



LA LETTRE

de la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DES VOYAGES

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

N^{os} 2-3 -

octobre- 2004

SOMMAIRE

- ✓ Éditorial - E. Caumes ... 1
- ✓ Journée SMV à Nice -
P. Guibert 2
- ✓ Journée biennale de la SMV -
C. Goujon 2
- ✓ Anthropologie médicale
du paludisme - C. Goujon 3
- ✓ Atelier sur les fièvres
hémorragiques dues au virus
Ebola - A. Chippaux 3
- ✓ XI^{es} Actualités du Pharo -
C. Goujon, M. Rey 4
- ✓ 17^{es} Rencontres européennes
sur la grippe et sa préven-
tion - M. Rey 5
- ✓ 3^e Congrès de la Société
européenne pour les infec-
tions émergentes - M. Rey 5
- ✓ En bref, quelques nouvelles
d'ici et d'ailleurs 6
- ✓ Congrès international
de médecine de haute
altitude - D. Jean 7
- ✓ Annonces 8

BUREAU de la SMV

Président

Eric Caumes

Président émérite

M. Rey

Vice-présidente

Catherine Goujon

Secrétaire général

Ludovic de Gentile

Secrétaires gén. adj.

Laurent Sido,

Dominique Jean

Trésorière

Fabienne Le Goff

Trésorière-adjointe

Danièle Badet

Président d'honneur

M. Armengaud

Site web

[www.medecine-](http://www.medecine-voyages.org)

[voyages.org](http://www.medecine-voyages.org)

Liste de diffusion

[list@medecine-](mailto:list@medecine-voyages.org)

[voyages.org](mailto:list@medecine-voyages.org)

Secrétariat

Éditorial

Voici le premier numéro de notre *Lettre* diffusé par voie électronique, un nouveau mode de voyage pour *La Lettre de la SMV*. En effet, nous avons pensé que beaucoup d'entre vous possédaient une adresse courriel et, pour les autres (dont nous allons faire l'inventaire), nous comptons poursuivre le mode de distribution classique sur le support papier. La vitalité de notre forum de discussion et l'évolution que nous souhaitons donner à notre site Internet ont incité le conseil d'administration (CA) à utiliser ce moyen de diffusion pour *La Lettre de la SMV*. Ce numéro est publié bien tardivement, et il nous sera difficile de respecter notre agenda habituel. Ces petites libertés prises avec nos traditions de distribution illustrent les quelques aléas du voyage de la SMV en cette année 2004, occupée à d'autres tâches. Merci de bien vouloir nous en excuser.

Un travail important a, en effet, été mené par le CA. En juillet, une proposition de modification de nos statuts vous a été adressée ; elle sera soumise à l'Assemblée générale extraordinaire qui se tiendra à Nice. Cette révision des statuts a été rendue nécessaire par les difficultés qu'a soulevé la complexité de nos modalités électorales au CA et par le blocage qu'a entraîné la période de carence obligatoire, alors que la vie du conseil était organisée autour d'un renouvellement triennal. La proposition que nous vous faisons réaffirme les buts que la SMV s'était fixés lors de sa création ; l'aspect structurant des statuts a été longuement travaillé et débattu au sein du CA. La proposition vous a été communiquée il y a plusieurs mois, et son adoption en novembre nous permettra de travailler dans une plus grande sérénité.

En mai, nous vous faisons part de la réflexion sur l'embauche d'un salarié à temps partiel pour la SMV. Le CA a donc aussi travaillé sur le profil du poste nécessaire, en veillant à ce qu'il soit compatible avec les finances de notre société. À l'heure actuelle, il n'est pas possible d'embaucher un cadre de direction, ce qui a amené Murielle Hamon à décliner notre offre. Lors du CA du 25 septembre, les membres ont donc choisi de réinvestir les charges dévolues aux bénévoles dans la vie associative.

Le bureau a été légèrement remanié. Le secrétariat général est maintenant assuré par Ludovic de Gentile, secondé par Laurent Sido et Dominique Jean.

La correspondance pour la SMV doit maintenant être adressée à Ludovic de Gentile, laboratoire de parasitologie-mycologie, CHU, 49033 Angers (02 41 35 40 56 – LudeGentile@chu-angers.fr).

Fabienne Le Goff et Danièle Badet assurent toujours les charges de trésorière et trésorière adjointe, mais la correspondance pour les cotisations doit être adressée à Ludovic de Gentile, à l'adresse sus citée.

Le congrès de Nice paraît être un lieu idéal pour tourner la page statutaire et nous recentrer sur nos objectifs prioritaires.

La refonte de la politique éditoriale de la SMV en fait partie. Une commission éditoriale a été chargée par le CA de réfléchir à cette évolution. Elle sera animée par Philippe Guibert entouré d'Alain Chippaux, ancien rédacteur en chef de *La Lettre de la SMV*, de Catherine Goujon, vice-présidente, ainsi que de Jean-Philippe Leroy et de Michel Rey. Il serait souhaitable que quelques-uns d'entre vous rejoignent ce groupe de réflexion. Notre site Internet doit être développé et devenir le moyen d'affirmer nos buts tels qu'ils s'inscrivent dans l'article 2 de nos statuts. L'évolution de *La Lettre de la SMV*, dont la suppression de la forme papier au profit de la formule électronique est un exemple, va se poursuivre.

Le rapport Berland sur les changements dans le monde paramédical doit nous faire réfléchir sur l'évolution de l'exercice dans les centres de vaccination internationale, qui peuvent s'affirmer comme des centres de conseils aux voyageurs. .../...

La prochaine réunion de la SMV

La journée d'automne de la SMV aura lieu comme prévu à Nice (faculté de médecine, 28, avenue de Valombrose), le 19 novembre 2004.

