⁾

Comment peuvent-elles résister à ce constat déstabilisant : les salaires mêmes modestes versés par l'industrie du tourisme à ses employés locaux sont bien supérieurs aux maigres ressources des paysans, mais bien inférieurs aux revenus de la prostitution consommée par les touristes, qu'il s'agisse d'adultes des deux sexes, ou d'enfants ⁽³⁾.

De quoi réfléchir. Développement d'un tourisme durable ? Ou plutôt infléchissement de la situation vers un tourisme plus responsable, intégré dans un développement durable, établi en partenariat avec les communautés locales, qui jusqu'à présent ne sont guère consultées, ni par l'industrie du tourisme, généralement parachutée de l'étranger, ni même par leurs propres gouvernements ?

Michel REY

1. " *Un carton rouge pour le tourisme* " Alliance pour un monde responsable et solidaire, février 2002, 66 pages.

<http://www.alliance21.org> info@alliance21.org.

Association Transverses < transverses@wanadoo.fr >

2. Ce problème fera l'objet d'une session du prochain Congrès de l'APTH, Shanghai 20-23 oct, session programée par l'ISTM. Les résultats de l'enquête sénégalaise de la SMV y seront présentés.

3. Sujet brûlant qui sera débattu à Angers le vendredi soir 19 oct 2002, la veille de la Journée d'automne de la SMV, au cours de la Conférence- Débat annoncée sur " *la Lutte contre la prostitution enfantine dans les pays tropicaux* ".



Comptes rendus de la 5^e Biennale SMV, Paris, ASIEM, 20 juin 2002 (2^{ème} partie)

ARBOVIROSES ET AUTRES FIEVRES HEMORRAGIQUES

Les fièvres hémorragiques virales émergentes

Vincent DEUBEL, Centre de Recherche Mérieux Pasteur, Lyon, Unité des infections virales émergentes, Institut Pasteur, Paris.

La plupart des fièvres hémorragiques sont dues à des virus que l'on appelle aujourd'hui émergents ou réémergents. Les virus des fièvres hémorragiques appartiennent à plusieurs familles (*Arenaviridae*, *Filoviridae*, *Bunyaviridae*, *Flaviviridae*) mais présentent plusieurs caractéristiques communes. Ils circulent généralement selon un cycle enzootique car ils infectent l'animal et n'infectent l'homme qu'occasionnellement. Les perturbations, généralement provoquées par l'homme, des écosystèmes où ils circulent sont à l'origine de ces émergences. Malgré leurs structures et leurs stratégies de réplication et de transmission qui leur

sont propres, les virus possèdent un génome à ARN et une enveloppe lipidique dans lesquelles sont fichées des glycoprotéines virales indispensables à la reconnaissance des récepteurs cellulaires puis à leur internalisation dans la cellule. Il existe chez les virus des fièvres hémorragiques des similitudes sémiologiques qui peuvent être à l'origine des confusions cliniques et biologiques rapportées lors de cas isolés ou en tout début d'épidémie. Les virus sont transmis à l'homme par des arthropodes hématophages (arbovirus) ou par des rongeurs ou sans doute des chauves-souris. Après une période d'incubation de 3 à 7 jours mais pouvant atteindre 3 semaines, les virus provoquent très souvent une fièvre pseudo-grippale, accompagnée ou non de manifestations éruptives ou hémorragiques, et pouvant aboutir à des complications cardiovasculaires, digestives, neurologiques, pulmonaires ou rénales. Dans les cas les plus graves, le malade meurt d'hémorragies internes, de défaillance multiviscérale, mais le plus souvent de choc hypovolémique. La mortalité, lors de telles pathologies, est généralement supérieure à 10 % et peut atteindre 80 %. A l'inverse, certains sujets infectés peuvent demeurer totale-

ment asymptomatiques. Les mécanismes moléculaires de la pathogenèse associée aux virus des fièvres hémorragiques sont loin d'être résolus en l'absence de modèles animaux en dehors des primates ou parce que les conditions d'étude de ces virus nécessitent un laboratoire de haute sécurité de type P4. Des avancées récentes dans la connaissance des marqueurs moléculaires de la virulence de certains virus et dans l'activation des cellules hôtes infectées indiquent que le tropisme cellulaire et la réponse inflammatoire sont des facteurs importants dans l'expression de la maladie.

La confirmation de l'étiologie virale ne peut être apportée que par l'isolement de l'agent causal, soit par inoculation à des cellules en culture et à des rongeurs, soit par la caractérisation d'éléments viraux. Les tests les plus spécifiques et rapides sont l'immunocapture d'antigènes viraux et la RT-PCR. L'apparition d'anticorps de type IgM est généralement tardive et procure des réactions croisées au sein d'une même famille virale. La rapidité du diagnostic des fièvres hémorragiques est un élément primordial dans la prise en charge du malade par le personnel médical. Dans la majorité des cas, le traitement est symptomatique et est représenté par une

réhydratation et un traitement du choc hypovolémique. Mis à part le traitement par la Ribavirine qui a montré une efficacité certaine chez de nombreux malades atteints par la fièvre de Lassa, les traitements sont assez décevants. L'immunothérapie n'a pas montré son efficacité jusqu'à présent.

Une meilleure connaissance de la physiopathologie des fièvres hémorragiques et des mécanismes conduisant aux atteintes cellulaires, au syndrome hémorragique et au choc hypovolémique, ouvrira de nouvelles voies pour tenter de combattre efficacement ces maladies. Une approche pluridisciplinaire, rassemblant les études du virus, de ses hôtes et de son environnement, reste indispensable à l'étude de ces maladies.

L'expansion mondiale de la dengue

Bernadette MURGUE, Unité d'épidémiologie des maladies émergentes, Institut Pasteur, 75015 Paris

La dengue est l'arbovirose (arthropod-borne virus) majeure transmissible à l'homme en zone tropicale et subtropicale. La maladie affecte plus de 100 millions d'individus par an avec une constante augmentation de cas graves et notamment des formes hémorragiques. Dans le Sud-est asiatique, elle représente actuellement l'une des premières causes d'hospitalisation et de décès des enfants. L'homme représente le principal, sinon l'unique réservoir naturel, de la dengue. Il faut toutefois signaler que des singes ont été trouvés infectés, tant en Asie qu'en Afrique; il pourrait s'agir d'un cycle zoonotique selvatique. Les vecteurs sont toujours des moustiques hématophages du genre *Aedes*, principalement *Aedes aegypti*.

On peut distinguer schématiquement 2 zones:

Des zones endémiques où 1 ou plusieurs sérotypes circulent en permanence. Il s'agit essentiellement du Sud-est asiatique et, depuis peu, de l'Amérique (Centrale et du Sud) et de certaines îles des Caraïbes.

Des zones épidémiques où un type donné de virus se propage grâce aux déplacements des voyageurs: Caraïbes, îles du Pacifique et côtes orientales de l'Afrique principalement. Les épidémies sont souvent explosives et le taux d'attaque est estimé de 40 à 50 %.

La dengue est actuellement l'arbovirose la plus répandue géographiquement et la plus fréquente.

L'agent responsable de la maladie est le virus de la dengue, un membre de la famille des *Flaviviridae* et du genre *Flavivirus*. Les quatre sérotypes du virus de la dengue (DEN-1, -2, -3 et -4) sont responsables de

formes sévères. En l'absence de modèle animal capable de reproduire expérimentalement la maladie, la pathogénie de la dengue reste très mal comprise.

Certains facteurs responsables de l'émergence de la dengue, et surtout de la forme hémorragique, sont connus tels que la recolonisation de certains pays par *Aedes aegypti*, mais également la dissémination d'un autre vecteur potentiel: *Aedes albopictus*, l'absence de contrôle efficace des vecteurs, des mécanismes de dissémination liés à la fréquence et à la rapidité des moyens de transports. Ces derniers expliquent les cas de plus en plus fréquents de dengue d'importation. Aucun vaccin n'est à ce jour disponible et la seule prévention réside dans le contrôle du vecteur.

La protection personnelle des voyageurs contre les piqûres de moustiques et autres vecteurs de maladies

Pierre GUILLET, OMS, Genève & Pierre CARNEVALE, IRD, Montpellier

Un examen rapide des statistiques de l'OMS montre que l'incidence de maladies à vecteurs telles que le paludisme ou la dengue augmente de façon inquiétante dans de nombreuses régions tropicales. Le nombre de voyageurs est lui aussi en constante augmentation, notamment ceux qui sont attirés par les itinéraires insolites hors des sentiers battus. Les risques liés à la transmission des maladies à vecteurs varient considérablement d'une localité à l'autre, en fonction notamment des saisons, des milieux visités et des comportements ou activités.

La première étape d'une prévention efficace passe par une bonne connaissance des facteurs de risque. Alors que les risques sont extrêmement forts dans le cas du paludisme en Afrique intertropicale par exemple, ils sont très faibles, voire nuls, dans la majeure partie de la Thaïlande. Le risque de contracter la dengue dans les Antilles françaises est très fort au moment des épidémies qui surviennent en général pendant la période estivale (juillet - septembre). Les voyageurs parcourant les forêts du bassin amazonien sont fréquemment exposés à un facteur de risque fort pour le paludisme et les leishmanioses. Enfin les promeneurs qui parcourent au printemps et en été les forêts, notamment dans l'est de la France et en Europe Centrale, s'exposent à la maladie de Lyme s'ils ne se protègent pas contre les tiques.

