



XXI^e ACTUALITÉS DU PHARO 2015

VACCINATIONS DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT

Hôpital La
Timone
Marseille

7/8/9
OCTOBRE
2015





SOMMAIRE

► **EDITO** *p. 4*

► **DÉROULÉ** *p.6*

► **BIOGRAPHIES CONFÉRENCIERS INVITÉS** *p.10*

► **CONFÉRENCES INVITÉES** *p.18*

► **COMMUNICATIONS ORALES**
Session vaccination *p.41*
Session Médecine Tropicale *p.50*

► **COMMUNICATIONS AFFICHÉES** *p.63*

EDITO



C'est déjà la quatrième année consécutive que le Groupe d'intervention en santé publique et épidémiologie, le GISPE, organise les « Actualités du Pharo ». Bien que cet événement, seules journées de médecine et santé publique tropicales annuelles en France, se déroule à l'hôpital de la Timone dont nous remercions très sincèrement la direction pour son généreux accueil, nous tenons à conserver le label originel pour perpétuer le souvenir de l'Institut de médecine tropicale du Service de santé des armées qui a formé tant de médecins tropicalistes au Pharo et qui est à l'origine de ces « Actualités ».

Après le paludisme en 2012, les maladies tropicales négligées en 2013 et les maladies non transmissibles en zone tropicale en 2014, le Conseil scientifique a retenu comme thème cette année « Les vaccinations dans les pays en développement ».

Si à l'époque coloniale, des campagnes de vaccination contre la variole et la fièvre jaune avaient permis de contrôler ces deux maladies, en particulier dans les pays francophones, il a fallu attendre la mise en place du Programme élargi de vaccination à la fin des années 1970 pour vacciner les nourrissons contre les maladies de la petite enfance. Après l'euphorie des années 1980, des difficultés en particulier d'approvisionnement en vaccins et de financement apparurent dans les années 1990. Depuis 2000, en particulier sous l'impulsion de l'Alliance GAVI, de grands progrès ont été accomplis dans les programmes de vaccination et leur stratégie d'application. Ainsi, le nombre annuel de décès chez les enfants de moins de 5 ans a chuté d'environ 2 millions entre 2000 et 2010 grâce à la vaccination. En lançant lors de l'Assemblée mondiale de la santé de mai 2012, le Plan d'action mondial pour les vaccins, les États membres se sont engagés à faire de la vaccination une priorité pour étendre d'ici 2020, tous les avantages de la vaccination à tous, quel que soit l'endroit où ils sont nés, où ils sont et où ils vivent. Ces journées feront le point sur toutes les problématiques de la vaccination qu'elles soient biologiques, médicales ou organisationnelles.

Dans le domaine de la vaccinologie tropicale, il faut malheureusement constater que les experts français se font de plus en plus rares. Nous espérons que ces Actualités donneront aux plus jeunes l'envie d'approfondir cette spécialité pour apporter leur concours aux diverses organisations qui œuvrent sur le terrain. Elles permettront aussi pour tous les participants une mise à jour des connaissances à une époque où les vaccinations sont régulièrement remises en question tant dans les pays en développement que dans les pays développés, en France en particulier. Seul un savoir solide permet la riposte crédible qui s'impose.

Ces Actualités ne sont possibles que grâce à l'aide de partenaires publics et privés qui n'ont exercé absolument aucune pression sur le contenu du programme. Je tenais à le souligner à une époque où le sujet des conflits d'intérêt devient tellement sensible, Le Comité d'organisation tient à remercier bien vivement tous nos partenaires.

Enfin, ces Actualités n'auraient pu se tenir sans le travail préparatoire considérable des docteurs Jean-Loup Rey et Jean-Marie Milleliri, respectivement vice-président et secrétaire général du GISPE, Je les remercie chaleureusement.

Notre vœu le plus cher est que ces journées francophones annuelles de médecine et de santé publique tropicales puissent perdurer avec la venue encore plus importante de confrères francophones du Sud pour élargir le plus possible les échanges d'expérience. Le GISPE ne pourra pas longtemps assumer seul la responsabilité de l'organisation. Un dialogue s'est déjà instauré avec l'Université de Marseille qui nous permet d'être optimistes pour l'avenir.

Pr. Pierre Saliou
Président du GISPE

LES VACCINATIONS DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT EN 2015

MERCREDI 7 OCTOBRE

14h00-14h45	Accueil - inscriptions	GISPE
14h45-15h00	Allocutions d'ouverture	Directrice La Timone Pierre Saliou <i>salioupiere@orange.fr</i>
15h00-15h30	Conférence inaugurale : La vaccinologie : un terme non encore entré dans le dictionnaire et déjà universel	Pierre Saliou <i>salioupiere@orange.fr</i>
CONFÉRENCE HISTORIQUE		
15h30 - 16h00	Léon Lapeyssonnie - sur les chemins du bout de la piste	Jean-Marie Milleliri <i>j-m.milleliri@wanadoo.fr</i>
16h00 - 16h30	Pause et visite de stands	
SYMPOSIUM [BEST OF LES MALADIES À PRÉVENTION VACCINALE] - CMIT		
16h30-16h45	Analyse de la littérature récente sur la fièvre jaune	Olivier Bouchaud <i>olivier.bouchaud@aphp.fr</i>
16h45-17h00	Actualités sur les méningites en milieu tropical	Éric Pichard <i>erpichard@chu-angers.fr</i>
17h00-17h15	Prévention vaccinale de maladies infectieuses entériques	Jean Delmont <i>jean.delmont@univ-amu.fr</i>
17h15-17h30	Vaccins circonstanciels du voyageur	Christophe Rapp <i>rappchristophe5@aol.com</i>
17h30-17h45	Questions	

JEUDI 8 OCTOBRE

8h15-8h45	Accueil des congressistes	
SESSION 1 – LE POINT EN 2015 APRÈS 40 ANS DU PROGRAMME ÉLARGI DE VACCINATION		
8h45-9h15	Du PEV aux programmes nationaux de vaccination systématique	Alfred Da Silva <i>ads@aamp.org</i>
9h15-9h45	Les difficultés logistiques sur le terrain et la formation	Philippe Jaillard <i>pjaillard@aamp.org</i>

<http://www.gispe.org/html/actus2015.html>

9h45-10h15	Les couvertures vaccinales comparées en Afrique	Aristide Aplogan <i>aaplogan@aamp.org</i>
10h15-10h45	Pause café – visite stands	
SESSION 1 (SUITE) – LE POINT EN 2015 APRÈS 40 ANS DU PROGRAMME ÉLARGI DE VACCINATION		
10h45-11h15	La pharmacovigilance des vaccins en Afrique	Amina Tebaa <i>amina.tebaa@gmail.com</i>
11h15-11h45	Plan d'action mondial pour les vaccinations	Kamel Senouci <i>senoucika@who.int</i>
11h45-12h15	Pérennité des programmes de vaccination financés par GAVI	Guillaume Grosso <i>ggrosso@gavi.org</i>
12h15-13h30	Pause déjeuner	
SESSION 2 - LES NOUVEAUX VACCINS EN COURS D'INTRODUCTION DANS LES PROGRAMMES NATIONAUX DE VACCINATION		
13h30-14h00	Rôle du vaccin polio inactivé dans l'éradication de la poliomyélite	Emmanuel Vidor <i>emmanuel.vidor@sanofi-pasteur.com</i>
14h00-14h20	Vaccin contre les pneumocoques	Bernard Fritzell <i>bernardfritzell@hotmail.fr</i>
14h20-14h40	Vaccin contre les HPV	Alima Essoh <i>tat@aamp.org</i>
14h40-15h00	Stratégies de vaccination dans les urgences et déplacements de populations	Aitana Juan <i>aitana.juan@epicentre.msf.org</i>
15h00-15h30	Le système global d'information en vaccinologie de MesVaccins.net : perspectives pour les pays en développement	Jean-Louis Koeck <i>jkoeck@gmail.com</i>
15h30-16h00	Pause café – visite stands	
SESSION 3 - COMMUNICATIONS LIBRES DE VACCINOLOGIE		
16h00-16h10	Effets des campagnes de vaccination à répétition sur l'offre des soins au niveau des formations sanitaires des zones de santé de la ville de Kinshasa en République Démocratique du Congo : une série chronologique à périodes alternées	Mvuama M.-N <i>donmvuama@yahoo.fr</i>
16h10-16h20	Le nouveau calendrier vaccinal algérien	Bendjelid F. <i>kifarah22@yahoo.com</i>
16h20-16h30	Réticences des parents à la vaccination contre la poliomyélite au Mali : enquête pilote réalisée au cours des Journées Nationales de Vaccination à Bamako	Dicko A. <i>diallab17@yahoo.fr</i>

16h30-16h40	Les complications de la vaccination par le BCG chez les nouveau-nés	Arhab D. <i>doc.pedi@gmail.com</i>
16h40-16h50	La rubéole en Algérie : y a-t-il besoin d'introduire une vaccination ?	Ouyahia A. <i>ouyahiaam@yahoo.fr</i>
16h50-17h00	La vaccination de l'enfant dans la lutte antirabique, une activité de l'unité « Médecine préventive et vaccination » du CHU de Tlemcen en Algérie « 2001-2014 »	Chabni N. <i>chabni.nafissa@yahoo.fr</i>
17h00-17h10	Quelques contradictions des initiatives de santé mondiale : le vaccin méningite MenAfriVac®, un cas d'exemple	Thiongane O. <i>o.moirouxthiongane@gmail.com</i>
17h10-17h20	Emergence d'une épidémie de méningite à méningocoque de sérotype C au Niger en 2015	Ouwe Missi Oukem-Boyer O. <i>oukem@cermes.org</i>
17h20-17h30	Résurgence de la diphtérie dans le Nord Laos : pourquoi ?	Buisson Y. <i>yvesbuisson@hotmail.com</i>
17h30-18h00	Accès à des vaccins accessibles et adaptés	MSF (à confirmer)

