

COMMUNICATIONS AFFICHÉES

Etude rétrospective des rapatriements sanitaires des agents expatriés du ministère de la coopération

1er janvier 1991 - 31 décembre 1995, éléments préliminaires.

J. M. Milleliri & H. Demaille (1)

(1) Cabinet médical interministériel, 27 rue Oudinot, 75007 Paris.

Introduction

Le cabinet médical interministériel est appelé à statuer sur les aptitudes au retour dans le pays d'affectation de tout personnel ayant fait l'objet d'un rapatriement sanitaire en métropole.

Les données présentées ici sont issues de l'analyse rétrospective des dossiers de rapatriements sanitaires suivis par le cabinet médical interministériel entre le 1er janvier 1991 et le 31 décembre 1995.

Matériels et méthodes

L'analyse des dossiers a permis de recueillir les données de rapatriements sanitaires des agents par année, par âge et sexe, par pays d'origine du rapatriement, par cause, ainsi que les durées d'arrêt maladie résultant du rapatriement et les décisions médicales d'aptitude prononcées à l'issue.

Les dénominateurs ont porté sur le nombre moyen d'agents, avec leur sex-ratio et l'âge moyen des agents (global et par sexe), présents dans chaque pays au mois de mars de chaque année.

Résultats

Le nombre total de rapatriements sanitaires pour la période considérée est de 122, avec un ratio homme/femme de 7,7 (108/14).

Au total, 20 pays ont notifié des rapatriements sanitaires parmi les 37 pays dans lesquels des assistants techniques ont été en poste, soit 54 % des pays d'exercice. Onze pays regroupent à eux seuls 85 % des rapatriements sanitaires. Rapportés à 1000 assistants techniques en poste, le taux global de rapatriement sanitaire annuel (tous pays confondus) a évolué de façon croissante entre 1991 et 1995 de 1,95 à 11,29 (1991 = 1,95 ; 1992 = 4,84 ; 1993 = 7,37 ; 1994 = 8,65 ; 1995 = 11,29). Sur les 118 rapatriements sanitaires dont la durée d'arrêt maladie en résultant est connue, la durée moyenne d'arrêt maladie est de 48,9 jours.

Parmi les causes de rapatriements sanitaires, 3,1 % sont liées à une pathologie cardio-vasculaire ; parmi ces cas, 44 % ont nécessité une intervention chirurgicale à visée cardio-vasculaire. Et 10,7 % des agents rapatriés l'ont été pour raison psychologique ou psychiatrique. Un seul rapatriement sanitaire pour paludisme a été notifié.

Discussion

Ces données préliminaires sous-estiment le nombre de rapatriements sanitaires, car seuls sont examinés au cabinet médical interministériel les agents nécessitant une décision d'aptitude pour repartir outre-mer. Ne sont donc pas analysés les dossiers des agents décédés, des rapatriements non connus administrativement ou ceux des agents ne désirant pas repartir en poste et ne nécessitant donc pas un avis d'aptitude. Une enquête rétrospective, au niveau des missions de coopération de chaque pays est en cours sur cette même période afin de connaître la réalité des rapatriements sanitaires.

Cette étude doit permettre de dégager des facteurs de risque de rapatriements (sexe, âge, pays, pathologies) et aboutir à une réflexion sur les bilans médicaux d'aptitude pour l'expatriation des agents du ministère.

Bilan d'activité du centre anti-amaril de Nancy après un an de fonctionnement.

P. Besançon, T. Doco-Lecompte, C. Burty, C. Rabaud, C. Berger, T. May & P. Canton (1)

(1) Service des maladies infectieuses et tropicales, Hôpitaux de Brabois, Vandoeuvre les Nancy