Il existe plusieurs sources d'informations sur la répartition des maladies tropicales et de leurs vecteurs mais le pro-

blème réside avant tout dans leur degré de précision et dans la régularité de leur mise à jour. Le voyageur est en général demandeur d'information mais il dépend de son médecin traitant et des voyagistes pour les obtenir. De plus, si l'information est une condition nécessaire de la prévention, elle n'est pas nécessairement une condition suffisante. Par ailleurs, il faut que les voyageurs soient non seulement informés mais également motivés, ce qui est sans doute plus difficile à obtenir. Un exemple d'approche à explorer pour encourager cette motivation serait de leur apprendre à reconnaître les moustiques à la vue (couleur, attitude...), en fonction du lieu et de l'heure d'activité et de les inciter à redoubler de précautions en présence des moustiques dangereux. On détecte très facilement en quelques minutes la présence de tiques en forêt en traînant derrière soi au bout d'une ficelle un tissu clair (vieille serviette de toilette, chiffon) sur lesquels se fixent les tiques qu'on peut alors facilement repérer.

Il existe des outils efficaces de prévention contre les piqûres d'insectes vecteurs, adaptés à la plupart des situations. En extérieur, de jour comme de nuit, les répulsifs appliqués à la fois sur la peau et sur les vêtements constituent la prévention la plus efficace et la plus facile à mettre en œuvre. Des préparations commerciales adaptées sont disponibles en pharmacies. Des textiles répulsifs à activité durable sont actuellement mis au point par l'industrie; ils devraient arriver prochainement sur le marché. En intérieur et de nuit, la climatisation n'offre pas une protection absolue. Les tortillons sont à éviter au profit des diffuseurs (plaquettes ou mieux flacons) contenant un insecticide répulsif sans toxicité pour l'homme. Ils doivent être branchés dès l'entrée dans la chambre et, au besoin, renouvelés juste avant le sommeil (plaquettes). Les moustiquaires imprégnées d'insecticide sont indispensables pour ceux qui dorment en extérieur sans électricité. On recommandera les moustiquaires prétraitées à longue durée d'action, vendues de préférence avec un bât facilitant leur installation au-dessus du lit. Pour une différence de prix minime, le voyageur dormira mieux et sera mieux protégé sous une grande moustiquaire qu'il ne payera pas beaucoup plus cher.

L'efficacité comparée de ces différents outils de protection individuelle n'est pas le fond du problème, surtout pour les produits reconnus, notamment ceux recommandés par l'OMS. Le problème réside avant tout dans la façon dont les voyageurs les utilisent et, surtout, de la régularité avec laquelle ils le font. Il n'existe pas de protection absolue mais un ensemble de méthodes efficaces et complémentaires, chacune adaptée à

une situation donnée. Une prévention réussie passe par une évaluation préalable des risques et par la combinaison intelligente des différentes méthodes disponibles, en tenant compte des facteurs de risque.

PSYCHOPATHOLOGIE DU VOYAGE

Les rapatriements sanitaires pour cause psychiatrique,

Patrick MICHAUDEL,
International SOS

La prise en charge de patients évoluant dans des contextes culturels différents de leur culture d'origine et souffrant de troubles psychologiques ou psychiatriques peut être à l'origine d'une problématique conduisant à des situations inextricables pour le patient comme pour les structures dont pourraient relever la responsabilité finale (employeur, famille). Le patient psychiatrique à l'étranger se retrouve rapidement dans une situation d'impasse si les obstacles, classiques pour ce type de prise en charge, n'ont pas été identifiés dès le départ bien avant la survenue des événements.

L'exposition des différentes catégories de voyageurs, expatriés, touristes, travailleurs humanitaires, est différente: populations différentes, motivations différentes et expositions différentes. Aussi les tableaux psychiatriques développés auront leurs particularités.

L'environnement culturel est aussi en soi un facteur déterminant du déclenchement de certains troubles. Certains pays sont plus générateurs de décompensations psychiatriques que d'autres. Mais l'environnement culturel aura surtout un impact sur les possibilités de prise en charge initiales de ses patients.

Dans la plupart des cas, l'indication d'un retour vers le pays d'origine constitue le premier acte fondamental de la prise en charge thérapeutique.

Ce retour peut être entravé par différents facteurs: l'instabilité psychiatrique du patient et le risque qu'il peut représenter pour les autres, limitant notamment les possibilités de retour en avion de ligne classique, mais aussi et surtout, l'existence d'une limitation majeure et rarement connue et identifiée des parties prenantes avant les événements en cause: la couverture financière réelle par les systèmes d'assurance classique sur lesquels chacun se repose pour prendre en charge les frais de rapatriement sanitaires.

Expatriation et difficultés psychologiques.

Dr Angelo BRACCO, MICHELIN

L'expatriation constitue une expérience enrichissante pour l'expatrié, mais au cours de laquelle il pourra être confronté à des difficultés tant physiques que psychologiques, nouvelles pour lui, qui vont nécessiter des efforts plus ou moins importants d'adaptation

Les contraintes physiques:

Elles peuvent avoir des répercussions psychologiques importantes:

- le climat (grand froid, forte chaleur, humidité, pluies, etc.);
- la surpopulation ou la solitude;
- les risques sanitaires spécifiques (infectieux, parasitaire, ...);
- infrastructures déficientes:
 - routes ou pistes en mauvais état,
 - ressources sanitaires parfois très "modestes" (médecins, hôpitaux...), etc...

Les difficultés psychologiques:

• La " situation d'étranger ".

• **La différence socioculturelle et économique:** en fonction du continent, elle peut être parfois considérable: la langue, l'écriture, la démarche de la pensée, les valeurs morales, les comportements et codes sociaux, les "réalités" économiques locales: pauvreté, mendicité, bidonvilles, etc...

• La vie sociale d'expatrié:

- l'expatrié se retrouve souvent avec un statut social plus élevé que dans son pays d'origine (salaire plus élevé, personnel de maison, véhicule de la société, chauffeur, etc...), ce qui peut parfois rendre le retour plus difficile;

- l'habitat peut être dispersé, ou regroupé, ou même en " compound " (prison dorée);

- le degré d'intégration est variable (en fonction des penchants de chacun, de son propre caractère), mais pas toujours évident tant vis à vis de la population autochtone (indifférence, rejet...), d'où la tentation de ne vivre qu'avec le groupe d'expatriés de son pays d'origine, ou qu'entre occidentaux,

- que des autres expatriés (souvent l'expatrié arrive dans une petite " communauté " qui a déjà ses habitudes, ...);

- de plus, les réceptions fréquentes certes, favorisent les contacts, mais aussi, l'alcoolisme "convivial ";

- l'intégration du conjoint peut être parfois encore plus difficile car il ne bénéficie pas des relations " obligatoires " qu'a l'expatrié dans son travail. La sensation d'isolement peut donc être plus importante;

- le conjoint bénéficie cependant d'aides (personnel de maison, chauffeur...) qui peuvent se charger de toutes les tâches domestiques contraignantes, ce qui libère du temps.

• Le travail de l'expatrié:

- Il a souvent plus de grandes responsabilités, du pouvoir de décision, de l'autonomie etc, mais également une charge de travail et des " soucis " plus importants, une journée de travail souvent sans horaires, des difficultés de communication dans une langue que l'on maîtrise peu (ou pas du tout), ce qui peut compliquer le management: on n'est pas toujours certain que le message ait été bien compris, même avec un interprète. D'où la nécessité de " recoupements ", ou autres types de vérifications. etc... d'où la possibilité de répercussions familiales.

Le rôle du médecin:

• Avant la décision définitive d'expatriation:

- le médecin devra en premier lieu aborder les problèmes et difficultés physiques ou psychologiques auxquels l'expatrié sera confronté localement, et le rassurer en lui indiquant les moyens d'y faire face,

- face à une pathologie chronique préexistante, s'assurer que le suivi est possible sur place (approvisionnement en médicaments, possibilités d'exams...),

- sur le plan psychologique, le rôle du médecin est très important mais difficile, (car celui qui désire fortement partir ne sera pas toujours enclin à signaler des difficultés qui risqueraient de compromettre son projet): dépistage des pathologies "psychiques" (attention à l'alcoolisme, etc.) Il n'est pas évident d'évaluer les capacités réelles d'adaptation d'un individu. On ne connaît pas forcément les véritables motivations pour l'expatriation: goût de l'aventure, de la nouveauté, de l'argent, recherche d'une certaine position sociale, etc, mais également fuite devant certains problèmes: liés au travail ou personnels, difficultés conjugales; la plupart du temps, dans ce cas, l'expatriation n'arrange pas la situation et précipite la rupture.

Il est également fortement souhaitable de s'entretenir directement avec le conjoint et de pouvoir s'assurer de l'absence de problème de santé chez les enfants (qui sont susceptibles de retentir sur l'équilibre familial).

• Pendant l'expatriation:

La survenue de problèmes psychologiques, quelle qu'en soit la cause, va prendre des proportions plus importantes que dans le pays d'origine. En effet, l'abord de ce type de problème

avec un médecin qui se réfère à une autre culture, en échangeant des idées souvent au moyen d'une troisième langue, étrangère aux deux protagonistes (l'anglais fréquemment), conduit à une réduction ou une simplification de la pensée et du vécu, ce qui peut être handicapant dans la prise en charge efficace du patient.

De plus, l'abord thérapeutique peut être différent de celui du pays d'origine.

Face à cela le médecin d'entreprise peut être d'une grande utilité dans le décryptage des données. Cependant, ces difficultés conduisent parfois à décider d'in-

terrompre l'expatriation.

• Au retour d'expatriation :

La décision de retour a pu être prise à contrecoeur suite à des difficultés (travail, santé,...) personnelles ou touchant le conjoint ou les enfants.

La "réadaptation" peut parfois être psychologiquement difficile, surtout après des expatriations longues ou particulières (psychologie du "baroudeur").

