



LA LETTRE

de la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DES VOYAGES

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

N° 1

mars 2003

EDITORIAL

SOMMAIRE

Editorial	1, 2
Elections, nouveau Bureau . . .	1
Réunion d'automne Lyon . . .	1
Bilan 1996-2002	2, 3
Réunion SMV Paris	
La fièvre jaune	3, 4, 5
Vaccination anti-amarile . . .	5, 6
Vaccination méningococcique	6, 7
Vaccination grippale	7
Abandon, adoption	8
CR colloques	9
Informations	10
Ouvrages conseillés	10
Edisan	10, 11, 12, 13, 14
SARSEdisan	14, 15
Informations, annonces . . .	16

BUREAU de la SMV

Président
E CAUMES

Président émérite
M. Rey

Vice-Président
C. GOUJON

Secrétaire Générale
V. BENOIST

Secrétaire gén.adj.
V. FEUILLIE

Trésorier
F. LEGOFF

Trésorier-adjoint
D. BADET

Président d'honneur
M. ARMENGAUD

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

Pour notre société, ce début d'année coïncide avec le passage de témoin entre Michel REY et moi-même pour la présidence, en vertu des nouveaux statuts dont notre société s'est doté il y a quelques années. Parallèlement, le bureau a été renouvelé en partie et notre future présidente, Catherine GOUJON, est déjà prête à prendre ma succession dans deux ans. Ceci illustre parfaitement la continuité voulue et nécessaire au bon fonctionnement de notre société. A l'heure de cette passation de présidence, il est de mon devoir de remercier Michel Rey pour tout le travail et le temps (8 années) qu'il a consacrés à notre société. C'est sous sa présidence que notre société s'est le plus ouverte sur l'extérieur, à la fois par les relations qu'il a établies avec l'*International Society of Travel Medicine* ainsi qu'avec nos collègues canadiens, mais aussi par les projets initiés dans certains pays en développement comme le Sénégal et le Cambodge. Des projets qui, nous le savons, lui tiennent à cœur et qu'il continuera de piloter.

Mais ce début d'année est marqué par des événements graves qui ne seront pas sans conséquences pour nous: la guerre avec l'Irak et l'émergence de la pneumopathie à *Coronavirus*. Ces deux événements vont avoir des conséquences sur notre pratique car ils vont s'accompagner d'une crise dans le domaine du transport aérien et des voyages en général. Sans compter que le *Coronavirus* prend l'avion.

D'abord la guerre avec l'Irak. Elle montre qu'il est devenu de plus en plus difficile, pour nous, de faire abstraction des événements politiques internationaux. Cette guerre s'accompagne de la crainte d'attentats terroristes, en premier lieu dans les pays anglo-saxons de la coalition, mais aussi partout ailleurs. En effet, depuis le 11 septembre, les terroristes s'en sont avant tout pris aux touristes comme à Djerba (synagogue), à Mombassa (hôtel) et à Bali (discothèque). Confirmation, après Louxor en Egypte, que les touristes sont maintenant devenus des cibles pour les terroristes. Mais la conséquence la plus spectaculaire de cette peur du terrorisme est la crainte de la variole, avec pour corollaire la mise en place de la vaccination antivariolique par la vaccine. Pour répondre à un risque virtuel, certains ont pris la responsabilité de faire courir à quelques volontaires (et à leurs proches) un risque réel. Le risque virtuel de variole a été entretenu par des politiques (et des journalistes) qui ont relayé une propagande venue d'outre Atlantique sur fond de guerre programmée avec l'Irak. Il est important de rappeler, dans ce contexte, que non seulement il n'y a plus eu de cas de variole depuis plus de 20 ans mais aussi que les seuls attentats à l'arme bactériologique observés au cours des dernières années (le "charbon") ont très probablement été l'oeuvre d'Américains eux-mêmes (mais ils ne publient pas ce "résultat").

suite page 2

Renouvellement partiel du Conseil Elections du Bureau 2003-2004

Le conseil d'administration de la SMV a été partiellement renouvelé par un vote par correspondance. Il est maintenant composé par: Maxime ARMENGAUD, Danièle BADET, Véronique BENOIST, Olivier BOUCHAUD, Eric CAUMES, Alain CHIPPAUX, Vincent FEUILLIE, Ludovic de GENTILE, Catherine GOUJON, Philippe GUIBERT, Dominique JEAN, Fabienne LE GOFF, Fabrice LEGROS, Jean Philippe LEROY, Jean Michel LICHTENBERGER, Bruno MARCHOU, Michel REY, Olivier SCHLOSSER, Laurent SIDO. Quatre nouveaux administrateurs ont été élus (noms en gras).

La nouvelle composition du Bureau 2003-2004 est celle indiquée sous le sommaire.

AGENDA

**La réunion d'automne de la SMV aura lieu le 7 novembre 2003
à Lyon - Bron, à l'École du service de santé des armées.**

De plus il est certainement beaucoup plus facile, efficace et moins risqué, pour les terroristes potentiels, de manier l'arme chimique que l'arme bactériologique, comme l'ont prouvé l'attentat dans le métro de Tokyo (gaz sarin) et les découvertes récemment faites en France et au Royaume Uni (ricine). Il ne s'agit pas là d'un risque virtuel mais bien d'un risque réel. Néanmoins les politiques, dont on croyait qu'ils étaient devenus des adeptes du risque zéro ont, avec la caution d'experts médicaux, décidé de lancer un programme de vaccination contre la variole. Heureusement, ces experts ont réussi à limiter les dégâts potentiels, en ciblant la vaccination sur un petit groupe de " volontaires " qui pourraient être exposés en première ligne. Sage décision quand on voit les résultats des campagnes massives de vaccination aux Etats-Unis d'Amérique et en Israël où les complications de la vaccine (trop vite oubliées) ont déjà fait des dizaines de victimes et quelques décès. On espère donc qu'en France le petit nombre de personnes vaccinées permettra d'éviter l'apparition de ces complications dont il faut rappeler qu'elles touchent également les sujets contacts. Dans ce contexte variole/vaccine, il est troublant (mais important) de se souvenir que la campagne d'éradication de la variole avait été à l'époque financée par les Américains lassés des complications de la vaccination antivariolique. Il y en a donc qui ont la mémoire bien courte. L'histoire de la médecine, et particulièrement celles des maladies infectieuses, devrait être enseignée à la faculté. Cela serait certainement plus utile aux futurs experts de demain que la physique ou les mathématiques.

Quant au SARS, vilain nom censé stigmatiser les complications pulmonaires de cette nouvelle infection par un *Coronavirus*, il est encore un peu tôt pour appréhender les conséquences qu'il aura sur notre discipline. Mais, d'ores et déjà, son apparition a entraîné l'annulation de nombreux voyages en Asie du Sud-est et en Chine, épice de cette maladie, réellement émergente. Et les conséquences exactes sont difficiles à prévoir aujourd'hui. Les modalités évolutives de cette infection sont à ce jour inconnues, à la fois sur le plan individuel (fréquence des formes asymptomatiques, des formes mineures, des formes graves) et sur le plan collectif (modes exacts de contamination, contagiosité, efficacité des mesures d'hygiène). Il est donc difficile de prévoir comment va évoluer cette épidémie mais la plus grande vigilance est de mise comme l'a montré la survenue de cas de pneumopathie parmi les membres du personnel soignant qui ont payé un très lourd tribut à la maladie. C'est l'occasion de rappeler que notre métier n'est pas sans risque.

La coïncidence historique entre l'émergence de cette nouvelle maladie et le début de la guerre avec l'Irak est troublante. Mais les effets de ces deux événements vont sans aucun doute se conjuguer et avoir de sérieuses conséquences sur le plan économique et touristique. Il faut donc espérer un dénouement rapide de ces deux histoires afin que l'exercice de la Médecine des voyages ne soit pas trop durablement affecté.

Eric CAUMES
Président de la SMV

Bilan d'activité 1996-2003 du Bureau sortant de la SMV

M. REY, Président, C. GOUJON, Secrétaire générale, N. PICOT, Trésorière

Publications

- Le *Guide de Médecine des Voyages* poursuit sa route. Il est remis à jour tous les 2 ans (6^{ème} édition en 2002).
- Le Dictionnaire " *les Maux du Voyage* ", réalisé en partenariat avec ADIMI-CD Conseil, sous la coordination de B. MARCHOU et A. BOURGEADE, est sorti en 2001. La première édition, distribuée à 17000 exemplaires, est pratiquement épuisée. La 2^{ème} édition est prévue pour sortir avant l'été 2003. Cet ouvrage est accompagné d'un CD-Rom.
- La *Lettre de la SMV* (4 numéros par an) continue à paraître sur support papier, à la demande de nombreux sociétaires, tout en étant diffusée sur le site internet de la SMV
- Le film " *Qui veut voyager loin ... ménage sa santé* ", a été réalisé avec JF PAYS (cassette vidéo, 15'). Une centaine d'exemplaires ont été distribués.

Journées biennales et autres réunions.

Trois réunions annuelles ont été tenues jusqu'en 2000. Il a été admis de les réduire à 2 réunions annuelles à partir de 2001. Cinq Biennales, attirant en moyenne 250 participants, se sont tenues à Paris en 1994, 1996, 1998, 2000 et 2002).

Une Journée d'automne provinciale est organisée chaque année: à Lyon en 1996, Reims en 1997, Tours en 1998, Clermont-Ferrand en 1999, Toulouse en 2000, Marseille en 2001, Angers en 2002.

Sujets abordés (par ordre inverse de fréquence):

Vaccinations (6), diarrhée (6), MST-SIDA(5), paludisme (4), protection contre les vecteurs (4), arboviroses (FJ, dengue), f. hémorragiques (4), pathologie vols aériens (4), expatriés, immigrés, réfugiés (4), voyages en conditions extrêmes (4),

voyageurs particuliers (femme, f. enceinte, enfant allergique...) (4), assurance, rapatriements, évacuations (4), psychopathologie des voyages (3), communication électronique (3), impact du tourisme sur les populations d'accueil (2), responsabilité médicale(2), télémédecine pour les navigateurs (2), serpents et autres animaux venimeux (2), adoption internationale (2), tourisme sexuel, prostitution infantine (2) légionellose (1), implication des voyagistes (1), grands rassemblements et pèlerinages (1), agressions, sécurité (1), bioterrorisme (1).

Communication électronique.

Elle a été développée par Ph. GUIBERT et J.-P. LEROY. Un site web SMV a été créé, ainsi qu'une messagerie E-mail interne à la Société, de plus en plus utilisée, avec un listing qui s'accroît chaque année (250 sociétaires correspondants en 2003). Site internet: www.medecine-voyages.org

Messagerie E-mail: list@medecine-voyages.org

Des liaisons avec des banques de données médicales électroniques s'établissent (Medexact).

Recherche.

Plusieurs enquêtes ont été réalisées, dans le cadre de la Commission Recherche, dirigée par F. LEGROS et F. SORGE:

- enquête auprès des pharmaciens d'officine, sur leur implication dans la médecine des voyages, conduite et publiée avec le *Moniteur des Pharmacies* en 2001;
- enquête sur l'impact du tourisme de masse sur la santé des populations d'accueil (Sénégal 2001);
- Des projets d'enquête sont en cours d'élaboration:

- enquête sur la prostitution infantine (Cambodge 2003)
- étude de la réponse immunitaire aux vaccinations du voyageur âgé.

Enseignement

Une Commission " Pédagogie, formation, information " a été mise en place en 2001, animée par O. BOUCHAUD.

Une affiche SMV "Protégez-vous contre le paludisme" a été créée et va être distribuée, notamment aux pharmacies. Une formation continue sur le paludisme est proposée aux pharmaciens d'officine. La publication de documents (affiche, dépliant) mettant les voyageurs en garde vis à vis de la prostitution infantine est en préparation.

Modifications des statuts.

En 2001, six ans après sa mise en place, le Bureau de la SMV a estimé qu'il était souhaitable et légitime qu'une nouvelle équipe le remplace. Encore fallait-il trouver des candidats à cette succession... ce qui s'est avéré difficile. Cette difficulté a conduit à remettre en question les statuts de la Société, pour faciliter le renouvellement du CAet du Bureau tout en assurant une nécessaire continuité. Une autre préoccupation a été d'élargir la composition du CA à des catégories professionnelles très impliquées dans la médecine des voyages, et jusque là peu représentées. Les modifications des statuts, élaborées par le CAet approuvées par l'Assemblée Générale Extraordinaire du 26-01-2001 ont été les suivantes:

- le CA de 18 membres est désormais élu pour 6 ans, tout en étant renouvelé par tiers tous les 2 ans,

- dans le but d'élargir au sein du CA la représentation des catégories professionnelles concernées, trois postes sont réservés (à un médecin généraliste, à un médecin du travail, à un(e) infirmier(e),
- dès sa mise en place, le CA renouvelé désigne un Vice-Président, qui après 2 ans prendra les fonctions de Président pour 2 ans, pour être ensuite Président émérite pendant les 2 années suivantes. Comme par le passé, le CA met en place pour 2 ans un Secrétaire général et son adjoint, ainsi qu'un Trésorier et son adjoint.

Relations internationales.

- Elargissement de la SMV à des correspondants étrangers francophones (dont plusieurs " membres d'honneur "): en Suisse, en Belgique, au Canada, en Espagne, au Portugal.
- Participation à une enquête sur la situation et le fonctionnement de la médecine des voyages en Europe, en collaboration avec le SCIEH (Glasgow), et avec le soutien financier de la communauté européenne (1999).
- Projet de participation, avec le SCIEH, Glasgow) à la mise en place d'un réseau européen de médecine des voyages.
- Relations soutenues avec l'ISTM (*International Society of Travel Medicine*), que le président de la SMV a simultanément présidée de 1997 à 1999) et participation aux Conférences internationales qu'elle organise tous les 2 ans (les Biennales de la SMV s'intercalant avec celles de l'ISTM).