VENDREDI 9 OCTOBRE

8h15-8h45 Accueil des congressistes

SESSION 4 - LES BESOINS EN VACCINS : LE POINT SUR LEUR DÉVELOPPEMENT

8h45-9h15	La recherche vaccinale contre le VIH	Françoise Barré-Sinoussi <i>francoise.barre-sinoussi@pasteur.fr</i>
9h15-9h35	Bâtir un nouveau paradigme pour prévenir et contrôler la dengue	Rémy Teyssou <i>remy.teyssou@gmail.com</i>
9h35-9h55	Un vaccin contre le virus Ebola	Marc Girard <i>marc.girard36@wanadoo.fr</i>
9h55-10h15	L'état de la recherche sur le vaccin antipaludique en Afrique : espoirs et défis	Mahamadou A. Thera <i>mthera@icermali.org</i>
10h15-10h35	La vaccination contre l'hépatite E	Yves Buisson <i>yvesbuisson@hotmail.com</i>

10h35-11h05 Pause café – visite stands

SESSION 5 - VACCINS EXISTANTS À PROBLÈMES STRATÉGIQUES

11h05-11h30	Vaccin choléra : entre lobbying et réalité, où et quand il faut vacciner ?	Renaud Piarroux <i>renaud.piarroux@ap-hm.fr</i>
11h30-12h00	Quel vaccin Tétanos Diphtérie Coqueluche pour les pays en voie de développement ?	Nicole Guiso <i>nicole.guiso@pasteur.fr</i>
12h00-12h20	Vaccination et politique internationale en santé de la France	Mariam Diallo <i>mariam.diallo@diplomatie.gouv.fr</i>
12h20-14h00	Pause déjeuner	

SESSION 6 - COMMUNICATIONS LIBRES EN MÉDECINE TROPICALE

14h00-14h10	Plus d'un an d'épidémie d'Ebola en Guinée : quel bilan ?	Migliani R. <i>migliani.rene@gmail.com</i>
14h10-14h20	Application du concept de « Guinéisation » de la prise en charge du patient soignant EBOLA au sein du Centre de Traitement des Soignants (CTS) de Conakry	Ramade S. <i>sebastien.ramade@intradef.gouv.fr</i>
14h20-14h30	Les laboratoires Ebola en Guinée - apports et contraintes	Blanchot M. <i>blanchot.m@laposte.net</i>
14h30-14h40	Impact de l'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine sur l'ulcère de Buruli : Résultats d'une étude rétrospective au Cameroun	Christinet V. <i>vanessa.christinet@hivntd.org</i>
14h40-14h50	Analyse du dépistage des marqueurs virologiques majeurs VIH, VHB et VHC chez les donneurs de sang de la force publique congolaise à Brazzaville de 2008 à 2011	Dzia Lepfoundzou A. <i>ameliadzia@yahoo.fr</i>
14h50-15h00	Risques sanitaires environnementaux en Azawad (Nord-Mali)	Aoun O. <i>olivier.aoun@gmail.com</i>

REMISE DES PRIX

15h00-15h10	Prix de thèse universités françaises (Société de Pathologie Exotique)	
15h10-15h20	Prix du travail de terrain (Sanofi)	
15h20-15h30	Prix des posters (Université Senghor d'Alexandrie)	
15h30-15h45	Pause	

SESSION 6 (SUITE) - COMMUNICATIONS LIBRES EN MÉDECINE TROPICALE

15h45-15h55	Etude des facteurs associés au retard de diagnostic de la tuberculose dans la banlieue dakaroise (Sénégal)	Leye M. <i>mamadou.leye@yahoo.fr</i>
15h55-16h05	Localisations inhabituelles de la tuberculose en Kabylie. A propos de 33 cas	Achour N. <i>nasachour64@yahoo.fr</i>
16h05-16h15	Réponse aux problèmes des cataractes sur la commune de Pobè (Bénin)	Jacquemin F. <i>francois.jacquemin@sfr.fr</i>
16h15-16h25	Schistosomiase génitale féminine et infection par le virus de l'immunodéficience humaine: une revue systématique de la littérature	Christinet V. <i>vanessa.christinet@hivntd.org</i>
16h25-16h35	Usage des antibiotiques chez les enfants de 0 à 18 mois dans une cohorte au Bénin : impact des caractéristiques du couple mère-enfant à la naissance et des données de consultations	Faucher J.-F. <i>jfffaucher@chu-besancon.fr</i>
16h35-16h45	Evaluation de la qualité de la gestion des produits pharmaceutiques au Tchad	Mbaibarem D. <i>rappchristophe5@gmail.com</i>
16h45-16h55	Le paludisme vécu au niveau des officines pharmaceutiques privées de cinq villes d'Afrique de l'Ouest	Leloup M. <i>madeleine.leloup@remed.org</i>

SESSION DE CLÔTURE

16h55-17h05	Remerciements Annonce Actus 2016	Pierre Saliou <i>salioupierre@orange.fr</i>
--------------------	-------------------------------------	--

BIOGRAPHIES CONFÉRENCIERS INVITÉS



Pierre Saliou

Docteur en médecine, président du GISPE, biologiste des hôpitaux des armées, professeur agrégé du Val de Grâce, il a été chef de la section biologie du Centre Muraz à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) et chef de service du laboratoire de biologie clinique de l'hôpital du Val de Grâce. De 1986 à 2003, il effectue une carrière de directeur médical au sein du groupe devenu Sanofi Pasteur. Président honoraire de la Société de pathologie exotique, ancien professeur associé à l'Université Senghor d'Alexandrie, coordinateur pédagogique du Cours international francophone de vaccinologie, il est membre de l'Académie des sciences d'Outre-mer qu'il préside en 2014.



Jean-Marie Milleliri

Jean-Marie Milleliri est médecin de santé publique tropicale. Après une carrière militaire où il a occupé plusieurs postes en Afrique comme responsable de projets de coopération (Tchad, Rwanda, Gabon) et dirigé le centre de documentation scientifique de l'Ecole du Pharo à Marseille, il a travaillé pour l'OMS à Libreville au sein de l'équipe inter pays de l'Afrique centrale puis pour l'ONUSIDA à Dakar dans l'équipe régionale pour l'Afrique de l'ouest et du centre.

Depuis 2015, il occupe le poste de conseiller régional de coopération santé pour le Mali, le Niger et le Burkina Faso basé à l'Ambassade de France à Bamako.

Auteur de plusieurs articles sur l'histoire des médecins militaires en Afrique, il est secrétaire général du Groupe d'Intervention en Santé Publique et en Epidémiologie (GISPE), et de l'association *Ceux du Pharo*. Administrateur élu de la *Société de Pathologie Exotique*, il vient d'être élu à l'Académie des Sciences d'Outre-Mer.



Amina Tebaa

Médecin spécialiste en pharmacotoxicologie au centre Anti Poison et de Pharmacovigilance du Maroc, actuellement centre collaborateur de l'OMS - Rabat.

Responsable de la pharmacovigilance des vaccins depuis 2000.

Membre de CIOMS working group des vaccins depuis 2013.

Membre de la commission nationale de vaccination.

Membre de la commission nationale de pharmacovigilance.

Secrétaire générale de la société marocaine de Pharmacovigilance.



Philippe Jaillard

Philippe Jaillard intervient dans la vaccination dans les pays en développement depuis plus de 20 ans, d'abord dans des actions d'urgence humanitaire au Libéria, au Mozambique et en Ouganda puis dans l'aide au développement en contribuant à la mise en place des premières activités de vaccination supplémentaires dans le cadre de l'éradication de la polio et en appui aux pays pour le renforcement de leur programme de vaccination systématique et de prévention et riposte aux épidémies. Confronté aux défis logistiques rencontrés dans ses activités, il a développé ses compétences en gestion des opérations et fournit des conseils stratégiques et de management ainsi que l'assistance technique aux pays en développement, pour le renforcement de leurs systèmes de gestion logistique.

Il est actuellement responsable du programme « technologie et logistique de santé » de l'Agence de Médecine Préventive. Sous l'égide du projet LOGIVAC qu'il dirige, il a contribué à la création du Centre Régional de Référence en Logistique de Santé pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre et au nouveau Centre Régional pour l'Afrique de l'Est.

Philippe Jaillard est titulaire d'une maîtrise de santé publique et un diplôme d'études supérieures spécialisé en gestion de projet.



Aristide Aplogan

Dr. Aristide APLOGAN est Directeur à l'Agence de Médecine Préventive de l'Epidémiologie de terrain, de la Vaccinologie et du Programme de Formation-action EpiVacPlus. A ce titre, il en assure le développement stratégique, l'opérationnalisation, la supervision, le suivi et l'évaluation de ses programmes.

Dr. Aplogan est expert dans la formation en vaccinologie et en épidémiologie, l'évaluation des programmes de santé, le renforcement des capacités et l'amélioration des performances des programmes de vaccination, la riposte aux épidémies et la recherche opérationnelle.

Avant de rejoindre l'AMP en 1997, Dr. Aplogan était consultant indépendant senior pour des institutions européennes, américaines et africaines.

Dr. Aplogan est médecin diplômé de l'université de Lomé. Il a été formé en épidémiologie à l'IDEA(Annecy) et à l'Université de Bordeaux 2. Il est titulaire d'un master 2 en Economie et Management de la Santé Publique dans les pays en développement à l'Université de Paris Dauphine.



Kamel Senouci

Le Dr. Kamel Senouci est médecin, spécialiste de santé publique, diplômé en épidémiologie des Universités de Lille et de Paris (France) et en politiques de santé, planification et économie de la santé de la London School of Economics et de la London School of Hygiene and Tropical Medicine (Grande Bretagne). Le Dr. Senouci a travaillé pour le Ministère français de la Santé, l'OMS Lyon puis l'Organisation Panaméricaine de la Santé (OPS) à Washington (EUA). Il a ensuite dirigé l'Initiative SIVAC à l'Agence de Médecine Préventive (AMP), en charge de soutenir les pays pour la mise en place des Comités Techniques de la Vaccination. Depuis 2013, il est en charge du suivi de la mise en place du Programme d'Action Mondiale pour les Vaccins au sein de l'OMS à Genève.