En conclusion :

Pour réussir une expatriation, il est important pour le médecin de prendre en comp-

te autant que possible, les différentes composantes santé (physiques et psychologiques) non seulement de l'expatrié, mais également de toute la famille, les causes d'échec n'étant pas seulement le fait de l'expatrié lui-même mais de tous ceux qui l'accompagnent ou non (problème des enfants restant dans le pays d'origine).

De plus, pendant l'expatriation, la possibilité d'avoir recours à un contact médical dans son pays d'origine est un élément rassurant qui permet de désamorcer bien des problèmes.

RAPATRIEMENTS SANITAIRES POUR MOTIF PSYCHIATRIQUE. ÉLÉMENTS DE PSYCHOPATHOLOGIE DU VOYAGE.

Ch. RECASSENS.

Certaines pathologies liées au voyage sont connues depuis bien longtemps (maladies infectieuses, parasitaires, carencielles à bord des navires) et font aujourd'hui l'objet d'une prévention relativement efficace (vaccination, prophylaxie).

Au cours des 20 dernières années, on a pu assister à une formidable extension des voyages touristiques pour des destinations couvrant presque l'ensemble de la planète. Les compagnies d'assistance médicale ont ainsi vu le jour peu à peu, pour répondre au désir des voyageurs de partir à l'aventure tout en limitant les risques. On assure maintenant ses voyages comme sa voiture, sa maison ou sa vie.

L'apparition de troubles psychiques au cours d'un voyage est un fait relativement mal connu, comme en témoigne le peu d'articles consacrés à ce sujet. (VÉRÉBÉLY et WEILL 1982, sur les rapasan, thèse d'A. MAZEAUD, puis en 1993: dossier nervure sur les voyages, biopsie aussi, et enfin la société médico-psy sur le voyage pathologique).

Les facteurs favorisant la survenue de ces troubles sont multiples et nous les envisagerons brièvement.

La particularité du rapatriement psychiatrique est telle que les compagnies ont progressivement compris l'importance de disposer d'une équipe de spécialistes pour gérer ces situations.

Comment se déroule la mesure d'assistance à une personne en détresse psychique lors d'un séjour à l'étranger?

Il y a 3 temps: investigation, décisions, exécution mais toutes ces étapes ont en elles-mêmes un caractère thérapeutique, il y a une "prise en charge" centralisée par le travail d'un **médecin régulateur**.

Temps 1: investigation.

Signalement du cas: premier appel à la compagnie. C'est rarement le fait du

patient (moins de 20 % des cas).

Plus souvent, la "détresse" est signalée par l'entourage sur place: responsables du groupe, famille, directeur d'hôtel, etc. Dans quelques cas seulement, c'est la famille restée en France qui fait la demande, après avoir reçu des appels inquiets ou inquiétants d'un parent en voyage.

Cet appel est enregistré par un chargé d'assistance qui recueille les premières informations:

- nature du problème et des interventions déjà effectuées (consultation, hospitalisation, intervention de forces de l'ordre, etc),

- coordonnées des personnes qui appellent, du médecin consulté, du lieu où se trouve le patient.

Le chargé d'assistance contacte ensuite le **psychiatre régulateur** qui va assurer toute l'étape d'investigation et de prise de décisions.

La régulation de la situation:

Fonction du médecin régulateur.

Le travail du régulateur est complexe. Il doit aborder, avec le seul moyen du téléphone, une **situation critique** se déroulant à distance. Il est essentiel pour lui de s'entretenir rapidement avec le patient, même lorsque celui-ci n'a pas initié la demande.

Des contacts répétés avec le patient favoriseront ensuite le bon déroulement de la procédure de retour. Les cas les plus difficiles sont le fait de patients très réticents, souvent délirants, ne comprenant pas l'objet de ces entretiens téléphoniques, ni la signification de l'intervention.

Privé de l'échange par le regard, de la présence physique habituelle, le médecin régulateur doit savoir s'en tenir à ce fil qu'à tout moment le patient peut rompre en

raccrochant. **Cette habileté particulière** qui consiste à faire s'engager un sujet perplexe ou très angoissé dans une relation de confiance à distance, par le seul lien de la parole, est un des progrès les plus sensibles de la technique du rapatriement psychiatrique, rendu possible par l'extension du réseau des télécommunications à travers le monde.

Les premières informations collectées par le régulateur auprès du patient, de son entourage sur place, mais aussi parfois auprès de sa famille et de son médecin traitant en France, doivent conduire à une appréciation diagnostique et à une évaluation des risques encourus. Si aucun médecin n'a été consulté localement, le régulateur peut en faire la demande, en donnant éventuellement les coordonnées d'un correspondant avec lequel la compagnie a l'habitude de travailler. Le plus souvent, les compagnies disposent d'un réseau de correspondants dans les grands sites touristiques, mais les cas psychiatriques sont particuliers car l'obstacle linguistique limite l'investigation.

Temps 2: décisions.

Les échanges entre le médecin régulateur, le patient, son entourage, le médecin local voire le médecin traitant en France, conduisent aux premières décisions thérapeutiques qui doivent s'envisager **en tenant compte de trois facteurs:**

- **la nature des troubles**, c'est à dire les manifestations psychiques actuelles mais aussi le terrain sur lequel elles surviennent (antécédents psychiatriques, comorbidité somatique, état général du patient);

- **la qualité et la souplesse de l'entourage:** si le patient est en voyage organisé au sein d'un groupe, les troubles ne seront supportés que dans la mesure où ils ne

perturbent pas trop le programme d'activités et de déplacements; les organisateurs ne souhaitant pas porter préjudice aux autres voyageurs demanderont facilement une hospitalisation rapide, et poursuivront parfois leur route en abandonnant le patient sur place. Lorsque le patient est en voyage avec des amis ou de la famille, une plus grande souplesse est possible et le régulateur peut alors s'appuyer sur la permanence du soutien pour prendre ses décisions. Enfin, si le patient est seul, on le mettra en relation avec des correspondants ou avec les autorités consulaires;

- **les possibilités locales de soins:** elles varient en fonction des destinations et il n'est pas toujours facile de mesurer la qualité d'un établissement hospitalier dans des pays peu développés. C'est un intérêt supplémentaire du contact avec le médecin local que de pouvoir s'informer sur les structures hospitalières disponibles, voire même de le faire intervenir pour une admission dans l'endroit le plus approprié⁽¹⁾.

Avec l'ensemble des éléments dont il dispose, le médecin régulateur doit prendre deux types de décisions:

1. les soins immédiats: la décision la plus délicate est celle de l'hospitalisation, surtout lorsque les lieux de soins sont mal adaptés. Dans environ 30 % des cas, elle s'impose néanmoins, et parfois le patient est déjà hospitalisé lors du premier appel. On peut également recourir à des soins ambulatoires en prescrivant à distance, par médecin interposé, ou en ajustant les posologies du traitement que prend habituellement le patient.

2. l'organisation du retour qui peut s'effectuer selon trois modalités:

1/le trouble est léger et répond bien à l'ajustement thérapeutique proposé. Le patient peut continuer son séjour et revenir à la date initialement prévue;

2/le trouble est léger et le patient ne souhaite pas poursuivre son séjour qui est cause d'anxiété; si les proches sont suffisamment soutenant, un retour anticipé est organisé sans accompagnement médical;

3/le trouble est sévère et justifie le rapatriement médicalisé dans un délai qui reste à préciser, compte tenu: a) des soins préalables nécessaires à la "préparation" du patient; b) du temps nécessaire au montage de la mission et à l'envoi d'un médecin sur place.

(1) Depuis peu, les compagnies d'assistance peuvent également se procurer un logiciel informatique (EDISAN) où sont répertoriées toutes les structures de soins des pays les moins bien équipés. Une appréciation qualitative des établissements et un répertoire de médecins spécialistes sont inclus dans ce logiciel. La mise à jour régulière de cette base de données extrêmement précieuse améliorera certainement encore nos stratégies dans l'avenir.

Temps 3: exécution.

Le rapatriement sanitaire médicalisé proprement dit.

Dès lors qu'une décision de rapatriement médicalisé a été prise par le régulateur, la mission doit être montée et effectuée dans des délais rapides (24-72 heures).

Cette rapidité de l'intervention est mieux admise aujourd'hui et tranche avec la notion de "retour en état stabilisé" préconisé auparavant (et qui reste un problème par rapport à ce que les compagnies exigent). Stabiliser une expérience délirante suppose, certes, un traitement pharmacologique souvent disponible dans les pays étrangers, mais lorsqu'aucun échange verbal n'est possible avec le patient que l'on traite, il paraît illusoire d'espérer une rémission franche de tels troubles; on assiste plus souvent à une aggravation ou à une non réponse aux neuroleptiques, conduisant à des rapatriements différés de patients très dépersonnalisés justifiant la neuroleptisation massive et le retour en civière. Ces modalités, qui font partie de l'histoire des rapatriements sanitaires psychiatriques, ne devraient plus être appliquées aujourd'hui.

Les jonctions téléphoniques avec le patient sont souvent le meilleur moyen de "préparer" le retour sans que soit visée la disparition des symptômes. Dans ces conditions, en débutant les traitements à des posologies efficaces, il devient possible d'effectuer des rapatriements de patients en état subaigu, **ce qui suppose de la part du médecin transporteur une bonne connaissance des pathologies psychiatriques et des traitements psychotropes.** C'est pourquoi des psychiatres et infirmiers psychiatriques ont progressivement été intégrés dans les équipes d'assistance.

Lorsqu'il arrive sur place, le psychiatre a plusieurs rôles à jouer:

- contacts avec les médecins sur place, suggestions thérapeutiques pour préparer le départ,

- s'assurer que le patient possède les papiers essentiels pour le retour (passeport); nous lui fournissons le billet,

- régler certains problèmes posés localement par le patient,

- enfin, et surtout, il doit entrer en contact avec le patient, et évaluer sa capacité à coopérer au voyage du retour.