Michel REY,
Président sortant.



Comptes rendus de la Journée de printemps de la SMV Paris, 21 mars 2003

QUESTIONS SUR LES VACCINATIONS DES VOYAGEURS INTERNATIONAUX. ACTUALITÉ DE LA FIEVRE JAUNE.

La fièvre jaune, une arbovirose toujours d'actualité

Hervé ZELLER

Centre national de référence des arbovirus, Unité de biologie des infections virales émergentes, Institut Pasteur, 21 av. Tony Garnier, 69365 Lyon cedex 07 Tél. 0437282421 fax 0437282451, email: zeller@cervi-lyon.inserm.fr

La fièvre jaune (Yellow fever =YF en anglais, vomito negro en espagnol) est une arbovirose transmise par des moustiques (du genre *Aedes*) à l'origine d'épidémies meurtrières au cours des siècles derniers et malheureusement toujours d'actualité malgré un vaccin très efficace. Elle est rencontrée en Afrique sub-saharienne et en Amérique du Sud.

Le virus

Le virus amaril appartient à la famille des *Flaviviridae*, genre *Flavivirus* comme les virus de la dengue ou de l'encéphalite japonaise. C'est un virus à ARN enveloppé, de 50-70 nm de diamètre qui possède un génome simple brin de polarité positive de 10223 nucléotides qui code 3 protéines structurales et 7 protéines non structurales. Cinq génotypes viraux circulent: deux en Amérique du Sud et trois en Afrique.

Clinique

La période d'incubation varie entre 3 et 6 jours en moyenne. L'infection peut être inapparente, bénigne, ou sévère. Elle se caractérise par un début brutal avec forte fièvre, myalgies, lombalgies, frissons, nausées et vomissements, et prostration (dengue-like, malaria...). La seconde phase débute en général 3-4 jours plus tard, s'accompagne d'une atteinte hépa-

tique avec ictère, douleurs abdominales, épistaxis, gingivorragies, hémorragies conjonctivales, albuminurie et anurie. L'évolution peut être fatale dans près de 50 % des formes graves ou se terminer en 2 à 4 semaines par une rémission complète. Des formes fulminantes en 2-5 jours sont rapportées.

Prévention

Le vaccin amaril est un vaccin vivant atténué (souche 17 D) préparé sur fibroblastes de poulet et très immunogène. La vaccination comporte une seule injection, avec une validité de 10 ans selon la réglementation internationale. Elle est théoriquement incluse dans les programmes élargis de vaccination dans les zones d'endémie mais les dernières épidémies ont montré clairement des classes d'âge de population qui n'avaient pas été immunisées. La production mondiale actuelle de vaccin est insuffisante par

rapport aux demandes exprimées en cas d'alerte, destinées à pallier les déficits des vaccinations.

Pour les touristes se rendant en zone d'endémie, la vaccination est impérative. Elle est exigible à partir de l'âge d'1 an, possible dès 6 mois, avec rappel 10 ans plus tard. Des anticorps protecteurs ont été détectés chez l'homme plus de 30 ans après une primo-vaccination. Les contre-indications sont: le très jeune âge (< 6 mois), l'allergie vraie à l'œuf, une immunodépression sévère. Le certificat de vaccination doit figurer sur un carnet international et comporter le numéro de lot du vaccin. Il peut être exigé au passage des frontières, y compris par des pays exempts de fièvre jaune pour des voyageurs en provenance d'une zone infectée. En revanche, la vaccination n'est pas systématiquement exigée par les pays situés en zone d'endémicité amarile.

Plusieurs accidents vaccinaux, dont la fréquence est de l'ordre de 1 cas grave pour 1 million de personnes vaccinées, ont fait l'objet d'une polémique en 2001. Des décès par fièvre jaune ont été rapportés chez des touristes non immunisés, entre autres au retour de Gambie en 2001 ou au Venezuela en 2002. Le virus 17D est aussi utilisé comme vecteur viral pour le développement de vaccins chimériques comme le ChimeriVax® (encéphalite japonaise) développé par la société Acambis.

Le cycle de transmission

La fièvre jaune est présente en Afrique tropicale (du Sénégal au Kenya), jusqu'à l'Angola au sud et en Amérique du Sud. En Afrique, le virus circule à bas bruit dans des zones confinées entre les moustiques vecteurs du genre *Aedes*: *Ae. simpsoni* en Afrique de l'Est avec de rares épidémies et les singes; en Afrique de l'Ouest sont rencontrés plusieurs vecteurs selvatiques *Ae. africanus*, *Ae. fuscifer*, *Ae. taylori*, *Ae. luteocephalus* et les épidémies sont nombreuses. Les moustiques *Aedes* ont une activité uniquement diurne.

En Amérique du Sud, le vecteur est *Haemagogus janthinomys* que l'on ne rencontre qu'en zone de forêt. La fièvre jaune est dite selvatique, touchant les singes qui, très sensibles au virus, peuvent développer une infection mortelle contrairement aux singes d'Afrique. Elle touche l'homme sur un mode sporadique ou par petites flambées, mais elle reste localisée. Ceci explique qu'elle soit rapportée chaque année avec un nombre de décès élevé. Parfois, des épidémies urbaines avec le vecteur *Ae. aegypti* ont été rapportées.

Epidémiologie

Maladie à déclaration obligatoire, la fièvre jaune devrait faire l'objet d'une surveillance rapprochée. Le nombre de cas déclarés ne reflète pas l'importance de cette virose en termes de santé publique.

La situation en Afrique

Au Nigéria, de 1986 à 1995 et malgré les campagnes de vaccination successives, des dizaines de milliers de cas et plus de 5 000 décès ont été dénombrés, avec extension dans certains pays limitrophes (nord Cameroun en 1990: estimation du nombre réel de cas 5000 à 20 000 dont 500 à 1 000 décès). En 1995, une épidémie a été identifiée au Kenya. Au Sénégal, en 1996, une épidémie fut enregistrée dans la région de Tambacounda à Koungueul, avec 79 cas dont 15 décès (19 %). D'autres épidémies furent signalées au Bénin, au Ghana. La sous-notification des cas est devenue alarmante malgré une circulation permanente du virus: en 1998, deux cas ont été déclarés à l'OMS pour toute l'Afrique et un seul cas (cas d'importation en Allemagne) en 1999. Plusieurs épidémies ont été identifiées tardivement en 2000-2001 en Guinée où la fièvre jaune n'était pas active depuis plus de 40 ans avec près de 700 cas et une mortalité de 33%, puis en Côte d'Ivoire avec plusieurs cas à Abidjan mi-2001, entraînant une vaccination de masse: 2,6 millions de doses administrées en 10 jours. Au Sénégal, une épidémie s'est déclarée entre juillet et novembre 2002, principalement dans la région de Touba (Diourbel) avec extension ultérieure dans 6 régions, dont Dakar. La tranche d'âge 15-19 ans fut particulièrement touchée. En Guinée, fin 2002 début 2003, plusieurs cas ont été rapportés et confirmés au laboratoire, dans une zone non touchée lors de l'épidémie de 2000-2001. Dans tous ces épisodes, le rôle du vecteur *Ae. aegypti* est apparu mineur.

La situation en Amérique du Sud

En Amérique du Sud, la zone d'endémie principale regroupe Brésil, Bolivie, Equateur, Pérou, Venezuela, Colombie, Guyana, Surinam et Guyane française. En 1995, 515 cas ont été recensés dont 213 décès (41 %). Durant les 10 dernières années, la Bolivie a rapporté près de 500 cas de fièvre jaune, avec une épidémie urbaine à Santa Cruz de décembre 1997 à juin 1998. Depuis fin 1999, plusieurs cas ont été confirmés au Brésil dans les Etats

de Rio de Janeiro, Sao Paulo, Goias. Les enquêtes ont montré l'absence de transmission urbaine. La source est d'origine selvatique: ainsi 2 résidents de Brasilia décédés en décembre 1999 se sont infectés dans le Parc national Chapada dos Veadeiros, parc situé à 200 km au nord de la capitale. Rien que dans l'Etat de Goias, 51 cas dont 26 décès ont été dénombrés de mai 1999 à avril 2000. Sur les 77 cas dont 85 % d'hommes dénombrés dans 8 Etats en 2000, 30 (39 %) d'entre eux étaient des agriculteurs et 10 (13 %) des touristes. La vaccination anti-amarile, pratiquée avec plus de 43 millions de doses en 3 ans dans les zones touchées, a semble-t-il limité l'extension de l'épidémie. Une enquête réalisée à Bahia a permis de déterminer que, pour une forme clinique de fièvre jaune il y avait seulement 3 formes asymptomatiques. En 2003, une épidémie a été déclarée dans l'Etat du Minas Gerais, avec 44 cas confirmés, et 16 décès fin février. La couverture vaccinale n'était que de 60 % dans la région qui était considérée comme une zone intermédiaire en terme de risque.

Conclusion

La fièvre jaune reste une arbovirose majeure avec plusieurs centaines de morts chaque année et la couverture vaccinale reste insuffisante dans les pays endémiques, que ce soit en Amérique du Sud ou en Afrique. Lors d'épidémies, la confirmation biologique est souvent faite tardivement. Plusieurs vecteurs du genre *Aedes* sont responsables de la transmission du virus, le rôle d'*Ae. aegypti*, ces dernières années, dans l'épidémisation urbaine demeurant mineur. Les études sur la fièvre jaune doivent être poursuivies afin de mieux comprendre son épidémiologie comme les différenciations génétiques parmi les organismes entrant dans le cycle de transmission.

Références

- COLEBUNDERS R et al. Abelian traveler who acquired yellow fever in the Gambia *Clin. Inf. Dis* 2002, 35: 113.
- NATHAN N, BARRY M, VAN HERP M, ZELLER HG. Shortage of vaccines during a yellow fever outbreak in Guinea. *The Lancet*, 2001, 358, 2129-2130
- VASCONCELOS P, LUNA E, GALLER R, SILVA LJ, COLINBRA TL, BARROW VLRS et al. Serious adverse events associated with yellow fever 17DD vaccine in Brazil: a report of two cases. *Lancet* 2001; 358: 91-7.
- MARTIN M, TSAI TF, CROPP B, CHANG G-J, HOLMES DA, TSENG J, et al. Fever and multi-system organ failure associated with 17D-204 yellow fever vaccination: a report of four cases. *Lancet* 2001; 358: 98-104.

- CHAN RC, PENNEY DJ, LITTLE D, CARTER IW, ROBERTS JA, RAWLINSON WD. Hepatitis and death following vaccination with 17D-204 yellow fever vaccine. *Lancet* 2001; **358**: 121-2.
- MARIANNEAU P, GEORGES-COURBOT M-C, DEUBEL V. Rarity of adverse effects after 17D yellow fever vaccination. *Lancet* 2001; **358**: 84-5.
- [OMS]. Adverse events following yellow fever vaccination. *Rel Epidemiol Hebd* 2001; **29** (76) : 217-8.
- MONATH TP. YELLOW FEVER. IN : PLOTKIN SA, ORENSTEIN WA, eds. *Vaccines*. 3rd ed. Philadelphia, Pennsylvania: W.B. Saunders, 1999, 815 - 819.
- KELSO JM, MOOTREY GT, TSAI TF. Anaphylaxis from yellow fever vaccine. *J Allergy Clin Immunol* 1999; **4**: 698-701.
- MARTIN M, WELD LH, TSAI TF, et al. Advanced age as a risk factor for illness temporally associated with yellow fever vaccination. *Emerg Infect Dis* 2001, **7**, 945 - 951.
- Fatal yellow fever in a traveler returning from Venezuela, 1999. *MMWR* 2000; **49**: 303-5.
- Yellow fever vaccine-associated deaths - *MMWR* 2002 **51** (44); 989-993.

Faut-il redouter plus qu'auparavant les effets indésirables de la vaccination anti-amarile?

A. BOURGEADE & B. MARCHOU

En 2001, sept observations de syndrome fébrile multiviscéral post-vaccinal, dont cinq cas mortels, ont été publiées (1-4). Ce type de complication de la vaccination n'avait pas été signalé jusque-là.

Les vaccins amarils sont des vaccins à virus vivant atténué, dérivés de la souche 17 D Asibi originelle (5-6). Ils sont produits sous contrôle de l'OMS. Deux types de vaccin, 17D-204 et 17 DD, équivalents en efficacité et tolérance, sont commercialisés par les quelques laboratoires habilités (pour 2002: au Brésil, en Grande-Bretagne, en France et au Sénégal) (7). Leur usage est réservé à des centres de vaccination ayant reçu un agrément à cet effet.

La vaccination anti-amarile a toujours été considérée comme bien tolérée, les principaux effets indésirables étant des réactions locales ou générales mineures (8-9). Lorsque les contre-indications sont respectées (immunodépression quelle qu'en soit la cause, nourrissons de moins de 6 mois), les complications graves sont exceptionnelles. Les encéphalites vaccinales, qui étaient une complication redoutée de l'ancien vaccin neurotrope totalement abandonné depuis 20 ans, n'ont

avec les vaccins de type 17D, qu'une incidence reconnue de 1 p. 8 000 000 de vaccinations; l'âge à risque se situe au dessous de 6 mois.

Les nouvelles observations de syndrome multiviscéral post-vaccinal doivent-elles faire reconsidérer l'idée de bonne tolérance que l'on se faisait de ce vaccin?