Le Comité d'organisation est présidé par le Dr Pierre Marty.

Le programme comporte trois sessions :

- ✓ la sécurité des voyageurs internationaux ;
- ✓ les maladies transmises par les phlébotomes ;
- ✓ l'adoption internationale.

Cette journée se terminera par une Assemblée générale extraordinaire, qui se tiendra sur place de 16 heures 30 à 18 heures.

Dr Ludovic de Gentile, laboratoire.de parasitologie-mycologie, CHU, 49033 Angers.

Tél. : 02 41 35 40 56. E-mail : LudeGentile@chu-angers.fr

Notre Société, riche de sa diversité, doit également être une force de proposition en matière de formation médicale continue

Nous nous retrouverons à Nice, le 19 novembre. C'est une très belle ville, l'une des plus touristiques de France, qu'il est toujours agréable de visiter en dehors de la période estivale. Et l'automne dans la région est magnifique. Mais, au-delà, Pierre Marty nous a mijoté un programme de travail éclectique et très attractif : les problèmes de violences et d'agressions en pays étranger, véritable calamité sur laquelle nous devons savoir informer les voyageurs ; la pathologie

vectorielle méditerranéenne, qui dépasse la seule leishmaniose et, enfin, l'adoption internationale, forme de voyage, de rencontre, et qui pose parfois des problèmes sanitaires aux médecins qui accueillent les parents et leurs jeunes enfants.

En fin de journée aura lieu notre Assemblée générale extraordinaire, et il nous faut être suffisamment nombreux pour y assurer la représentativité de notre société. Rendez-vous donc le 19 novembre !

Éric Caumes



Journée SMV à Nice

Comme évoqué par Éric Caumes dans la présente *Lettre*, la SMV a la volonté de refondre sa politique éditoriale. Il est, en effet, devenu évident que nous nous devons de mettre en place des moyens de communication plus représentatifs encore de la vitalité de notre société. À partir de *La Lettre*, du site Internet et des différentes publications, il nous faut réfléchir sur des améliorations et d'autres initiatives pour gagner en visibilité.

Pour ce faire, autour d'un petit noyau constitué, nous appelons tous ceux qui souhaitent participer à cette aventure éditoriale à se joindre à nous.

Ce n'est ni une tâche à plein temps, ni une activité réservée à des "pointures" de la médecine des voyages. Toutes les bonnes volontés, occasionnelles ou régulières sont les bienvenus. La liste de discussion est le plus bel exemple de notre énergie et de notre intérêt pour la médecine des voyages. Rendons la SMV encore plus vivante !

Rendez-vous à Nice autour du stand "Comité éditorial" pour en discuter.

Philippe Guibert

Journée biennale de la SMV Paris (Institut Pasteur), 6 mai 2004

Le programme de cette Journée comportait trois sessions: *le paludisme d'importation chez l'enfant, les infirmières en médecine des voyages, les animaux en voyage*. Les deux derniers de ces trois thèmes étaient pour la première fois abordés dans une réunion SMV. Il paraît donc justifié de rapporter brièvement les deux sessions correspondantes.

■ Les infirmières en médecine des voyages

La table ronde organisée et tenue par des infirmières très impliquées en médecine des voyages a abordé plusieurs aspects de cette implication :

– Le rôle d'une infirmière dans un centre de conseils aux voyageurs (exemple de l'hôpital Avicenne, Bobigny).

– La place des infirmières en médecine du travail (quand celle-ci gère des expatriés) illustrée par la réalisation d'une enquête à visée pédagogique dont l'objectif était de sensibiliser et mieux informer les expatriés sur les risques encourus et leur prévention.

– La relation médecins-infirmières dans une entreprise, basée sur la complémentarité des rôles des uns et des autres, et qui requiert pour que l'équipe fonctionne efficacement un respect et une confiance mutuels.

– Le rôle important des infirmières travaillant aux Nations Unies (IDE OMC, HCR, Genève), non seulement dans la gestion sanitaire du personnel appelé à voyager

loin et souvent, mais aussi dans la préparation des missions de ce personnel, chaque organisation internationale ayant ses spécificités. Pour bien assumer ces tâches rendues plus difficiles actuellement dans un contexte international d'insécurité et de nouveaux risques infectieux, une grande polyvalence professionnelle est requise, ainsi que de solides qualités humaines.

■ Les animaux en voyage

Cette session a abordé quatre sujets pouvant concerner des voyageurs :

– **La rage** (M. Goudal, Institut Pasteur, Paris). Depuis avril 2001, la France est déclarée indemne de rage des carnivores terrestres, non volants, autochtones ; mais certaines chauves-souris sont parfois contaminées, et leur contact oblige à administrer un traitement en post-exposition à des personnes dont le nombre est en nette recrudescence depuis quelques années.

Dans les nombreux pays d'endémie rabique, une vaccination préventive peut être conseillée à certains voyageurs particulièrement exposés (notamment les jeunes enfants expatriés), si celle-ci ne dispensant pas d'injections vaccinales de rappel en cas d'exposition.

– **Les envenimations marines** (L. Berger, Sète). Ce type d'accident a suivi le développement des voyages touristiques et des activités aquatiques. Ce sont surtout les contacts

avec des espèces tropicales (poisson-pierre, cône, méduses) qui sont à l'origine d'accidents graves. Dans ces cas, l'identification de l'animal en cause est importante, car elle conditionne le choix du traitement.