C'est en fonction de ce premier contact, établi dans un cadre peu habituel, qu'il faut rapidement savoir si la mission doit être poursuivie comme prévu ou reconsidérée dans sa logistique.

Dans les cas complexes, le psychiatre transporteur reprend contact avec le régulateur afin de rediscuter le plan envisagé (horaires d'avion, assistance d'aéroport, etc) en tenant compte d'éléments plus précis.

La responsabilité du transporteur est très importante dès lors qu'il décide de monter dans un avion avec une personne suscep-

tible de troubler le déroulement du voyage. Sur un plan pratique, le transporteur va devoir encadrer totalement le patient tout au long du retour. Cela suppose une grande souplesse dans les formes d'échanges, sans que soit perdu de vue le double objectif thérapeutique de la mission:

1/ramener le patient dans son pays d'origine,

2/inscrire cette rencontre et ce retour dans le processus de soin et de guérison de l'épisode.

L'arrivée en France, le retour sur le lieu d'habitation.

L'importance du lien qui a été établi durant le voyage est à l'origine de difficultés particulières lorsqu'il s'agit de "céder la main à l'arrivée".

Ce moment de la séparation d'avec le médecin-transporteur doit être préparé durant le retour en rendant possible l'adhésion du patient à un projet de soins qui lui semble cohérent.

Quelques éléments de psychopathologie du voyage.

En fonction des situations rencontrées en pratique, on peut proposer différentes approches:

- insister sur l'aspect fondamentalement déstabilisant du voyage (**corporel** = climat, maladies, jet-lag, **habituel** = regards, gestes, émotions, **symbolique** = linguistique, conventionnel) et ordonner toute la psychopathologie des voyages autour de la notion de trouble de l'adaptation ou de "crise" au sens de K. JASPERS (la fréquence des épisodes apparemment isolés dans ce contexte est en faveur d'une telle approche),

- ou proposer une analyse des situations en se référant à l'état psychique du voyageur au moment du départ, ou à la chronologie des troubles en fonction des temps du voyage (décision, préparation, réalisation, retour). Ainsi on pourrait envisager:

1. La personne part malade: Le voyage est initié par une idée délirante ou déraisonnable. C'est le voyage pathologique, donc ce n'est pas à proprement parler la psychopathologie du voyage car là c'est un acte symptomatique.

2. La personne part insuffisamment guérie: C'est le plus souvent le cas de patients déprimés traités, pour qui le voyage a été inclus dans le "programme thérapeutique".

Ici on peut ouvrir une parenthèse sur la **valeur thérapeutique du voyage**; nous pensons que bien des déprimés tirent des bienfaits d'une expérience comme le voyage, tout comme ceux qui savent utiliser le voyage pour ne pas déprimer (dépression saisonnière par exemple). On voit également se développer des voyages pour patients en institution, les "voyages extraordinaires".

Quoi qu'il en soit, il faut parfois rapatrier des patients dont la dépression s'était aggravée lors d'un voyage. Les raisons peuvent être les suivantes :

- persistance d'une anhédonie trop importante, le patient s'ennuie là où les autres lui montrent tout ce "qui devrait l'intéresser, lui plaire, lui changer les idées"; cela a pour conséquence d'augmenter le sentiment de culpabilité et la tendance au repli;
- le voyage n'est pas vécu comme un "aller vers", mais il est plutôt subi comme un "éloignement de..." qui le transforme en expérience de perte supplémentaire. Cela arrive chez les personnalités dépressives, ou abandonniques.

3. Le patient part stabilisé :

Ce sont les personnes ayant des antécédents psychiatriques (schizophrènes, maniaco-dépressifs, anxieux sévères) dont les troubles sont équilibrés par des traitements et un suivi régulier au moment du départ. Cela peut être un voyage organisé ou privé.

Les facteurs de décompensation sont multiples :

- arrêt des traitements neuroleptiques ou thymorégulateurs. Absence du suivi habituel;
- insuffisance d'encadrement dans des

lieux "éprouvant psychologiquement". On peut mentionner l'intérêt de nombreux psychotiques pour les voyages en Asie (R. AIRAULT, *les fous de l'Inde*) connus pour confronter le voyageur à une réalité qui l'affecte profondément ;

- utilisation de toxiques, dont les effets anxiogènes sont plus importants dans des contextes inhabituels.

4. Le voyageur sans antécédent.

Deux cas de figure se présentent ::

- la situation reconstruite rétrospectivement éclaire la fragilité de la position subjective du voyageur au moment du départ. Il est parfois difficile de dire si c'est un voyage pathologique ou un voyage qui "tourne mal";
- rien dans les préparatifs du voyage ne laissait présager un tel bouleversement (premier épisode psychotique, déclenchement d'attaques d'angoisses, état de dépersonnalisation). C'est sur ce terrain, apparemment vierge de tout trouble psychique, qu'on peut examiner en

COMPTES RENDUS DE COLLOQUES



SPE, séance du 24 juin 2002,

Elle était organisée en liaison étroite avec le réseau international des Instituts Pasteur et Instituts associés et avait pour thème *Quelques points de rencontre*, rapportée par A. CHIPPAUX (suite).

Après les exposés de Y. ROTIVEL et M. MOCK (*), rapportés dans le précédent numéro, C. BON a exposé un problème majeur de santé mondiale : les **envenimations ophidiennes et scorpioniques**. Ce sont essentiellement les pays en voie de développement, qui ont une forte population rurale non mécanisée. On admet qu'il y a plus de 5 millions de morsures de serpents par an dans le monde, la plupart en Asie, dont près de la moitié sont suivies d'envenimations avec 125 000 décès. Les piqûres de scorpions ne sont suivies d'envenimations graves que dans 10 % des cas, mais leur fréquence élevée conduit à une létalité élevée. Les accidents

par envenimation ont un aspect saisonnier. Les pathologies sont très diverses, du fait de la grande variété de composition des venins, dans une même espèce, d'une région à l'autre, voire d'un individu à l'autre. Les venins sont la partie toxique d'un ensemble, l'appareil venimeux; ils constituent un mélange complexe de substances biologiques actives qui combinent leurs effets en fonction des taux et propriétés individuelles. En général, les études d'activité des venins sont effectuées à partir de mélanges d'un grand nombre de venins provenant de serpents différents. Le médecin, lui, a affaire à un malade.

Le seul traitement spécifique est la sérothérapie découverte à la fin du XIXe. Elle fait place maintenant à des préparations purifiées de fragments Fab'2 d'immunoglobulines, de sorte que le terme d'**immunothérapie** est plus approprié. Il est indispensable de respecter la dose efficace minimale qui est déterminée expérimentalement et, en fait, n'est pas toujours connue.

La diversité des problèmes sou-

levés pour aboutir à un contrôle efficace et pas trop coûteux conduit à envisager deux approches, solutions locales ou opérations internationales. Des réseaux internationaux locaux regroupés dans une association internationale pourraient constituer un compromis intéressant, évitant les redondances inutiles tout en préservant les particularités de terrain.

V. DEUBEL a terminé la séance en présentant le Centre de recherches Mérieux Pasteur à Lyon, laboratoire au nœud du Réseau international des Instituts Pasteur et Instituts associés pour le contrôle des maladies émergentes. Le Centre est une association créée en octobre 2000 entre la Fondation Mérieux et l'Institut Pasteur.

Il comprend une Unité de recherche de l'Institut Pasteur, à laquelle sont associés les Centres de référence, nationaux et collaborateurs OMS, et les laboratoires P3 et P4 construits par la Fondation Mérieux qui en assure la maintenance. Ce Centre a pour

objectif d'offrir aux scientifiques, et en particulier à ceux du Réseau, un espace de recherche interactif et créatif destiné à la surveillance et à l'analyse des virus zoonotiques et au développement d'outils pour le diagnostic, la prophylaxie et le traitement des arbovirus et des virus des fièvres hémorragiques. Les activités de recherche en amont développées à Lyon sont ciblées sur l'analyse des mécanismes de la pathogénicité et de la réponse de l'hôte à l'infection par les virus Lassa et Nipah, deux virus de classe 4.

Le virus Lassa est transmis à l'homme par des rongeurs en Afrique de l'Ouest. Il affecte plus de personnes chaque année que n'importe quelle autre fièvre hémorragique et cause plusieurs milliers de décès. La prévalence de cette maladie au Sénégal et en Côte d'Ivoire n'est pas connue.

Le virus Nipah a émergé en 1998 en Malaisie chez les porcs infectés sans doute par des chauves-souris réservoirs du virus. Cent cinq décès dans un

tableau d'encéphalite aiguë, en majorité chez des éleveurs de porcs, ont été recensés. La prévalence de cette maladie dans les autres pays du Sud-Est asiatique, et notamment au Cambodge et au Vietnam, ne sont pas connus.

Le Centre s'intéresse aussi à l'étude des virus tels que le virus West Nile, susceptible d'être transmis par les oiseaux lors de leurs migrations car ils peuvent fournir des réponses à plusieurs questions: absence de certaines lignées virales de l'hémisphère Nord, rôle du stress migratoire, persistance du virus chez l'animal, chez l'homme, introduction Nord-Sud, Sud - Nord ou dans les deux sens, intervention du génotype viral dans la virulence pour le vertébré, etc. Or, le Réseau " Pasteur " se trouve particulièrement bien réparti sur les parcours des migrateurs.

Enfin, le Centre de recherche Mérieux Pasteur participe également, dans les Instituts du Réseau et sur le terrain, à des actions de formation, de recherche et de transfert de technologie nécessaires à la surveillance, au diagnostic et au contrôle des maladies émergentes.



Les 9^{èmes} actualités du Pharo. 5 - 7 sept. 2002.