Guillaume Grosso

Guillaume Grosso est responsable Europe, mobilisation des ressources pour Gavi, l'Alliance du Vaccin. Gavi fédère gouvernements, acteurs de l'industrie pharmaceutique, UNICEF, OMS, Banque mondiale et d'autres partenaires dans le but commun de créer l'égalité d'accès aux vaccins pour les enfants des pays en développement. À Gavi, Guillaume Grosso dirige l'équipe chargée des relations avec les organisations de la société civile et les acteurs du développement et de la mobilisation des ressources auprès des gouvernements et des entreprises. Sous sa direction, Gavi a obtenu un soutien de plus de 5 milliards d'euros de la part de ses partenaires européens, qui permettra de mener à bien des programmes de vaccination jusqu'en 2020. Guillaume Grosso a débuté sa carrière dans le secteur privé (Société Générale, Boston Consulting Group) avant d'occuper plusieurs postes dans les institutions internationales, d'abord à la Banque africaine de développement, puis en tant que directeur des opérations du Centre de développement de l'OCDE et directeur France de ONE. Guillaume Grosso est diplômé de l'Ecole des Mines de Paris, du Collège des Ingénieurs et de l'INSEAD.



Emmanuel Vidor

Emmanuel VIDOR est médecin, diplômé en médecine tropicale (docteur en médecine et en Sciences, Zieme cycle). Actuellement expert Affaires Médicales au sein du département des affaires médicales de Sanofi Pasteur à Lyon depuis Janvier 2010. Travaille dans l'industrie du vaccin depuis 29 ans et a occupé plusieurs fonctions au sein de Sanofi Pasteur (et de ses sociétés fondatrices) en Recherche & Développement en tant que responsable de projet ou responsable de programme de développement clinique d'un certain nombre de nouveaux vaccins. A publié une cinquantaine d'articles scientifiques sur divers vaccins et sujets de vaccinologie et est l'auteur du chapitre «IPV» de la nouvelle édition du livre de référence «Vaccine» édité par S.Plotkin.



Bernard Fritzell

Bernard Fritzell est médecin, formé en médecine tropicale et en santé et développement (Université de Bordeaux). Après un séjour en Somalie dans le cadre de la coopération française, il a rejoint l'industrie du vaccin (Institut Pasteur Production, Pasteur Mérieux, Chiron et Wyeth). Au cours des 30 dernières années, il a conduit le développement clinique de différents vaccins préventifs (Hépatite B, Haemophilus influenzae type b, meningocoque, pneumocoque,...). Depuis 2012, il est consultant en vaccinologie et développement de vaccin auprès de différents industriels du secteur et institutions (PATH, TBVI, ...).



Téné-Alima Essoh

Docteur en médecine de l'Université de Nancy I (France) et d'Abidjan (Côte d'Ivoire) puis titulaire d'un MBA des Industries de la Santé (Lyon - France) et d'un diplôme international de Vaccinologie de l'Université de Bordeaux 2 (France), le Dr. Téné-Alima Essoh a travaillé dans le domaine de la vaccination chez Sanofi Pasteur International, Sanofi Pasteur-MSD Europe, GlaxoSmithKline en France puis Afrique Francophone. Ses domaines d'expertises sont le développement clinique des vaccins et leur accès au marché, la gestion de communautés médicales, la communication scientifique ainsi que la pharmacovigilance des vaccins récemment mis sur le marché notamment HPV, Rotavirus et Zona. Directrice du bureau Côte d'Ivoire de l'Agence de Médecine Préventive - AMP, elle assure également la coordination technique des projets d'introduction de nouveaux vaccins en Afrique.



Groupe de travail vaccination - Médecins Sans Frontières

Depuis plus de quarante ans, Médecins Sans Frontières apporte une assistance médicale à des populations dont la vie ou la santé est menacée : principalement en cas de conflits armés, mais aussi d'épidémies, de pandémies, de catastrophes naturelles ou encore d'exclusion des soins. Dans les pays où la couverture vaccinale est généralement faible, MSF s'efforce d'offrir quand c'est possible des vaccinations de routine aux enfants de moins de cinq ans dans le cadre de ses programmes de soins de santé primaires. La vaccination est également un élément clé de la réponse de MSF aux épidémies de rougeole, de fièvre jaune et dans un moindre mesure de méningite. Le groupe de travail de vaccination suit l'implémentation des activités de vaccination et fait des recommandations pour améliorer cette implémentation.



Jean-Louis Koeck

Jean-Louis Koeck est médecin biologiste, professeur agrégé du Val de Grâce et titulaire de la chaire de biologie appliquée aux armées. Après avoir exercé en Allemagne, à Paris et à Djibouti, il est actuellement le chef du service de biologie clinique et du centre de vaccinations internationales de l'Hôpital d'instruction des armées Robert Picqué à Bordeaux. Il exerce une activité de recherche clinique en microbiologie (étude de la diversité génétique des agents infectieux). Consultant national de vaccinologie dans les armées, il est membre du Comité technique des vaccinations du Haut Conseil de la santé publique.

En 2009, il crée l'association Groupe d'études en prévention, dont l'objectif est d'améliorer la prévention des maladies à l'aide de nouvelles techniques d'information et de communication. C'est dans ce cadre qu'il a développé le site d'expertise sur la vaccination MesVaccins.net et le site de conseils personnalisés aux voyageurs MedecineDesVoyages.net.



Françoise Barré-Sinoussi

Françoise BARRÉ-SINOUSSE, rétrovirologue, chercheur invité de l'Institut Pasteur, est connue pour ses contributions à la découverte du VIH en 1983 et à la recherche des mécanismes de la pathogénèse des infections VIH/SIV.

Auteur ou co-auteur de plus de 275 publications originales, de plus de 125 revues et de plus de 300 communications à des congrès, elle plaide depuis longtemps en faveur d'une recherche multidisciplinaire, translationnelle et d'interventions basées sur l'évidence scientifique. Elle a également une longue expérience du renforcement des capacités en Afrique et en Asie du Sud-Est. Présidente d'Honneur du Réseau International des Institut Pasteur, Présidente de la Société Internationale Sida de 2012 à 2014 et membre de l'Académie des Sciences depuis 2009, elle a été et reste membre de très nombreuses instances scientifiques internationales. Elle a reçu plus de 40 prix ou honneurs au niveau nationaux et internationaux dont le Prix Nobel de Médecine ou Physiologie en 2008.



Yves Buisson

Yves BUISSON est médecin, biologiste des hôpitaux des armées, professeur agrégé du Val-de-Grâce, membre de l'Académie nationale de médecine. Successivement chef du laboratoire de biologie clinique de l'hôpital d'instruction des armées du Val-de-Grâce, puis directeur de l'Institut Pasteur du Cambodge, délégué général au Réseau International des Instituts Pasteur et instituts associés, chargé de mission auprès de la Fédération de recherche du Service de santé des armées, il fut l'avant-dernier directeur de l'Institut de médecine tropicale du Service de santé des armées (Le Pharo) à Marseille avant de diriger l'Institut de la francophonie pour la médecine tropicale à Vientiane. Il a été élu président de la Société de pathologie exotique au mois de janvier 2015.



Marc Girard

Marc P Girard, Dr vétérinaire et Dr es-Sciences, est professeur honoraire de l'Université Paris Diderot et de l'Institut Pasteur. Après une formation à la recherche au MIT à Cambridge et à l'Albert Einstein College of Medicine à New-York chez le Pr James Darnell, il travaille d'abord avec le Dr David Baltimore au Salk Institute à La Jolla puis chez le Pr André Lwoff à l'Institut Pasteur sur la biologie moléculaire du poliovirus. Sa carrière scientifique se poursuit à l'Institut de Recherches sur le Cancer à Villejuif puis dans l'Unité de Virologie moléculaire qu'il crée et dirige de 1979 à 1999 à l'Institut Pasteur. Il assure les fonctions de Directeur scientifique de Pasteur Vaccins de 1984 à 90, et de Sous-Directeur de l'Institut Pasteur de 1990 à 92. Il quitte l'Institut Pasteur en 1999 pour prendre la Direction du Centre de Recherches de Virologie-Immunologie (CERVI) de Lyon, qui comporte le laboratoire de haute sécurité (P4) Jean Mérieux, puis, en 2001, la Direction générale de la Fondation Mérieux. Ses recherches sur le virus de l'Immunodéficience humaine (VIH) et le développement d'un vaccin contre le SIDA, l'amènent à diriger de 1988 à 1998 « l'Action concertée Vaccins » de l'Agence Nationale de Recherches sur le SIDA (ANRS), puis à assurer jusqu'en 2002 la présidence du consortium européen « Eurovac », qui regroupe 21 laboratoires européens impliqués dans la conduite d'études de Phase I de divers vaccins VIH. Il crée, en 1986, le Colloque des Cent Gardes sur les Vaccins HIV, qu'il continue d'organiser tous les deux ans au Centre de Conférences Les Pensières de la Fondation Mérieux à Veyrier du Lac près d'Annecy. Il est aujourd'hui membre de l'Académie Nationale de Médecine et de l'Académie Vétérinaire de France.



Mahamadou A. Thera

Le Docteur Mahamadou A. THERA (MD, MPH, PhD) est directeur scientifique du Projet Malaria de Bandiagara (BMP) au Centre de Recherche et de Formation sur le Paludisme (MRTC) de l'Université de Bamako. Il dirige l'Unité de développement clinique du vaccin contre le paludisme au MRTC, sous le leadership du Pr. Ogobara Doumbo. Il est Maître de Conférences Agrégé de Parasitologie-Mycologie à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako.

Il a été chercheur principal de nombreux essais cliniques de vaccins contre le paludisme, des médicaments et des études épidémiologiques du paludisme au Mali. Membre de plusieurs comités consultatifs scientifiques : le MALVAC et le JTEG de l'OMS sur le vaccin antipaludique, le Comité de l'Initiative Européenne du Vaccin (EVI-SAC), le Réseau Ouest-Africain de Recherche en Santé (ROARES). Le Docteur Thera siège également au DSMB de plusieurs essais cliniques de vaccins contre le paludisme et de vaccins contre la maladie à virus Ebola.