– **Précautions à prendre pour voyager avec des animaux de compagnie** (F. Moutou, Maisons-Alfort). Deux cas de figure peuvent être distingués : soit l'animal accompagne son maître à l'étranger lors d'un départ en voyage ou en expatriation, et dans ces deux cas, il convient de s'enquérir au préalable des vaccinations nécessaires et de la réglementation en vigueur dans le pays d'accueil ; soit l'animal est acquis durant le voyage, sur un "coup de cœur" et ramené en France à titre de souvenir : là en fait, il aurait mieux valu s'abstenir...

– **Trafic des nouveaux animaux de compagnie ou NAC** (D. Grandjean, Maisons-Alfort). Le terme "non animaux de compagnie", utilisé par l'orateur pour traduire l'acronyme NAC, semble en effet plus approprié aux espèces exotiques insolites, parmi lesquelles les habitants des pays industrialisés sont de plus en plus nombreux à rechercher un compagnon. Cet engouement pourrait prêter seulement à sourire, n'était le danger potentiel que comportent certains de ces animaux par eux-mêmes ou par les germes qu'ils véhiculent.

Catherine Goujon

Anthropologie médicale du paludisme

Ce colloque, organisé par l'Association Émile Brumpt, s'est tenu à Paris le 7 mai 2004 dans les locaux de l'Institut Pasteur.

Au programme : *Aspects historiques du paludisme, le paludisme dans les sociétés traditionnelles, paludisme et voyages.*

L'objectif principal de ce colloque était d'apporter un éclairage sur la perception du paludisme dans les sociétés traditionnelles

où le mode de pensée est très éloigné du nôtre, et sur la manière dont sont reçues et assimilées les consignes de prévention données en France aux travailleurs migrants et à leurs familles originaires de ces sociétés, qui retournent en vacances dans leur pays d'origine. C'est justement dans cette catégorie de voyageurs (essentiellement ceux qui reviennent d'Afrique subsaharienne) qu'est observée la majorité des cas de paludisme d'importation en France.

La table ronde qui a clos ce colloque a permis de constater que la perception du paludisme chez les voyageurs occidentaux n'est pas toujours plus cartésienne, et que la mise en œuvre des mesures préventives est loin d'être systématique... même chez les militaires !

Catherine Goujon

Le tourisme international dans le monde

D'après les données de l'Organisation Mondiale du Tourisme, publiées dans le "Mémento du Tourisme 2004"

Sept cents millions d'arrivées internationales ont été enregistrées en 2002, soit une progression de 2,7 % par rapport à 2001 (les données 2003 ne sont pas encore disponibles). La répartition des destinations par continent maintient la prééminence de L'Europe, continent le plus visité, avec 57 % des arrivées, suivi de loin par l'Asie (19 %), les Amériques (16 %), le Moyen Orient (4 %) et l'Afrique (4 %). La France reste en tête des pays visités, avec 77 millions d'arrivées en 2002, suivie par l'Espagne (52 millions), les États-Unis (42), l'Italie (40), la Chine (37). La Turquie, la Malaisie et la Thaïlande reçoivent chacun 10 à 13 millions de visiteurs internationaux. Les pays dits en développement ne figurent pas dans la liste des 20 premiers pays récepteurs.

Un peu plus de 16 millions de français ont séjourné à l'étranger en 2003 : 73 % en Europe, 15 % en Afrique, 9 % en Amérique, 3,5 % en Asie et Océanie. Les plus grands voyageurs français sont, comme on pouvait le prévoir, les cadres et les personnes exerçant une profession intellectuelle. Les exploitants agricoles et les ouvriers sont ceux qui se déplacent le moins. 25 % des Français ne voyagent pas du tout.

Ministère délégué au tourisme. Direction du tourisme, 2, rue Linois 75740 Paris Cedex 15
<http://www.tourisme.gouv.fr>

Atelier sur les fièvres hémorragiques dues au virus Ebola

Paris, Institut Pasteur, 7-8 septembre 2004

Cet atelier était organisé conjointement par la Société de Pathologie Exotique et l'OMS (bureau Alerte et Action), avec le concours de l'Institut Pasteur, du CNRS(UMR5145) et du Muséum national d'histoire naturelle (USM 104). Ses objectifs étaient de discuter les leçons apprises au cours des dernières épidémies et de préparer des recommandations pour répondre plus efficacement lors des futures épidémies, en particulier en ce qui concerne la prise en charge des cas et les questions de mobilisation sociale.

Après l'émergence explosive du virus Ebola en 1976, presque simultanément au Sud Soudan et au Nord Zaïre (RD Congo) et un silence de 18 ans entrecoupé de quelques cas sporadiques, les épidémies se sont multipliées depuis 10 ans au Gabon, en RD Congo, au Congo près de la frontière du

Gabon, et au Soudan à nouveau cette année 2004. Le virus Ebola tue, le taux de létalité dépasse largement 50 % (77 % à Kikwit). Le réservoir du virus reste encore inconnu, mais tous les primo-cas sont en relation directe avec la manipulation et le dépeçage d'animaux sauvages (singes, antilopes). Le système de surveillance de la faune sauvage semble un bon marqueur de prédiction de l'annonce d'une épidémie mais très coûteux à mettre en œuvre.

De larges extraits de trois films ("*Ebola au Congo*") réalisés en 2003 sur place par A. Epelboin (CNRS-MNHN, Paris) ont illustré de façon très pédagogique les exposés présentés au cours des quatre sessions :

- réponses aux épidémies : épidémiologie de terrain, contrôle et prévention, surveillance ;
- prise en charge des cas d'Ebola et les

mesures de contrôle de l'infection ;

- mobilisation sociale et anthropologie médicale ;
- écologie et histoire naturelle des Filovirus.

La 4^e session a été en grande partie occupée par la revue critique des recommandations des quatre sessions et les conclusions de la réunion.

