

... de New York

Entre congrès scientifique et formation continue, un équilibre en danger !

La huitième conférence biennale de la Société Internationale de Médecine des Voyages (CISTM8) s'est tenue à New York du 7 au 11 mai 2003. Le choix de la mégapole nord-américaine était finalement heureux. En effet, dans nulle autre ville au monde on ne peut croiser autant de nationalités, de cultures et de langues en quelques kilomètres qu'à New York City. Et les voyages ? La cité et son port, qui ont accueilli des millions de migrants à Ellis Island avant l'ère du transport aérien de masse, les connaissent bien et ce que nous appelons la pathologie du retour du voyageur est bien proche de celle des immigrants. Cité meurtrie bien sûr, qui offre à la compassion des congressistes sa plaie béante mais aussi cité gagnante qui expose ses projets toujours plus faramineux et grandioses de constructions et reconstructions.

Du pré-congrès à la cérémonie de clôture, la conférence a duré quatre jours entiers. Le cadre grandiose du Marriott Marquis, à la fois hôtel et palais des congrès, permettait d'accueillir selon les jours, entre 1000 et 2000 congressistes au sein de 83 sessions de 90 minutes réparties sur cinq étages. Les 20 experts du comité scientifique ont dû énormément travailler pour proposer et coordonner un programme comportant pas moins de 14 modalités de réunions différentes : conférences plénières, symposiums, sessions de communications libres, affiches, le débat du jour, ateliers thématiques, ateliers b.a.-ba, la destination du jour, sessions interactives, le cas clinique du jour, rencontre avec le professeur, atelier de dernière minute, aspect historique, et bien sûr symposiums satellites soutenus par l'industrie. Ouf !

À l'évidence le congressiste n'avait que l'embarras du choix pour établir son emploi du temps. La seule difficulté devant résider dans le choix cornélien entre les sessions parallèles d'intérêts concurrents pour leur contribution au progrès de la science et de la pratique médicale. Car le but premier d'un congrès médical doit rester la diffusion des résultats des travaux, si possible novateurs, conduits depuis le précédent rendez-vous de la société organisatrice. La variété des études et la date de disponibilité des résultats étant le plus souvent imprévisibles, les congrès les accueillent à travers les séances de communications libres, orales ou affichées, qui traduisent le mieux l'attractivité, la renommée et le dynamisme d'un rendez-vous scientifique.

Le président du comité scientifique ne disait rien d'autre dans son mot de bienvenue « la pierre d'angle de toute réunion scientifique comme le CISTM8, et le déterminant majeur du succès de cette réunion, sont les contributions originales soumises » (traduction de l'auteur).

La première surprise venait donc du nombre relativement faible de soumissions (environ 250) au regard du nombre d'inscrits au congrès et du nombre de sessions, ce d'autant que le comité ne retint finalement que 60 communications orales et 110 affiches (68% des soumissions). Mais il est normal de ne pas accepter toutes les propositions afin de maintenir le niveau scientifique nécessaire à la renommée de la réunion. Dès lors il n'y eut que 10 sessions (12%) de six communications orales chacune. Malheureusement le congressiste avide de nouveautés devait encore choisir entre les deux sessions organisées en parallèle chaque matin, ce qui finalement ne lui permettait de suivre que six sessions, soit 36 communications en 9 heures de congrès. Bien peu en quatre jours, même s'il faut y ajouter la lecture de quelques posters très intéressants.