Renaud Piarroux

Le professeur Renaud Piarroux est à la fois clinicien et biologiste. Il exerce à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille et dirige une unité de recherche à l'Université d'Aix-Marseille. Ses principales thématiques de recherche portent sur le diagnostic des maladies parasitaires et fongiques et sur l'épidémiologie des grandes endémies tropicales, tout particulièrement le choléra, le paludisme, la leishmaniose et la peste. Ses recherches sur le choléra portent principalement sur la dynamique des épidémies de choléra dans de très nombreux pays touchés par ce fléau (Haïti, République Démocratique du Congo, Benin, Togo, Ghana, Guinée, Côte d'Ivoire, Comores), mettant en évidence les zones de départ, les voies de propagation et les zones d'explosion des épidémies de choléra. Ces travaux sont ensuite mis à profit par les agences internationales (UNICEF, OMS) et de nombreuses ONGs (Médecins du Monde, Solidarités International, Action Contre la Faim, Acted etc.) pour améliorer l'efficacité de la lutte sur le terrain.



Nicole Guiso

Nicole GUIISO est entrée à l'Institut Pasteur en 1972, a obtenu sa thèse d'université en 1976 et sa thèse de doctorates-sciences en 1980. Après un stage post-doctoral et deux années au National Jewish Hospital à Denver, Etats-Unis, elle a rejoint l'Institut Pasteur et est devenue Chef de laboratoire et Directrice de deux Centres Nationaux de Référence, celui de la coqueluche et celui de la diphtérie. De 2001 à 2005 elle a créé et dirigé le département « Ecosystème et Epidémiologie des maladies infectieuses ».

Elle est l'auteur de 320 articles, a été invitée à de très nombreux congrès et dans plusieurs organisations internationales comme expert. Elle a été membre du Conseil scientifique à Paris et de ceux de plusieurs Instituts Pasteur du Réseau international. Elle a reçu le Prix Nicloux, le prix Darrolles, le «Grade de Chevalier dans l'ordre National du Mérite» et le «Grade de Chevalier dans l'ordre National de la Légion d'Honneur».



Mariam Diallo

Mariam Diallo est une diplomate française. Elle a servi à Paris en administration centrale à la Direction d'Afrique du Nord et Moyen-Orient, à Tel-Aviv en tant que deuxième conseillère et porte-parole de l'Ambassade de France en Israël puis à New York à la mission permanente française auprès des Nations unies. Elle dirige actuellement la sous-direction de la santé, de la sécurité alimentaire et du développement humain du ministère des Affaires étrangères et du Développement international. Elle siège au Conseil d'administration et au Comité des Programmes et des Politiques de GAVI, l'Alliance du Vaccin.



CONFÉRENCES **INVITÉES**

LÉON LAPEYSSONNIE SUR LES CHEMINS DU BOUT DE LA PISTE

Milleliri J.-M.
j.-m.milleliri@wanadoo.fr

Ceux du Pharo, Plan de Cuques

Mercredi 7 octobre
15h30-16h00

MOTS CLEFS

Lapeyssonnie,
histoire, méningite,
vaccin, Ecole du
Pharo

DU PEV AUX PROGRAMMES NATIONAUX DE VACCINATION SYSTÉMATIQUE

Da Silva A.
ads@aaamp.org

*Agence de Médecine Préventive (AMP)
Paris*

Jeudi 8 octobre
8h45-9h15

MOTS CLEFS

PEV, GAVI, GIVS,
GVAP

Il aurait eu 100 ans cette année, mais finalement qu'importe puisqu'en laissant son nom à la ceinture qui définit la bande isohyétique où sévissent en Afrique subsaharienne les épidémies de méningite cérébrospinale, Lapeyssonnie, l'homme des chemins du bout de la piste est entré de plain-pied dans les manuels de médecine tropicale.

Rien ne lui plaisait sans doute plus que d'arpenter ces pistes latéritiques et ces brousses soudano-sahéliennes. Son premier poste en pays Mossi dans une Haute Volta pas encore Burkina Faso fut bien sûr initiatique. Appliquant à 27 ans la doctrine Jamot et traquant comme son illustre prédécesseur le trypanosome dans les villages les plus reculés, le jeune médecin devenu plus tard médecin général n'aura de cesse de défendre ces préceptes de santé publique tropicale et de promouvoir ces « bataillons d'excentriques » (comme les décrit un médecin anglais, le Dr. Waddy) que furent les médecins de brousse issus de l'Ecole du Pharo. Préfigurant les « French Doctors » et le sans-frontiérisme, Lapeyssonnie sut mettre en œuvre les fruits des recherches en vaccinologie. Ainsi en 1974, pendant l'épidémie de méningite au Brésil, il convainç

Charles Mérieux de fabriquer à grande échelle le vaccin salvateur. Charles Mérieux mobilise alors toutes les ressources de son laboratoire pour produire et livrer des millions de doses de l'unique vaccin disponible à l'époque. Dix millions d'habitants de Sao Paulo seront vaccinés en 5 jours, 90 millions de brésiliens en 6 mois. Encore une victoire du bout de la piste.

Mais Lapeyssonnie fut plus que l'homme des grandes endémies, plus que le chercheur et l'enseignant. « Qui a aimé être enseigné, aime enseigner à son tour », se plaisait-il à répéter en parlant de son temps au Pharo. Ecrivain et romancier, il sut avec poésie parfois, raconter cette époque révolue où il partait chasser en brousse africaine et partageait avec des infirmiers des moments uniques de grande humanité. C'est sans doute pour cette humanité qu'il sut encore rugir de sa retraite bretonne, en 2000, à un an du bout de son chemin, pour vilipender dans le journal Le Monde les bureaucrates endormis des organisations de santé. Et faire en sorte de réveiller les consciences et l'Afrique pour que les populations du bout de la piste ne soient pas oubliées.

Le Programme Élargi de Vaccination (PEV) lancé voilà 40 ans par l'OMS comme une composante essentielle des soins de santé primaires a connu une phase ascendante de succès pendant la décennie 80 avec l'Initiative de Vaccination Universelle des Enfants (UCI), conduite sous l'impulsion de l'Unicef. Au moment du Sommet des Nations Unies sur l'Enfance de 1989, un taux mondial moyen de 80% de couverture vaccinale avait été atteint pour les antigènes du PEV administrés aux enfants de moins d'un an contre les 6 maladies cibles du PEV (Tuberculose, Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Rougeole).

Le difficile maintien de cette performance après l'arrêt de l'UCI 20 ans après le lancement du PEV durant les années 90 et les nouvelles initiatives mondiales de prévention vaccinale (poliomyélite, tétanos néonatal, rougeole) ont mis en exergue les grands défis que ce programme devait relever pour atteindre ses objectifs stratégiques et devenir une intervention de santé publique pérenne et systématique. Parmi ces défis : l'équité dans l'accès aux vaccins et de la pérennité même du PEV dans les pays les plus pauvres, sa viabilité financière, la qualité et de la sûreté des vaccinations. Les années 90 sont marquées par : (i) la stagnation de la croissance de la couverture vaccinale avec une baisse de la couverture vaccinale et une limitation de l'accès à la vaccination; (ii) une iniquité croissante pour l'accès des pays pauvres aux nouveaux vaccins efficaces contre les maladies y occasionnant

une mortalité importante (Hépatite B, Infection à Hib, Fièvre Jaune, Pneumonies, Diarrhées à Rotavirus, Méningites à méningocoque A) ; (iii) un investissement insuffisant dans la recherche pour les vaccins contre les maladies importantes dans les pays pauvres. En l'an 2000, un sursaut de la Communauté internationale impulsé par la Fondation Bill & Melinda Gates, avec la création de Gavi, l'Alliance du Vaccins, permet d'engager une redynamisation des PEV pour le XXI^{ème} siècle. Lancée en janvier 2000 au Forum Économique Mondial à Davos (Suisse), Gavi s'est donné pour mission de sauver la vie des enfants et protéger la santé des populations en élargissant l'accès à la vaccination dans les pays pauvres par la mobilisation des compétences diverses des principaux acteurs de la vaccination mondiale au sein d'un seul et même organe décisionnel, pour financer l'introduction de vaccins et renforcer les systèmes de santé dans les 70 pays les plus pauvres de la planète. Ce soutien de GAVI couvre désormais une période de 20 ans (2000 – 2020) et s'inscrit dans la Vision et Stratégie pour les Vaccinations dans le monde (2006 - 2015) de l'OMS et l'Unicef (GIVS) puis dans le Plan d'Action Mondial pour les Vaccins (2011-2020). L'AMP est un des témoins et acteurs des 40 ans de cette histoire et cette communication fait le point des avancées, innovations techniques et institutionnelles apportées au cours de cette évolution du PEV des débuts vers les vaccinations systématiques d'aujourd'hui.

LES DIFFICULTÉS LOGISTIQUES SUR LE TERRAIN ET LA FORMATION

Jeudi 8 octobre
9h15-9h45

Jaillard P.
pjailard@aamp.org

*Agence de Médecine Préventive (AMP),
Fereny Voltaire*

Les programmes de vaccination des pays en développement ont réalisé d'importants progrès ces dernières années en apportant plus de vaccins bénéficiant à une plus large population. Cependant, le nombre d'enfants non vaccinés reste important, et les activités de vaccination supplémentaires destinées à prévenir et lutter contre les épidémies souffrent d'une réalisation peu efficace. Les vaccins sont de plus en plus onéreux, et si Gavi, l'alliance des vaccins, contribue largement à leur achat, la part du cofinancement par les pays augmente, faisant peser sur eux une lourde charge financière. La gestion correcte des vaccins doit assurer leur disponibilité aux endroits où ils sont nécessaires en respectant leur intégrité, tout en limitant les gaspillages occasionnés par des ruptures de la chaîne du froid inadaptée ou par une mauvaise gestion de stock. Les technologies innovantes permettent d'améliorer la qualité et la disponibilité des produits et services de santé et de faciliter la transmission de l'information, à condition d'être adaptées et correctement utilisées.