Dans les observations signalées, la symptomatologie faisait parfois évoquer la fièvre jaune elle-même. Dans plusieurs cas, des virus amarils ont été isolés chez les malades. Ces virus étaient soit identiques au virus vaccin, soit génétiquement très proches des virus vaccins utilisés, mais toujours différents du virus amaril sauvage. Deux principales hypothèses ont été formulées: un regain de virulence virale ou des réactions particulières liées à l'hôte. Ni l'une, ni l'autre n'ont pu être formellement retenues. Pour les deux cas survenus au Brésil, deux millions de vaccinations avaient été effectuées avec le même lot de vaccin que celui qui était à l'origine des complications, plutôt attribuées de ce fait, à des facteurs individuels.

Dans une étude publiée en 2001 (10) les rapports colligés par le *Vaccine Adverse Event Reporting System* (VAERS) pour la période allant de 1990 à 1998 ont été analysés aux Etats-Unis. Ces rapports étaient au nombre de 166: 95 ayant été écartés pour des raisons diverses, 35 (21 %) ont été classés comme multisystémiques ou neurologiques, 36 (22 %) comme d'une autre nature (locale, allergique ou générale sans gravité). Sur les dix cas qui concernaient les sujets de plus de 65 ans, 9 étaient des atteintes graves: 8 de type multisystémique, 1 de type neurologique et, sur les 9, il y eut 5 décès. Aux Etats-Unis, où 200000 doses de vaccin anti-amaril sont administrées chaque année, le risque d'effets systémiques indésirables graves (ESIG), multisystémiques ou neurologiques, tous âges confondus, a été estimé dans cette étude, à 2,4/100000 et celui de décès à 0,2/10⁵. Pour le groupe des sujets âgés de 25 à 44 ans, considéré comme groupe de référence, le taux d'incidence des ESIG a été de 1,6/10⁵. Ce taux augmente avec l'âge jusqu'à 5,8/10⁵ dans la tranche 65 à 74 ans, et 18,1/10⁵ au delà. Chez les plus de 65 ans, le risque de mortalité serait de 1,8/10⁵. Par rapport au groupe de référence, le risque relatif d'effets indésirables graves (EIG) a été évalué à 3,7/10⁵ (IC 95 % CI: 1,3-10,7) pour la tranche d'âge 65-74 ans et à 11,6/10⁵ (IC 95 %: 3,7-36,3) au delà. Inversement, le risque

des effets indésirables considérés comme mineurs diminue proportionnellement à l'âge.

Les études récentes menées aux Etats-Unis indiquent une incidence plus élevée que par le passé des réactions indésirables graves chez les sujets les plus âgés, mais quelques questions se posent:

- quelle est la validité des taux d'incidence signalés? Les rapports EIG/nombre de sujets vaccinés selon les âges ne sauraient être calculés de façon très valable que si numérateur et dénominateur du rapport sont connus avec précision. Or les premiers ne sont connus qu'avec approximation dans une étude rétrospective à recrutement passif et concernent des effets indésirables peu définis, et les seconds ne reposent que sur des estimations,

- si les taux d'incidence signalés sont valables, s'agit-il, plutôt que d'une augmentation d'incidence, d'une sous-évaluation des taux d'incidence antérieurs?
- les taux d'incidence signalés le sont pour les Etats-Unis. Est-il possible d'extrapoler pour d'autres populations? Existe-t-il des sensibilités génétiques particulières susceptibles de moduler la réponse à l'infection par le virus vaccin?

Ces observations récentes ont été cependant suffisantes pour que de nouvelles dispositions soient envisagées à l'égard des personnes âgées. Aux Etats-Unis, les *Yellow Fever Vaccine Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices* (ACIP) de 2002 (9) prévoient que pour les voyageurs de plus de 65 ans, le médecin devra comparer les avantages et risques de la vaccination avant de la proposer; mais il est aussi précisé que pour un voyage dans une zone à haut risque, la vaccination est une mesure préventive essentielle. En France, le "résumé des caractéristiques du produit" du vaccin Sthamril® indique désormais (11) qu'il est recommandé:

- d'évaluer, avant la vaccination, l'état de santé des personnes de 65 ans et plus voyageant en zone épidémique de fièvre jaune;
- de surveiller soigneusement l'éventuelle apparition d'événements indésirables durant les 10 jours qui suivent la vaccination;
- de considérer le rapport bénéfice/risque de cette vaccination en mettant en balance la survenue, rare, de réactions à la vaccination et le risque de fièvre jaune contractée lors du séjour en zone endémique.

S'il reste une incertitude sur la tolérance exacte de la vaccination chez les personnes âgées, on pourrait conclure:

- qu'il faut être rigoureux, à tout âge, sur

AUTRES VACCINATIONS EN QUESTION

les indications et les contre-indications de la vaccination anti-amarile;

- que la vaccination anti-amarile est essentielle pour la prévention de la fièvre jaune du voyageur. Depuis 1996, 7 cas de fièvre jaune sont survenus chez des voyageurs non vaccinés: en Côte d'Ivoire (1999), en Gambie (2001), au Brésil (1996, 1996, 2002), au Venezuela (1999), au Surinam (2000). Six des sept cas ont été mortels;

- qu'il est important d'appliquer avec sérieux les nouvelles recommandations qui concernent la vaccination des personnes âgées;

- qu'il sera utile de mettre en place un système de surveillance post-vaccinale pour améliorer la connaissance, encore imparfaite que nous avons des effets indésirables du vaccin anti-amaril.

Une meilleure interprétation des incidents ou accidents de la vaccination nécessiterait aussi que le progrès scientifique apporte des éléments nouveaux ou plus précis sur la physiopathologie de la fièvre jaune, sur la nature des réactions immunologiques qui succèdent à l'infection par le virus sauvage ou le virus vaccin, sur l'étude des mécanismes par lesquels le virus vaccin se trouve atténué, sur la stabilité des virus vaccins, sur la sensibilité génétique des individus à l'infection par les virus amarils, ou sur toute autre particularité du terrain qui pourrait moduler la réponse à l'infection virale.

Références

1. CDC. Fever, jaundice, and multiple organ system failure associated with 17D-derived yellow fever vaccination, 1996-2001. *MMWR* 2001; **50**: 643-5.
2. VASCONCELOS PFC, LUNA EJ, GALLER R et al. Serious adverse events associated with yellow fever 17DD vaccine in Brazil: report of two cases. *Lancet* 2001; **358**: 91-7.
3. CHAN RC, PENNEY DJ, LITTLE D et al. Hepatitis and death following vaccination with 17D-204 yellow fever vaccine. *Lancet*, 2001; **358**: 121-2.
4. MARTIN M, TSAI TF, CROPP B et al. Fever and multisystem organ failure associated with 17D-204 yellow fever vaccination: a report of four cases. *Lancet*, 2001; **358**: 98-104.
5. MONATH TP. Yellow fever [Chapter 34]. In: Plotkin SA, Orenstein WA, eds. *Vaccines*. 3rd ed. Philadelphia, PA: W.B. Saunders, 1999; 815-79.
6. MARIANNEAU P, GEORGES-COURBOT MC, DEUBEL V. Rarity of adverse effects after 17D yellow-fever vaccination. *Lancet*, 2001; **358**: 84.
7. International travel and health, OMS, 2002. <http://www.who.int/ith>
8. MONATH TP. Yellow fever: an update. *Lancet Infectious Diseases* 2001; **1**: 11-20.
9. *MMWR*. Yellow Fever Vaccine Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2002. *Recommendations and Reports*. November 8, 2002 / **51**(RR17): 1-10
10. MARTIN M, WELD LH, TSAI TF et al. Advanced age a risk factor for adverse events temporally associated with yellow fever vaccination. *Emerg Infect Dis* 2001; **7** (6): 945-51.
11. *Officiel du médicament*, France, semaine du 29 novembre au 5 décembre 2002.

La vaccination anti-méningococcique des voyageurs, problèmes actuels et perspectives.

Muhamed-Kheir TAHA et
Jean-Michel ALONSO

Unité des *Neisseria* et Centre national de référence des méningocoques.
Institut Pasteur, Paris.

Les infections méningococciques sont à transmission inter-humaine aérogène à courte distance (<1 m). *Neisseria meningitidis* a une faible survie dans l'atmosphère. L'incidence des infections méningococciques est variable selon les contrées et leur degré de médicalisation. Dans les pays médicalisés, elle est de 1 à 5/100000 habitants, les cas sont le plus souvent sporadiques et les cas secondaires sont rares. Les souches des sérogroupes B et C sont prédominantes avec des poussées épidémiques en Europe. La mortalité reste néanmoins élevée à 7,6 %. L'incidence des infections méningococciques du séro-groupe C en Europe varie entre 0,05 et 3,71/100000.

Dans les pays sous-médicalisés, l'incidence est supérieure à 10/100000 avec une mortalité moyenne estimée à 10,2%. Des épidémies de méningite surviennent périodiquement dans certains territoires tels que celui de la "ceinture de la méningite cérébro-spinale" en Afrique (1). Globalement, les données actuellement recensées montrent une constance des taux de mortalité, malgré les mesures prophylactiques et vaccinales prises contre la survenue de cas secondaires.

Les souches de *N. meningitidis* du séro-groupe A sont incriminées dans des épidémies de méningite en Afrique subsaharienne. En particulier, depuis 1988, après que le clone III-1 ait été incriminé dans l'épidémie chez les pèlerins de La Mecque de 1987 [1-2]. Des souches de *N. meningitidis* du séro-groupe W135 ont été occasionnellement détectées en Afrique depuis 1982, mais ne présentaient aucun caractère épidémique (3). La première évidence du potentiel épidémique de *N. meningitidis* W135 est apparue en mars 2000, lorsque des pèlerins de La Mecque, vaccinés contre les

méningocoques A & C, puis leurs contacts proches, non vaccinés, ont été atteints. Les souches W135 étaient de sérotype et sous-type 2a: P1-2,5, de séquence type ST-11, et s'apparentaient au complexe clonal ET-37 (4, 5).

De plus, des cas de méningite à *N. meningitidis* W135 ont été détectés au décours de l'épidémie 2001, au Burkina Faso et au Niger. En effet, une enquête de terrain révélait donc l'implication du séro-groupe W135 en proportion équivalente à celle du séro-groupe A de *N. meningitidis* en situation épidémique, alors que la campagne de vaccination A + C était entreprise depuis plusieurs semaines (6).

Vaccins anti-méningococciques.

1- Les vaccins composés de polysaccharides capsulaires bivalents (A et C) et tétravalents (A, C, Y, W) induisent des anticorps sériques spécifiques de séro-groupe. Mais l'immunité est T-indépendante (absence d'effet mémoire). Ces vaccins ne sont pas efficaces chez les enfants de moins de 18 mois. Rappelons qu'il n'existe pas de vaccin polysaccharidique B (peu ou pas immunogène).

2- Les vaccins conjugués (C + protéine porteuse) induisent une immunité T-dépendante avec une réponse mémoire (rappel).

3- les vaccins constitués de protéines de membrane externe tels que le vaccin composé de PorA. Cependant, les variations dans la protéine PorA sont très fréquentes, et des variants d'échappement à la vaccination peuvent émerger (7). Les vaccins "sur mesure" composés des vésicules membranaires préparées à partir d'une souche B: 4: P1-15 (Cuba), d'une souche B15: P1: 7-16 (Norvège) ou encore une souche A4: P1-9 (Chine) permettraient de contrôler une situation épidémique provoquée par les souches utilisées dans la préparation du vaccin. Citons également les vésicules membranaires de méningocoque B associées au polysaccharide C (Cuba).

Qui vacciner? (Conditions non épidémiques):

- 1- Les contacts (étroits) d'un cas index selon le séro-groupe de la souche incriminée.
- 2- Les pèlerins (La Mecque): depuis 1987, le vaccin polysaccharidique bivalent (A + C) et depuis 2001, le vaccin polysaccharidique tétravalent (A, C, Y,

W135) sont obligatoires.

3- Les sujets immuno-déficieux et en particulier ceux qui présentent un déficit en composants tardifs (lytiques) du complément (C5-C9). Ces sujets doivent être vaccinés avec le vaccin tétravalent (A, C, Y, W135).

4- Voyageurs: la vaccination est destinée à protéger le voyageur et ses contacts au retour.

Les indications de la vaccination des voyageurs varient selon l'exposition :

- **Zone** (séro-groupe): au Burkina Faso l'utilisation du vaccin tétravalent (A, C, Y, W135) est nécessaire.

- **Saison**: par exemple, voyage en Afrique sub-saharienne pendant la saison sèche.

- **Situation épidémiologique.**

- **Nature et durée du voyage.**

- **Organisé**: Contacts limités, court séjour, faible risque.

- **Missionnaires "globe trotters"**: contacts: oui.

- **Visite en famille**: contacts +++ (enfants): oui.

Soulignons enfin que la vaccination des populations visitées permettrait l'élimination des épidémies et donc une meilleure protection des visiteurs.

Références

1- Organisation mondiale de la santé. Control of epidemic meningococcal disease. *W.H.O practical guidelines*. 2^{de} édition; 1998. OMS Geneve.

2- GUIBOURDENCHE M., E.A. HOIBY, J.-Y. RIOU, F. JOGUET, D.A. CAUGANT. 1996. Epidemics of serogroup A *Neisseria meningitidis* of subgroup III in Africa, 1989-1994. *Epidemiol. Infect.* **116**: 115-120.

3- KWARA A., R.A. ADEGBOLA, P.T. CORRAH, M. WEBER, M. ACHTMAN, G. MORELLI, D.A. CAUGANT and B.M. GREENWOOD. 1998. Meningitis caused by a serogroup W135 clone of the ET-37 complex of *Neisseria meningitidis* in West Africa. *Trop. Med. Int. Health* **3**: 742-746.