Tout le reste (72 sessions, 122 orateurs ou paires d'orateurs) étant réalisé par des intervenants invités. Le niveau de ces invités étaient toujours indiscutable mais leurs exposés étaient essentiellement de type didactique (conférences plénières, symposiums, débat du jour, ateliers thématiques et b.a.-ba, la destination du jour, sessions interactives, le cas clinique du jour, rencontre avec le professeur, atelier de dernière minute, aspect historique) et non des comptes-rendus scientifiques. Dès lors la conférence tendit plus vers un séminaire de formation continue pour acteurs de terrain, que vers un forum d'échanges d'avancées scientifiques. Il faut savoir qu'en Amérique du Nord, les centres de consultations de médecine du voyage sont de plus en plus nombreux et très structurés et qu'une partie importante des actes réalisés le sont par des personnels paramédicaux. Il faut se souvenir aussi que la formation continue y est obligatoire et doit être validée pour permettre la poursuite de l'exercice professionnel. À ce titre, une convention entre la Société Internationale de Médecine des Voyages et la Faculté de médecine de l'Université Emory permettait aux médecins présents de valider jusqu'à 21 heures de formation continue, tandis qu'une autre convention avec le Comité pour la formation continue de l'Association des infirmières de Géorgie permettait aux nombreux paramédicaux de valider 25 heures de formation. Le pays hôte d'une conférence fournit traditionnellement une proportion importante de congressistes, cela est encore plus vrai lorsque l'hôte a la puissance démographique des États-Unis. Si une fraction importante de ces nationaux est constituée de praticiens de terrain (généralistes et paramédicaux) et non de cliniciens chercheurs, elle sera légitimement plus deman-

deuse de formation que d'avancées ou de perspectives de recherche.

Les sessions à caractère principalement pédagogique sont souvent innovantes et divertissantes. Mais le médecin ne devra pas en abuser car au final elles n'améliorent guère les savoirs. À notre avis, le médecin doit préférentiellement choisir d'assister aux séances de communications libres. Ces dernières évoluent aussi et l'on voit de plus en plus souvent une session dite « de dernière minute » qui permet aux organisateurs plus de réactivité face à l'actualité (au CISTM8 une session spéciale « SRAS » passionnante était proposée dans ce cadre) et aux chercheurs et cliniciens de prendre date à tout moment lorsqu'un travail vient d'aboutir à des résultats intéressants. Les communications libres peuvent être présentées sur un support affiché (poster). Elles ne sont pas, et ne doivent pas être considérées comme des communications de moindre qualité. Il convient donc de les valoriser : par l'impression des résumés dans les actes et numéros spéciaux consacrés aux congrès au même titre que les communications orales ce qui confère une prépondérance plus grande à la communication, mais aussi par la programmation de moments de rencontre avec les auteurs au pied du panneau. Une voie intermédiaire apparaît à travers la présentation orale des affiches selon deux modalités. D'une part, lorsque le nombre d'affiches n'est pas trop important un temps de présentation orale de 2 minutes (sans questions) peut être offert aux auteurs pour inciter les participants à découvrir leur travail affiché. D'autre part, s'il y a beaucoup d'affiches, le comité scientifique peut organiser une séance de présentations brèves (3 à 4 minutes) de quelques affiches dûment sélectionnées permettant un débat comparable aux sessions de communications orales.

Dans le domaine des travaux originaux nous avons retenu pour vous au hasard de nos déambulations, quatre communications non encore disponibles dans la presse écrite au moment où nous rédigeons ce compte-rendu.

M.A. Paul *et Coll.*, ont conduit une étude dans l'armée de l'air canadienne pour évaluer les répercussions psychomotrices de l'utilisation aux doses recommandées en chimioprophylaxie du paludisme, de l'association atovaquone-proguanil et de la primaquine, contre placebo. Chacun des 28 volontaires était son propre témoin, prenant en double aveugle, successivement pendant sept jours, les trois protocoles avec des périodes de sevrage de trois semaines. Des dosages sanguins permettaient de vérifier la prise de médicament. À la fin de chaque période de prise les volontaires subissaient des batteries de tests psychomoteurs (temps

de réaction, raisonnement logique, opérations arithmétiques, performances à des actions multitâches) et des questionnaires quantifiant les effets adhésifs, l'humeur, la somnolence et la fatigue. Il n'y a eu aucune répercussion significative de l'un ou l'autre des 2 traitements étudiés par rapport au placebo ni sur les performances psychomotrices, ni sur l'humeur, la somnolence et la fatigue. Les auteurs concluaient que ces résultats laissent à penser que les équipages d'avion peuvent utiliser ces molécules en chimioprophylaxie.