Le lecteur intéressé trouvera un plus grand développement de ces réflexions sur le site de la SPE (www.pasteur.fr/recherche/socpapex).

Rappelons pour conclure que les conditions d'éclosion d'une épidémie due au virus Ebola se rencontrent essentiellement loin des sites fréquentés par les touristes et que les voyageurs se trouvent exceptionnellement exposés au risque d'être contaminés.

Alain Chippaux

XI^{es} Actualités du Pharo

Marseille, 9-11 septembre 2004

Publiées dans *Médecine Tropicale* 2004;64,3:215-312

Cette réunion avait pour thème principal "*Les Infections à mycobactéries en milieu tropical*". Elle a fait le point sur les aspects épidémiologiques, cliniques, microbiologiques et thérapeutique de la tuberculose, de la lèpre, de l'ulcère de Buruli.

La tuberculose en Afrique. Épidémiologie et mesures de lutte (F. Boulabhal et P. Chaulet).

D'après l'OMS, l'incidence annuelle de la tuberculose dans le monde ne cesse de progresser : elle est passée de 7,3 millions en 1996 à 8,8 millions en 2002. Plus de 95 % des cas et 98 % des décès sont notifiés dans les pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine. L'Afrique subsaharienne (11 % de la population mondiale en 2002) a notifié cette même année 26 % des cas de tuberculose pulmonaire contagieuse. Neuf pour cent des cas et 12 % des décès de tuberculeux sont attribuables au VIH. La pauvreté, la croissance démographique et les migrations, l'épidémie de VIH/sida, la paupérisation des services de santé sont impliqués dans cette aggravation de l'endémie tuberculeuse.

La lèpre dans le monde (P. Bobin)

En 1991, l'OMS a lancé le slogan "*Élimination de la lèpre comme problème de santé publique dans le monde en 2000*". L'objectif étant de réduire l'incidence à un cas pour 10 000 habitants. Cet objectif a été atteint dans la plupart des pays d'endémie, si l'on en croit les statistiques. Il y aurait encore 700 000 nouveaux cas annuels depuis dix ans, et on estime à 2 à 3 millions le nombre actuel d'infirmités, porteurs de séquelles. Le traitement actuel est une polychimiothérapie (rifampicine, dapsonne, clofazimine).

L'ulcère de Buruli (J.M. Kanga et al.)

C'est une infection due à *Mycobacterium ulcerans*, acquise dans l'environnement au contact de l'eau, qui évolue lentement vers de vastes délabrements cutanés. Cette infection invalidante, difficile à soigner, semble en expansion dans la plupart des régions intertropicales, notamment en Afrique subsaharienne, où elle devient un problème de

santé publique. Elle menace aussi peu le voyageur que la lèpre.

Symposium "*Les vaccins antiméningococciques : stratégies pour l'Afrique*"

La ceinture africaine de la méningite à méningocoque reste la région du monde la plus touchée par les épidémies saisonnières, avec de grandes variations annuelles : 12 000 cas dénombrés pendant la saison sèche 2003-4, contre 200 000 cas en 1995-6. Il est rappelé que des épidémies importantes peuvent se déclarer ailleurs, comme ce fut le cas cette année en RDC (ex Zaïre), avec 6 000 cas. C'est le sérotype A qui reste largement prépondérant en Afrique, l'émergence épidémique du W135 étant restée à peu près localisée au Burkina-Faso. Le vaccin polysaccharidique bivalent A-C est encore largement utilisé dans les campagnes de vaccination, ainsi que, depuis peu le vaccin trivalent A-C-W135, plus souvent sous forme de réponse à l'émergence d'une épidémie qu'en vaccination préventive vis-à-vis d'un risque d'épidémie. Peu efficace avant l'âge de 2 ans, ce vaccin ne peut être introduit dans le PEV. Seul un vaccin conjugué avec une protéine (généralement une anti-toxine), applicable en vaccination préventive de routine dès les premiers mois de la vie, pourrait réduire le risque d'épidémie dans les pays les plus menacés. À la suite du succès du vaccin C conjugué, largement appliqué au Royaume-Uni dès 1999, puis en France dans des zones menacées par une recrudescence de méningites à méningo C, on attend la sortie prochaine du vaccin A conjugué, et on espère pouvoir disposer un jour d'un vaccin conjugué tri- ou quadrivalent. Rappelons qu'en Europe c'est le sérotype B qui reste prédominant, et qu'il a été jusqu'à présent impossible de mettre au point un vaccin B. Pour les voyageurs, le risque de méningite à méningocoque est relativement faible, même quand ils sont confrontés à une épidémie. Le vaccin polysaccharidique A-C reste indiqué, à l'exception d'un départ pour le pèlerinage de La Mecque, ou éventuellement pour le Burkina Faso, pour lesquels le vaccin quadrivalent est préféré.

Parmi les autres sujets abordés :

La peste en Algérie (E. Bertherat et al.)

Un foyer de peste bubonique s'est déclaré dans un village proche d'Oran en juin 2003 (11 cas confirmés bactériologiquement sur 17 cas observés, un décès). L'épidémie a été rapidement circonscrite par la désinsectisation ciblée, la chimioprophylaxie des sujets contacts, des mesures d'hygiène générale.

Épidémie d'encéphalite au virus Nipah au Bangladesh (P. Formenty et al.)

Ce paramyxovirus appartient, comme le virus Hendra, au nouveau genre des *Henipavirus*. Il peut provoquer une encéphalite sévère d'évolution rapide, mortelle dans 32 % à 75 % des cas, contractée par contact direct avec les porcs ou d'autres mammifères. Plusieurs cas d'encéphalite ont été observés en janvier-février 2004 dans six districts du Bangladesh : 27 cas, dont 12 confirmés, 21 décès). Une chauve-souris frugivore, le *Pteropus*, a été reconnue comme réservoir animal de cette infection redoutable.