4- TAHA M.K., M. ACHTMAN, B. GREENWOOD, M. RAMSAY, A. FOX, S. GRAY, J.-M. ALONSO and E. KACZMARSKI. 2000. serogroup W135 meningococcal disease in travellers returning from the annual Hajj pilgrimage of 2000 and their contacts due to a clone of ET-37 complex. Implications for surveillance and vaccination. *Lancet* **356**: 2159.

5- 11. POPOVIC T., C.T. SACCHI, M.W. REEVES, A.M. WHITNEY, L.W. MAYER, C.A. NOBLE, G.W. AJELLO, F. MOSTASHARI, N.B. ENDANA, J. LINGAPPA and N.E. ROSENSTEIN. 2000. *Neisseria meningitidis* serogroup W135 isolates from U.S. travelers returning from Hajj are associated with the ET-37 complex. *Emerg Infect Dis* **6**: 10-11.

6- TAHA M-K, I. PARENT DU CHATELET, M. SCHLUMBERGER, I. SANOU, S. DJIBO, F. DE CHABALIER and J.-M. ALONSO. 2002. *Neisseria meningitidis* serogroup W135 and A were equally prevalent among meningitis cases occurring at the end of the 2001 epidemics in Burkina Faso and Niger. *J Clin Microbiol.* **40**: 1083-1084.

7- TAHA M-K, E. BICHIER, A. PERROCHEAU and J.-M. ALONSO. 2001. Circumvention of herd immunity during an outbreak of meningococcal disease could be correlated to escape mutation in the pora gene of *Neisseria meningitidis*. *Infect. Immun.* **69**: 1971-1973.

Faciliter la vaccination grippale des voyageurs

par Michel REY, SMV, Paris, & Daniel CAMUS, GEIG, Institut Pasteur, Lille.

La grippe contractée en voyage constitue un risque mal identifié, parmi les infections respiratoires aiguës du voyageur. La vaccination anti-grippale est peu appliquée aux voyageurs exposés, en raison de l'accessibilité problématique du vaccin en dehors de la période automnale retenue pour sa distribution.

1. Les problèmes soulevés lors des 15^{ème} Rencontres européennes sur la grippe et sa prévention (session "Grippe et voyages"), tenues à Istanbul les 23-25 septembre 2002, organisées par le Groupe d'études et d'information sur la grippe (GEIG) ont été les suivants :

- L'incidence de la grippe en voyage est mal évaluée. Difficile à mesurer, elle est probablement importante (en raison de la grande contagiosité de la maladie et de sa très courte incubation), en particulier quand les voyageurs traversent un foyer épidémique (connu ou non), et surtout dans les voyages en groupe en bateaux de croisières, en bus, en avion (?), dans les grands rassemblements et les pèlerinages.

- Les indications de la vaccination sont insuffisamment précisées. Certes, il est recommandé de vacciner les personnes à risque de grippe sévère ou compliquée (>65 ans, cardiaques, bronchitiques chroniques, etc...) qui ont négligé de se faire vacciner en automne. Mais d'autres voyageurs, soucieux de ne pas compromettre le déroulement de leur voyage (professionnel ou d'agrément) pourraient bénéficier de la vaccination quand ils traversent un foyer épidémique. Enfin les professionnels en contact avec les voyageurs et surtout les groupes de voyageurs (transporteurs, voyageurs etc...) pourraient être incités à se faire vacciner.

- Le vaccin grippal est très insuffisamment disponible tout au long de l'année. L'accès au vaccin "hémisphère nord" est limité en France, en officine, aux mois d'octobre, novembre et décembre, période de la vaccination gratuite des personnes à risque. Au-delà du 1^{er} janvier les doses de vaccins

conservées par certains centres de vaccinations internationales sont utilisables jusqu'à juin (le nouveau vaccin obtenant son AMM en juillet pour être distribué en octobre). Donc, plus aucun vaccin grippal n'est disponible de juillet à septembre. Enfin le vaccin "hémisphère sud" qui peut être différent du vaccin "hémisphère nord" est inaccessible faute d'AMM européenne. Rappelons que la saison de la grippe est inversée dans l'hémisphère sud, et que sous les tropiques, les épidémies de grippe peuvent survenir à tout moment de l'année.

- L'information sur les risques de grippe dans le monde, notamment sur les bouffées épidémiques (probables ou confirmées), est certes accessible sur plusieurs sites internet, mais insuffisamment diffusée en temps réel auprès des vaccinés (Centres de vaccinations internationales, médecins du travail, généralistes).

2. La nécessité d'améliorer l'application de la vaccination anti-grippale aux voyageurs a conduit le GEIG à mettre en place un groupe de travail, composé de D. CAMUS, CL. HANNOUN, E. NICAND, M. REY et S. VAN DER WERF, qui s'est réuni au Val de Grâce le 14 janvier 2003. Voici les propositions émises par ce groupe de travail, lesquelles seront soumises au Conseil scientifique du GEIG, en avril 2003 :

- **améliorer la disponibilité du vaccin anti-grippal de janvier à octobre**, notamment dans les officines, sachant que les producteurs n'envisagent pas de reprendre la production en cas d'épidémie: obtenir une prolongation de validité, de juillet à septembre, du vaccin distribué depuis l'automne précédent; rendre le vaccin "hémisphère sud" (au moins quand il diffère de celui de l'hémisphère nord) accessible aux Centres de vaccinations internationales, par une ATU (de cohorte si possible, ou à défaut individuelle),

- **améliorer l'information en temps réel des vaccinés**, notamment des Centres de vaccinations internationales, sur les risques de grippe dans le monde, par un bulletin électronique qui serait établi et diffusé par l'Institut Pasteur de Lille (cellule "Fourniture d'informations épidémiologiques"), sous le contrôle d'un Comité de pilotage, coordonné par D. CAMUS, via la messagerie Email et le site web de la SMV sous la forme de messages mensuels, et de messages ponctuels d'alerte éventuelle,

- **améliorer l'information** et la sensibilisation du public via les media.

PRÉSENTATION DU PORTAIL INTERNET "ABANDON-ADOPTION INTERNATIONALE"

JF CHICOINE & R. BARIL,
Montréal

Jean François CHICOINE, médecin, professeur à l'université de Montréal et spécialiste en pédiatrie internationale, et Rémi BARIL, gestionnaire et expert en technologies de l'information et des communications ont été heureux de présenter à la SMV *Le monde est ailleurs.*, une société spécialisée dans la création de portails francophones, de ressources scientifiques, et de portails ludo-éducatifs, ayant pour objectif principal l'information sur la santé, les réalités, la cause et les droits de l'enfance et de la jeunesse à travers le monde. La connaissance sur les thèmes relatifs au nomadisme humain – migrations, mouvance de populations, voyages intercontinentaux, mondialisation des cultures, nutrition et maladies infectieuses, ou encore expéditions et aventures – sont ainsi donc au centre des projets de communications, de formations, de création et de développement international de *Le monde est ailleurs.*

Le premier des portails créés par la société, est " *Abandon, adoption, autres mondes* " dont l'adresse du site internet est www.meanomadis.com.

Il permet, d'une part, aux usagers d'aborder le destin des enfants nomades d'une façon nouvelle et, d'autre part, aux auteurs d'exercer une action efficace grâce à l'ingéniosité de l'utilisation optimale d'un gestionnaire de contenu adapté aux besoins des créateurs.

La page d'accueil d' " *Abandon, adoption, autres mondes* " transporte immédiatement l'utilisateur dans l'espace international et non dans la chambre à coucher nord-américaine ou européenne, d'un bébé désirable. Le projet de Rémi BARIL et Jean François CHICOINE est en effet sans ambiguïté: il traite d'abord d'abandon dans le monde, des jeunes de la rue, des orphelins de la pauvreté, etc, tout en approfondissant le sujet de l'adoption, avec ses beaux côtés, mais aussi ses ratés, avec des incursions dans les univers connexes de la migration, de la condition des jeunes réfugiés et finalement du pluriculturalisme.

Les ressources documentaires sont réalisées avec la participation de médecins, d'anthropologues, de réalisateurs et de photographes issus de plusieurs pays. Fonctionnant à la fois à la manière d'un

documentaire d'auteur et comme un outil de référence ultra pratique, le portail se présente, et comme une vision lucide de la santé internationale, et comme un guide de service pour les parents adoptifs qui sont autant de voyageurs vers l'étranger. Les membres de la SMV sont invités à y participer en tant qu'auteurs et photographes.

• **Le livre " *L'enfant adopté dans le monde en quinze chapitres et demi* "** de Jean-François CHICOINE, Patricia GERMAIN et de Johanne LEMIEUX aux Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine (pré, per et post-adoption).

Ce livre fait appel à la science et à un humanisme nécessaire pour prendre en charge les enfants et les adolescents, dans une perspective multidisciplinaire. Il a été inspiré par les milliers d'enfants rencontrés par les auteurs au cours de leurs carrières. Il est fait pour les nombreux parents hantés par des questions sans réponse. Il a été pensé aussi pour les intervenants, trop souvent isolés face à la détresse et aux questionnements des familles.

• **Le recueil de textes " *L'adoption internationale: démystifier le rêve pour mieux vivre la réalité* "** de Johanne LEMIEUX (pré et post-adoption).

Ce recueil est un guide pratique pour les parents adoptifs et les intervenants en adoption internationale. Ce recueil a été préparé par Mme Johanne LEMIEUX, travailleuse sociale du Bureau de consultation en adoption de Québec.

• **Le cours "© *L'adopteparentalité* "** (niveau I et II) conçu et livré par Mme Johanne LEMIEUX est un cours pour les intervenants (post-adoption) :

- formation des intervenants en intervention post-adoption - NIVEAU I,

Introduction à la méthode: mieux saisir la réalité des parents et des enfants;

-formation des intervenants en intervention post-adoption - NIVEAU II,

Utiliser les outils d'évaluations et d'interventions psychosociales de l'approche " adopteparentalité ".

• **Le cours " *La santé de l'enfant adopté* "** spécialement conçu pour les familles adoptantes: toute l'expertise clinique du Dr Jean-François CHICOINE et de Mme Patricia GERMAIN, infirmière en santé internationale (pré-adoption).

Les informations concernant la santé de

l'enfant adopté sont souvent difficiles à obtenir, et parfois, encore plus difficiles à comprendre. Le cours sur la santé de l'enfant adopté vise à outiller le parent face aux difficultés reliées à la santé de son futur enfant. La particularité de ce cours réside dans son contenu spécialisé. Il est actualisé et continuellement maintenu à jour grâce aux plus récentes recherches en matière de santé en adoption internationale. Le cours est d'une durée de 9 heures. Il est possible de le suivre de deux façons, soit sur une période de trois semaines consécutives à raison d'un soir par semaine avec des sessions de 3 heures, soit sur une fin de semaine.

• **Le cours "© *L'adopteparentalité: l'art d'être parent adoptant au quotidien* "** conçu et livré par Mme Johanne LEMIEUX est un cours pour les parents adoptants (post-adoption).

Après le long processus d'adoption, vous êtes enfin de retour à la maison avec votre enfant tant désiré, tant espéré. Vous êtes convaincus que la partie la plus difficile de cette aventure est bel et bien derrière vous et qu'il ne vous reste qu'à être heureux dans votre nouvelle vie de famille. Mais voilà, au fur et à mesure que les heures, les jours et les semaines passent, vous réalisez que votre petit bout de chou semble avoir des réactions physiques et émotives imprévues pour lesquelles la sagesse populaire ne vous est d'aucun secours. Oui, les enfants adoptés sont des enfants comme les autres mais avec certaines options supplémentaires qu'il vaut mieux connaître si l'on veut devenir ou demeurer des parents sereins et compétents qui vont réussir à aider leurs enfants à s'épanouir pleinement.

Pour informations :

Le monde est ailleurs

10, 51e Avenue, Notre-Dame de l'Île Perrot (Québec)

J7V 7L8 (514) 453-6969

info@meanomadis.com

MEA: Monde est ailleurs &

NOMADIS: Nomade



Compte rendu de colloque

VII^e INTERNATIONAL POSTDAM SYMPOSIUM ON TICK BORNE DISEASES

Berlin,
13-14 mars 2003.

Ce symposium fort intéressant a réuni des représentants de nombreux pays d'Europe septentrionale et orientale, mais aussi de France, d'Irlande, d'Italie, du Portugal, des Etats-Unis, et même du Japon.

Le thème principal était représenté par la méningo-encéphalite à tiques (MET), et la maladie de Lyme. Les présentations portaient essentiellement sur l'épidémiologie des vecteurs et sur les moyens de prévention des infections.

Parmi les points importants retenus :

- L'influence du climat sur la distribution des tiques, vecteurs de ces infections: plusieurs présentations ont fait état d'une extension du foyer naturel des tiques tant en altitude qu'en latitude, du fait d'un réchauffement de quelques degrés de la température atmosphérique. D'autres facteurs tels que les conditions socio-économiques ou encore la pollution d'origine industrielle, interviennent également: ainsi en république Tchèque, une corrélation inverse a-t-elle été observée entre le dioxyde de soufre rejeté par des usines de produits chimiques, et la présence de tiques.

- La prévalence non négligeable de la MET dans le nord de l'Italie: en Vénétie, plus de 102 cas autochtones ont été diagnostiqués durant les 26 dernières années. La période à risque est beaucoup plus longue que dans le reste de l'Europe: pratiquement toute l'année à l'exception des mois de janvier à mars! Cinq patients ont nécessité une assistance respiratoire-sen unité de soins intensifs et quatre présentent des déficits moteurs persistants.

- La possibilité de co-infection d'une même tique par plusieurs germes pathogènes: *Ehrlichia*, *Rickettsia* et *Babésia*. Une étude de compatibilité entre ces différents micro-organismes a été réalisée à Saint Petersburg, chez *Ixodes persulcatus*.