F. Ballereau *et Coll.*, ont étudié la stabilité de huit spécialités d'antipaludéens utilisés en chimioprophylaxie ou traitement (sulfate de chloroquine, chlorhydrate de proguanil, association des deux précédents, monohydrate de doxycycline sous deux formes, chlorhydrate d'atovaquone et proguanil, méfloquine, chlorhydrate d'halofantrine) après les avoir soumis à des conditions extrêmes de température et humidité pouvant reconstituer les climats tropicaux. Le cycle d'exposition comportait une phase de 30 jours à 50°C suivie d'une phase de cinq jours à 70°C, le tout dans une atmosphère saturée en humidité. Des produits témoins étaient laissés à la température ambiante de Nantes. A J0, J10, J20, J30 et J35, tous les produits faisaient l'objet d'analyses organoleptiques, spectrométrie UV, chromatographies en couche mince et liquide à haute performance, et titrimétrie. Toutes les spécialités sont restées chimiquement stables tout au long de

l'expérience. A noter néanmoins que les comprimés des deux formes de doxycycline se sont délités, les comprimés de méfloquine sont devenus grisâtres, les blisters des six premières spécialités ont été déformés. Les conditions thermiques de ces tests ne sont pas extravagantes si l'on veut bien imaginer la température réelle qui peut régner en zone tropicale dans une voiture fermée ou un bâtiment couvert de tôles. Les résultats sont encourageants pour ce qui est de la capacité des antimalariques à garder leur efficacité même en situation extrême.

A. Wilder-Smith a beaucoup travaillé sur l'émergence et la diffusion du méningocoque W135 après le Hadj de 2000. Mais qu'en est-il du risque lié aux autres maladies à transmission aérienne ? En 2002, son équipe du Tan Tock Seng Hospital de Singapour, s'est intéressée au risque de coqueluche. Elle a suivi de façon prospective 358 pèlerins singapouriens avec une recherche avant et après des IgG anti Pertussis-Toxin couplée à un interrogatoire cherchant une toux prolongée. Au total, cinq patients ont présenté une coqueluche authentique (taux d'incidence sur un mois de 1,4 p. 100) dont trois parmi les 40 patients préalablement naïfs (taux d'attaque de 7,5 p.100). Les auteurs confirmaient ainsi le risque de transmission de la coqueluche pendant le Hadj, alertaient les autorités sanitaires sur le risque de propagation épidémique sur place ou au retour dans les pays d'origine,

et posaient la question de l'intérêt d'une vaccination préventive chez les pèlerins.

Au rayon des anecdotes méthodologiques A. Vilella *et Coll.*, ont testé en Espagne une nouvelle stratégie de renforcement de l'observance de schémas vaccinaux. L'objectif était d'amener les voyageurs débutant un schéma vaccinal multi-doses (hépatite A par deux doses à six mois d'écart, ou association hépatites A et B par trois doses à M0, M1 et M6) à aller au bout de la primo-vaccination afin de leur assurer une meilleure protection. Pour cela le protocole prévoyait une relance automatisée par envoi aux dates de convocation de messages textuels formatés sur les téléphones portables des vaccinés. L'étude a comparé le groupe expérimental, recruté au cours de l'été 2002, avec les cohortes historiques des mêmes centres collaborateurs des étés 2001 et 2000. Dans tous les cas, la méthode de rappels téléphoniques automatisés, s'est accompagnée d'un gain de compliance de huit à 11 % pour la dose à M1, et de 14,5 à 23,5 % pour les doses à M6. Pour cette dernière échéance les résultats restent encore modestes puisque moins de 50 % des vaccinés sont finalement revenus recevoir les doses au 6^e mois. Le SMS au service de l'acceptabilité des prescriptions médicales, il fallait y penser ! Il y a peut être là une piste à creuser. Concours de propositions à l'étude !