Le centre de vaccination anti-amarile de Nancy a été ouvert le 1er août 1994 dans le service de maladies infectieuses et tropicales, son rôle est non seulement d'effectuer la vaccination anti-amarile, mais également de vérifier la mise à jour des autres vaccinations, de prescrire des antipaludéens en fonction de la destination et de donner les conseils d'ordre sanitaire aux voyageurs. Les consultations sont réparties en 4 demi-journées par semaine. Chaque voyageur remplit une fiche comportant des données démographiques (nom, prénom, âge, sexe, profession), et des données sur l'existence éventuelle

d'une contre-indication à la vaccination anti-amarile ou à certains antipaludéens (grossesse, existence d'une allergie, d'une pathologie chronique...). Cette fiche fait office de dossier médical et ses données restent strictement confidentielles. Nous présentons ici le bilan d'activité du centre un an après son ouverture. Trois mille soixante trois voyageurs ont consulté durant cette période pour une destination africaine chez 78 % d'entre eux, dont la moitié pour le Sénégal, la deuxième destination étant le Kenya. L'Amérique du sud représente le motif de la consultation dans 20 % des cas, avec une destination préférentielle pour la Guyane française. Tous les âges sont représentés avec un pic de fréquence de 40-45 ans. Les catégories socio-professionnelles sont également toutes représentées. Les durées de séjour varient de moins de 10 jours dans 40 % des cas à plus de 1 an dans 3 % des cas. Les délais de consultation se situent dans 65 % des cas entre les 10ème et 30ème jours avant le départ. Dans 11 % des cas, les voyageurs consultent moins de 10 jours avant leur départ et ne sont donc pas protégés contre la fièvre jaune à leurs arrivées dans le pays. Aucun effet secondaire à la vaccination n'a été signalé.

La vaccination antirabique du voyageur : recommandations.

Y. Rotivel (1), M. Goudal-Tour (2), C. Fritzell (1) & C. Goujon (2)

(1) Centre de traitement antirabique, Institut Pasteur, 25 rue du Docteur Roux, 75724-Paris Cedex 15

(2) Service des vaccinations, Institut Pasteur

La rage est endémique dans la plupart des régions du monde sauf en Australie, dans l'archipel japonais, les Îles Britanniques et certaines îles du Pacifique. La rage canine sévit en Asie, en Afrique et en Amérique du sud. La rage selvatique est répandue en Europe et en Amérique du nord. Les vecteurs principaux sont les animaux sauvages, comme le renard en Europe de l'ouest, le chien viverrin en Europe du nord, le loup en Iran, le raton laveur et la mouffette aux États-Unis. L'enzootie rabique est en régression en Europe de l'ouest grâce à la vaccination orale de la faune sauvage pratiquée depuis 1986.

Le risque de contamination humaine dépend de l'épidémiologie de la rage. Il est

faible dans les régions où sévit la rage selvatique, beaucoup plus élevé là où le chien est le vecteur principal.

Le risque diminuant dans les régions d'Europe de l'ouest ne doit pas faire oublier la possibilité de contracter la maladie en voyage. Les seuls cas de rage humaine survenus en France depuis 1968, date où la rage du renard est apparue en Moselle, sont des cas importés. C'est également le cas en Angleterre où la rage a disparu depuis le début du siècle.

L'information sur l'épidémiologie de la rage dans le monde, sur les modes de contamination et la conduite à tenir en cas de suspicion de contamination et sur la vaccination avant exposition du voyageur doivent faire partie de la consultation du conseil au voyageur. La vaccination avant exposition est indiquée pour les voyageurs se rendant en zones d'enzootie pour une durée d'un mois ou plus, ou pour des séjours répétés, surtout s'ils risquent d'être isolés et pour les enfants qui y résident. La primo-vaccination consiste en trois injections pratiquées en un mois par voie intra-musculaire dans le deltoïde. Un rappel est prévu un an après, puis tous les cinq ans. Les vaccins actuels sont très bien tolérés, mais les associations validées sont peu nombreuses. En cas de suspicion de contamination, chez un sujet vacciné, seules deux injections de rappel sont nécessaires. Dans ce cas, la sérothérapie n'est pas indiquée. Quand on connaît les difficultés rencontrées dans de nombreux pays pour obtenir des vaccins modernes et à plus forte raison des immunoglobulines, la vaccination avant exposition de certains voyageurs apparaît indispensable.

Actualités de la vaccination typhoïdique dans les armées.