- La présence de spirochètes dans les tiques au Portugal: les résultats préliminaires d'une étude en cours de la situation épidémiologique dans ce pays, ont été présentés.

- La simplification apportée par l'analyse de l'ADN présent dans les résidus du repas sanguin des tiques, pour l'identification de leur réservoir animal: cette méthode est plus facile à appliquer que la capture d'un grand nombre d'animaux sauvages et les études en laboratoire d'infections par les germes responsables de zoonoses transmises par les tiques.

- Différentes études randomisées comparant l'efficacité et la tolérance des deux vaccins actuellement disponibles contre l'encéphalite à tiques: FSME-IMMUN (TicoVac®, en France, commercialisé par Baxter), et Encepur® (produit par Chiron, non commercialisé en France).

La mise en évidence, il y a 2 ans, d'effets indésirables tels que fièvre ou convulsions liés au vaccin FSME-IMMUN, a conduit à lui ajouter de l'albumine humaine comme stabilisant; l'évaluation de cette nouvelle présentation a été présentée: sa tolérance s'en trouve améliorée, et son efficacité reste identique à celle du vaccin précédent.

- Un vaccin, préparé par une équipe slovaque à partir d'antigènes salivaires de la tique, a montré sa capacité à bloquer la transmission du virus TBE (tick born encephalitis), chez la souris.

Dans le nord-est des Etats-Unis, un protocole visant à diminuer la transmission de la maladie de Lyme en intervenant sur son cycle naturel, est en cours d'évaluation: ce protocole combine une application d'acaricide sur les daims, hôtes des tiques, et l'administration d'un vaccin oral à un petit rongeur *Mus musculus*, l'un des principaux réservoirs de *B. burgdorferi*. Les premiers résultats sont intéressants, mais la question du rapport coût-efficacité se pose néanmoins.

Quant au vaccin à usage humain contre la maladie de Lyme produit par GSK et commercialisé aux Etats

Unis sous le nom de Lymerix®, il a été retiré du marché à la suite d'effets indésirables ayant donné lieu à des poursuites juridiques, bien que l'imputabilité du vaccin ne soit pas démontrée.

Maladie de Lyme toujours: des patients souffrant d'une forme chronique, traités par antibiothérapie, ont été suivis sur une période de plusieurs années: la guérison clinique s'est accompagnée de la disparition des anticorps spécifiques de type Ig G, alors qu'en cas d'échec du traitement, la sérologie restait positive; un petit groupe de patients (16 %) a conservé des anticorps tout en étant asymptomatiques. Ces résultats laissent penser que la présence des anticorps sériques, même en l'absence de signes cliniques, traduit la persistance de l'infection à l'état latent.

Des cas autochtones de leishmaniose cutanée ont été mis en évidence dans le sud de l'Allemagne, chez des animaux domestiques ou/et chez des enfants, ce qui amène à se demander si la leishmaniose pourrait devenir endémique en Allemagne.

Et, pour terminer, une communication qui entre dans le champ d'intérêt de la commission Recherche de la SMV: deux tests permettant d'analyser l'efficacité des différents répulsifs sur la tique européenne: *Ixodes ricinus*, mis au point par une équipe berlinoise.

C. GOUJON &
L. CHANTREUIL

QUELQUES INFORMATIONS

• Alain AUFRÈRE quitte GSK.

- La SMV tient à remercier très sincèrement Alain AUFRÈRE pour la longue collaboration, particulièrement soutenue, fructueuse et amicale, qu'il a entretenue avec notre Société, dont il a toujours été un membre actif, et pour le soutien des Laboratoires SmithKline-Beecham, puis GSK, qu'il a personnellement contribué à lui apporter.

• Beyrouth, 3-4 octobre 2003.

- La Société libanaise de pathologie infectieuse invite la SMV à participer activement à sa réunion d'automne, prévue à Beyrouth les

3-4 octobre prochains, sous la forme d'un symposium dédié à la médecine des voyages, dont le programme scientifique serait confié à la SMV, et qui se tiendrait le vendredi 3 en fin de matinée. Cette réunion pourrait être suivie d'un post-congrès (visite du Liban, pays riche en sites et en monuments remarquables). Le coût de ce déplacement serait de l'ordre de 1000 à 1500 euros par personne, en fonction du nombre de participants. Un sponsoring privé est espéré. Bien entendu, ce projet ne pourra se réaliser que si la situation internationale, actuellement très perturbée dans cette région, le permet. Ceux qui se laisseraient tenter par cette proposition libanaise sont invités à se faire connaître auprès de Michel REY, <mreysmv@easynet.fr>

Quelques ouvrages conseillés, parus récemment

• Malintrop Afrique, par

E. PICHARD, J. BEYTOUT, J. DELMONT,
B. MARCHOU et coll., John Libbey Eurotext,
2002, 589 p.

• Vidal du Voyageur, Vidal ed. Paris

2003, 336 p.

• L'enfant adopté dans le

monde (en quinze chapitres et demi), par

JF CHICOINE, P. GERMAIN, J. LEMIEUX, Editions
Hôpital Ste Justine, Montréal, Québec, 2003,
474 p.

• Les maladies du voyageur, conseils et prévention, par

P. BOURÉE, Editions Michel Servet, Lyon, 2003,
120 p.



Vendredi 13 décembre 2002, Chili. Vaccination anti-amarile.

Le Chili a modifié sa législation vaccinale pour les voyageurs :

- la vaccination anti-amarile est maintenant exigée de tout voyageur provenant d'une zone d'endémie amarile ;

- des exigences particulières sont formulées pour l'Easter Island (l'île de Pâques, située dans le Pacifique Sud, à 3800 km de la côte chilienne) : la vaccination anti-amarile est exigée de tout voyageur qui entre dans cette île ou en sort, par quelque voie que ce soit.

Aedes aegypti, vecteur de dengue et de fièvre jaune, est actuellement présent sur l'île de Pâques. Quelques cas de dengue ont été signalés en 2002 sur l'île. Jusqu'ici, la présence d'*Aedes aegypti* sur le continent chilien n'a pas été observée, mais le risque d'importation de ce vecteur existe tant qu'il n'a pas été éradiqué de l'île.

La nouvelle législation est entrée en vigueur le 8 novembre.

Source: Promed, 11 décembre 2002.

Mercredi 18 décembre 2002.

Quelle actualité pour la vaccination antivariolique ?

1- La variole est éradiquée, dans le monde entier, depuis 1980. Le dernier cas remonte à 25 ans (1977, Somalie). Tous les pays, sans exception, ont abandonné depuis deux décennies la pratique de la vaccination antivariolique.

2- Des résurgences de la variole sont actuellement redoutées dans le cadre d'actions terroristes menées par des puissances ou des organisations ayant conservé clandestinement du virus variolique. Ces résurgences frapperaient des populations qui n'ont jamais été vaccinées ou qui, dans leur très grande majorité, ont perdu leur immunité vaccinale.

3- S'il était avéré qu'il existe une menace certaine de cette nature ou que des cas de variole soient effectivement observés en un lieu donné, il appartiendrait aux autorités sanitaires concernées de prendre les mesures de prévention appropriées. Des stocks de vaccin sont constitués dans ce but, mais le vaccin n'a pas encore été remis en distribution.

4- Le vaccin antivariolique, qui est le virus de la vaccine, s'administre par multipuncture à l'aiguille bifurquée. D'une efficacité absolue, il est malheureusement capable d'entraîner des complications graves, locales (*eczema vaccinatum*) ou neurologiques (*encéphalites*, pouvant laisser des

séquelles neuropsychiques, ou mortelles). La survenue de complications neurologiques est imprévisible.

5- Les complications de la vaccination conduiront à ne l'entreprendre à large échelle qu'après avoir bien mesuré les avantages et inconvénients d'une telle opération et après avoir respecté les contre-indications de la vaccination : cutanées (en particulier l'eczéma), immunologiques (les états d'immuno-dépression), physiologiques (la grossesse).

La lésion vaccinale étant une lésion ouverte, l'apparition de complications vaccinales chez des contacts de vaccinés (eczémateux, immuno-déprimés) ne peut être exclue.

6- En se basant sur des statistiques datant des années 60, le risque de complication mortelle est évalué par le CDC d'Atlanta à 1 ou 2 cas pour 1 000 000 de vaccinations, estimation considérée comme a minima. Selon deux statistiques, datant de la même période, le risque de complication mettant en jeu le pronostic vital varie de 1 pour 60 000 à 1 pour 20 000 ; le risque de complication sérieuse est de 1 pour 8000.

L'incidence des complications vaccinales a été surtout évaluée chez des primo-vaccinés (généralement des enfants ou des nourrissons). Le risque de complication, en particulier neurologique, est considéré comme plus faible en cas de revaccination. La durée de la protection vaccinale (après primo-vaccination) est controversée : dix ans ? ou plus ?

7- Bien qu'on ignore la stratégie utile de diffusion de cette arme biologique et l'impact épidémiologique qui en résulterait, les pays qui s'estiment les plus menacés envisagent de reprendre la vaccination en commençant par les professionnels de santé qui seraient appelés à prendre en charge des varioleux dans des structures préalablement définies, des militaires, ou tout groupe humain exposé.

8- C'est le cas des Etats-Unis. Très récemment, les autorités sanitaires de ce pays ont fait savoir qu'elles commençaient à vacciner en petit nombre des professionnels de santé, d'abord sur le principe du volontariat. Elles envisagent d'étendre cette vaccination dans le courant de 2003 à l'ensemble des personnels susceptibles de se trouver en contact avec des varioleux, notamment dans les services d'urgence et dans les hôpitaux (450000 personnes concernées), à des militaires (500000?), à certains personnels civils se trouvant à l'étranger dans des zones à risque, en particulier au Moyen-Orient. A terme, mais pas avant la fin de l'année à venir ou le début de l'année suivante, la vaccination pourrait être administrée à tout citoyen qui la demanderait. Le président des Etats-Unis lui-même envisage, à titre personnel, de se faire vacciner. Mais la vaccination ne sera imposée ni à sa famille ni au vice-président.

En pratique, il n'y a aucune raison de penser que le risque de variole est imminent et aucun programme exécutif de vaccination n'est défini. Mais en cas d'urgence, un plan de vaccination de masse devrait pouvoir être mis en oeuvre sans délai.

9- Quelques autres pays s'engagent vers une vaccination limitée à des groupes, civils ou militaires, à risque :

- le Royaume-Uni qui envisage l'immunisation de quelques centaines de militaires et de professionnels de santé; - Israël, qui s'estime spécialement menacé: 1500 membres de personnels d'urgence y ont été vaccinés depuis l'été et, si nécessaire, la vaccination sera étendue à une population plus large;

- le Canada;

- la France où le Ministère de la santé n'exclut pas la prochaine vaccination d'une équipe médicale d'urgence de plusieurs dizaines de volontaires.

10- En cas de résurgence terroriste de la variole, tout autant - et peut-être plus - qu'une large couverture vaccinale des populations, la rapidité avec laquelle seront dépistés puis circonscrits les nouveaux cas jouera un rôle important dans le contrôle de l'épidémie. On peut rappeler qu'au cours des années 70, le succès de la lutte antivariolique qui conduisit à son éradication vint, non de l'élargissement des couvertures vaccinales, mais d'une rigoureuse politique d'endiguement de la maladie autour de ses foyers réels.

11- Quelques préoccupations sont d'actualité: une évaluation actualisée des risques vaccinaux mais cela prendra du temps; l'étude de l'efficacité du vaccin dilué, qui

permettrait de mieux utiliser les stocks de vaccin existants; la production de vaccin en quantité suffisante pour être capable de faire face à toute situation; la mise au point d'un vaccin mieux toléré, mais là encore, son évaluation sera longue; la crainte, si la menace terroriste s'exprime, de se trouver en présence d'un virus variolique qui a été modifié pour être moins sensible à l'immunité croisée induite par le virus de la vaccine (l'interleukine-4 pourrait être utilisée à cette fin).

12- La variole est une fièvre éruptive dont la durée d'incubation est de 7 à 17 jours (moyenne 12 à 14 jours). L'éruption, qui évolue d'un seul tenant, et non par poussées successives comme celle de la varicelle, se généralise en donnant des lésions vésiculeuses puis pustuleuses, abondantes sur la face et les extrémités. La contagiosité interhumaine est très forte, la létalité élevée.

13- En l'absence d'une résurgence effective de cette maladie, dont il est impossible de mesurer la probabilité, de prévoir la localisation et l'importance, la reprise de la vaccination antivariolique est aussi inutile que déconseillée, aussi bien chez les voyageurs que dans la population générale.

Références

- Promed, 20 Aug 2002. Smallpox vaccination strategy - Israel. Promed-ID: 20020820.5095
- Promed, 30 Aug 2002. Smallpox. Duration of immunity. Smallpox Vaccination May Be Effective for Longer Than Assumed Previously. Promed-ID: 20020830.5193
- CDC. ACIP Smallpox Vaccination Recommendations (Updated October 21, 2002). <http://www.bt.cdc.gov/agent/smallpox/vaccination/acip-recs-oct2002.asp>
- Promed, 12 Nov 2002. Smallpox vaccination strategy (USA) - Promed-ID: 20021112.5785
- Interim guidelines for smallpox response and management published in the United Kingdom. *Eurosurveillance Weekly* 2002; 6: 5 December <http://www.eurosurv.org/2002/021205.html>
- CDC. Smallpox Vaccination <http://www.bt.cdc.gov/agent/smallpox/vaccination/index.asp>
- Promed, 13 Dec 2002. Smallpox vaccination strategy (USA) - Promed-ID: 20021213.6059.
- CDC. Protecting Americans: Smallpox Vaccination Program. December 13, 2002 <http://www.bt.cdc.gov/agent/smallpox/vaccination/vaccination-program-statement.asp>

Lundi 13 janvier 2003, Burkina Faso. Méningites à méningocoques.