J-P. BOUTIN

... de Paris

XVII^e Rencontres francophones de pédiatrie.

L'édition 2003 des Rencontres francophones de pédiatrie s'est tenue à Paris les 10-11 octobre, sous l'égide du Département de Pédiatrie de l'Hôpital Saint Vincent de Paul et de l'Association des Pédiatres de Langue Française (APLF) (organisateur : D. Gendrel, J. Laugier, C. Dupont). Cette réunion annuelle a réuni comme d'habitude une assemblée nombreuse de pédiatres francophones d'origines très diverses, africaines surtout, pour assister la première journée à un séminaire Nord-Sud de vaccinologie et à un séminaire de nutrition, puis le lendemain à une séance de communications orales et affichées.

Le séminaire Nord-Sud de vaccinologie s'est déroulé la matinée du vendredi 10 octobre 2003 et a été divisé en trois thèmes principaux.

Le méningocoque

Le Dr R. Teyssou a fait l'historique des épidémies de méningites à méningocoques à l'échelon mondial, et insisté sur l'importance des sérogroupes, des sérotypes et de la proximité antigénique des certains d'entre eux. Le Pr Tall pour le Burkina

Faso, a rappelé l'inevitable répétition des épidémies, la survenue sur le terrain du sérotype W135 depuis quelques années : 44 % des méningites sont dues au sérotype A, 23 % au W135, mais 23 % sont dues au pneumocoque et 8 % à *Haemophilus influenzae*. La sensibilité des méningocoques au chloramphénicol, à l'ampicilline et à la ceftriaxone reste de 100 %. Les vaccinations ont toujours un long délai de mise en route. Le professeur Keita pour le Mali a rappelé qu'entre 1992 et 2002, 32 000 cas de méningites à méningocoques sont survenus, avec un taux de létalité de 11,5 %. Le Pr Abid rapporte qu'au Maroc, sur 68 méningites hospitalisées à Casablanca, 27 se sont présentées sous la forme clinique de *Purpurafulminans* et 18 sont décédés.

Le Dr F. Sorge a présenté ensuite l'épidémiologie des infections invasives à méningocoques en Europe. On note une grande disparité dans les taux d'incidence, mais une relative homogénéité dans les sérogroupes rencontrés (prédominance du B, puis du C) et dans la répartition par âge

(moins d'un an et adolescent 14-20 ans). La prise en charge est aussi très variable de même que les indications des nouveaux vaccins conjugués C : celles-ci vont de recommandations de vaccination généralisée pour toutes les personnes de 2 mois à 20 ans (Royaume Uni, Irlande) à quelques indications réduites dans des situations à risque.

Le Dr N. Guérin a présenté la situation en France, les vaccins disponibles, polysaccharidiques et conjugués, leur efficacité et leur tolérance. La surveillance de deux augmentations d'incidence localisée, dans le Puy de Dôme en janvier 2002 et dans le Sud-Ouest en octobre 2002, a entraîné la recommandation de la vaccination pour les moins de 20 ans. Une couverture vaccinale de 80 % a été obtenue et la situation épidémiologique est revenue à l'état antérieur.

La poliomyélite et son éradication

Les stratégies recommandées par l'OMS sont la vaccination de routine des nourrissons de moins d'un an, des campagnes nationales ou régionales chez tous les enfants de moins de cinq ans, la sur-

veillance des paralysies flasques aiguës (PFA) avec recherche virologique des virus polio dans les selles et des campagnes de ratissage. Les progrès ont été considérables et en 2003, seuls sept pays déclarent encore des cas, en particulier l'Inde, le Pakistan et le Nigeria.

Au cours d'une table ronde animée par le Pr D. Gendrel et le Dr N. Guérin, quelques questions ont été posées aux représentants des pays présents : qu'en est-il de la couverture de routine et de la surveillance virologique ?