Depuis quelques années, conscients de la nécessité d'assurer la préservation des investissements consentis par les pays et les bailleurs de fonds, les gouvernements d'un certain nombre de pays, avec des organisations régionales et internationales, se sont rassemblés au sein d'initiatives globales. Elles visent l'amélioration de la santé des populations par le développement durable des capacités du système de santé

dans la gestion des chaînes d'approvisionnement et capables de faire face aux défis existants et émergents dans ce domaine.

De récentes études ont montré que la gestion de la chaîne logistique des produits de santé est assurée principalement par du personnel médical et paramédical, qui ne bénéficie pas d'expertise dans le domaine et se trouve ainsi détourné de ses fonctions initiales. Il est nécessaire pour les pays de se doter de cadres compétents, capables de concevoir, mettre en œuvre et assurer le suivi des performances de systèmes logistiques, afin d'optimiser l'utilisation des ressources nécessaires à la dispense de services de santé de qualité. La création de ce corps de métier passe d'une part par la définition d'un référentiel métier et la reconnaissance de la profession par l'administration de la santé et la fonction publique ; et d'autre part, par une offre de formations professionnelles diplômantes et qualifiantes permettant de développer les compétences techniques et managériales des agents destinées à la gestion logistique. Des centres régionaux de référence ont été nouvellement établis en Afrique afin de développer et dispenser ces formations taillées sur mesure et de contribuer au développement d'une communauté de pratique des gestionnaires de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé.

LES COUVERTURES VACCINALES COMPARÉES EN AFRIQUE

Jeudi 8 octobre
9h45-10h15

Aplogan A.
aaplogan@aamp.org

*Agence de Médecine Préventive (AMP)
- Abidjan, Côte d'Ivoire*

La couverture vaccinale permet d'apprécier l'efficacité des stratégies mises en œuvre pour atteindre les cibles des programmes de vaccination et identifier les nouveaux besoins. Même si tous les pays de la région AFRO de l'OMS utilisent les mêmes stratégies de vaccination, des disparités de couverture vaccinale sont observées entre les pays. Si la couverture vaccinale nationale renseigne sur le niveau de performance d'un pays, elle peut masquer de grandes disparités aux niveaux intermédiaire et périphérique. Les données de couverture vaccinale peuvent être supérieures à 90% au niveau national alors qu'elles sont inférieures à 50% dans plusieurs districts de santé. Cette disparité peut être liée à la complétude des rapports et au poids démographique des districts dont les rapports sont manquants. En effet, dès que la complétude des rapports dépasse 80%, on conclut à tort à une «bonne représentativité» de la situation du pays. Dans certains cas, une complétude de 85% ne suffit pas tandis que 75% de complétude, peut être suffisant pour la représentativité du pays en termes de couverture vaccinale. Cette disparité peut également être liée à l'existence de goulots d'étranglement en matière de vaccination. Dans tous les cas, pour comparer des données de vaccination il est primordial que celles-ci soient de qualité, ce qui n'est pas le cas dans la plupart des pays. En effet il est trop souvent constaté des discordances au niveau de la taille des populations cibles, des erreurs de décompte ou de

rapportage des cibles vaccinées et des données manquantes ou aberrantes. L'identification de stratégies pour améliorer la qualité des données est devenue une obligation pour tous. Ceci pourrait avoir pour conséquences l'amélioration ou la baisse des performances actuelles affichées. Les stratégies d'augmentation de la couverture vaccinale mises en œuvre dans la région OMS AFRO à savoir : Atteindre Chaque District (ACD) et Activités de Vaccination Supplémentaires (AVS) ont significativement modifié l'évolution des couvertures vaccinales dans les pays, avec des résultats variables. Pour réduire ces inégalités géographiques de couverture vaccinale, le programme EpiVacPlus de l'AMP a mis en place dans les districts à faible performance de 11 pays Francophones d'Afrique de l'Ouest et du Centre, une supervision formative avec l'approche « Plan de Résolution de Problèmes ». Cette approche basée sur les composantes essentielles de la stratégie « ACD » a permis d'améliorer significativement la qualité des données et les couvertures vaccinales de ces districts.

MOTS CLEFS

vaccination, programme,
couverture vaccinale,
Afrique

LA PHARMACOVIGILANCE DES VACCINS EN AFRIQUE

Judi 8 octobre
10h45-11h15

**Tebaa-R. Soulaymani
Bencheikh A.**
atebaa@yahoo.fr

*Centre Anti Poison et de Pharmacovigilance
du Maroc, Rabat*

P our s'assurer que les vaccins sont sûrs et administrés sans danger, il convient d'instaurer une notification spontanée des événements indésirables post vaccinaux (EIPV). Un événement indésirable post vaccinal est tout incident médical fâcheux qui suit la vaccination et qui n'a pas nécessairement un lien de causalité avec l'utilisation du vaccin. L'événement indésirable peut être une manifestation défavorable ou non intentionnée, un résultat de laboratoire anormal, un symptôme ou une maladie. (Rapport du Groupe de travail CIOMS / OMS sur la pharmacovigilance des vaccins, 2012.) Actuellement, près de la moitié de la population mondiale vit dans des pays ne disposant pas de système efficace pour la surveillance des EIPV malgré l'introduction des nouveaux vaccins dans leur programme d'immunisation (vaccins contre les infections invasives à pneumocoque introduits dans 57% des pays, vaccins contre le rotavirus dans 36% des pays, vaccins contre la fièvre jaune dans 29% ...). Dans le passé, l'OMS accompagne l'introduction des vaccins par la formation des agents de santé, par l'élaboration des guides de vaccination, le suivi et l'évaluation du programme d'immunisation mais le système de pharmacovigilance en général et la pharmacovigilance des vaccins en particulier est peu ou pas existant

En effet selon la base de donnée internationale des effets indésirables de Uppsala Monitoring Centre, le taux de notification des EIPV dans la région AFRO pays membres de l'OMS n'est que de 0,71% EIPV par 10 000 naissances en 2012 d'où l'objectif actuel de l'OMS surtout de l'Initiative Mondiale pour la Sécurité des Vaccins est de veiller à instaurer un système de surveillance des EIPV dans les pays où les ressources sont limitées. Ce système nécessite l'identification des rôles et responsabilités de toutes les parties prenantes, un circuit de notification bien défini, disponibilité et accessibilité des supports de notification et enfin assurer un feedback pour garantir la continuité de déclaration.

PLAN D'ACTION MONDIAL POUR LES VACCINATIONS, OÙ EN EST-ON EN 2015 ?

Judi 8 octobre
11h15-11h45

Senouci K.
senoucika@who.int

*Organisation Mondiale de la Santé (OMS) -
Département de la Vaccination, des Vaccins
et Produits Biologiques, Genève*

MOTS CLEFS

vaccination, plan
d'action mondial,
stratégie, OMS

E n mai 2012, la soixante-cinquième Assemblée Mondiale de la Santé a approuvé le Plan d'Action Mondial pour les Vaccins et a demandé au Directeur Général de l'OMS de suivre les progrès accomplis et de faire rapport chaque année sur les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs mondiaux de vaccination.

Le Plan d'Action Mondial pour les Vaccins a deux grandes ambitions, pour faire de la décennie 2016-2020, « la Décennie de la vaccination » :

- Parvenir à la vaccination pour tous – et ainsi mettre fin aux inégalités dans la vaccination, éradiquer la poliomyélite dans le monde entier, supprimer le tétanos maternel et néonatal au niveau mondial, et éliminer (en s'appuyant sur les cibles régionales) la rougeole et la rubéole.
- Libérer le vaste potentiel futur des vaccins : l'histoire de la vaccination n'est rien en comparaison de ce que les vaccins pourraient encore permettre d'obtenir en terme d'amélioration de la santé au niveau mondial.

En 2014, l'introduction de nouveaux vaccins a connu un certain succès, et des changements positifs se sont produits dans un certain nombre de pays (par exemple, de nombreux groupes consultatifs techniques nationaux sur la vaccination ont été créés ou renforcés).

Toutefois, la progression pour les autres objectifs est très lente. Cinq des six objectifs fixés par le Plan d'action mondial pour les vaccins, avec des dates butoirs fin 2014 ou 2015, nécessitent encore des progrès considérables pour être atteints dans les temps : interruption de la transmission du poliovirus, élimination du tétanos maternel et néonatal, élimination de la rougeole et de la rubéole, et cibles de couverture par le DTC3. En réalité, pour nombre d'entre eux, les progrès ont été très limités. Certaines cibles ont déjà été manquées à de multiples reprises.

Pour remettre le Plan d'action mondial pour les vaccins sur la bonne voie, le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination recommande de centrer les actions plus particulièrement sur cinq problèmes prioritaires :

- Faiblesse de la mise en œuvre du Plan
- Mauvaise qualité et utilisation insuffisante des données
- Accessibilité économique des vaccins et approvisionnement
- Échecs dans l'intégration de base
- Situations désorganisant la vaccination

Tous les pays et organisations qui se sont engagés dans cette entreprise doivent réexaminer le niveau et la nature de leurs contributions et apporter d'urgence les améliorations nécessaires pour atteindre les résultats.

Qu'en est-il en 2015 ?

PÉRENNITÉ DES PROGRAMMES DE VACCINATION FINANCÉS PAR GAVI

Grosso G.
ggrosso@gavi.org

Gavi, l'Alliance du Vaccin - Partenariat & Mobilisation des ressources, Genève

Jeudi 8 octobre
11h45-12h15

MOTS CLEFS

vaccination,
financement,
pérennité,
programme,
GAVI

RÔLE DU VACCIN POLIO INACTIVÉ DANS L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE

Vidor E.
emmanuel.vidor@sanofipasteur.com

Sanofi Pasteur - Affaires médicales, Lyon

Jeudi 8 octobre
13h30-14h00

MOTS CLEFS

vaccin polio inactivé,
vaccin polio oral,
poliomyélite,
éradication

Chaque enfant dans le monde a droit à une vie saine. La vaccination constitue l'un des meilleurs moyens d'offrir aux enfants un départ sain dans la vie.