Table Ronde

"Faut-il avoir peur des maladies émergentes ?"

Introduite par T. Debord, la discussion a apporté plusieurs réponses quelque peu différentes : "non mais", "oui et non", "non, sauf si". Les récentes épidémies (SARS, grippe aviaire) ont confirmé les risques (aggravés par la mondialisation des transports et des échanges) et activé la peur et ses effets négatifs sur la société, les échanges, l'économie. Sous l'égide de l'OMS, on s'efforce d'améliorer les systèmes d'alerte, par une surveillance renforcée et étendue à l'échelle planétaire, et de prévoir une réponse efficace à une éventuelle émergence, par des plans d'action anticipés. Encore faut-il être armé face à la menace d'une infection émergente, connue ou inconnue ?

Sélection de communications,
rapportées par C. Goujon et M. Rey

17^{es} Rencontres européennes sur la grippe et sa prévention

Bruxelles, les 13 et 14 septembre 2004

Organisée par le Groupe d'Étude et d'Information sur la Grippe (GEIG), cette réunion a fait le point sur la situation actuelle de la grippe dans le monde. En France, au cours de l'hiver dernier, l'épidémie saisonnière, due à un virus A(H3N2), a touché 5 % de la population, et a été la cause de 2 500 décès. Les 5,6 millions de doses distribuées auraient évité environ 6 000 décès. La grande préoccupation actuelle, majorée par les récentes enzooties de grippe aviaire, est le risque de pandémie. Ont été présentées les conditions de l'émergence de cette éventuelle pandémie, ainsi que les réponses qu'il est possible de lui opposer.

La **grippe aviaire** due à un virus A(H5N1) qui a sinistré de nombreux élevages de poulets en Asie du Sud-Est, a pu être transmise à l'homme par contact rapproché (39 cas confirmés, dont 28 mortels). Connaissant la grande aptitude des virus grippaux à changer, à muter, à se réassortir entre eux, on craint qu'à l'occasion d'un passage chez le porc, souvent élevé en Asie à proximité des élevages de volailles, ou d'un passage chez l'homme, ce virus H5N1, très pathogène, se réassortisse pour être transmissible d'homme à homme, en risquant de déclencher une nouvelle pandémie. Du fait de l'accroissement démographique et de la multiplication des échanges internationaux, celle-ci pourrait dépasser en ampleur la terrible pandémie de 1918-19, qui aurait tué 20 à 30 millions de personnes. Rappelons que la dernière pandémie remonte à 1968.

Est-on armé pour faire face et contrôler cette éventuelle pandémie ? L'alerte peut être donnée rapidement grâce au renforcement de la surveillance épidémiologique, par la mise en place d'un réseau international de laboratoires de virologie référents, et grâce à Internet. Il faudra plusieurs mois pour mettre au point un nouveau vaccin correspondant au virus émergent, et pour que les quelques laboratoires producteurs soient en mesure de fournir les centaines de millions de doses nécessaires pour contrôler l'épidémie dans les nombreux pays affectés. Les difficultés sont accrues par l'usage encore incontournable en pratique de l'œuf de poule embryonné pour produire le vaccin (un œuf = une dose, tous les œufs et toutes les pondueuses disponibles – elles-mêmes possiblement décimées par l'enzootie), et par la sécurité très rigoureuse qui devra entourer cette production. Et comme il sera impossible de couvrir rapidement l'ensemble des populations, à quels groupes prioritaires, indispensables à la vie d'un pays, va-t-on devoir limiter la vaccination ?

Les antiviraux auront certainement une place importante pour protéger au moins ces groupes prioritaires en attendant l'accès au vaccin. L'oseltamivir (Tamiflu®) serait jusqu'à présent le produit de choix. Encore faudrait-il qu'il soit rapidement disponible en grandes quantités, ce qui suppose de constituer, à l'avance, des stocks nationaux.

Dans la perspective d'une éventuelle pandé-

mie, comment renforcer la prévention de la grippe en période interpandémique ? En augmentant la capacité de production des vaccins, en stimulant la recherche de nouveaux vaccins, en renforçant la surveillance des gripes animales, en élargissant la vaccination des élevages – actuellement encore très ponctuelle et limitée –, et aussi en élargissant la protection vaccinale des humains par les vaccins en cours, le but étant d'éviter, chez un hôte humain, un possible réassortiment entre un virus animal et un virus humain.

La vaccination des voyageurs internationaux participe à ce renforcement de la prévention. Rappelons que le GEIG a mis en place en France en 2004, à l'incitation de la SMV, trois mesures :

– Une meilleure accessibilité du vaccin grippal entre janvier et septembre, ce vaccin n'étant pratiquement plus distribué en officine dans cette période, un stock étant mis à disposition des centres de vaccination à l'Institut Pasteur de Lille.

– Un accès au vaccin "hémisphère Sud" quand celui-ci est différent de celui de l'hémisphère Nord, par ATU nominative, demandée à l'AFSSAPS.

– Un bulletin d'information sur les épidémies de grippe confirmées, rédigé et distribué par la cellule "Fournitures d'informations épidémiologiques" de l'Institut Pasteur de Lille.

Michel Rey

3^e Congrès de la Société européenne pour les infections émergentes (European Society for Emerging Infections [ESEI])

École nationale vétérinaire d'Alfort, les 18, 19 et 20 octobre 2004

Cette réunion internationale, tenue en anglais, a été introduite par Luc Montagnier, et honorée par la présence de C. Gajdusek, "l'inventeur" du kuru.