Au Gabon, Congo, Cameroun et Sénégal, la surveillance des PFA est correcte, la couverture vaccinale de routine sub-optimale, mais il n'y a pas eu de cas de poliomyélite déclarés.

Au Togo, le dernier cas a été observé en 1999, mais un cas est récemment survenu en Oti (nord du pays), probablement importé du Nigeria. Un cas isolé est également signalé au Liban alors que le dernier cas était signalé en 1994.

Conférence sur la vaccination du prématuré et du très jeune enfant par le Pr C.A. Siegrist de l'Université de Genève

Les très jeunes enfants et les prématurés ont une susceptibilité accrue aux infections coquelucheuse, grippale, rougeoleuse, à *Haemophilus influenzae* de type b, au pneumocoque et à l'hépatite B. Le taux d'anticorps maternels transmis est d'autant plus bas que la prématurité est plus importante. Les vaccinations doivent être effectuées selon les recommandations et en fonction de l'âge chronologique, éventuellement sous surveillance hospitalière (vaccination coquelucheuse). La vaccination pneumococcique avec le vaccin conjugué heptavalent est particulièrement recommandée chez le prématuré, et la vaccination grippale ne doit pas être offerte avant l'âge de six mois.

Le séminaire de nutrition, l'après-midi, a eu cette année pour thème « les micro nutriments et les vitamines », avec des communications passionnantes ciblées sur les pays en développement, suivies d'une table ronde concernant leur rôle chez le prématuré.

N. Darmon (INSERM, France) a évoqué **la méthode d'optimisation de la diversification alimentaire selon un modèle de programmation linéaire**. Constatant les limites de l'approche empirique, son équipe a développé une méthode originale pour déterminer l'alimentation au moment du sevrage dans une zone déterminée. Elle est basée sur un modèle de programmation linéaire construit à partir des besoins théoriques qualitatifs et quantitatifs, et qui tient compte des ressources des différents pays. Ainsi, on peut calculer la composition d'un régime répondant aux exigences de l'alimentation de complément, adapté aux ressources locales disponibles et de faible coût (A. Briand et Coll., *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003 ; 36 : 12-22). Cette méthode très

séduisante est en cours de développement sur le terrain.

M. Garabédian (Paris) a ensuite brossé un panorama de **l'hypovitaminose D dans le monde**. Si de réels progrès ont été accomplis dans sa prévention en Occident, puis en Afrique du Nord et du Sud où sa prévalence a bien diminué, cette affection s'est déplacée en Asie, particulièrement en Mongolie. Des facteurs individuels, climatiques, mais surtout socio-culturels, expliquent la carence : défaut d'exposition solaire, alimentation pauvre en vitamine D (sans poisson notamment) plus qu'en calcium. La prophylaxie s'adresse aux groupes à risque, principalement en zone tempérée : femmes enceintes, nourrissons, adolescents à peau très pigmentée.

O. Fontaine (OMS, Genève) a montré **le rôle préventif et curatif anti-infectieux de la supplémentation en zinc**. Ce micro nutriment est impliqué aussi bien dans l'immunité humorale que cellulaire. A dose préventive continue (10 mg/j), il permet une réduction de l'incidence des diarrhées, des pneumonies, du paludisme (peut-être aussi de sa gravité). L'administration intermittente s'est également avérée efficace. A dose curative (20 mg/j), le zinc est également actif pour réduire la durée et la sévérité des diarrhées (l'OMS recommande 10-20 mg/j x 15 j), des pneumonies, et il serait également efficace dans la rougeole et le paludisme. Au total, une approche préventive ou curative aurait un impact significatif sur la réduction de la mortalité infantile.