Pourtant, 1,5 million d'enfants meurent chaque année d'une maladie évitable par la vaccination. Ces décès surviennent en grande majorité dans les pays en développement : une vie toutes les 20 secondes.

C'est pour faire face à la stagnation des taux de vaccination dans le monde que Gavi, l'Alliance du Vaccin, a été créée en 2000, dans le but de financer l'introduction de vaccins pour protéger les enfants dans les pays les plus pauvres de la planète.

Gavi s'est donnée comme mandat de pallier les lacunes existantes entre :

- les enfants pour lesquels la vaccination s'est généralisée et les millions d'enfants dans le monde qui n'y ont toujours pas accès ;
- l'introduction de nouveaux vaccins dans les pays riches et les 10 à 15 années nécessaires avant d'introduire les mêmes vaccins dans les pays à faible revenu ;
- la nécessité d'introduire de nouveaux vaccins dans les pays en développement et le manque de fonds nécessaires pour soutenir les programmes de vaccination dans ces pays.

Grâce à son modèle de fonctionnement innovant, Gavi entend pérenniser les programmes de vaccination dans les pays en développement. L'Alliance du Vaccin s'attelle en particulier à développer des solutions face à plusieurs obstacles s'opposant à l'introduction durable de vaccins pour les enfants issus des pays pauvres : faire figurer la vaccination au rang de priorité de l'agenda politique, assurer des financements prévisibles, responsabiliser les pays, renforcer les systèmes de santé, fournir des vaccins à prix abordables et cofinancer les vaccins.

Entre 2000 et 2015, la mise en œuvre des objectifs stratégiques de Gavi a permis de vacciner 500 millions d'enfants et de prévenir environ 7 millions de décès futurs. La nouvelle stratégie 2016-2020 permettra de vacciner 300 millions d'enfants supplémentaires d'ici la fin de la décennie.

L'incidence des paralysies flasques aiguës (AFP) dues aux poliovirus sauvages (WPV) et aux poliovirus dérivant du vaccin (VDPV) n'a jamais été aussi basse depuis le début du programme mondial d'éradication de la polio initié par l'OMS en 1988. Seul trois pays sont aujourd'hui endémiques en ce qui concerne la circulation des poliovirus sauvages (Afghanistan, Pakistan et Nigeria). Les caractéristiques et les limites du vaccin OPV et des programmes vaccinaux reposant exclusivement sur ce vaccin à l'origine des cas de paralysies vaccinales (VAPP et cVDPV) ont poussé beaucoup de pays à considérer l'IPV dans leur calendrier vaccinal national. Dans ce contexte, l'OMS a depuis 2012 modifié sa stratégie d'éradication et a introduit une recommandation beaucoup plus formelle en faveur de l'IPV. La recommandation actuelle est que tous les pays devraient avoir introduit au moins une dose d'IPV dans leur calendrier vaccinal avant la fin de 2015, afin de préparer l'abandon du poliovirus Sabin de type 2 dans les OPV devant lui survenir en avril 2016. L'IPV bénéficie d'une expérience très ancienne, diverse et large et la performance des vaccins contenant l'IPV est largement documentée. La moins bonne performance de l'IPV en termes d'immunité intestinale par rapport à l'OPV a souvent été utilisée pour ne pas justifier son utilisation, mais plusieurs schémas vaccinaux de type séquentiel ou combiné ont documenté

l'avantage de tels schémas. L'adoption du vaccin IPV a été hétérogène, progressif, et est gouverné par une multitude de facteurs ou les arguments épidémiologiques ne sont pas les seuls. A ce jour, plus de 100 pays ont adopté l'IPV dans leur programme national de vaccination au travers d'une multitude de modalités d'utilisation différente.

VACCIN CONTRE LES PNEUMOCOQUES

Fritzell B.

bernardfritzell@hotmail.fr

*BFL Conseils, Jau Dignac et Loirac*Jeudi 8 octobre
14h00-14h20**MOTS
CLEFS**vaccin,
pneumocoques,
sérototype, pays en
développement

La contribution du pneumocoque à la mortalité globale est majeure, avec plus d'un million et demi de décès chaque année dans le monde, dont plus de la moitié sont notés chez l'enfant de moins de 5 ans essentiellement dans les pays à faible revenu. Le polysaccharide capsulaire du pneumocoque, facteur essentiel de virulence, est la cible d'anticorps protecteurs et a donc été identifié dès 1940 comme un antigène vaccinal d'intérêt. Il a cependant fallu attendre l'application de la technologie de conjugaison polysaccharide-protéine pour rendre l'antigène vaccinal immunogène dès l'âge de 6 semaines. Le premier vaccin pneumococcique conjugué disponible en 2000 comprenait 7 sérotypes sélectionnés parmi les plus prédominants dans les pays développés. L'expérience clinique dans ces pays a largement confirmé l'efficacité élevée du vaccin contre les infections pneumococques. Elle a aussi montré que le vaccin réduisait la colonisation nasopharyngée par les sérotypes vaccinaux et que son utilisation généralisée chez le nourrisson était associée à une immunité de groupe pouvant dépasser l'effet direct du vaccin. La couverture sérotypique de ce premier vaccin n'était pas adaptée à l'épidémiologie des régions les plus

affectées par le pneumocoque, qui justifiait l'addition de sérotypes prévalents comme le sérototype 1 ou 5. Les vaccins de seconde génération couvrant 10 à 13 sérotypes sont mis au point en 2010. L'expérience clinique a depuis confirmé que ces vaccins ont un profil de tolérance et un impact comparables au vaccin de 1ère génération. Grâce aux efforts des différents acteurs du « GAVI », ces vaccins conjugués sont maintenant introduits dans plus de 120 pays du monde, dont une proportion grandissante de pays à faible revenu où l'incidence des infections pneumococques est la plus élevée. Les premières observations confirment dans ces régions le bénéfice de ces vaccins.

VACCIN CONTRE LES HPV

Essoh A.

tae@aamp.org

*AMP, Abidjan*Jeudi 8 octobre
14h20-14h40

Second cancer de la femme, le cancer du col de l'utérus est un problème majeur de santé publique dans le monde et surtout en Afrique qui a le taux de mortalité le plus élevé.

La mise sur le marché des vaccins anti-HPV, Gardasil® (quadrivalent de Merck) et Cervarix® (bivalent de GSK), offre une formidable opportunité pour réduire significativement la mortalité par cancer du col de l'utérus.

Avec l'appui technique et financier de Gavi, l'Alliance du vaccin, plusieurs pays en développement ont débuté l'introduction du vaccin anti-HPV dans leur programme de vaccination. En Afrique, l'introduction de ce vaccin a permis de prendre conscience des enjeux programmatiques et financiers spécifiques liés à la vaccination anti-HPV, avec entre autres :

- l'acceptation de cette vaccination « féminine »,
- le choix de la meilleure cible (9-13 ans ?),
- le choix des stratégies pour atteindre l'ensemble de la cible (équité d'accès),
- la coordination entre les différentes structures concernées (vaccination, lutte contre les cancers, santé de l'enfant et des adolescents),
- la synergie avec les autres interventions de santé de l'enfant et de l'adolescent,

- le coût et les sources de financement de cette vaccination,
 - l'efficacité et la pérennisation de cette vaccination.
- Pour une bonne documentation et une meilleure appréciation de ces enjeux programmatiques et financiers, l'introduction du vaccin anti HPV en Afrique a été faite à travers des projets pilotes ou des projets de démonstration avec en accent particulier sur la planification, la coordination et l'évaluation. L'Agence de Médecine Préventive -AMP- a contribué à la documentation et à l'appréciation de ces enjeux, en Côte d'Ivoire et au Cameroun, dans le cadre de la mission d'assistance technique que lui a confiée Gavi, l'Alliance du vaccin. Les leçons apprises présentées dans cette conférence seront utiles pour les autres pays candidats à l'introduction du vaccin anti HPV.

STRATÉGIES DE VACCINATION DANS LES URGENCES ET DÉPLACEMENTS DE POPULATIONS

Jeudi 8 octobre
14h40-15h00

Juan A. pour
Groupe de travail vaccination -
Médecins Sans Frontières

aitana.juan@epicentre.msf.org

MSF, Paris

En 2013, la disponibilité de nouveaux vaccins a permis l'OMS de réviser ses recommandations afin d'étendre les vaccinations proposées dans les situations d'urgence. Rapidement, MSF a soutenu activement ces stratégies préventives plus ambitieuses et adaptées en élargissant le panel de vaccins administrées dans les situations d'urgence, particulièrement en situation de déplacement de population, où jusqu'à présent seulement la vaccination préventive rougeole était administrée. L'objectif est de réduire la morbidité et mortalité des maladies évitable par la vaccination dans un période de vulnérabilité extrême. Les vaccins sont sélectionnés au regard des facteurs des risques identifiés et de la faisabilité de ces stratégies. Entre mi-2013 et fin 2014, près d'1 million de doses de vaccins ont été administrées dans plusieurs camps de réfugiés et en situations de crise dans 6 pays. Presque la moitié des doses sont représentées par le vaccin anticholérique oral.

La mise en œuvre de ces stratégies de vaccination fait face à de nombreux défis : des négociations difficiles et lentes dues à la méconnaissance de ces recommandations par les décideurs; un coût élevés liés au prix démesuré de certains vaccins et une disponibilité et un accès limité et complexe de certains vaccins. La mise en place rapide opérationnelle est lourde en lien avec les contraintes de chaîne de froid,

T° de conservation et volume des vaccins, qui oblige à la mise en place d'une chaîne de froid importante en moyens et gestion. Garantir la qualité de la vaccination reste un défi dans certains contextes de crise avec du personnel peu qualifié et un accès limités aux populations. L'évaluation de ces interventions est essentielle.