La deuxième semaine de décembre a été marquée par une reprise d'activité des méningocoques au Burkina Faso. Du 5 au 12 décembre, 123 cas de méningites, dont 16 mortels, ont été recensés, dans 53 districts de santé. Des prélèvements ont indiqué la "persistance" du méningocoque W135, responsable de la forte épidémie de 2002.

Source: Promed, 3janvier 2003.

Lundi 13 janvier 2003, République dominicaine. Dengue.

Depuis le mois de novembre, 188 cas suspects de dengue ont été vus en milieu hospitalier à Saint-Domingue, dont 100 avec des manifestations hémorragiques. Les cas pro-

venaient de plusieurs régions du pays, mais surtout de la province de Saint-Domingue. En 2002, 2700 cas suspects de dengue avaient été observés dans le pays, dont 30 mortels.

Source: Promed, 6 janvier 2003.

Lundi 13 janvier 2003, Côte d'Ivoire. Choléra.

Pour la période allant du 22 décembre 2002 au 5 janvier 2003, 70 cas de choléra, dont 15 mortels, sont survenus dans le village de Tabléguikou-Glé (étoile sur la carte), situé à 15 km au sud-est de Divo.

Confirmation du diagnostic par l'Institut Pasteur d'Abidjan.

Source: OMS, 8janvier 2003.

Mercredi 22 janvier 2003, Guinée. Fièvre jaune.

L'OMS rapporte que 11 cas de fièvre jaune, dont 6 mortels, sont survenus en Guinée (région de Macenta, au sud-est du pays). La déclaration de la Guinée date du 31décembre. La date de début de l'épidémie n'est pas précisée.

La dernière épidémie de fièvre jaune de Guinée remontait à la période septembre 2000 - janvier 2001. Elle avait été de 688 cas et 255 décès. Maximum de cas dans les districts de Mamou et Labé. En 1989, une petite épidémie avait touché les régions de Siguiri et Kouroussa, au N.-E.

Sources: *Rel EpidémHebd*, 17 janvier 2003, 78 (3). Promed, 20janvier 2003. Edisan

Mercredi 22 janvier 2003, Brésil. Fièvre jaune.

Le Ministère de la santé du Brésil rapporte que 24 cas de fièvre jaune selvatique, dont 5 mortels, sont survenus depuis le 25 décembre dans une zone rurale de l'Etat de Minas Gerais (région de Diamantina, 200 à 250 km au nord de Belo Horizonte (étoile noire sur la carte). Des cas suspects sont également signalés dans un village de l'Etat d'Acre, proche du Pérou. La dernière épidémie de fièvre jaune de l'Etat de Minas Gerais (32 cas, 16 décès) date de mars 2001, dans le centre-ouest du pays (Leandro Ferreira à 140 km à l'ouest de Belo Horizonte) (étoile rouge sur la carte). En janvier2002, un cas de fièvre jaune selvatique avait encore été observé à Bom Despacho (même région que l'épidémie de 2001).

Bien que non obligatoire pour le Brésil, la vaccination amarile est vivement recommandée pour tout séjour dans ses zones endémiques (voir notre dépêche du 18juillet 2001). Au cours des dernières années, trois touristes ont contracté la fièvre jaune au Brésil, tous dans la région de Manaus: un Suisse en juillet 1996, un Américain des Etats-Unis en août 1996, un Américain des Etats-Unis en avril2002. Aucun n'était vacciné. Les trois sont décédés.

Sources: Promed, 15/16/18 & 21 janvier 2003

Edisan.

Mercredi 5 février 2003, dengue en Amérique, en Asie, en Océanie.

On observe en ce début d'année une assez importante activité de la dengue dans de nombreuses régions du monde.

- **Amériques.** Plusieurs Etats du Brésil sont touchés: Acre, Ceara, Espirito Santo, Goias, Mato Grosso, São Paulo. En Bolivie, ce sont les régions de Santa Cruz et Cochabamba, avec pour la première fois des cas de dengue hémorragique, peut être consécutifs à l'introduction récente dans le pays du virus DEN 3. En République dominicaine, de nombreux cas de dengue sont survenus en décembre dans la capitale, avec un très fort pourcentage de cas de dengue hémorragique. Des cas récents de dengue hémorragique sont aussi signalés au Mexique, au Salvador, au Honduras.

- **Asie.** La région la plus touchée semble être la Malaisie péninsulaire (Etats de Johor au sud, de Perak au nord de Kuala Lumpur, de Selangor proche de Kuala Lumpur, So). On signale aussi des cas en Malaisie insulaire (Sarawak), en Indonésie (province de Central Java), au Sri Lanka (Colombo, et région de Puttalam au nord-ouest). La Thaïlande s'est placée en situation d'alerte.

- **Océanie.** Cas signalés en Nouvelle-Calédonie, à Nouméa et dans ses environs (une campagne anti-moustiques est en cours); à Wallis et Futuna; dans les îles Fidji.

* On trouvera une carte générale de la dengue et des régions infestées par *Aedes aegypti* sur le site Web du CDC d'Atlanta à : <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/dengue/map-distribution-2000.htm>

Mercredi 5 février 2003, Burkina Faso. Méningites.

Le Ministère de la santé du Burkina Faso fait état de 984 cas de méningites, dont 186 mortels (létalité: 20 %), pour la période allant du 1 au 26 janvier. Quatre districts sanitaires ont été placés en état d'alerte épidémique: Batié, Kossodo, Manga, Tenkodogo.

Vingt-huit échantillons de LCR ont été analysés par le Laboratoire national de santé avec les résultats suivants: *Neisseria meningitidis* séro-groupe W135: 10, *Streptococcus pneumoniae*: 8, *Haemophilus influenzae* type b: 4.

Voir aussi notre dépêche du 13 janvier 2003.

source: OMS, 4 février 2003.

Mercredi 5 février 2003, Guinée. Fièvre jaune

Au 23 janvier, le nombre de cas de fièvre jaune rapportés par la Guinée (voir aussi notre dépêche du 22 janvier qui donnait la situation au 31 décembre), est de 43 avec 24 décès. Les régions touchées sont les préfectures de Macenta et Kérouané. La confirmation diagnostique a été apportée par les Instituts Pasteur de Dakar et de Lyon.

Une vaccination de masse visant 600000 personnes est en cours dans les régions concernées.

source: OMS, 3 février 2003.

Dimanche 9 février 2003, Congo. Virose Ebola.

Le Ministère de la santé du Congo, le Centre

international de recherche médicale de Franceville du Gabon et l'Organisation mondiale de la santé entreprennent une enquête sur des cas suspects de virose Ebola dans le district de Mbomo, région de la Cuvette. Seize décès humains sont en effet signalés dans cette région déjà frappée par une épidémie en 2002 (décembre 2001-mars 2002: épidémie de 81 cas, 62 décès ayant frappé le Gabon dans la région de Mékambo et le Congo voisin dans la région de Mbomo), avec à nouveau des cas dans la région de Mbomo en juin 2002. Cette zone est maintenant connue comme une zone d'activité du virus Ebola parmi les populations animales de primates. L'épidémie de 2002 avait été déclenchée par la manipulation d'un cadavre de chimpanzé. Une forte mortalité aurait aussi frappée la population de gorilles de cette zone. Depuis le mois de décembre plusieurs décès sont survenus chez des gorilles et des chimpanzés dans la région de Lossi (Lossi Gorilla Sanctuary) situé à 15 km au sud-ouest du parc national d'Odzala (parc aménagé pour l'écotourisme). Des virus Ebola ont été identifiés sur plusieurs de leurs cadavres. Tout contact avec des cadavres de singes doit être formellement évité. Les villageois, qui les manipulent et les dépècent pour consommer leur chair, sont invités à s'en abstenir. Il reste que les modalités que le passage du virus Ebola de l'animal à l'homme restent mal connues et qu'il importe aussi de s'assurer que les virus isolés chez l'animal et l'homme sont génétiquement identiques.

Le site web :

<<http://www.ecofac.org/Composantes/CongoOdzala.htm>> précise la situation de Mbomo, du parc national d'Odzala, du village de Lossi, tous cités dans le texte.

Sources:

OMS, 7 février 2003

Promed, 5 décembre 2002 (20021207.5996), 24/01/03 (20030124.0212), 5/02/03 (20030205.0315), 8/02/03 (20030208.0330, 20030208.0331, 20030208.0332).

Dimanche 9 février 2003, France.

Calendrier vaccinal 2003

Le calendrier vaccinal 2003, élaboré par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF), vient de paraître dans le n° 6/2003 du *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH)*.

De nouvelles recommandations concernent les vaccinations contre l'hépatite A (pour les patients infectés chroniques par le virus de l'hépatite B et les homosexuels masculins), contre les infections invasives à pneumocoque (pour des enfants à risque) et les infections invasives à méningocoque C (dans certaines circonstances qui sont précisées).

Outre un tableau synoptique du calendrier, on trouvera dans ce numéro du *BEH* toutes les recommandations utiles à la bonne pratique des vaccinations:

Recommandations générales (coqueluche, rougeole - oreillons - rubéole, tuberculose);

Risques professionnels (professions de

santé, autres professions);

Recommandations particulières (diphtérie, fièvre jaune, grippe, hépatite A, hépatite B, infections invasives à méningocoques C, infections invasives à méningocoques, fièvre typhoïde).

Pour les risques liés au voyage, la plupart des informations utiles se trouvent dans le paragraphe "risques particuliers", mais il est aussi renvoyé aux recommandations sanitaires élaborées par le comité spécifique du CSHPF qui sont publiées chaque année dans le *BEH* (n° 24/2002 pour la dernière version).

<http://www.invs.sante.fr/beh/default.htm>

Sources:

- *BEH* n° 6 (4 février 2003). Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France: calendrier 2003; autres avis.

- *BEH* n° 24 (11 juin 2002). Recommandations et avis destinés aux voyageurs.

Lundi 24 février 2003, Indonésie. Virose Chikungunya à Java.

Le virus Chikungunya, qui est un arbovirus, sévit à Java dans le centre et l'ouest de l'île. Depuis décembre, 500 personnes auraient été infectées par ce virus dans la province de Yogyakarta et 250 autres dans la ville de Bandung. Depuis la mi-janvier, près de 100 cas ont été signalés dans la ville de Cirebon. L'année dernière, des cas de cette virose avaient déjà été observés dans les villes de Bekasi (West Java), de Purworejo et Klaten (Central Java).

Le virus Chikungunya est un *Alphavirus* transmis par des moustiques du genre *Aedes*, notamment *Aedes aegypti* et *Aedes albopictus*. La présence de ces vecteurs en milieu urbain et suburbain explique la survenue possible de ces infections dans les grandes agglomérations. Selon les autorités sanitaires d'Indonésie, aucune région du pays ne peut se considérer comme à l'abri du virus. L'activité des *Aedes* est diurne.

Après une incubation d'une durée moyenne de 2 à 3 jours, la virose Chikungunya se présente comme une infection algo-fébrile particulière par l'intensité des douleurs ostéo-articulaires et musculaires. Les douleurs articulaires, qui frappent les petites articulations (mains, poignets, pieds, chevilles) sont très évocatrices du diagnostic. Un rash maculo-papulaire, d'apparition immédiate ou retardée (jusqu'au dixième jour), est parfois observé, avec ou sans pétéchies. L'évolution est spontanément favorable. La prévention repose sur la lutte contre les vecteurs et la prévention de leurs piqûres.

Source: Promed, 23 février 2003.

Lundi 24 février 2003. Variole. Plan de vaccination collective en France

Dans le cadre de son plan Biotox, le Ministère de la santé français a élaboré un plan national de réponse à une réintroduction "délibérée" de variole.

Après une définition du contexte et de l'état de la menace, ce plan est exposé en 13 fiches.

La première de ces fiches (fiche n°1) expose le plan de vaccination collective en fonction du niveau d'alerte, dont 5 échelons sont définis :

Niveau 1: aucun cas dans le monde (situation actuelle).

Vaccination d'une équipe nationale d'intervention pluridisciplinaire capable de mener toutes les actions nécessaires dont l'enquête épidémiologique, la prise en charge médicale, les investigations judiciaires, la vaccination des sujets contacts, la mise en place de mesures de sécurité et de confinement. Ceci représente environ 150 professionnels de santé.

N.B. L'équipe nationale d'intervention pluridisciplinaire est composée de personnel de santé mais également de personnels non médical (policiers, gendarmes, magistrats...). Le personnel médical de cette équipe nationale est l'équipe hospitalière dédiée de la zone Paris - Ile de France. Cette équipe hospitalière représente près de 150 personnes (détail dans la fiche n°3) qui devront être vaccinées dès maintenant. Dans cette équipe nationale sont inclus 5 médecins infectiologues par zone hors Paris - Ile de France (soit 30 médecins répartis sur le territoire) qui seront le " bras " déconcentré de cette équipe nationale. Ces médecins font également partie des équipes zonales qui sont prévues dès maintenant mais qui ne seraient vaccinées qu'en cas de menace spécifique.

Niveau 2: menace avérée (en l'absence de cas de variole).

Ce niveau serait atteint, par exemple, soit grâce aux informations obtenues par les services de renseignement, soit si quelqu'un était arrêté, où que ce soit dans le monde, en possession d'échantillons du virus de la variole. Vaccination d'au moins une équipe hospitalière dédiée dans chaque zone (la France métropolitaine étant divisée en 7 zones, dites zones de défense, regroupant chacune plusieurs régions), en plus de l'équipe nationale d'intervention pluridisciplinaire qui comprend déjà l'équipe hospitalière dédiée de la zone Paris - Ile de France. Les équipes zonales représentent environ 600 à 900 professionnels de santé.