Les urgences en milieu tropical,

rapporté par A. CHIPPAUX.

Le thème choisi cette année a connu un très grand intérêt du fait de son originalité et de son actualité. J.-P. CARPENTIER, chef du département anesthésie- réanimation - urgences de l'HIA Laveran à Marseille, a introduit le sujet en distinguant le point sémantique, moins anodin qu'il ne paraît: urgences tropicales, ou urgences en milieu tropical? Plusieurs aspects sont à considérer: la problématique (mortalité, morbidité), la réalité quotidienne (sélection naturelle et triage médical); rapport coût/efficacité, les solutions proposées (SAMU,

CMU), la formation du personnel.

CT TOURE a illustré ce propos par l'exemple du Sénégal qui est d'ailleurs applicable à l'ensemble des pays tropicaux.

La grande majorité des évacuations, ainsi que leur prise en charge, est assumée par des particuliers. Les pathologies sont dominées par la traumatologie, les hôpitaux sont mal dotés en province, surchargés à Dakar, phénomène aggravé par les pathologies nouvelles. Il conclut par la nécessité de restructurer le système sanitaire en renforçant et rationalisant les moyens.

Cette description de l'état des lieux, constituait l'entrée en matière de la table ronde animée par TH. MOREIRA DIOP, P. HOVETTE, JM ANDREU, B. KA SALL et JM DEBONE, présentant tour à tour le point de vue de l'interniste, celui de chirurgien, celui de l'anesthésiste-réanimateur; un débat animé a suivi. On pourrait retenir de l'ensemble les points suivants: l'urgence médicale tropicale liée à la pathologie infectieuse (fièvre jaune, trypanosomose, myosites, etc) existe, à côté de l'urgence " cosmopolite", mais elles ne posent pas forcément un problème vital immédiat, différant en cela de la réanimation, mais le retard à la prise en charge aggrave le taux de mortalité.

L'inadéquation de la prise en charge entraîne un retard constant du traitement, à tous les niveaux, avant l'hospitalisation (éloignement, obstacle apporté par la médecine traditionnelle, mais surtout absence de moyens financiers) qu'à l'hôpital lui-même (moyens insuffisants, afflux

permanent); cet état de fait impose le triage chirurgical et le pronostic en pâtit, les pathologies les plus simples revêtant une gravité particulière. On ne peut pas parler d'urgences chirurgicales *sensu proprio*, mais de différence de pronostic vital et fonctionnel à pathologie égale. L'anesthésie est satisfaisante mais la réanimation pose des problèmes multiples quasi-insurmontables, en personnel, en matériel souvent insuffisant, du fait de l'absence de structure d'urgence... Il s'ensuit un déséquilibre préoccupant entre besoins et réponses apportées.

Tous s'accordent pour reconnaître qu'il s'agit surtout d'adultes, souvent jeunes, présentant des pathologies sévères ou compliquées, souvent multiples, sur un terrain carencé ou immuno-déprimé et tous dénoncent le sous-équipement, l'insuffisance en personnel, le retard à la prise en charge.

Aux questions et remarques de la salle, les solutions évoquées sont a) la négociation avec les autorités pour obtenir davantage de moyens financiers, b) l'amélioration de l'information du public car la population ne perçoit pas l'urgence comme le médecin et l'ignorance aggrave la pauvreté, c) une para-médicalisation de la prise en charge plutôt que sa médicalisation, d) la formation des personnels, notamment ceux des missions humanitaires qui viennent en général pour des périodes assez courtes et ne devraient pas céder à la tentation de transposer outre-mer leur expérience de pays industrialisés, e) une coopération décentralisée. (à suivre)

Données actuelles sur le paludisme en France métropolitaine, par

M. DANIS, F LEGROS,

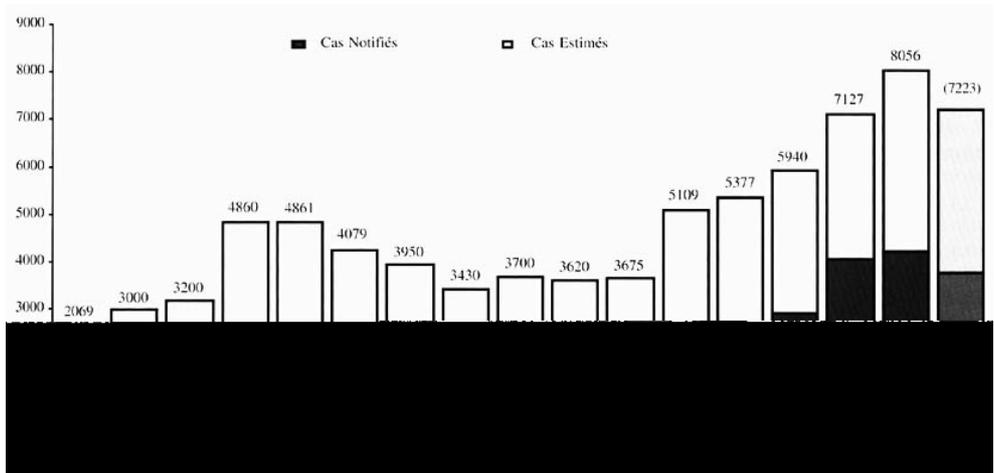
M. THELLIER, E CAUMES et

coll (CNREP, anciennement CNRMI)

Médecine Tropicale 2002; 62: 214-218.

Cette présentation complète celle qui avait été faite lors de la 5^{ème} Journée Biennale de la SMV (Paris, 20-06-02). Elle montre l'évolution du paludisme d'importation en France de 1985 à 2001, d'après les données obtenues par le CNRMI. Celui-ci augmente régulièrement dans notre pays (fig 1), surtout depuis 1995 - les données de 2001 étant encore provisoires - alors que le paludisme d'importation semble stabilisé, voire en régression, dans d'autres pays comparables de l'Union Européenne. Il se confirme que 83 % des cas notifiés sont dus à *P. falciparum*, que 95 % des contaminations proviennent d'Afrique intertropicale, que 63 % des patients sont d'origine africaine (Africains sub-sahariens et Comoriens principalement), que 76 % n'ont utilisé aucune protection contre les piqûres de moustiques et que moins de 10 % ont pris une chimioprophylaxie correcte et suffisamment prolongée.

Figure 1: Evolution du nombre de cas notifiés et estimés (CNRMI: 1985-2000; 2001, données épidémiologiques.





IIIrd European Congress on Tropical Medicine and International Health Lisbonne

Sept. 2002, rapporté par

C. GOUJON

Une place était accordée à la médecine des voyages dans deux sessions parallèles, animées par Louis LOUTAN et notre collègue portugais J. SARAIVA DA CUNHA, intitulées: "Global mobility: travel medicine, migration and international health".

Parmi les informations glanées: Paludisme

- Un nouveau test de détection des anticorps dirigés contre la membrane circumsporozoïte de *P. falciparum*, destiné au diagnostic du paludisme chez des voyageurs non immuns.

- Les données fournies par TropNetEurop (réseau sentinelle de surveillance des maladies d'importation), désignent clairement l'Afrique de l'ouest comme une région à haut risque de paludisme pour les voyageurs; par ailleurs la comparaison des caractéristiques cliniques du paludisme met en évidence une plus grande fréquence des complications chez les migrants qui retournent dans leur pays d'origine et, de fait, c'est chez eux que sont observés le plus grand nombre de décès.

- Une enquête par questionnaire réalisée aux Pays-Bas auprès de sujets originaires d'Afrique de l'Ouest pour évaluer leur connaissance du paludisme et les mesures préventives appliquées lorsqu'ils retournent dans leur pays d'origine pour des vacances a montré qu'un pourcentage important de ces voyageurs déclarent suivre une chimioprophylaxie, mais les statistiques relatives au paludisme d'importation montrent que cette chimioprophylaxie est incorrecte.

Toujours selon les données de TropNetEurop et d'un autre réseau (SIMPID), le paludisme à *P. falciparum*. serait plus grave chez les personnes âgées.

- Une étude de tolérance menée par des collègues suisses et allemands a testé les 4 antipaludiques suivants: doxycycline, méfloquine, chloroquine-proguanil, atovaquone-proguanil. Ce sont l'association atovaquone-proguanil et la doxycycline qui ont été les mieux tolérées, le carton rouge revient à l'association chloroquine-proguanil.

- La Malarone® utilisée en prophylaxie pendant 6 mois chez soldats des Forces danoises de l'ONU stationnées en Erythrée a montré sa bonne tolérance et son efficacité, aucun cas de paludisme n'ayant été observé durant toute cette période.

Vaccinations

Bonne tolérance des vaccinations multiples en médecine des voyages.

Une étude prospective menée en Allemagne chez 1183 voyageurs vaccinés avant leur départ a montré que, si les effets secondaires post vaccinaux étaient plus fréquents chez les sujets qui recevaient plusieurs injections vaccinales, leur gravité n'était pas augmentée. Pour les auteurs, ces résultats devraient contribuer à une meilleure acceptabilité des combinaisons vaccinales pour les voyageurs.

Etat de santé et statut vaccinal chez des enfants adoptés à l'étranger

Une étude réalisée aux Pays-Bas dans une clinique d'adoption internationale a révélé une discordance entre les données figurant sur le carnet de vaccinations des enfants en provenance de différents pays et leurs taux d'anticorps vis à vis de la diphtérie, du tétanos et de la poliomyélite; les raisons de cette discordance sont mal connues.

Divers

Un cas de fièvre jaune contractée par une voyageuse belge en Gambie en novembre 2001.