J. L. Rey, Y. Buisson, P. Eono, E. Dusseux & G. Auzanneau (1)

(1) Direction centrale du service de santé des armées, 00459-Armées

Introduction

Pratiquée systématiquement dans les armées de 1914 à 1994, la vaccination typhoïdique n'est, depuis le 25 décembre 1994, obligatoire que pour les militaires se rendant en mission hors du territoire national.

Méthodes

La surveillance épidémiologique dans les armées permet de connaître le nombre de cas de fièvres typhoïdes et paratyphoïdiques diagnostiqués chez les militaires. De plus toute réaction vaccinale fait l'objet d'une déclaration spécifique. Le travail présenté analyse l'ensemble de ces données.

Résultats

Surveillance de la typhoïde : Au cours de l'année 1995, huit notifications de fièvre paratyphoïdique ont été enregistrées, mais aucun cas de fièvre typhoïde n'a été confirmé par l'isolement de *S. typhi* dans les selles ou le sang.

Le nombre de militaires exposés, c'est à dire séjournant en ex-Yougoslavie ou dans les 31 territoires ou pays hors métropole est en permanence de 40 000.

Tous ces personnels sont vaccinés par Typhim Vi™. L'efficacité de ce vaccin est donc remarquable.

Surveillance des réactions vaccinales : A ce jour, les résultats ne sont connus que pour 6 mois (du 1/4 au 30/9/1995). Le nombre d'effets adverses déclarés est de 89 pour l'ensemble des vaccinations effectuées durant cette période. Seuls deux effets adverses sont attribuables au Typhim Vi™. Comme environ 30 000 vaccinations Typhim Vi™ sont réalisées dans l'année, la fréquence des effets adverses à ce vaccin peut être évaluée à 0,13 p. mille.

Conclusion

La vaccination typhoïdique par le vaccin Typhim Vi™ apporte donc une excellente protection, avec un nombre d'effets adverses tout à fait acceptable.

Prophylaxie du paludisme dans différents groupes d'âges.

M. L. Mittel Holzer (1), M. Wall (2) & R. Steffen (3)

(1) Pharmaceuticals Division, Business Development & Strategy Marketing, Hoffman-La Roche SA, Bâle, Suisse

(2) St-Alban-Rheinweg 190, Bâle, Suisse

(3) Institut de médecine sociale et préventive, Université de Zürich, Suisse

Objectif

Comparer l'efficacité et la tolérance d'une prophylaxie anti-paludique chez des voyageurs âgés (60 ans et plus) avec celles enregistrées chez de jeunes voyageurs (20 à 59 ans).

Matériel et méthode

La banque de données «Malpro 2» consiste en plus de 100 000 questionnaires remplis par des voyageurs revenant en Europe en charters après avoir séjourné en Afrique de l'est entre le mois de juillet 1988 et le mois de décembre 1991. Parmi eux, 9106 (9,1 %) étaient âgés de 60 ans ou plus, tandis que 84562 (84,6 %) avaient de 20 à 59 ans. Les données démographiques, celles relatives au voyage ainsi que l'efficacité et la tolérance de la chimioprophylaxie ont été comparées dans les deux sous-groupes.

Résultats

Un accès palustre en Afrique a été documenté chez 8 (1/1000) voyageurs âgés et chez 189 (2,2 / 1000) voyageurs ayant entre 20 et 59 ans. Après avoir inclus l'âge, le sexe, la nature de la prophylaxie et la durée du séjour en Afrique dans un modèle de régression logistique, il est apparu que les cas de paludisme signalés étaient significativement plus fréquents chez les voyageurs jeunes que chez les voyageurs âgés ($p < 0,05$). Une affection associée au voyage a été signalée par 7 % des voyageurs âgés et par 13,6 % des voyageurs plus jeunes ($p < 0,05$). Le taux des événements indésirables a varié de 9,7 % chez les voyageurs âgés à 15,5 % chez les voyageurs plus jeunes ($p < 0,05$).

Conclusion

Les voyageurs âgés tolèrent la chimioprophylaxie antipaludique et les voyages sous les tropiques au moins aussi bien que les voyageurs plus jeunes.