Niveau 3: survenue d'un cas de variole dans le monde (en dehors du territoire national)

Vaccination des intervenants de première ligne (en plus des équipes zonales dédiées) soit jusqu'à 2 millions de personnes en ne comptant que les professionnels de santé, ce

Lundi 3 mars 2003, Burkina Faso. Méningites à méningocoques

Au 23 février, le nombre de cas de méningites recensés au Burkina Faso au cours de l'épidémie actuelle (voir notre dépêche du 5 février 2003) se montait à 3107 cas dont 480 mortels (létalité: 15,45 %). Dans un pays qui comporte 53 districts sanitaires, le seuil épidémique a été atteint dans 7 d'entre eux (Batié, Bogandé, Bousse, Manga, Pama, Po, Zabre) alors que 9 autres (Barsalogo, Boulsa, Dano, Koudougou, Leo, Nanoro, Sapone, Tenkodogo, Zorgho) sont placés en phase d'alerte. L'incidence des méningites est en augmentation dans tous les districts. Les premières investigations montrent la circulation des sérogroupes A et W135 des méningocoques. Une vaccination de masse a été entreprise dans certains secteurs avec un vaccin trivalent ACW135. Deux millions de doses de ce vaccin sont d'ores et déjà disponibles.

Sources: OMS, 27février 2003.

Lundi 3 mars 2003, dengue. Activité de la dengue en Amérique, en Asie, en Océanie

Thaïlande. En janvier, 800 cas de dengue ont été observés dans la région de Bangkok; en février, quelques dizaines dans l'île de Phuket.

Le Mexique (Etat de Morelos, proche de Mexico; et région de Puerto Vallarta, sur la côte ouest, à la latitude de Guadalajara), l'Equateur (sans précision géographique), les Philippines (Zamboanga, extrémité ouest de l'île de Mindanao), la Bolivie (Etat de Cochabamba), l'Inde (Etat de Kerala au sud-ouest du pays) sont aussi, actuellement, des zones d'activité du virus.

En Nouvelle-Calédonie, on signalait au 12 février, 60 nouveaux cas de la maladie (voir notre dépêche du 5 février 2003)

Sources: Promed, 24février 2003.

Lundi 3 mars 2003, Congo. Virose Ebola

Au 27 février, le nombre de cas suspects de virose Ebola dans les districts de Mbomo et Kelle (région de la Cuvette) se montait à 92 (dont 5 confirmés par le laboratoire), avec 80 décès.

Sources: Promed, 28février 2003. Notre dépêche du 9février 2003.

Lundi 3 mars 2003, Brésil. Fièvre jaune

Au 24 février, l'Etat de Minas Gerais signale 44 cas confirmés de fièvre jaune dans la région de Serro (une cinquantaine de km au S.-E. de Diamantina); 23 autres cas suspects sont en cours d'investigation; il y a eu 16 décès.

Sources: Promed, 1^{er} mars 2003, Notre dépêche du 22janvier 2003

Lundi 3 mars 2003, Indonésie. Virose Chikungunya.

L'épidémie de virose Chikungunya qui se poursuit dans l'île de Java (voir notre dépêche du 24 février 2003) s'est étendue à West Timor et la région centrale de l'île de Sulawesi (Célèbes).

Sources: Promed, 26 février 2003

Lundi 3 mars 2003, Chine. Syndrome respiratoire aigu.

Selon l'OMS, l'épidémie qui a causé du 16 novembre 2002 au 9 février 2003 dans 6 municipalités de la province de Guandong 305 cas d'infections respiratoires aiguës dont 5 mortelles, a été attribué à *Chlamydia trachomatis*. Les investigations se poursuivent. De source chinoise, le nombre de cas au 21février était de 345, dont 7 mortels et l'épidémie, qui est restée limitée à quelques villes de la région de Guandong, est "sur le déclin".

Sources: Rel. épidémiol hebdom OMS, 28février 2003; 78 (9): 57.

Promed, 21février 2003.

Mercredi 5mars 2003, Mauritanie. Fièvre hémorragique Crimée Congo.

Une épidémie de fièvre hémorragique Crimée Congo est signalée à Nouakchott. Les malades ont été admis à l'hôpital Sabah de la capitale. Le premier cas est du 18 février. Au 4 mars, le nombre de cas était de 21 cas, dont 5 mortels. Les cinq décès sont survenus les 26 et 27mars. Le diagnostic a été établi par l'Institut Pasteur de Dakar. Pour rassurer la population, très inquiète, les autorités sanitaires du pays ont fait savoir que les malades ayant été isolés, la situation semblait maîtrisée.

Le virus Crimée Congo (CCHF) est un arbovirus agent de zoonose. Transmis par des tiques qui sont à la fois à la fois réservoirs et vecteurs de virus, il compte parmi ses principaux hôtes naturels des animaux d'élevage (bovins, ovins, caprins, équins) porteurs de ces tiques à l'état adulte. L'infection est asymptomatique chez la majorité des animaux.

Le virus est transmissible de l'animal à l'homme par piqûre de tique. La durée moyenne de l'incubation de 3 à 7 jours. Au 4^e jour d'un syndrome algo-fébrile avec syndrome congestif et troubles digestifs, surviennent les premières manifestations hémorragiques: purpura, épistaxis, hémorragies gingivales, puis hémorragies viscérales diverses. La létalité est élevée. Il y a un risque de transmission interhumaine pour les sujets contacts de la phase hémorragique (risque pour les proches et les personnels soignants, ou pour la manipulation des prélèvements). Après contamination interhumaine directe, l'incubation a une durée habituelle de 5 à 6 jours, avec un maximum de 13jours.

La ribavirine a une certaine action curative. L'infection à virus CCHF ne se présente pas toujours comme une fièvre hémorragique. Il y a des formes d'infection purement fébriles ou asymptomatiques.

Très peu de cas humains de cette infection avaient été jusqu'ici signalés en Mauritanie, où l'on a plus souvent signalé l'activité d'un autre arbovirus agent de fièvre virale hémorragique, le virus de la fièvre de la vallée du Rift. Les derniers cas d'infection humaine à virus CCHF signalés en Mauritanie l'avaient été en 1990. A plusieurs reprises, des enquêtes sérologiques avaient fait état au cours des années 80 de la circulation du virus dans le pays.

Le virus CCHF est présent dans plusieurs pays d'Afrique tropicale et subtropicale, au

Moyen-Orient (de l'Egypte au Pakistan), dans les pays balkaniques et dans ceux de l'ex-URSS (voir carte OMS ci-jointe). L'Afrique du Sud, la Namibie, le Kosovo, les Emirats arabes unis, l'Iran, le Pakistan, la Russie (région du Caucase), le Kazakhstan, le Tadjikistan ont été, au cours des deux dernières années, les pays qui ont fait état d'une activité du virus CCHF.

Sources:

Promed, 3 mars 2003 - Correspondant Edisan, 4 mars 2003 - Edisan - OMS, Fact. sheet n°208, nov 2001.

http://www.who.int/csr/disease/crimean_congoHF/en/

Samedi 8 mars 2003, Niger. Méningites à méningocoques

Le Niger signale une épidémie de ménin-

gites à méningocoques. Au 3 mars: 1172 cas, 130 décès.

Six de ces décès sont attribués au méningocoque W135.

Source: Promed, 7 mars 2003.

Samedi 8 mars 2003, Burkina Faso. méningites à méningocoques

Au 6 mars, le nombre de cas de méningites signalés depuis le début de l'année se monte à 3691, avec 542 décès. Des campagnes de vaccination sont en cours dans les secteurs touchés par l'épidémie. Deux sérogroupes de méningocoques sont en cause : A et W135.

Voir aussi nos dépêches des 5 février et 3 mars 2003.

Source: OMS, 7mars 2003.

Epidémie de "syndromes aigus respiratoires sévères" (SARS)

Le point au 28 mars 2003

Des informations actualisées sur l'épidémie continuent à être fournies par l'Institut national de veille sanitaire (INVS), par le Ministère de la santé de France, par l'OMS, par le CDC d'Atlanta:

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

<http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/pneumopathies/index.htm>

<http://www.who.int/csr/sars/en/>

<http://www.cdc.gov/ncidod/sars/>

Voyages aériens.

Le 27 mars, l'OMS formule de nouvelles recommandations visant à réduire le risque de dissémination de la maladie http://www.who.int/csr/don/2003_03_27/en / Ces recommandations concernent tout particulièrement les voyageurs qui quittent les régions actuellement considérées comme des régions de transmission. Il est recommandé aux autorités sanitaires de ces régions d'identifier (par interview?) les passagers qui pourraient présenter des signes cliniques suspects. Les passagers qui, au départ de ces régions, présentent un état fébrile, doivent être invités à différer leur départ jusqu'à ce qu'ils aillent mieux. Comme il est avéré jusqu'ici que la transmission de la maladie nécessite un contact étroit (" en face-à-face ") avec un malade, si un cas suspect voyage dans un avion, les sujets véritablement à risque sont le voisin de siège, à un moindre degré les passagers des 2 rangées avant et des 2 rangées arrière, et le personnel de bord. Jusqu'ici, seul un très petit nombre de cas de malades suspects ou avérés ont voyagé sur un vol commercial au départ d'un pays de transmission. Cependant, si un malade suspect voyage sur un avion, la marche à suivre vis-à-vis des personnels de bord et des passagers ayant été en contact étroit avec lui a été maintenant précisée. Ils seront informés des symptômes dont ils devront surveiller l'apparition éventuelle et feront l'objet d'une surveillance. L'information sera étendue à leurs proches. L'ensemble de ces recommandations s'applique évidemment à tout autre mode de transport collectif (autre qu'aérien).

En sens inverse (voyageur au départ d'un pays de non transmission de la maladie), il n'y a toujours pas de recommandations visant à restreindre les voyages internationaux. Par prudence, les voyages vers les régions de transmission (voir plus haut le paragraphe 2) pourront être différés s'ils ne sont pas impératifs.

Il faut signaler dans les dernières informations de ce jour un cas possible de SARS chez une hôtesse présente sur le vol de Singapore Airlines venant de New York à Francfort qui a transporté 3 passagers présentant un tableau de SARS (voir notre flash Club Edisan du 18 mars 2003.

Sources: Références insérées dans le texte.

Au 10 avril 2003

Rappel sur la définition actuelle des cas de SRAS, selon l'Institut national de veille sanitaire (INVS), France,

http://www.invs.sante.fr/display/?doc=presse/2003/le_point_sur/sras_asie_010403

Les définitions suivantes ont été élaborées en France sur la base des recommandations de l'OMS

Sources. INVS, OMS, CDC, Promed.

Nombre de cas de SARS rapportés à l'OMS au 9 avril :

Pays ou région	Cas	Décès	Transmission locale
Allemagne	5	0	Non
Brésil	1	0	Non
Canada	94	10	Oui
Chine	1 280	53	Oui
Chine Hong Kong	970	27	Oui
Chine Taiwan	19	0	Non
Espagne	1	0	Non
Etats-Unis	149	0	Non
France	4	0	Non
Irlande	1	0	Non
Italie	3	0	Non
Malaisie	1	1	Oui
Roumanie	1	0	Non
Royaume-Uni	5	0	Non
Singapour	118	9	Oui
Suisse	1	0	Non
Thaïlande	7	2	Non
Vietnam	62	4	Oui
Total	2 671	103	

Définitions

En l'absence d'un diagnostic virologique précis, il ne peut encore y avoir de définition rigoureuse du SRAS.

Au fur et à mesure du progrès de la connaissance, sa définition est susceptible d'évoluer. Dans le numéro du *Relevé épidémiologique hebdomadaire (REH)* daté du 4 avril 2003, l'OMS propose une définition révisée des cas présumés et probables du SARS.

Cas présumé (appelé aussi dans certaines statistiques cas suspect ou cas possible) : poussée fébrile ET toux et gêne respiratoire ET un plusieurs des éléments suivants au cours des dix jours qui ont précédé l'apparition des symptômes : notion de contact rapproché avec un cas présumé ou probable de SRAS - notion de voyage dans une zone affectée - notion de résidence dans une zone affectée.

N.B. Selon l'OMS :- contact rapproché : le fait d'avoir donné des soins à un cas présumé ou probable, d'avoir cohabité avec cette personne ou eu des contacts directs avec ses sécrétions ou ses liquides biologiques ;

- zone affectée : zone où les autorités nationales de santé publique déclarent u'il y a une/des chaîne(s) de transmission du SARS. Soit, selon les informations retranscrites par l'OMS : Canada : Toronto ; Singapour; Chine: Guangdong, Hong Kong SAR, Shanxi, Taiwan Province ; VietNam: Hanoï.

Cas probable : cas présumé qui présente à la radiographie thoracique des infiltrats pulmonaires compatibles avec une pneumonie ou un syndrome de détresse respiratoire ; ou cas présumé qui présente, à l'autopsie des caractéristiques compatibles avec un syndrome de détresse respiratoire sans cause identifiable.

Les tableaux du nombre de cas cumulés de SRAS rapportés quotidiennement par l'OMS font état des cas " probables ", sauf pour les Etats-unis (149 cas signalés au 9 avril) où la distinction n'est pas faite dans ces statistiques entre cas présumés et cas probables.

Le texte du *REH* cité indique aussi que " les pays pourront adapter la définition des cas selon la situation locale ", formule imprécise, dont l'application pourrait ne pas simplifier une vision cohérente des statistiques d'ensemble.