Une vaccination préventive dès la phase initiale des urgences, avec la rougeole et selon une évaluation des risques spécifiques peut réduire fortement le poids des maladies évitables par la vaccination. Les campagnes de vaccination assurent la protection d'un large nombre de personnes dans un temps très réduit. Ces campagnes doivent être mise en place très précocement avec un relai rapide aux activités de vaccination de routine. Afin de faciliter la mise en œuvre de ces activités et réduire les contraintes logistiques, de nouvelles technologies devraient être développées, comme par exemple, l'administration des vaccins en chaîne de température contrôlée. Les 10 priorités sanitaires en situations d'urgence devraient être revues pour promouvoir des approches plus ambitieuses et efficaces pour améliorer rapidement la santé des populations.

LE SYSTÈME GLOBAL D'INFORMATION EN VACCINOLOGIE DE MESVACCINS.NET : PERSPECTIVES POUR LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT

Jeudi 8 octobre
15h00-15h30

Koeck J.-L.
jlkoeck@mesvaccins.net

Hôpital Robert Picqué, Bordeaux
33140 Villenave d'Ornon

CONTEXTE

Les recommandations vaccinales, de plus en plus complexes et d'évolution rapide, sont mal comprises et difficiles à appliquer. L'hésitation vaccinale progresse dans la population générale et chez les professionnels de santé (PS), entraînant une diminution de la couverture vaccinale. Les pays en voie de développement (PVD) n'échappent pas à ces problèmes, que les stratégies actuelles de communication semblent incapables de résoudre.

LE SYSTÈME D'INFORMATION (SI) DE MESVACCINS.NET

Ce nouveau SI en ligne est centré sur le citoyen et conçu pour répondre de manière globale aux défis actuels posés par la vaccination grâce à un système expert. Le SI intègre un carnet de vaccination électronique (CVE) partagé entre le citoyen et le PS de son choix. Le CVE collecte l'historique vaccinal et les données déterminant des recommandations vaccinales (âge, sexe, conditions de vie et de travail, état de santé). Le système expert délivre une information personnalisée aux citoyens et aux PS, et calcule des indicateurs sanitaires (couverture vaccinale, occurrence des événements indésirables). Ainsi, le SI devient multi-fonctionnel : responsabilisation du citoyen, invité prendre en main sa vaccination, envoi d'alertes email ou SMS pour les prochains rappels vaccinaux ; formation continue, aide à la décision et respect des bonnes pratiques pour les PS; amélioration du parcours vaccinal ; diminution des « mal-

vaccinations » (sur-vaccination, sous-vaccination, schéma vaccinal inapproprié); pharmacovigilance active et exhaustive des vaccins, amélioration de la sécurité vaccinale ; production de données factuelles pour élaborer la politique vaccinale ; mesure en temps réel et amélioration de la couverture vaccinale. Un groupe d'experts (wiki-expert) met à jour la base de connaissance et les règles du système expert après tout changement de la réglementation.

MesVaccins.net peut être intégré au fonctionnement de tout logiciel professionnel, permettant à chaque PS d'enregistrer sans double saisie la partie de l'information qu'il traite. MesVaccins.net obéit à des règles strictes d'éthique et de gouvernance : absence de publicité, indépendance vis-à-vis des firmes pharmaceutiques, analyse des données de santé réservée à l'Etat.

EXTENSION À D'AUTRES PAYS, NOTAMMENT LES PVD:

Le SI est en cours d'évolution pour assurer la gestion de politiques vaccinales nationales ou régionales différentes. Chaque pays disposera d'une interface spécifique destinée à son wiki-expert. Si la couverture Internet est insuffisante, le téléphone mobile sera privilégié pour assurer la communication avec le grand public (SMS pour les rappels vaccinaux ou messages vocaux pour la promotion de la vaccination).

LA RECHERCHE VACCINALE CONTRE LE VIH

Barré-Sinoussi F.

francoise.barre-sinoussi@pasteur.fr

*Institut Pasteur, Paris*Vendredi 9 octobre
8h45-9h15**MOTS
CLEFS**VIH, Vaccin
thérapeutique et
prophylactique, réponses
immunes protectrices
conventionnelles
ou nonBÂTIR UN NOUVEAU PARADIGME
POUR PRÉVENIR ET CONTRÔLER
LA DENGUE**Teyssou R.**

remy.teyssou@gmail.com

*Fondation Mérieux, Lyon*Vendredi 9 octobre
9h15-9h35**MOTS
CLEFS**Dengue, vaccins,
lutte anti-vectorielle,
prophylaxie
intégrée.

Le développement d'un vaccin efficace reste l'un des plus grands défis de la recherche dans le domaine du VIH/Sida. Les approches classiques, utilisées jusqu'à présent, n'ont pas abouti en raison de la diversité du VIH, de son intégration dans le génome de la cellule-hôte et de sa capacité à échapper aux réponses immunes B et T de l'hôte. Cependant les succès récents en matière d'identification d'anticorps neutralisants à large spectre, extrêmement puissants (bnAbs) et de découverte de mécanismes d'induction de ces bnAbs ainsi que de réponses immunes non conventionnelles, capables d'éliminer les cellules infectées par le VIH, ouvrent la voie à l'élaboration de nouvelles stratégies vaccinales prophylactiques et thérapeutiques contre le VIH et bien au delà du VIH.

Au cours des quarante dernières années le poids humain et le poids économique de la dengue ont considérablement augmenté, malgré tous les efforts consentis par les pays endémiques, efforts essentiellement basés sur la lutte contre le principal vecteur, *Aedes aegypti*. L'urbanisation massive, la généralisation des voyages internationaux, l'échec du contrôle vectoriel par l'application souvent mal comprise des méthodes existantes, et l'absence de vaccin sont les principaux facteurs de cette expansion.

Aujourd'hui l'espoir renaît : des vaccins vont être mis sur le marché, de nouveaux outils de contrôle du vecteur sont testés sur le terrain dans différents pays et de nouvelles approches sont développées pour le diagnostic et la surveillance.

Cependant, un consensus émerge dans la communauté scientifique : aucun de ces nouveaux outils utilisé seul ne permettra un contrôle efficace et durable de la maladie. Seule une approche holistique, incluant les différents outils de prévention, de diagnostic et demain, de trai-

tement permettra une prévention efficace et durable. La publication récente par sanofi pasteur des résultats de suivi à long terme de la tolérance et de l'efficacité du vaccin (<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1506223>) confirme la nécessité d'une approche intégrée pour la prévention et soulève des problèmes techniques et éthiques liés à l'introduction du vaccin et à la mise en place de programmes de vaccination. Le vaccin apparaît donc comme « un » des outils de prévention qui doit être utilisé en synergie avec les techniques de lutte anti-vectorielle, dans un environnement contrôlé.

L'initiative « Partnership for Dengue Control » a été créée en 2013 pour promouvoir et soutenir cette idée. Hébergée par la Fondation Mérieux, cette initiative permet de réunir des experts travaillant dans différents domaines (vaccinologie, entomologie, modélisation, épidémiologie), de briser les silos existants et de caractériser de nouveaux modèles de prévention.

UN VACCIN CONTRE LE VIRUS EBOLA

Girard M.

marc.girard36@wanadoo.fr

Académie de Médecine, Lyon

Vendredi 9 octobre
9h35-9h55

La fièvre hémorragique à virus EBOLA (EBOV) sévissait traditionnellement dans des villages reculés d'Afrique Centrale et de l'Est, où elle provoquait des foyers épidémiques très localisés se limitant à quelques dizaines voire centaines de cas. Son apparition en décembre 2013 en Afrique de l'Ouest (Guinée, Sierra Leone et Libéria) a entraîné une épidémie majeure (27 705 cas répertoriés à la date du 19/07/2014, dont 11 770 mortels) qui n'est hélas pas terminée. La souche de virus responsable (Makona) est très apparentée aux souches d'EBOLA Zaïre, Gabon, Congo. Devant l'ampleur de l'épidémie et en l'absence d'un traitement spécifique facile à mettre en œuvre, la mise au point d'un vaccin capable de protéger les populations à risque s'est imposée. Plusieurs types de vaccins sont en cours d'étude clinique. Le plus avancé, développé par l'Agence de Santé publique du Canada et licencié à New Link Genetic et à Merck, est un vaccin recombinant, VSV-ZEBOV, utilisant un virus de la stomatite vésiculaire (VSV) dans lequel on a remplacé le gène de la glycoprotéine d'enveloppe par celui de la glycoprotéine de l'EBOV Zaïre. Ce vaccin s'est montré très efficace chez le macaque (*Cynomolgus*), que ce soit par les voies orale, intra-nasale ou I/M. Une étude clinique de Phase I réalisée sur 52 volontaires aux Etats Unis a permis d'établir son innocuité chez l'homme à la dose de 2×10^7 ufp (voie I/M). Une étude de Phase II utilisant cette dose chez les contacts de personnes infectées est en cours en Guinée sous

les auspices de l'OMS. Le vaccin a montré jusqu'ici une efficacité de protection de 100% chez les sujets vaccinés immédiatement après le contact (0 cas sur 2014 vaccinés). Chez ceux vaccinés 21 jours après le contact on a compté par contre 16 cas de contamination (sur 1498 vaccinés). Le plus avancé des autres vaccins en cours de développement, ChAd3-ZEBOV, est un vaccin recombinant utilisant l'adénovirus 3 du chimpanzé comme vecteur. Ce vaccin, développé par le NIAID et GSK, est en cours d'étude de Phase I à Oxford (UK), Lausanne (CH) et Bamako (Mali). Une étude de Phase IIb est programmée au Libéria. Un autre vaccin recombinant développé par des Instituts de Recherche chinois, l'Ad5-MEBOV, utilise un Ad5 déficient ($\Delta E1 \Delta E3$) pour exprimer la glycoprotéine de l'EBOV souche Makona. Ce vaccin n'a été testé pour le moment qu'en Phase I chez 80 volontaires en Chine. Son utilisation sur le terrain en Afrique risque de se heurter au problème de la prévalence des anticorps anti-Ad5 dans les populations africaines.