Destination santé ou la promenade d'Alexandre.

J. Emmanuelli (1), D. Lamarque (2) & J. P. Boutin (3)

(1) Service d'épidémiologie, CHU Lille

(2) Médecin-chef du service de médecine des collectivités, HIA Robert Picqué, Bordeaux

(3) Médecin-chef du service de médecine des collectivités, HIA Clermont-Tonnerre, Brest

Introduction

Moins de 8 % des Français partent en voyage dans de bonnes conditions sanitaires. Cette étude portant sur la demande d'information sanitaire dans la perspective d'un voyage à l'étranger a permis de caractériser un certain nombre d'attitudes à l'égard de la prophylaxie des risques liés au voyage. Ses objectifs étaient de décrire le profil socio-démographique du demandeur, de caractériser les aspects médico-prophylactiques de la demande d'information, selon la destination et la durée du voyage, et d'évaluer la qualité et les modalités de la gestion des appels en vue de proposer un système d'information efficient.

Matériels et méthodes

Le service de médecine des collectivités de l'Hôpital d'instruction des armées Robert Picqué a servi de site d'enquête. Pendant l'année 1993, toutes les demandes téléphoniques de la consultation des voyageurs ont été prises en compte. Le conseil reposait sur les supports informatiques classiques. L'exploitation des questionnaires a été réalisée sur le logiciel EPI INFO.

Résultats

On a analysé 299 fiches d'appels. La demande information émanait essentiellement du secteur civil (80 %), non médical (75 %), avec un type-voyageur du sexe féminin (65 %), et jeune (âge médian : 36 à 40 ans). Des sous-groupes démographiques étaient moins représentés dans cette étude (homme de 16 à 25 ans et de 41 à 55 ans). Ces voyages étaient surtout de courte durée (1 à 4 semaines : 75 %). L'Afrique et l'Asie représentaient 79 % de la demande ; les pays les plus renseignés étant la Thaïlande (17 %), l'Inde, le Vietnam, la Guyane et le Sénégal. 82 % du conseil concernait la prophylaxie antipalustre, 75 % les immunisations. Loin derrière (20 %), venaient les questions en rapport avec d'autres problèmes sanitaires (péril fécal,...).

Conclusion

Il existe une sous-estimation globale des risques sanitaires liés au voyage. La faible représentation de certains sous-groupes démographiques s'explique peut-être du fait d'une confusion entre le voyageur et le demandeur d'information. Les suites opérationnelles immédiates de ce travail ont concerné le système d'information et de recueil des données : adaptation de la fiche d'enquête, mise en place d'une surveillance de ce type de conseil. Les suites à plus long terme sont liées aux actions de santé publique qu'inspirent ces résultats comme la mise en place d'un support écrit d'information sanitaire disponible à toute consultation médicale ou une sensibilisation à la notion de risque sanitaire (campagnes de prévention au niveau de sites stratégiques comme les agences de voyage...). Les perspectives de ce travail sont également du domaine de la recherche, en particulier en sciences humaines, afin d'appréhender des déterminants socio-psychologiques liés aux problèmes sanitaires du voyage.

Renseignements téléphoniques des voyageurs : observance et impact des conseils sanitaires.

J. Delmont, E. Jobin, S. Gentile, C. Gaillard, B. Faugère & A. Bourgeade (1)

(1) Hôpital F. Houphouët-Boigny - 13015-Marseille, France

Les voyageurs recourent de plus en plus souvent au téléphone pour obtenir de la part de services spécialisés des renseignements sanitaires avant leur départ. L'efficacité de ce moyen de communica-

tion mérite d'être évaluée en vérifiant non seulement l'application des messages transmis mais aussi leur pertinence, compte tenu des faits pathologiques qui sont survenus pendant le séjour ou le retour.

Parmi 1120 voyageurs qui, en partance pour un pays tropical ou subtropical, s'étaient informés par téléphone de décembre 1993 à février 1994 auprès du service de renseignements " Voyages Tropiques Santé", 300 choisis au hasard ont été appelés dans un délai moyen de 37 jours (+/-18 jours) après leur retour.