Commune aux vétérinaires et aux médecins, elle était focalisée sur les zoonoses dont l'émergence ou l'amplification sont favorisées par la croissance démographique humaine, les changements de comportement, le développement des élevages industriels, des transports et du commerce international, et aussi des modifications et des adaptations des agents infectieux. On assiste

même à une mondialisation de certaines zoonoses.

Parmi les zoonoses transmises en Europe par des arthropodes vecteurs, les ehrlichioses ou anaplasmoses, transmises par les tiques comme la maladie de Lyme et l'encéphalite européenne, deviennent préoccupantes dans le bétail et chez les animaux de compagnie, et peuvent contaminer l'homme (20 cas documentés depuis 10 ans).

Parmi les zoonoses d'origine alimentaire, l'infection à *Campylobacter*, germe très

répandu dans le tractus intestinal des mammifères et des oiseaux, occupe une part croissante parmi les diarrhées humaines. Le colibacille produisant une Vero-cytotoxine (*Escherichia coli* 0157) est l'agent chez le jeune enfant du syndrome hémolytique et urémique. Plusieurs communications ont concerné l'encéphalite spongiforme bovine ("maladie de la vache folle", apparue au Royaume-Uni et étendue ensuite à plusieurs pays européens). Cette infection redoutable du système nerveux, due comme le kuru à un prion, s'exprime chez l'homme comme une variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (150 cas humains documentés dont

deux en France, depuis 1986). Elle a beaucoup reculé depuis l'interdiction des farines animales dans l'alimentation du bétail.

Le rôle des antibiotiques, largement distribués dans la nourriture des animaux d'élevage pour favoriser leur croissance, dans le développement de la résistance aux antibiotiques des bactéries humaines, a été discuté.

Parmi les zoonoses respiratoires émergentes, les vedettes ont été le SRAS ou syndrome

respiratoire aigu sévère dû à un coronavirus dont le réservoir animal n'est pas encore bien reconnu (plus de 8000 cas humains recensés en 2002-3, dont 774 décès) qui paraît en sommeil actuellement ; la grippe aviaire due à un virus A(H5N1) très pathogène, à la fois catastrophe économique en Asie, qui a fait disparaître des dizaines de millions de poulets, et menace pour l'homme, parfois infecté au contact des volailles (43 cas recensés, dont 41 décès). Cette épidémiologie a surtout fait redouter l'explosion

d'une nouvelle pandémie, avec la possible émergence d'un virus grippal "réassorti" et devenu transmissible d'homme à homme.

Deux des zoonoses présentées font partie des candidats les plus dangereux du bioterrorisme : le charbon et la tularémie. Plusieurs voies de contamination sont possibles, mais c'est la transmission aérienne qui est la plus redoutable.

Notes prises par Michel Rey



En bref, quelques nouvelles d'ici et d'ailleurs, susceptibles d'intéresser nos lecteurs



■ **Virose West Nile en Amérique du Nord** *Situation au 10-11 août 2004*

Entre avril et août 2004, les États-Unis ont signalé dans vingt-quatre États 495 cas humains d'infection à virus West Nile, ainsi que 210 cas équine, et des cas aviaires dans 35 États. Cette endémie saisonnière est maintenant bien installée dans presque tous les États-Unis, elle a commencé à se répandre au Canada (un cas humain probable en Ontario, de nombreux cas aviaires dans quatre provinces).

■ **Un cas de diphtérie importé en France de Madagascar** *27 août 2004*

Un enfant a été hospitalisé à Strasbourg en août pour une diphtérie confirmée. Il rentrait d'un séjour à Madagascar, il avait été vacciné et il a présenté une forme mineure de la maladie. Ce cas est l'occasion de rappeler l'importance de la vaccination antidiphtérique généralisée des nourrissons et des enfants, ainsi que celle des voyageurs. Depuis 1989, deux cas seulement ont été notifiés en France : l'un en 2002, importé d'Asie, chez une jeune femme, l'autre chez un adulte immunodéprimé n'ayant pas voyagé et attribué à un *Corynebacterium ulcerans* toxinogène

■ **Importation de rage canine en France** *28-30 août 2004*

Après l'introduction illégale le 11 juillet en France, dans la région Aquitaine, d'un jeune

chien marocain, qui a déclaré une rage 40 jours plus tard, après avoir été promené dans trois départements (Gironde, Dordogne, Lot-et-Garonne) où il a eu de nombreux contacts avec les animaux et les humains, une enquête a retrouvé et vacciné 192 personnes qui avaient été en contact avec l'animal. À la date du 14 septembre, on était toujours à la recherche de 5 personnes et de 5 chiens exposés. Rappelons qu'un animal infecté par le virus rabique peut être contagieux plusieurs jours (maximum 14 jours) avant les premiers signes de la maladie. Cet événement a relancé le débat sur l'obligation de la vaccination rabique des chiens et des chats. Il incite à nouveau les voyageurs à la plus grande prudence vis-à-vis des animaux, quand ils visitent des pays d'endémie rabique (très nombreux en dehors de l'Europe occidentale). De 1970 à 2003, 20 cas humains de rage, tous contractés à l'étranger, ont été observés en France