Infections respiratoires chez les voyageurs fébriles, étude prospective dans 12 centres hospitaliers du nord de l'Italie: cette pathologie venait en 3^e position après les syndromes fébriles indifférenciés et les syndromes dysentériques. Quatre des 13 cas de pneumonie étaient d'origine tuberculeuse; dans les syndromes respiratoires fébriles sans signes de pneumonie, le paludisme était en cause dans 1/3 des cas.

Enquête sur la connaissance, les croyances et les attitudes vis à vis de l'infection par le VIH et le SIDA parmi les membres d'une communauté d'immigrés africains vivant à la périphérie de Lisbonne. Cette enquête, réalisée dans le but d'augmenter la participation de la population concernée aux mesures de prévention mises en œuvre, a connu un taux très faible de refus, malgré la présence d'immigrés illégaux dans cette communauté.

Six cas de Myiase importée au Portugal dans les 4 dernières années par des voyageurs venant d'Amérique du Sud ou d'Afrique.

Maladies des voyageurs: une expérience brésilienne. Depuis début 2001, le service des maladies infectieuses de l'Hôpital universitaire de Sao Paulo a ouvert une "clinique des voyages", la plus importante du Brésil. Il présente le bilan de cette première année d'activité.

VIENT DE PARAITRE

LA SANTÉ DES

VOYAGEURS, Eric CAUMES, MEDICINE-SCIENCES FLAMMARION, 2002, 192 pages.

Cet ouvrage, écrit par le Vice-Président de la SMV, dont il est inutile de rappeler la grande compétence en médecine des voyages, s'adresse au grand public, et surtout aux 4 millions de français qui partent chaque année pour des destinations lointaines. Abondamment illustré, focalisé sur les problèmes de santé les plus courants auxquels doit faire face le voyageur, il se compose de quatre parties: les précautions à prendre avant le départ, pour le transport et pendant le séjour, après le retour, et en cas de situations particulières

TEL CLIMAT, QUELLE SANTÉ?

Maurice HUET. Ed. L'harmattan, Paris,

2002.1 vol. 182 pages.

Cet ouvrage fait partie des premiers volumes parus dans une nouvelle collection de l'Harmattan dédiée à l'écologie et agronomie appliquée; comme l'indique assez clairement son titre, il s'agit d'un essai qui analyse les rapports entre l'être humain et le climat et qui tente de démystifier les idées reçues, énoncées si souvent dans nos conversations quotidiennes et dans les médias.

Une brève introduction donnant le cadre général est suivie de deux parties en contrepoint, consacrées l'une à "climats et maladies", examinant une dizaine de phénomènes climatiques en rapport avec la santé; la seconde "maladies et climat" présente six maladies, infectieuses ou non, traditionnellement liées aux conditions climatiques. La conclusion se veut nuancée; elle présente la météoropathologie comme "une science d'avenir", mais pose plus de questions qu'elle ne peut en résoudre.

La présentation de cet ouvrage est agréable, l'iconographie réduite mais suffisante pour l'agrément de la lecture, quelques références bibliographiques sont mentionnées au fil de l'exposé, en bas de page.

Ainsi, à l'heure de la multiplication des échanges et des voyageurs, ce petit volume très dense, sobre, informatif, sans prétention, trouve sa place pour "raison garder".

Prophylaxie des infections invasives dues aux méningocoques. Circulaire DGS/SD5C du 15-07-2002, BEH 2002; 39: 189-95.

Cette circulaire apporte une mise à jour très détaillée et très précise des conduites à tenir: (1) prise en charge d'un cas: définition de cas, conduite à tenir immédiate en cas de suspicion clinique de purpura fulminans (qui impose une antibiothérapie parentérale immédiate (C3G conseillée) et une hospitalisation d'extrême urgence), notification; (2) prophylaxie autour d'un cas: la chimioprophylaxie, qui maintient la rifampicine x 2 jours, ou à défaut la spiramycine x 5 js, ses indications dans toutes les circonstances (famille, collectivités, milieu scolaire etc...), son association éventuelle à une vaccination si les sérogroupes A, C, Y, ou W135 sont en cause; (3) conduite à tenir devant des cas groupés; (4) remboursement des prophylaxies.

Epidémie de maladie méningococcique à W 135 au retour en Europe du pèlerinage de La Mecque 2000.

Outbreak of serogroup W135 meningococcal disease after the Hajj pilgrimage, Europe 2000, by JF AGUILERA (CDSC, London), A. PERROCHEAU (InVS, Paris), *Emerging Infect. Dis.* 2002; 8,8: 761-6.

Après le retour du Hajj 2000, 90 cas de maladie méningococcique due à W135 (2a: P1.2,5) ont été observés de mars à juillet 2000 dans 9 pays européens, dont 42 cas au Royaume-Uni et 24 cas en France, les deux pays les plus touchés, qui envoient chacun plus de 19000 pèlerins à La Mecque. Douze cas ont été observés chez des pèlerins, tous vaccinés par le vaccin A-C avant leur départ. L'incidence était comprise entre 41 (UK) et 21 (France) pour 100000. Parmi les autres cas, 31 ont été observés chez les contacts au domicile des pèlerins, 21 chez des contacts hors domicile, 26 sans contact avec des pèlerins. 49 patients étaient des enfants de moins de 5 ans. Douze cas de purpura fulminans, 6 cas d'arthrite ont été dénombrés; 14 malades sont morts (létalité = 15,6 %). Cette épidémie a été attribuée au sérotype W135 souches 2a P1.2,5, ou appartenant au type électrophorétique ET 37, considérés jusque là comme rares en Europe. La vaccination par le vaccin polysaccharidique A-C ne supprimant pas le portage pharyngé des méningocoques, la France a recommandé une chimioprophylaxie par la rifampicine aux pèlerins et à leurs contacts, dès avril 2000. Partiellement appliquée, cette mesure n'a pas stoppé l'épidémie. Au départ du Hajj 2001, le vaccin méningo quadrivalent ACYW135 a été recommandé aux pèlerins, en France et au Royaume-Uni; à leur retour, 10 cas seulement (0 décès) ont été observés en France, et 25 cas (8 décès) au Royaume-Uni. Le vaccin quadrivalent a été exigé dès le Hajj 2002 à l'entrée des pèlerins en Arabie Saoudite (Menomune, que l'on peut obtenir en France par ATU de cohorte).

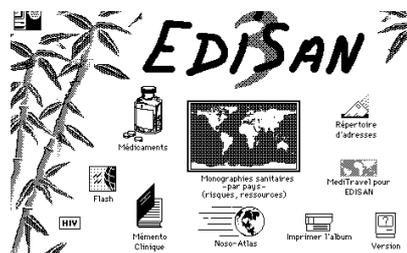
Trypanosomose du voyageur dans les parcs de Tanzanie. Cluster of african trypanosomiasis in travelers to Tanzanian national parks, by T. JELINEK et al. (Munich, TropNetEurop) *Emerging Infect. Dis.* 2002; 8,6: 634-5.

Au cours du 1^{er} semestre 2001, 9 voyageurs (8 européens, 1 sud-africain), parmi lesquels 6 touristes, ont contracté une trypanosomose due à *T. brucei rhodesiense* (la forme la plus redoutable de la maladie du sommeil, car elle évolue rapidement) dans les parcs nationaux du Nord de la Tanzanie (Serengeti et Tarangire) où la trypanosomose est endémique. Rapportés aux 450000 touristes qui visitent annuellement la Tanzanie, ces cas représentent un risque de 2 pour 100000. Rapidement symptomatiques, les patients étaient tous fébriles et porteurs du chancre d'inoculation, trois malades ont présenté une défaillance multiviscérale; le diagnostic a été obtenu par l'examen parasitologique du sang (GE et frottis). Les malades ont été traités par suramine ou pentamidine, deux patients gravement atteints ont reçu du melarsoprol, l'un d'entre eux est mort. Ces médicaments ont été difficiles à obtenir par les services hospitaliers concernés, en Italie, aux Pays-Bas, Angleterre, en Scandinavie. Suite à la mise en place d'une lutte antivectorielle anti-tsé-tsé dans les sites touristiques, aucun autre cas n'a été observé dès le 2^{ème} semestre 2001.

NB.: Deux autres cas avaient été diagnostiqués à Londres en octobre 2000 chez des touristes britanniques à leur retour de safari est-africains (Serengeti en Tanzanie et Luangwa en Zambie). Le même article rappelle les trois cas contractés antérieurement par des touristes dans les parcs tanzaniens: 1 cas australien en 1998, 2 cas étatsuniens en 1999. D. MOORE et al, *Emerging Infect. Dis.*; 2002 8,1: 74-76.

L'état de la planète, 10 ans après le sommet de Rio. *National Geographic France* 2002; 7,3, n° 36, 102-112.

Un survol remarquable et inquiétant de la situation planétaire. L'accent est mis sur quelques "inquiétudes" majeures: le réchauffement de la planète, le gouffre pétrolier et la pollution atmosphérique par le CO2, la disparition des zones humides, la multiplication des barrages géants, la dégradation des récifs coralliens, le pillage des océans, la prolifération des déchets nucléaires, la disparition de nombreuses espèces animales et végétales. Il faut tout de même reconnaître quelques "signes de progrès", parmi lesquels l'émergence d'une pensée écologique, l'espoir de remplacer le pétrole par des sources d'énergie renouvelables et non polluantes et le développement de l'écotourisme. Cet article est illustré de remarquables cartes du monde.