La vaccination amarile a été pratiquée dans la quasi totalité (94 %) des cas où elle avait été indiquée, alors que les conseils donnés ont été moins suivis pour les vaccins contre le tétanos (86 %), la poliomyélite (84 %), l'hépatite virale B (70 %), la fièvre typhoïde (65 %) et l'hépatite virale A (55 %). La moustiquaire et/ou la climatisation ont été utilisées par 76 % des 276 voyageurs partis en zone d'endémie palustre. Quant à la chimioprophylaxie antipaludique, 6 % des voyageurs ne l'ont pas suivie là où elle avait été recommandée, mais à l'inverse 38 % l'ont observée dans des régions où elle avait été indiquée comme superflue. Peu d'épisodes fébriles (11 cas, soit 3,6 % des voyageurs) sont survenus pendant le séjour ou à son retour et un seul était dû au paludisme. Par contre, la diarrhée s'avère être de loin la pathologie la plus fréquente (23 % des voyageurs) malgré les conseils d'hygiène alimentaire.

La quasi totalité des voyageurs ont exprimé leur satisfaction pour les conseils reçus et leur intention de renouveler leur appel à l'occasion d'un futur voyage. Les renseignements par téléphone s'avèrent un bon complément de la consultation au cabinet du médecin qui réalisera les vaccinations et prescrira la chimioprophylaxie antipalustre.

Enquête nationale de la société de médecine des voyages sur l'information téléphonique des professionnels de santé et du public à partir des services spécialisés.

P. Guibert, C. Goujon, M. Rey (1) et coll.

(1) Société de médecine des voyages (S.M.V.), Paris.

Objectifs

Recenser les problèmes rencontrés par les centres de vaccinations internationales dans la réponse à une demande toujours croissante d'information par téléphone, émanant tant du public que des médecins et des autres professionnels de la santé.

Méthode

Enquête multicentrique par questionnaire postal effectuée de novembre 1995 à février 1996 auprès des centres de vaccinations et de conseils aux voyageurs. Au total 55 questionnaires ont été envoyés, le nombre de réponse est de 41, soit un taux de 74 %.

Résultats

Les centres de vaccinations reçoivent en moyenne 30 appels téléphoniques par jour. Dans 85 % d'entre eux, une réponse est donnée à toute heure ouvrable aux médecins et aux autres professionnels de santé, alors que l'information téléphonique du public est plus souvent limitée dans un créneau horaire (27 % des centres). Dans 64 % des centres, le correspondant est rappelé ultérieurement si la personne susceptible de le renseigner n'était pas disponible, enfin 12 % des centres ne répondent pas au public.

Ce sont principalement les médecins qui répondent à leurs confrères et aux autres professionnels de santé (92 % des centres), mais les infirmières leur répondent aussi dans la même proportion que les secrétaires (31 % des centres). Moins nombreux sont les centres où les médecins répondent aussi au public (51 %), cette partie de l'activité revenant plus aux secrétaires (49 %) et aux infirmières (36 %). Dans 80 % des centres, la même personne, quel que soient ses fonctions, assure la réponse téléphonique en même temps que ses autres tâches.

Les principaux problèmes évoqués sont le manque de moyens matériels et financiers, le manque de temps et de personnel, la difficulté d'actualiser les informations, le manque de contacts avec les autres partenaires professionnels, et la responsabilité mise en jeu lorsqu'une information d'ordre médical est donnée par téléphone. Dans leur majorité, les centres de vaccinations s'estiment malgré tout en mesure de répondre à la demande des professionnels de santé (90 %) et du public (70 %).

Les solutions proposées consistent à augmenter le personnel affecté à la réponse téléphonique, à améliorer le fonctionnement des standards, à développer les systèmes de réponse automatique, à privilégier la réponse aux professionnels de santé sur la réponse au public, et à développer la collaboration entre les centres de vaccinations, les médecins généralistes et les pharmaciens.