F.E. Viteri (année sabbatique, CNAM, France) a abordé un autre sujet passionnant, **la prévalence et le traitement de la carence en fer dans les pays en développement**. Une carence martiale existe chez le tiers des enfants de 0-4 ans et chez plus de la moitié des enfants plus âgés. Chez la femme enceinte, elle accroît le risque d'issue défavorable de la grossesse pour la mère (taux de décès plus élevé) et pour l'enfant (taux accru de prématurité). Une supplémentation (quotidienne de préférence) avant la 20^e semaine d'aménorrhée est associée à une réduction significative du risque de prématurité (Scholl et Coll., *Am J Epidemiol* 1997 ; 146 : 134-41). Une technique efficace de prévention de la carence martiale du nourrisson est de retarder le clampage du cordon pour favoriser la transfusion de sang placentaire au nouveau-né : si on attend au moins 1 minute, la réserve de fer à 6 mois sera de 40 mg versus 14 mg si le clampage survient moins de 15 secondes après la naissance.

A.C. Abdallah (Nouakchott, Mauritanie) a ensuite relaté son expérience de **renutrition dans une unité spécialisée** de 10 lits. En appliquant les schémas recommandés, un décès survient dans 30,6 % des malnutritions sévères. Les facteurs de mauvais pronostic sont le kwashiorkor, l'existence d'une co-morbidité ou la persistance d'une anorexie au-delà de sept jours. Cette communication a été l'occasion de rappeler que

les décès précoces sont souvent dus à une hypothermie, une hypoglycémie ou encore à une insuffisance cardiaque liée à une réhydratation trop active.

Enfin, pour terminer cette session passionnante, une table ronde a réuni plusieurs experts sur **les enjeux essentiels, chez le prématuré, des micro nutriments** dont la carence est à l'origine de trois problèmes majeurs qu'il convient de prévenir : l'anémie, la maladie hémorragique et les troubles de croissance.

La séance de communications libres a débuté par une conférence du Professeur Abib sur **les Recommandations de l'OMS et pratique en matière d'infections respiratoires**. La pneumonie est la principale cause de décès chez l'enfant, principalement avant l'âge d'un an. Tout pays en développement ayant une mortalité infantile-juvénile de plus de 40 ‰ doit avoir un Programme de Lutte contre les Infections Respiratoires Aiguës. L'objectif est principalement de réduire la mortalité par pneumonie, par un dépistage et un traitement précoces, et secondairement de standardiser la prise en charge par une utilisation rationnelle et optimale des antibiotiques. Les agents les plus impliqués sont le pneumocoque, puis l'*Haemophilus* b et le staphylocoque. L'antibiothérapie repose, en l'absence de signe de gravité, sur le cotrimoxazole ou l'amoxicilline, ou sur la cloxacilline en cas de suspicion de staphylococcie, et dans les cas graves sur le chloramphénicol, seul ou associé à l'amoxicilline.

Puis, des thèmes divers ont été abordés en communications orales : l'anémie carencielle de la mère et de l'enfant en Tunisie, accessible à la prévention après sensibilisation (R.T. Dellagi) et au Maroc (A.M. Alaoui) ; l'analyse des critères de tuberculose, de faible valeur diagnostique en Côte d'Ivoire (L. Adonis-Koffy) ; la prise en charge de l'asthme, insuffisante en Algérie (B. Bioud) ; l'apport de la corticothérapie dans les méningites, faible en Algérie sauf pour l'*Haemophilus* (H.B. Mekhbi) ; les enjeux d'un traitement précoce de l'infection à VIH du nourrisson (A. Faye) ; les facteurs de risque de morbidité et mortalité néonatales précoces à Brazzaville (H.F. Mayanda) ; les aspects épidémiologiques de la mortalité hospitalière à Yaoundé (I. Kago) ; et enfin, l'étude de la létalité de la drépanocytose au Sénégal (I. Diagne).

Cette séance très riche a comporté également une **session de communications affichées sur des thèmes divers**, traitant notamment d'inféctiologie (infection à VIH, tétanos néonatal) et de nutrition.

Au total, ces rencontres francophones ont rempli leur objectif de partages d'expériences Nord-Sud, enrichissantes pour tous, à propos de la santé de l'enfant.

N. GUERIN ET P. IMBERT