Mercredi 7 août 2002, Madagascar. Epidémie de syndromes grippaux à forte létalité

Une épidémie de syndromes grippaux à manifestations respiratoires frappe depuis une quinzaine de jours la province de Fianarantsoa. Les autorités sanitaires du pays font état de deux foyers épidémiques (voir la carte): l'un à Ikongo, où l'on dénombrait au 3 août 472 cas de maladie dont 64 mortels, l'autre dans 6 villages de la région d'Alakimasy-Ambohimaha où, à la même date, le nombre de cas signalés était de 1446 dont 89 mortels. Peu de malades ont reçu des soins dans des formations sanitaires. La plupart des victimes sont des enfants de moins de 5 ans et des personnes de plus de 60 ans. On igno-

re l'ampleur et la diffusion que pourra continuer à prendre cette épidémie, dont l'étiologie, présumée virale, reste indéterminée. L'Institut Pasteur de Madagascar mène l'enquête.

Sources: Promed, 1 et 3 août 2002
<http://fr.allafrica.com/madagascar/> (3 août 2002)
 OMS, 5 août 2002.

Mercredi 7 août 2002, dengue. Foyers d'activité

La plupart des pays d'Amérique latine et d'Asie signalent une activité de la dengue plus forte en 2002 qu'en 2001. Parmi les foyers d'activité signalés en juillet 2002, on relève surtout le Honduras et le Salvador. Pour chacun de ces deux pays, plusieurs milliers de cas et une forte incidence de cas de dengue hémorragique. Le virus DEN3 a été identifié.

D'autres pays signalent aussi de nombreux cas: en Amérique centrale: le Mexique (sud), le Guatemala; en Asie: le Sri Lanka, l'Inde (West Bengale), le Bangladesh (Dacca), la Malaisie (Kuala Lumpur, Perak, Selangor), les Philippines, Taiwan, la Chine (Guangzhou).

Sources: OMS, 12 juillet, 19 juillet 2002, Promed, 16 juillet, 22 juillet, 30 juillet 2002.

Mercredi 7 août 2002, choléra. Burundi, Niger

* **Burundi.** De la mi-juin à la mi-juillet, environ 200 cas dans les zones rurales proches de Bujumbura.

* **Niger.** Un foyer signalé dans la région de Dosso (sud-ouest du pays, sud-est de Niamey) avec une centaine de cas signalés pour la période du 9 au 22 juin.
 Sources: OMS, 19 et 24 juillet 2002.

Jeudi 15 août 2002, Madagascar. Epidémie de grippe

L'Institut Pasteur de Madagascar a isolé du virus grippal A (H3N2) sur 2 des 39 échantillons prélevés dans le foyer épidémique déjà signalé (voir notre dépêche du 3 août). On parle donc maintenant d'épidémie de grippe. Selon des sources locales, 3857 cas de cette grippe avaient été recensés au 8 août avec 283 décès.

A cette date, l'épidémie touchait les villages de quatre districts sanitaires de la province de Fianarantsoa: Alakimasy-Ambohimaha,

Ikongo, Manandriana et Manakara. Les districts sanitaires voisins d'Ifanadiana et de Vondrozo avaient été placés en état d'alerte pour faire face à une extension éventuelle de l'épidémie.

Au 13 août, le nombre de cas se montait à 5 117 avec 374 décès et, selon l'OMS, 5 des 13 districts du pays sont touchés. Aucune information précise n'indique cependant que des cas de grippe aient été observés en dehors de la province de Fianarantsoa.

Sources :

OMS, 7 août 2002, 13 août 2002

Promed, 8 août 2002

<http://fr.allafrica.com/madagascar/> (8 août 2002)

Mercredi 21 août 2002, Madagascar.

Epidémie de grippe

Selon les autorités sanitaires de Madagascar, l'épidémie de grippe qui avait frappé initialement plusieurs districts sanitaires de la province de Fianarantsoa (voir nos dépêches des 7 et 15 août) touche maintenant les provinces de Toamasina et de Mahajunga. Pour cette épidémie malgache, l'OMS donnait au 16 août les chiffres de 13 300 cas de grippe dont 444 mortels. Le foyer le plus récent concerne la région de Maevatanana-Kandreho (province de Mahajunga), principalement dans la commune de Bemikotra. On y aurait enregistré au 20 août 585 cas de grippe avec 8 décès.

La direction de la lutte contre les maladies transmissibles de Madagascar envisage de publier désormais chaque semaine des informations sur l'épidémie.

Sources : OMS, 16 août 2002

<http://fr.allafrica.com/madagascar/> (20 août 2002)

Vendredi 23 août 2002, Madagascar.

Epidémie de grippe (suite)

De source locale (Ministère de la santé de Madagascar), on apprend le 21 août que l'épidémie de grippe a maintenant des foyers dans 5 des 6 provinces du pays (seule la province d'Antsiranana ne serait pas touchée), pour un total de 18 045 cas suspects et de 645 décès. Les informations provenant de plusieurs foyers sont encore fragmentaires. 95 % des décès surviennent en dehors des formations sanitaires car l'épidémie frappe des régions " enclavées " à faibles ressources médicales. La province la plus touchée reste la province de Fianarantsoa avec les régions d'Ambalavao et Ifanadiana comme nouveaux foyers.

Pour les autres provinces touchées, les foyers signalés concernent la région de Maevatanana (province de Mahajanga), les régions de Marolambo et Moramanga (province de Toamasina), la région de Behompy (province de Toliara), la région de Fenoarivobe (province d'Antsiranana).

Sources :

Agences de Presse (21 août)

Voir aussi nos dépêches des 7, 15, 21 août.

Vendredi 23 août 2002, la virose

West Nile aux Etats-Unis.

Au 21 août 2002, le nombre de cas d'infections humaines à virus West Nile se monte pour l'année 2002 (10 juin au 21 août) à 270 cas confirmés, dont plus de la moitié survenus en Louisiane (147 cas). Au total, 13 Etats ont signalé des cas humains; la ville de New York a également signalé un cas. La carte indique le nombre de cas humains par Etat touché.

Sur la même carte, des figurines indiquent les Etats des Etats-Unis ayant enregistré des cas humains au cours des années 1999, 2000 et 2001. Le nombre de ces cas humains avait été de 62 (7 décès) en 1999,

tous dans l'Etat de New York; de 21 (2 décès) en 2000, 14/21 dans l'Etat de New York; de 66 (9 décès) en 2000, dont 13/66 dans l'Etat de New York, 13 dans le New Jersey, 12 en Floride.

L'année 2002 est aussi marquée par l'extension de l'aire de diffusion du virus West Nile aux Etats-Unis à 39 Etats (plus la ville de New York et le district de Columbia), au 21 août (carte). Les autorités sanitaires continuent de suivre au jour le jour l'évolution spatiale de l'infection chez l'homme, les mammifères non humains (256 cas, tous sauf un concernant des chevaux), les oiseaux et les moustiques.

Légende :

* En grisé, l'extension de l'aire endémo-épidémique, toutes espèces animales atteintes confondues (humains, équins, oiseaux, moustiques) : - 1999: rose; - 2000: marron; - bleu: 2001; - vert: 2002, au 21 août.

* Figurines humaines: Etats (plus le district de Columbia et New York City) ayant été touchés par des cas d'infections humaines pendant la période 1999-2001.

* Chiffres noirs: nombre de cas (avec le nombre de décès entre parenthèses) par Etat pour 2002, au 21 août 2002. Au total: 270 cas, 13 décès. En sus (chiffres clairs), la Virginie et le Dakota du Sud signalent ces derniers jours des cas très suspects (respectivement 6 cas dont 2 mortels et un cas).

Sources :

- Promed.

- MMWR, 23 août, 2002; 51 (33): 742-3.

Mercredi 28 août 2002, Burundi, Rwanda, Tanzanie: méningites à méningocoques

Une épidémie de méningite à méningocoques sévit depuis la fin du mois de juin dans le nord du Burundi et dans des régions voisines du Rwanda. Au Burundi, ce sont les provinces de Ngozi, Muyinga, Kirundo qui sont touchées; au Rwanda, celles de Butare et de Kibungo. Au 23 août, l'OMS faisait état de 269 cas et 30 décès pour le Burundi, de 111 cas et 20 décès pour le Rwanda. Selon l'OMS, des méningocoques A ont été identifiés sur quelques échantillons testés; une agence de presse parle de méningocoques C au Rwanda.

Près de 100 cas de méningites à méningocoques et quelques décès ont été aussi observés depuis le mois dernier dans deux des camps de réfugiés burundais qui se trouvent en Tanzanie dans la région de Kibondo, ceux de Nduta (38 000 réfugiés) et de Karago (50 000 réfugiés). Dans toutes les régions frappées par ces épidémies, des opérations de vaccination sont en cours.

Sources :

OMS, 23 août 2002

Mercredi

4 septembre 2002, épidémie de fièvre Q à Chamonix, France.

Au 30 août, 79 personnes présentant des signes cliniques d'un syndrome grippal évocateur de fièvre Q, dont 22 confirmés par sérologie, ont été identifiés à Chamonix (1) (2). Tous ces malades sont des adultes; onze ont été hospitalisés. Parmi les 70 cas pour lesquels le domicile est connu,

48 résident dans la commune de Chamonix, 20 dans une autre commune de la vallée de Chamonix et 3 sont des touristes français ayant séjourné dans la vallée depuis le mois de juin. Les premiers cas de ces syndromes grippaux remontent à la dernière semaine de juin 2002. La survenue de cas récents suggère que l'épidémie se poursuit. L'enquête exploratoire menée auprès de 19 personnes interrogées suggère une contamination par transmission aérienne à partir d'un ou plusieurs troupeaux excréteurs présents ou ayant transité dans la vallée depuis juin ou à partir de zones d'épandage. Cependant, une source de contamination précise n'a pas été encore identifiée. Les investigations se poursuivent. Dans son communiqué daté du 30 août (1), le Ministère de la santé formule les recommandations suivantes: "Les personnes résidant ou ayant séjourné dans la vallée de Chamonix pendant la période estivale allant de juin 2002 à aujourd'hui, ont pu être exposées au risque d'infection par la bactérie responsable de la fièvre Q. En conséquence, le Ministère de la santé recommande aux personnes appartenant aux groupes vulnérables (femmes enceintes, personnes présentant une atteinte valvulaire cardiaque ou une pathologie grave avec diminution des défenses immunitaires, qui résident ou qui ont séjourné dans la vallée de Chamonix entre juin et aujourd'hui, de consulter leur médecin en vue de bénéficier d'un test diagnostique (prise de sang) et si nécessaire, d'une prise en charge médicale adaptée."