Nous tenons à remercier les Docteurs : Ajana (Tourcoing), Bazin (Caen), Becq-Giraudon (Pottiers), Bourderieux (Tours), Boige-Faure (Valence), Braconnier (St Quentin), Brousse (Paris), Buffet-Janresse (Rouen), Camus (Lille), Charissoux (Limoges), Clément (La Rochelle), Croix (Troyes), Delmont (Marseille), Durand (Rodez), Didymsky (Clermont-Ferrand), Estavoyer (Besançon), Fagard (Annecy), Fallas (Angoulême), Godineau (St Denis), Hariton (Marseille), Husser (Metz), Lamarque (Bordeaux), Lefebvre (Tarbes), Le Goff (Grenoble), Lepelletier (Nantes), Michelet (Rennes), Ozenne (Le Havre), Penalba (Metz), Péru (Le Mans), Pham (Lyon), Peyron (Lyon), Picot (Toulouse), Pignon (Toulon), Receveur (Bordeaux), Rodriguez (Paris), Strady (Reims), Tour (Paris), Van Elslande (Evreux), Varichon (Villeurbanne), Volard (Niort), qui ont bien voulu participer à cette enquête.

Enquête sur la tarification et la facturation des vaccinations et consultations en médecine des voyages.

D. Camus,

avec la participation de B. Becq-Giraudon, J.C. Boulard, J.P. Boutin, G. Brousse, B. Cellier, E. Coulouma, J.C. Croix, J. Delmont, C. Buffet-Janvresse, S. Didymsky, M. Etourneau, C. Fagard, C. Fallas, S. Fegueux, A. Fish, N. Godineau, C. Goujon, B. Hariton, J.C. Hoel, J.A. Husser, B. Lepeytre, F. Ozenne, C. Penalba, D. Pham, D. Pignon, M.C. Receveur, C. Ricard, P. Rodriguez, A. Sanchez, M. Simon, A. Strady, J. Thevenot, J. Van Elslande, J.P. Varichon, Ph. Volard, C. Voyer

Les raisons de l'enquête

Depuis l'arrêté du 10 avril 1995 (J.O. du 22 avril 1995, pages 6-262 et 6-263), plusieurs vaccins bénéficient d'un remboursement pris en charge par l'assurance maladie (en l'occurrence, les vaccins dirigés contre les affections suivantes : coqueluche, diphtérie, hépatite B, infection à *Haemophilus influenzae* b, oreillons, poliomyélite, rougeole, rubéole, tétanos et tuberculose.)

Les centres de vaccinations internationaux se trouvent donc maintenant confrontés à la mise en place des dispositions permettant le remboursement de ces vaccins et en particulier des valences " diphtérie, tétanos, polio et hépatite B ". Le but de l'enquête a donc été d'analyser les mesures mises en place dans les différents centres de vaccinations, afin que l'expérience des uns puisse servir aux autres, en particulier pour ceux qui auront à négocier une convention avec les Caisses d'assurance maladie.

La réponse à l'enquête

En retour au questionnaire envoyé par voie postale, 43 centres ont répondu à l'enquête. Compte tenu du caractère ambigu de certaines questions (*mea culpa*) - et donc des réponses - plusieurs centres ont été recontactés téléphoniquement à la réception de leur réponse écrite afin de préciser certains points discordants ou litigieux. On peut donc estimer que les réponses recensées correspondent bien à la réalité.

Les enseignements de l'enquête

- 1) Les vaccinations sont réalisées dans des centres aux statuts très différents : (a) services communaux d'hygiène et de santé, qui reçoivent un soutien financier du Conseil général ; (b) services hospitaliers, qui pour la plupart d'entre eux ne se livrent à aucune analyse budgétaire ; (c) Instituts et services indépendants, qui ont à répondre d'un équilibre budgétaire.
- 2) La très grande majorité de centres pratiquent toutes les " vaccinations du voyageur ". Les 4 centres qui ne pratiquent que la vaccination FJ ont, en fait, renoncé à pratiquer les autres en raison des contraintes que cela représente.
- 3) La très grande majorité des centres tarifient séparément Acte et Produit :

Le premier acte est tarifé, selon les centres, soit C, soit CS, soit K1, voire même quelquefois gratuit. On observe le même type de disparité pour les injections suivantes (de CS à gratuit). Environ 50 % des centres remettent une feuille de SS pour que le client puisse se faire rembourser. Les autres acceptent de remettre, sur demande, une facture à leur client.