En France, trois catégories de cas sont distinguées : possible, probable (une lymphopénie est incluse dans les critère de "probabilité"), et avéré quand le cas probable est positif en PCR pour les *Coronavirus*. Dans la relation des cas français par les agences de presse, des cas suspects sont parfois signalés, parfois non.

Clinique

Dans des dépêches antérieures (18 mars, 28 mars), nous avons rapporté les relations de la présentation clinique du SRAS faites par divers observateurs. Des informations supplémentaires sont apportées par un article du *Lancet* daté du 8 avril. L'absence de signes d'atteinte des voies respiratoires hautes, une toux sèche, des anomalies aus-

cultatoires mineures par rapport aux lésions radiologiques sont évocatrices du diagnostic, dans le contexte épidémiologique adéquat. Comme cela était déjà signalé, lymphopénie, leucopénie, augmentation des enzymes hépatiques et des CPK font partie du tableau biologique

Une description clinique, biologique et radiologique détaillée de 138 cas de SRAS observés à Hong Kong vient aussi d'être publié dans le *N Engl J Med*.

<http://content.nejm.org/cgi/reprint/NEJMoa030685v1.pdf>

Cette publication rapporte les détails de la prise en charge thérapeutique (avec ribavirine et corticostéroïdes) appliquée aux formes sévères.

Virologie

La responsabilité d'un Coronavirus nouveau dans la genèse du SRAS semble se confirmer, alors que les rôles éventuels d'un *Paramyxovirus* et d'un *Mycoplasma* en tant que co-facteurs éventuels d'infection restent à élucider. Quarante-cinq de 50 patients atteints de SARS testés à Hong Kong, par sérologie et PCR se sont montrés infectés par un Coronavirus, alors que ces recherches ont été négatives chez tous les témoins. Chez un malade atteint d'une forme probable de SRAS négativité de la recherche d'une infection par *Coronavirus* ne peut cependant éliminer le diagnostic, au moins avec les tests actuellement utilisés. France

Selon l'INVS, on comptait en France au 9 avril 3 cas avérés et un cas probable de SRAS ; quinze autres patients vus pour des syndromes pouvant faire penser au SRAS au retour d'un voyage en Asie du sud-est étaient encore en cours d'investigation clinique, radiologique, biologique et épidémiologique, et 256 cas possibles avaient pu être écartés grâce à ces investigations. Le premier des cas avérés a été celui du médecin hospitalisé au retour d'une mission de soins effectuée auprès des malades de l'hôpital français de Hanoï. Les deux autres cas " avérés " et le cas simplement probable signalés dans la dépêche INVS du 9 avril venaient aussi de Hanoï. Au 9 avril, il n'y avait eu en France ni d'autre cas importé, ni par transmission secondaire locale.

Hong Kong

Sur les 970 patients de Hong Kong touchés par l'épidémie, un quart était des personnels de soins. La plupart des décès ont concerné des personnes déjà atteintes d'affections chroniques ou dont la prise en charge avait été tardive. Le bloc E de la résidence d'Amoy Gardens, où s'étaient déclarés 268 cas de SRAS et dont les résidents avaient été placés en quarantaine dans des camps de vacances en zone rurale, a été rouverte à ses résidents après désinfection. Des complexes résidentiels seraient touchés par la maladie dans la banlieue de Hong Kong, mais sans confirmation officielle. Les modalités de la transmission de la maladie en dehors des milieux hospitaliers n'ont pas encore été éclaircies.

Chine.

Une équipe d'experts de l'OMS a commencé à évaluer la situation dans la province de Guangdong le 3 avril. Les cas suspects et probables y sont maintenant dénombrés en se référant aux mêmes critères qu'ailleurs. Bien que le nombre de cas probables recensés depuis le début du mois soit plus élevé en Chine que dans tout autre pays (474 avec 19 décès), la situation serait en voie d'amélioration : nombre de nouveaux cas quotidiens en diminution et beaucoup de malades en état de quitter les lieux de soins. Selon les experts, les modalités de la prise en charge des malades dans les formations sanitaires seraient excellentes dans la province de Guangdong, mais pour les autres provinces de la Chine, notamment les plus pauvres, des incertitudes demeurent. Il y aurait eu une vingtaine de cas hospitalisés à Beijing (peut-être plus ?), mais sans transmission dans la ville, selon les informations officielles.

Singapour

Cent dix-huit cas au total dont 26 nouveaux depuis le 1er avril, mais 2/3 des malades ont déjà quitté l'hôpital. Trente-quatre malades restent hospitalisés, dont 12 en soins intensifs. On compte aussi 82 cas suspects. Des mesures rigoureuses ont été prises pour empêcher la diffusion de la maladie hors de l'hôpital. Tous les cas probables ont un lien évident avec un malade gravement atteint et les personnels soignants continuent à être le principal groupe touché par la maladie.

Canada

Sur les 94 cas probables rapportés par le Canada (41 depuis le 1^{er} avril), 91 sont signalés par l'Ontario (Toronto). Tous les cas sont survenus chez des voyageurs revenant d'Asie du Sud-est ou ayant eu des contacts étroits avec des cas probables, à leur domicile ou dans un centre de soins. Les trois autres cas sont signalés par la province de British Columbia. Il y a eu aussi 138 cas suspects, dont 70 % dans l'Ontario.

Vietnam

Alors que le nombre de cas et de décès restait fixe (58 cas, 4 décès) depuis une dizaine de jours, un 5^{ème} cas est survenu le 31 mars, suivi depuis de trois autres. Le premier de ces quatre était le père d'une malade de l'hôpital français d'Hanoï. Recevant des soins à une centaine de kilomètres de Hanoï, ce cas 59 a contaminé son médecin (cas 60) et 2 autres personnes lui ayant prodigué des soins (61 et 62).

Sources

- INVS. Epidémie de syndromes respiratoires aigus sévères d'Asie du sud-est. Le point au 9 avril 2003 .

- OMS .



**7 au 11 mai 2003
New York, États Unis
CISTM8**

Marriott Marquis Hotel
Renseignements :
P.O. BOX 871089
STONE MOUNTAIN, GA30087-
0028 USA
Tél.: 770-736-7060
Fax: 770-736-6732
Email: istm@istm.org
Web: www.istm.org



**10 - 13 mai
2003
Glasgow -
United
Kingdom**

**13th European Congress of
Clinical Microbiology and
Infectious Diseases**

Langue: Anglais
Renseignements secrétariat:
13th ECCMID - AKM Congress
Service - P. O. Box
CH-4005 Basel- Switzerland
Phone +41 61 686 77 11
Fax +41 61 686 77 88
E-mail info@akm.ch
Web: www.akm.ch/eccmid2003

**21 - 22 mai 2003
Bordeaux
Les Journées Victor Segalen
Les maladies tropicales
majeures: une menace
pour l'humanité**

- Situation et perspectives d'avenir.
- L'Europe et les maladies tropicales.
- La prise en charge des maladies endémiques.
- La prise en charge du paludisme en 2003.
- Le développement des médicaments anti-parasitaires.

Renseignements :
Congress Rive Droite, 47 Cours le
Rozic - 33000 Bordeaux
Tél.: 0556328229
Fax: 0556327953
Email: congress@congress; fr

**23 mai 03
Paris Institut
Pasteur
CEMI 11**

Programme
• Dynamique de la diffusion d'une épidémie - Diagnostic précoce/diagnostic rapide
- Rôle du clinicien dans la détection d'une épidémie, M. ARMENGAUD
- Diagnostic biologique précoce et/ou rapide dans un contexte épidémique: état des lieux, perspectives, Y. BUISSON

- Apport et limites des modèles mathématiques d'une épidémie J. MACCARIO
- Place des vaccins dans le contrôle épidémiologique des maladies infectieuses
- Exemple de la variole et de la pompiomyélite, M. REY
- Exemple de la coqueluche, N. GUISSO
- Qu'attendre des autres vaccinations du calendrier vaccinal ? D. LEVY-BRUHL
- Les vaccins: implications sociales et politiques, A.M. MOULIN
- Conférence: Le rôle des Institut Pasteur d'Outre-mer dans le contrôle des maladies transmissibles, J.-P. DEDET
- Rappel historique - Epidémiologie de l'hépatite B, D. ANTONA
- Transmission nosocomiale de l'hépatite B, E. BOUVET
- Place des variants du virus de l'hépatite B dans le diagnostic et le contrôle de l'hépatite B, F. ZOULIM
- Traitement actuels et futurs de l'hépatite chronique B, S. POL
- Politique et calendrier vaccinal dans la lutte contre l'hépatite B, F. DENIS
- Conclusion, G. BRÜCKER

Renseignements:
Tarif: 55 euros, repas 15 euros. Sur inscriptions, places limitées.
D. MUTTI - Service des Maladies Infectieuses - CHI - 94195 Villeneuve St Georges Cedex
Tél. 0143862478 - Fax 0143862298
E-mail: Opatay@aol.com ou d.mutti@chiv.atrrium.rss.fr

**2 & 3 juin 2003 - Paris
Faculté de méd. X. Bichat**

Séminaire Médecine des voyages
• Introduction.
• Evaluation des risques.
• Vaccination du voyageur.
• La pharmacie du voyageur.
• Prévention du paludisme et maladies à transmission vectorielle.
• Gestion des principales pathologies du retour.
• Voyageurs à risques particuliers.
Renseignements: IMEA
Tarif: 150 euros, repas inclus
Médecins, pharmaciens, infirmiers.
E-mail: imea@bichat.inserm.fr



**12 & 13 juin 2003
Lille - Grand Palais
4^e Journée nationales
d'infectiologie
Journées de formation
des infirmières**

Renseignements: SPILF JNI 2003
2m2 - Inscription JNI 2003
7, rue Bastienne - 95160 Montmorency
Tél.: 0139648883 -
Fax: 0139897756.
Email: jni@2m2.fr
Web: www.infectiologie.com/publi
c/congres/jni03/jni03.htm

Montant de l'inscriptionaux JNI 2003
: à titre individuel des membres de la SPILF, de la SBIMC, des internes et des chefs de clinique: 100 euros (justificatif nécessaire).
Autres inscriptions: 170 euros
Infirmières: Inscription: 80 Euros
80 +20 Euros (extension du vendredi)

Programme infirmières
Session de communications orales thématiques
Thérapeutiques
Vaccination des IDE. Rôle de l'IDE dans la pratique vaccinale. Bon usage des antibiotiques. Escarres: nouvelles recommandations.
3 ateliers au choix :
Soins palliatifs et SIDA/ Anti-infectieux: préparation et administration/Observance.
Restitution des ateliers
Communications libres & session de communications orales thématiques
Isolement
• Risque viral et soins.
• Prise en charge des patients transférés à haut risque de BMR ou porteurs de BMR.
• Respect des procédures d'isolement par les familles.

Films
20 juin 2003 - Paris
**Journée de biologie clinique
du Collège de bactériologie
Les méningites**

Renseignements : (membres :
40 euros, non-membres : 60)
MEDICOM
3, rue Bayen, 75077 Paris.
Tél : 01 45 74 11 11
Fax : 01 41 74 11 12
Web: www.collegebvh.org

28 juin 2003 - Biarritz
Conférence-débat

**La lutte contre la prostitution
enfantine dans les pays pauvres**
Une conférence-débat en Pays Basque est organisée par G. SARRAZIN le 28 juin 2003 au Théâtre du Casino municipal de Biarritz, avec la participation des Associations ACPE, Je-Tu-Il, AIDÉTOUS, ELCEM, AFAT. Le débat sera animé par B.de la VILLARDIÈRE (Zone interdite, M6)
Informations :
gene.sara@wanadoo.fr

**4 - 6 sept. 2003
Marseille
Xe Actualités
du Pharo**

Pré-programme :
• Symposium: Maladie du sommeil: de la priorité à la résistance.
• Paludismes et recherches
• Communications libres, orales et affichées sur tout thème de médecine tropicale.
• Forum - débat: Faut-il vacciner contre la variole ?
Renseignements - inscriptions :
Date limite de remise des résumés

(400 mots max): 30/04/03
Actualités du Pharo, IMTSSA,
BP46 - 13998 Marseille Armées
Tél.: 0491150105/03
Fax: 0491594477
Email (proposition de communications): imtssa.actus@wanadoo.fr



**6 sept. 2003
Nantes
Santé sous les
tropiques
100 ans après
Laveran**

- Hommage à Jamot,
- Homage à Finlay,
- Méningite cérébrospinale,
- Programme de traitement de masse contre les Helminthiases
- Leptospiroses
- Babésioses
- Nouveaux médicaments de la Leishmaniose

La veille (programme annexe)
17 h 30: inauguration de l'exposition «voyages des hommes de santé ».
18 h: conférence: Les chirurgiens naviguants à Nantes. J. GUENEL.
Secrétariat scientifique -
Inscriptions - Renseignements :
SPE, 25 rue du Dr. Roux, 75015 Paris
Email: socpatex@pasteur.fr
ou
Parasitologie.Medecine@sante.univ-nantes.fr

2003
• stages intensifs
Cordes sur Ciel les les 12, 13 & 14 juin

**Colloque du Collège
international du Voyage**

Jeudi 23 octobre 2003
Mobiles - Mobilités.
Les motifs du voyage et la découverte de l'Ailleurs.

Jeudi 20 novembre 2003
« Négoces - Négociations »,
les échanges avec l'Autre.

Jeudi 18 décembre 2003
«Les nouveaux liens du siècle»
Les mobiles et mobilités; les négoces et négociations en usage de nos jours au cours des voyages, contribuent à bâtir de nouveaux liens entre les pays et entre les hommes.

Inscriptions:
Adhésion CIV: 30 euros, inscription au colloque: (adh. à jour) 100 euros
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