■ **Vaccination contre l'hépatite B et sclérose en plaques** *27 septembre 2004*

Les médias se sont fait l'écho d'une publication intitulée "*Hepatitis B Vaccination Increases Multiple Sclerosis Risk*" (Hernan et al. *Neurology* 2004;63:838-42). Cette étude rétrospective, basée sur le registre des médecins généralistes anglais, a porté sur 163 patients adultes atteints de sclérose en plaques (SEP), suivis depuis 3 ans au moins. La grande majorité (93,3 %) de ces patients n'avaient pas été vaccinés contre l'hépatite B. Onze seulement avaient été vaccinés dans les 3 ans précédant l'apparition de la SEP, mais leur proportion était trois fois plus élevée (6,7 % ; OR = 3,1) que chez les 1 565 sujets témoins (2,4 %). La différence est considérée comme significative. Ces résultats sont en contradiction avec les dix études précédemment publiées sur ce sujet. Et si l'on s'en tient à l'année qui a suivi la vaccination, il n'y a pas de différence significative. Pour l'OMS, cette étude ne peut à elle seule remettre en cause l'intérêt de la vacci-

nation contre l'hépatite B, dont les conséquences pour la santé sont bien supérieures à celle d'un risque théorique non démontré. D'autre part, les données accumulées depuis 20 ans ont formellement démontré la sécurité de cette vaccination chez les nouveau-nés, les nourrissons, les enfants et les adolescents. Le programme français n'a pas jusqu'à présent été remis en question. Sa principale recommandation est la vaccination généralisée des nourrissons.

■ **Grippe aviaire A/H5N1 en Asie** **Foyer familial en Thaïlande** *30 septembre 2004*

Quatre cas humains, concernant deux enfants et deux jeunes adultes sont survenus successivement dans la même famille. Deux sont morts. Dans deux cas il n'y avait eu aucun contact connu avec des volailles vivantes ou mortes, laissant supposer une possible transmission interhumaine.

■ **Grippe aviaire** **Mesures de prévention en France** *4 octobre 2004*

Toute personne revenant depuis moins de 10 jours de Vietnam ou de Thaïlande et présentant un syndrome grippal doit prendre contact avec le SAMU – centre 15, qui organisera sa prise en charge avec le médecin traitant.

Les visiteurs des pays d'enzootie doivent éviter tout contact avec les volailles vivantes, ou mortes et non cuites, ainsi qu'avec leur environnement.

■ **Virose West Nile en France** *30 septembre 2004*

Deux cas d'encéphalite ont été signalés chez des chevaux de Camargue, aux Saintes-Maries-de-la-Mer, en septembre 2004. Aucun cas humain n'a été détecté par le système de surveillance. Il est rappelé que les derniers cas humains signalés en France sont ceux relevant de l'épidémie du Var (Saint-Raphaël-Fréjus), survenue en août-septembre 2003, où ont été détectés 7 cas

humains, dont 3 cas de méningo-encéphalite et 4 cas équin. Une enquête de séroprévalence effectuée chez 906 chevaux de la région avait montré que 34 % d'entre eux étaient séropositifs. Par ailleurs, en été 2004, deux touristes irlandais ont contracté une virose West Nile au Portugal.

■ Vaccination antivarielle en France Prise en charge des vaccins 6 octobre 2004

Résumé de la communication présentée par Dominique Jean, déléguée française à la commission médicale de l'UIAA (Union Internationale des Associations d'Alpinisme), à paraître dans "High Altitude Medicine and Biology".

Recommandations médicales pour les femmes se rendant en altitude

En dehors de la grossesse

Acclimatation et mal des montagnes :

– Pas de différence selon le sexe dans l'incidence du MAM.

– Bien que la progestérone augmente la ventilation, il n'y a pas de différence dans l'acclimatation ventilatoire à l'hypoxie selon le sexe, et l'incidence du MAM n'est pas différente selon la phase du cycle menstruel.

– Incidence plus élevée d'œdèmes périphériques chez les femmes.

– Incidence plus faible d'œdème pulmonaire de haute altitude chez les femmes.

Le cycle menstruel est souvent perturbé en altitude, mais d'autres facteurs généralement associés sont probablement plus importants (décalage horaire, exercice intense, froid, perte de poids).

Contraception

– Les contraceptifs oraux ne modifient pas l'acclimatation.

– Les estroprogestatifs, associés à la polyglobulie d'altitude, la déshydratation et le froid peuvent théoriquement augmenter le risque de thrombose. Les pilules de deuxième génération sont celles qui présentent le risque le moins élevé.

– L'efficacité contraceptive peut être diminuée par des horaires irréguliers de prise en expédition, ou par l'association à certains antibiotiques (pénicillines à large spectre ou tétracyclines).

– Pour des raisons de confort, il est possible d'utiliser les estroprogestatifs ou la progestérone seule en continu sur plusieurs

Deux vaccins sont maintenant disponibles : Varilrix GSK et Varivax Aventis Pasteur MSD, 2 doses espacées de 4 à 8 semaines pour l'un, de 6 à 10 semaines pour l'autre (chez les plus de 13 ans). Les conditions de remboursement, à 65 %, de ces deux vaccins par l'assurance maladie sont les suivantes :

– vaccination post-exposition, dans les trois jours suivant le contact, des adultes immunocompétents (> 18 ans) ;

– vaccination à l'entrée des études médicales et paramédicales des étudiants sans antécédents de varicelle et dont la sérologie est négative ;

– vaccination de toute personne (sans antécédents plus sérologie négative) en contact avec des immunodéprimés ;

– vaccination des enfants candidats à une greffe d'organe solide (sans antécédents plus sérologie négative), dans les 6 mois précédant la greffe. ■

semaines ou mois, afin de supprimer les menstruations.

Fer : une carence martiale latente est fréquente chez les femmes et peut altérer l'acclimatation à très haute altitude (érythro-poïèse accrue). Un dosage de ferritine est donc recommandé avant une expédition à très haute altitude (> 7 000 m), pour supplémentation éventuelle.

Femmes enceintes

Risques liés au voyage :

– Isolement loin de toute structure médicale si besoin.

– Certaines maladies infectieuses peuvent être plus sévères pendant la grossesse : diarrhée, paludisme, hépatite E...