Le produit est soit rapporté par le client (afin qu'il puisse utiliser la " vignette "), soit délivré (sans vignette) par le centre. Peu de ceux qui remettent des feuilles de SS ou des factures savent si les consultants sont réellement remboursés.

Seuls quatre centres adoptent une tarification au forfait pour chacune des vaccinations pratiquées qui comprend la fourniture du produit et la réalisation de l'acte (exemples : T à 70 F, HB à 140 F, que ce soit une première ou une n-ième injection).

Conventions avec les caisses de SS

1) Elle s'impose :

- si nous souhaitons que les clients soient remboursés ;
- puisque nous ne disposons pas de produits à vignette ;
- si nous voulons éviter que le client ne soit obligé de passer au préalable dans une pharmacie.

2) Pour le moment, seuls trois centres ont signé une convention dont les termes sont tels (pour deux d'entre eux) qu'ils mettent en péril leur équilibre budgétaire. Plusieurs centres ont entamé une négociation.

3) Les différentes solutions que peuvent proposer les caisses de SS ne sont pas sans inconvénients. Voici quelques exemples :

- le " paiement direct de la caisse au centre sur la base de la remise de mémoires récapitulatifs " impose que les centres vérifient que le client satisfasse aux conditions d'ayant-droit et adressent à chaque caisse un mémoire. C'est une surcharge administrative énorme et une paperasserie excessivement coûteuse (temps de secrétariat) pour les centres ;

- le " remboursement sur la base d'un K de l'acte médical " est incompatible avec un équilibre financier. Il faut faire valoir que la prise en charge du consultant commence avant son entrée dans le cabinet médical (renseignements téléphoniques, fournitures de documentation, mise à disposition d'informations), ce qui peut justifier la codification d'un C.

- le " remboursement du produit sur la base du prix d'achat augmenté de 10 %, limité à 65 % du prix public " peut amener à des montants avec centimes qui posent des problèmes de rendu de monnaie.

4) Il faut veiller :

- à ce que les conditions imposées par une convention ne déséquilibrent pas le budget. Il peut être judicieux de " jouer cartes sur table " en révélant son exercice financier afin de démontrer les conséquences financières d'un contrat trop drastique,
- à ce que la convention ait un cadre suffisamment large de façon à ne pas devoir être rediscutée à chaque arrivée de nouveau produit sur le marché (exemple : association HB + HA).

Risque diphtérique et voyages.

P. Mauran (1), M. Rey (2) & F. Vincent-Ballereau (1)

(1) Faculté de pharmacie

(2) Faculté de médecine Clermont Ferrand

La diphtérie a pratiquement disparu d'Europe occidentale depuis la généralisation de la vaccination des enfants. Le risque de diphtérie a-t-il pour autant disparu ? On peut en douter, si l'on prend en considération les nouvelles données du problème :

1. La diphtérie continue à sévir, sous forme endémique, dans de nombreux pays en développement, en particulier en Asie du sud et du sud-est. Elle a resurgi, sous forme épidémique, dans les pays de l'ex-URSS, et notamment en Europe orientale (avec près de 48.000 cas déclarés en 1994, plus de 45.000 en 1995) et en Algérie (près de 500 cas en 1993-94). Ces épidémies, en grande partie expliquées par l'insuffisance de la vaccination et de la revaccination, se caractérisent par la proportion élevée de cas survenus chez les adolescents et les jeunes adultes : en Europe de l'est, 70 à 85 % des malades avaient plus de 15 ans, en Algérie, 30 % avaient plus de 20 ans.

2. Quelques dizaines de cas ont été importés en Europe de l'est dans les pays limitrophes de l'ex-URSS. Deux cas ont été observés chez des citoyens américains (dont un voyageur et un expatrié).