Références

1- Ministère de la santé. Direction générale de la santé. Communiqué de presse. Epidémie de fièvre Q à Chamonix. 30 août 2002.

<http://www.invs.sante.fr/>

2- Institut National de Veille Sanitaire. Epidémie de fièvre Q à Chamonix. Le point au 30 août 2002. <http://www.invs.sante.fr/>

3- BRU JP, STAHL JP, GAILLAT J, FAVIER A, MICOUD M. Enquête épidémiologique de la fièvre Q dans une commune rurale. *Lyon méd*, 1983; 249: 459-61.

4- ARMENGAUD A, N KESSALIS N, JC DESENCLOS JC, MAILLOT E, BROUSSE P, BROUQUI P, H TISSOT-DUPONT H, RAOULT D, REVENSAL P, OBADIA Y. Une épidémie urbaine de Fièvre Q, Briançon, France, mars - juin 1996. <http://www.eurosurveillance.org/em/v02n02/02-02-122.asp>

5- CARRIERI MP, TISSOT-DUPONT H, REY



**19 octobre
2002,
Angers**

**Réunion provinciale
de la SMV**

Organisateurs: Société Angevine de Médecine des Voyages.
Tarif: 20 euros (à l'ordre de la Sté Angevine)

Renseignements: Laboratoire de Parasitologie (congrès SMV) - CHU - 4, rue Larrey - 49033 Angers cedex
Tél.: 33 (0) 2 41 35 34 72,
Fax: 33 (0) 2 41 35 36 16
Email: LuDeGentile@chu-angers.fr

**21 au 24 octobre 2002
Shanghai, Chine**

**4th Asia Pacific Travel Health
Conference
New Frontiers and Challenges**

Langue: anglais

Malaria, Arboviruses, Diarrheal Diseases, HIV and 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 21 643981 93 - Fax: 86 21 643981 94
Email: apthc2002@sh163.net
Web: www.2003APTHC.NET



**SOCIÉTÉ DE
PATHOLOGIE
EXOTIQUE**

**13 nov. 2002,
Paris
Journée en
hommage au
Pr. BALTAZARD**

Renseignements:

Tarif: adhérents 40 euros, non adhérents: 50 euros. repas du midi inclus. SPE, 25 rue du Docteur Roux, 75015 Paris. Fax: 01 45 66 44 85
E-mail: socpatex@pasteur.fr
Web: www.pasteur.fr/socpatex/pages bulletin d'inscription joint à la Lettre

15 nov. 2002, Paris

XIII^e journée de pharmacologie clinique Cochin - St-Vincent de Paul Amphithéâtre F. Coste, Hôpital Cochin

**"Traitements antiparasitaires
actuels de l'enfant et de l'adulte"**
27 rue du Fbg St Jacques, 75014 Paris

Allocutions d'ouverture
Présidents de Séance: D. SALMON, G. PONS
Dr Jacques LE BRAS (Bichat) - Les mécanismes de résistance aux médicaments antipaludéens
Pr M. DANIS (Pitié-Salpêtrière) - Place des nouvelles associations médicamenteuses dans la stratégie thérapeutique du paludisme
Pr J. DUPOUY-CAMET (Cochin) - Les difficultés de la prescription d'une prophylaxie antipalustre
Dr Christian BURRI (Institut tropical suisse) - Perspectives dans le traitement de la trypanosomiase
Dr Ph. MINODIER (Marseille) - Place des formulations lipidiques de l'amphotéricine B dans le traitement de la leishmaniose
Pr D. GENDREL (St Vincent de Paul) - Diarrhées parasitaires, malnutrition et immuno-dépression: traitements médicamenteux

Présidents de Séance: D. GENDREL, J. DUPOUY-CAMET
Dr D. RICHARD-LENOBLE (Tours). Place de l'ivermectine dans le traitement des filarioses
Dr John HORTON (SKB, Londres-UK) Albendazole for the treatment of *echinococcosis* and *cysticercosis*
Pr. E. CAUMES (Paris) - Traitement médical de la toxocarose et de la *larva migrans* cutanée ankylostomienne
Pr N. DUPIN (Tarnier) - Traitements actuels de la gale
Organisateurs: Association Naturalia & Biologia, Groupe de Pathologie tropicale de la Société française de pédiatrie

Renseignements: Nadine PONS, Hôp. St Vincent de Paul, Service de Pharmacologie Clinique Pédiatrique Pr. PONS, 82 av. Denfert Rochereau, 75674 Paris Cedex 14
Tél.: 33 (0) 1.40.48.82.22,
Fax: 33 (0) 1.40.48.83.28
Email: sec.giens@svp.ap-hop-paris.fr



**10-14 nov.
2002
Denver,
Colorado,
USA
51st Annual
Meeting
ASTMH**

Topics:

Enigmatic Teaching Cases: Middle East, Shepherding the Future: words of wisdom and Institutional Perspectives, Enigmatic Teaching Cases: Latin America, Enigmatic Teaching Cases: Asia, Late Breakers in Molecular Biology, Late Breakers in Clinical Tropical Medicine.

Renseignements: ASTMH, 60 Revere Drive, Suite 500, Northbrook, Etats-Unis
Tél.: 847/480 9592,
Fax: 847/480 9282
Email: sastmh@astmh.org
Web: www.asthm.org

**26 - 28 nov. 2002
Anvers - Belgique**

**44th annual Colloquium Institut
de médecine tropicale**

Integration and Disease control
The principal themes will be: the interaction of disease control programmes with health services; concepts and models of integration; techniques for evaluating success or failure. AIDS, TB, malaria, sleeping sickness, leprosy, schistosomiasis, and other diseases. A seminar 'Stigma and Discrimination' at the occasion of 'World AIDS day' 2002 will immediately follow the colloquium and take place on 29th of November.

Registration Fee: 200 E (get-together included); 100 E Students

Renseignements:
Colloquium Secretariat, Danielle VAN MELLE Institut de médecine tropicale Prince Leopold, Nationalestraat 155, B-2000 Anvers, Belgique
Tél.: +32 3 247 62 06 - Fax: +32 3 247 62 13
Email: dvmelle@itg.be
Web: www.itg.be/colloq2002

5 - 8 déc. 2002

**La Romana,
République Dominicaine
Infections respiratoires virales**

Renseignements:
The Macrae Group, 230 East 79th Street, Suite 8E, New York 10021
Tél.: +212 988 7732
Fax: +212 717 1222
Email: macraegrp@btinternet.com



**5 - 6 déc. 2002
Paris,
22^e RICA**

Renseignements:
JCD Conseil/Dept ICA, 4 villa d'Orléans, 75014 Paris
Tél.: 01 40 64 20 00
Fax: 01 40 64 20 50
Inscriptions en ligne:
Web: <http://www.ricai.org>



**10 - 13 déc.
2003
Sieam
Reap,
Angkor,
Cambodge**

**Mekong Malaria
Symposium**

Langue: Anglais et Français
Frais de participation: 150 euro
Renseignements:
Web: www.mekong-malaria.org/



**7 - 11 mai 2003
New York, Etats Unis
CISTM8**

Marriott Marquis Hotel

Topics:

Travel at the Edge, New Frontiers in Travelers' Malaria, Defining the Real Risk in Travel Medicine, Emerging issues in Travel Medicine, Vaccine availability, Issues in Air Travel, Large Gatherings Medicine, Yellow Fever, Dengue, Nursing Practicing Issues, Neglected Vaccines.

Renseignements:
Dates à retenir:
Early registration: 01/12/02 Abstract submission deadline: 10/01/03, Regular registration: 01/03/03
Hotel reservation deadline: 16/04/03
Talley Management Group, Inc, Lisa ASTORGA, Conference Manager, 19 Mantua Road, Mt. Royal, NJ 08061 Etats-unis
Tél.: +856 423 7222 ext 217
Fax: +856 423 3420
Web: www.istm.org

ΕΜΠΟΡΙΑΤΡΙΕ

2002

• stages intensifs Quérubi (Castelnou 66) les 7-8-9 novembre
Secrétariat: 35, rue Sainte Philomène. 31400 Toulouse. Tél.: 0561 554597 - Fax: 0561 554894
ou 39, rue Claude Bernard 75005 Paris. Tél.: 01 47 07 98 17
Fax: 01 47 07 71 69
E-mail: armengau@cict.fr

**A
L'ATTENTION
DES
ÉVENTUELS
CANDIDATS
AU
CERTIFICAT
INTERNATIONAL
DE MÉDECINE
DES VOYAGES**

Organisé par l'ISTM à la date du 7 mai 2003 à New-York (veille de l'ouverture de la 8^{ème} Conférence de l'ISTM, l'examen pour l'obtention de ce diplôme se tiendra en anglais sous la forme de QCMs.

Il est ouvert à tous les professionnels de santé. Les questions couvriront la pratique quotidienne de la médecine des voyages (dont les risques encourus, la consultation précédant le départ, les mesures et stratégies préventives, la prise en charge des problèmes du retour).

For more information, visit the website at www.istm.org or contact the ISTM Secretariat Certificate of Knowledge Exam

PO Box 871 089, Stone Mountain, GA 30087-0028 USA tel: +1 770 736 7060 fax: +1 770 736 6732
E-mail < exam@istm.org >