– Certains médicaments utiles en prophylaxie ou traitement sont contre-indiqués (certains antipaludiques, quinolones, sulfamides)

– La grossesse et l'altitude entraînent une hyperventilation, l'air est généralement plus sec en altitude, il faut donc veiller à une bonne hydratation.

Risques liés à l'altitude :

– L'incidence du MAM n'est pas différente pendant la grossesse.

– L'acétazolamide (Diamox®) est contre-indiqué au premier trimestre (risque tératogène) et à partir de 36 semaines (risque d'ictère néonatal sévère).

Complications maternelles et fœtales :

– La plupart des études ont été réalisées chez des résidents permanents à haute altitude, les données sont peu nombreuses pour des résidents temporaires.

– La grossesse et l'altitude augmentent la ventilation, ce qui permet d'améliorer la saturation artérielle en oxygène maternelle, mais l'oxygénation fœtale est tout de même moins élevée en altitude.

– Une incidence plus élevée de fausses couches spontanées du premier trimestre est suspectée, mais non prouvée.

– Les courts séjours (quelques jours) jusqu'à 2500 m avec exercice modéré en cas de grossesse normale chez des femmes non fumeuses ne présentent pas de risque. Il n'y a pas de données pour des courts séjours à altitude plus élevée. Les femmes à risque de prééclampsie, décollement placentaire, retard de croissance intra-utérin, ne doivent pas se rendre en altitude, même pour de courts séjours.

– En cas de séjour prolongé (plusieurs



1 – 3 décembre 2004
Palais des Congrès ,
Porte Maillot, Paris

Après le 15 novembre, un bureau d'accueil sera ouvert pour les inscriptions le:

- mercredi 1^{er} décembre de 15h à 18h
- jeudi 2 décembre de 8h à 17h
- vendredi 3 décembre de 8h à 12h.

Contacteur JCD Conseil :

4, Villa d'Orléans - 75014 Paris - FRANCE

Alexia Nollent

Tél. : +33 (0)1 40 64 20 00

Fax : +33 (0)1 40 64 27 44

E-mail : anollent@jcdconseil.com



1-5 mai 2005
Lisbonne, Portugal

Inscription :

précoce : 15 sept –31 décembre 2004

normal : 1 janvier - 15 mars 2005

tardive : 16 – 22 mars, 2005

sur place : 1-5 mai 2005

Réservation Hotel :

15 Septembre 2004 – 15 Mars 2005

Soumission des abstracts :

Jusqu'au 10 Jan 2005

Examen :

certificate of knowledge in Travel Medicine

Session plénières :

The International Health Regulations :

- 2005 Revision The New IHR: Global Overview of Travel-Related Aspects
- Quarantine in the 21st Century
- The New IHR: Effects on the Daily Practice of Travel Medicine

Respiratory Infections and the Traveler:

- Influenza
- SARS - Lessons Learned and Implications for the Traveler
- Respiratory Infections-Risk Factors and Morbidity for the Traveler

Vivax Malaria - An Unprophylaxed Risk of Travel:

- Epidemiology - Etiology and Risk to the Traveler
- Efficacy of Available Drugs in Preventing Vivax Malaria
- Radical Cure and Terminal Prophylaxis: What We Know and What we Don't Know

Migration and Health in the New Europe:

- Overview of Patterns of Migration & Impact on Disease
- HIV & TB Gradients in European Migrants
- Vaccine Preventable Diseases in Migrants to Europe

Symposium :

Current Vaccination Issues - Can We Challenge Current Dogma?

- Vaccination Immunology Principles and Practice
- Established Vaccine Schedules - How Much Flexibility to Modify?
- Vaccine Boosters-Evidence for Current Recommendations

Malaria Prevention 2005:

- Chemoprophylaxis Update
- Changing Concepts in Emergency Standby Therapy
- A Worldwide Pharmacopeia of Antimalarial Drugs

New Horizons in Travelers Diarrhea:

- Post-Infectious-Irritable Bowel Syndrome
- Norovirus - Important Cause of Travelers Diarrhea or Not?
- Quinolone Resistance - Clinically Relevant or Not?

Improving Adherence in Travel Medicine

- Interventions to Enhance Adherence to Medications Behavioral
- Counseling Intervention Models for Travel Medicine
- Adherence - Examples in Travel Medicine

Typhoid and Paratyphoid: New Importance in an Antibiotic Resistant Era

- Global Epidemiology and Risk Factors for the Traveler

- Epidemiology of Drug Resistance
- Typhoid Vaccination-Change in the Risk/Benefit Formula

New Concepts in Safety and Security:

- Road Safety - The 2004 World Road Safety Report
- New Technologies in Airport Security - Impact on Travel
- Personal Safety and Security for Humanitarian and Medical Workers in Troubled Times

The Pediatric Traveler:

- Pediatric Vaccine Update:
- Malaria Prophylaxis Update
- Teenage Travelers - Risks and Approaches

Parasitic Diseases of Importance to Travelers:

- Leishmaniasis - New Hotspots and New Manifestations
- A Guide to the Newer Intestinal Parasites
- A Guide to Ectoparasites and the Traveler

A Guide to the Tropical Returnee in the Travel Clinic

- Approach to Fever
- Screening the Asymptomatic Returnee
- Triage: When to Treat and When to Refer



27 mai 2005
12^{ème} colloque sur le Contrôle
Epidémiologique des Maladies
Infectieuses
Institut Pasteur, Paris

Thèmes retenus :

- La veille épidémiologique
- Les infections sexuellement transmissible

Service des maladies infectieuses

CHI – 94195 Villeneuve St Georges

Tel : 01 43 86 24 78

Fax : 01 43 86 22 98

Olivier.pateyr@chiv.f5