3. Plusieurs enquêtes de séroprévalence de l'immunité antidiphtérique ont montré un défaut préoccupant de protection chez les adultes des pays industrialisés. La récente enquête française multicentrique de F. VINCENT-BALLEREAU et coll. a révélé que la moitié des adultes sont mal ou non protégés et que l'immunité décroît avec l'âge (au-delà de 65 ans, ce sont 2 personnes sur 3 qui sont mal ou non protégées), et que les femmes sont moins immunisées que les hommes.

Devant cette remontée du risque diphtérique (le risque d'importation de souches toxigènes s'ajoutant à celui de la contamination de voyageurs), il paraît nécessaire de renforcer l'immunité de l'ensemble de la population adulte. Certains pays recommandent un rappel décennal Td. L'usage élargi du rappel Td, dans les indications ponctuelles de la revaccination tétanique, a aussi été préconisé. La revaccination des voyageurs se rendant en zone d'endémo-épidémie (par DTP, ou DTbis + polio, en attendant la mise à disposition d'une triple vaccin Td-polio) est déjà conseillée et appliquée.

Histoplasmose pulmonaire collective après passage dans un tunnel de montagne en Martinique.

M. Saillour (1), P. De Truchis (1),
G. De Saint-Hardouin (1),
E. Sarrazin (1), A. Valance (1),
M. E. Bougnoux (2), B. Dupont (3),
F. Dromer (3) & C. Perronne (3)

(1) Service des maladies infectieuses et tropicales,
Hôpital Raymond Poincaré, 92380 Garches

(2) Laboratoire de parasitologie,
Hôpital Ambroise Paré, 92100 Boulogne

(3) Centre national de référence de mycologie,
Institut Pasteur, 75015 Paris

La diagnostic d'histoplasmose est rare en France métropolitaine où les cas rapportés sont généralement des cas d'importation. La co-infection avec le VIH est fréquente. Nous décrivons une contamination collective à *Histoplasma capsulatum*, survenue chez 13 touristes en stage de motivation. Le 1er décembre 1995, 14 personnes

participent à une excursion dans le nord de la Martinique, avec passage dans un tunnel envahi par des chauves-souris. Seul le guide, antérieurement exposé, n'a présenté aucun symptôme. Le diagnostic, évoqué chez un patient hospitalisé en raison de la sévérité des signes cliniques, et confirmé ultérieurement par l'isolement de *Histoplasma sp.* à partir du lavage alvéolaire, a permis le diagnostic des 12 autres cas. Les 13 touristes présentaient tous des anomalies cliniques, survenues en moyenne 17 jours (11 à 23) après le passage dans le tunnel. Le tableau clinique, de début brutal, associait dans tous les cas, fièvre, sueurs, frissons, asthénie intense, céphalées (9/13), troubles digestifs (8/13); et dans un second temps, des signes respiratoires : toux (12/13), dyspnée (9/13), douleur thoracique (5/13). On notait un syndrome inflammatoire (9/13), une atteinte biologique hépatique (9/13) : cytolysse de 1,5 à 9 fois la normale et/ou une cholestase. La sérologie révélait la présence des arcs spécifiques M et/ou H dans tous les

cas entre 5 et 13 semaines après le contagé. 12/13 patients présentaient des micro ou macronodules multiples périphériques à la radio du thorax, associés à des adénopathies hilaires (7/13). Le scanner thoracique révélait des anomalies dans tous les cas.

Tous les patients ont été traités par itraconazole (200 mg/j) pendant 2 mois. L'apyrexie est apparue rapidement sous traitement, les autres symptômes régressant plus lentement, parallèlement à la diminution de taille des nodules à la radiographie du thorax à 2 mois de suivi, 9/13 patients sont asymptomatiques, les autres restant asthéniques. Les symptômes associés à la primo-infection par *H. capsulatum* sont peu spécifiques et souvent mis sur le compte d'un syndrome grippal. Leur caractère prolongé, le contexte épidémiologique, la présence de nodules à la radio du thorax et surtout la notion d'un contact avec des chauves-souris en zone d'endémie doivent faire évoquer le diagnostic.