L'ÉTAT DE LA RECHERCHE SUR LE VACCIN ANTIPALUDIQUE EN AFRIQUE : ESPOIRS ET DÉFIS

Thera M.-A.

mthera@icermali.org

Université des Sciences, Techniques et Technologies de Bamako (USTTB), Bamako

Vendredi 9 octobre
9h55-10h15

MOTS CLEFS

vaccin antipaludique, RTS S, recherche, paludisme, élimination

Un vaccin antipaludique idéal, en plus des outils qui existent, apporterait un avantage décisif dans l'élimination du paludisme. La feuille de route technologique du vaccin antipaludique développée sous la coordination de l'OMS en 2013 prône qu'un vaccin devrait conférer une protection d'au moins 80% contre le paludisme pendant au moins 12 mois. L'initiative d'éradication du paludisme malERA, propose le concept de vaccin pour interrompre la transmission. Ces initiatives décrivent le profil du vaccin antipaludique idéal. La recherche sur le vaccin antipaludique est très active depuis les années 2000, avec une bonne dizaine de candidats en cours d'évaluation clinique en Afrique, ou proche d'entrer dans les phases de l'évaluation clinique. Les approches principales portent sur les vaccins sous unitaires ou l'organisme parasite entier. Les principaux candidats sous unitaires sont: (i) les classiques, ceux qui ciblent soit le stade pré-érythrocytaire, dont le chef de file est RTS,S/AS01; soit un stade sanguin (AMA1, MSP2, MSP3); soit le stade sexué (Pfs25, Pfs230, Pfs45/48) (ii) les

combinaisons d'antigènes de différents stades ayant recours aux vecteurs viraux tel AdCh63 ou les hybrides tel GMZ2; (iii) les nouveaux espoirs issus de l'approche génomique tel le PfrH5. Les approches organismes entiers sont basées sur l'administration de sporozoïtes entiers atténués par irradiation ou sous couverture chimio prophylactique et sur l'emploi de schizontes/ mérozoïtes entiers. Les formes génétiquement atténuées des sporozoïtes et des mérozoïtes sont aussi à l'étude.

Le candidat RTS,S/AS01 avait suscité un grand espoir, toutefois les derniers résultats ont montré une efficacité protectrice partielle limitée à 36,3% IC à 95% [31,8 – 40,5] contre le paludisme simple chez les enfants de 5-17 mois en Afrique. Nous précisons les nombreux efforts internationaux actuels et les résultats encourageants sur le terrain, la capacité des équipes africaines dans le développement clinique conforme aux normes CIH/BPC, qui donnent un nouvel espoir pour un premier vaccin contre un eucaryote comme le *Plasmodium*, utilisable en santé publique.

LA VACCINATION CONTRE L'HÉPATITE E

Buisson Y.

yvesbuisson@hotmail.com

*Société de Pathologie Exotique, Paris*Vendredi 9 octobre
10h15-10h35**MOTS
CLEFS**vaccin, hépatite E,
génotype, Asie du
sud-est, Afrique

L'hépatite E est la première cause d'hépatite virale aiguë dans le monde avec plus de 20 millions de cas et 70 000 décès par an. C'est un fardeau dans les pays en développement, mais aussi dans les pays industrialisés où elle expose à deux risques : l'infection chronique chez certains immunodéprimés et la transmission transfusionnelle.

Le virus de l'hépatite E (VHE) est le seul représentant du genre *Hepevirus*. Son génome est un ARN simple brin comportant 3 cadres de lecture ouverts (ORF 1-3). L'ORF2 code la protéine de capside, cible des anticorps neutralisants. Il y a un seul sérotype de VHE, mais 4 génotypes distincts (1 à 4). Les génotypes 1 et 2, humains, circulent sur un mode endémo-épidémique avec d'importantes flambées à transmission hydrique, surtout en Asie et en Afrique. Dans le monde industrialisé, le génotype 3 prédomine, transmis par des aliments d'origine animale (porcins, cervidés). Le génotype 4, également zoonotique, circule en Extrême-Orient.

L'infection VHE guérit spontanément en 4 à 6 semaines, mais peut évoluer vers l'hépatite fulminante, surtout chez la femme enceinte : le taux de létalité, de 1-2% lors des épidémies, s'élève à 15-40% au troisième trimestre de grossesse.

Le sérodiagnostic repose sur la détection des IgM et IgG anti-VHE par ELISA, mais il manque de sensibilité et doit être confirmé par RT-PCR sur le sang et les

selles. Les IgG anti-VHE n'atteignent pas de niveaux très élevés comme dans l'hépatite A et ne confèrent pas de protection à vie.

Deux vaccins ont été développés chez l'homme :

- le candidat vaccin rHEV (GSK sous licence Genelabs) utilise une protéine de 56 Kd exprimée par un baculovirus recombinant en cellules d'insectes ; il a montré une efficacité de 95,5% après trois doses dans un essai de phase II au Népal, mais n'a pas fait l'objet d'un développement commercial.
- le vaccin recombinant HEV 239 produit sur *Escherichia coli* par Xiamen Innovax Biotech sous le nom de Hecolin® a montré une efficacité de 100% après 3 doses dans un essai de phase III sur une population adulte de 16 à 65 ans ; il est homologué et commercialisé en Chine depuis 2011 pour les personnes à risque de plus de 16 ans. Faute de données sur l'efficacité chez l'enfant, la protection croisée entre différents génotypes, la durée de l'immunité conférée et la nécessité de doses de rappel, il n'est pas homologué hors de Chine à ce jour.

VACCIN CHOLÉRA : ENTRE LOBBYING
ET RÉALITÉ DE TERRAIN, OÙ ET
QUAND FAUT-IL VACCINER ?**Piarroux R.**

renaud.piarroux@ap-hm.fr

*Aix-Marseille Université, Marseille*Vendredi 9 octobre
11h05-11h30**MOTS
CLEFS**vaccin, choléra,
stratégie,
épidémiologie,
prévention

Le choléra qui semblait devoir disparaître durant la première moitié du 20^{ème} siècle, échappe à notre contrôle depuis les années soixante, date du début de la septième pandémie. Pourtant, alors que l'homme était venu à bout de la sixième pandémie, il semble que rien ne puisse arrêter la progression du choléra depuis plus de 50 ans. La palette d'outils qui comprenait des mesures d'hygiène, le traitement de l'eau et la prise en charge des patients dans des structures spécialisées, s'est pourtant bien étoffée depuis dix ans avec, en particulier, la mise à disposition de vaccins oraux, dont l'utilisation est maintenant prônée par l'OMS.

Dans cette conférence, nous présenterons les caractéristiques des vaccins oraux contre le choléra et les résultats des études évaluant leurs performances dans les conditions optimales des essais cliniques, puis sur le terrain, soit dans des zones endémiques, soit dans un contexte d'épidémie.

Ensuite, nous décrirons la situation épidémiologique en Haïti, en Afrique de l'Ouest et dans la Région des Grands Lacs, trois régions du monde où des expériences de vaccination ont été menées. A partir des données épidémiologiques dont nous disposons, nous tenterons d'estimer l'impact sur le terrain de ces campagnes de vaccination réalisées. Nous présenterons les données sur l'efficacité vaccinale lorsqu'elles sont disponibles, mais surtout nous nous

intéresserons plus particulièrement aux conséquences de la vaccination sur la dynamique globale des épidémies.

A la lumière des expériences évoquées ci-dessus, nous discuterons alors la pertinence des approches mises en œuvre pour prévenir la diffusion du choléra en fonction des caractéristiques épidémiologiques de la maladie dans ces trois régions du monde. Cette discussion abordera non seulement les aspects épidémiologiques, mais aussi les problèmes logistiques et la problématique de la communication scientifique, commerciale ou associant les deux, autour de la notion de vaccination de populations menacées par le choléra. Nous verrons en effet, que le choix de vacciner ou non constitue un choix politique plus qu'épidémiologique et que ces considérations prennent une importance considérable lorsqu'il s'agit de décider, d'annoncer, de mettre en œuvre puis de relater une campagne de vaccination.

De cette analyse, nous tenterons de mettre en lumière les difficultés rencontrées dans la lutte contre le choléra pour mettre en œuvre les stratégies les plus efficaces selon le contexte et de proposer des pistes pour l'élaboration de projets de lutte intégrant la vaccination au sein d'une palette d'outils adaptée à chaque situation.

QUEL VACCIN TÉTANOS DIPHTÉRIE COQUELUCHE POUR LES PAYS EN VOIE DE DÉVELOPPEMENT ?

Guiso N.
nicole.guiso@pasteur.fr

Institut Pasteur, Paris

Vendredi 9 octobre
11h30-12h00

MOTS CLEFS

vaccin adapté,
tétanos, diphtérie,
coqueluche, pays en
développement

La coqueluche est une maladie respiratoire, cyclique, dramatique pour les jeunes enfants. C'est une maladie à prévention vaccinale. Le but des vaccins est de prévenir le risque de mortalité chez le jeune nourrisson et le jeune enfant. La maladie, tout comme la vaccination, ne protège pas à vie et il est nécessaire de faire des rappels vaccinaux. Il existe à l'heure actuelle deux types de vaccin : les vaccins dit à germes entiers (Ce), composés de bactéries entières inactivées à la chaleur et les vaccins dits acellulaires (Ca), composés de protéines bactériennes purifiées et inactivées. Ces deux types de vaccins confèrent une protection individuelle contre la coqueluche sévère ou mortelle après une série primaire de trois vaccinations. Une couverture $\geq 90\%$, avec des vaccins efficaces conduit à des niveaux de protection élevés des moins de 5 ans. Cependant, les vaccins Ce ne sont pas toujours de production reproductible, et induisent des effets secondaires bien que réversibles. Les vaccins Ca sont de fabrication plus reproductible, peuvent être utilisés pour faire des rappels mais sont plus onéreux. Les vaccins Ca sont principalement et, depuis plus de 10-

15 ans, utilisés en Australie, Amérique du Nord, Europe et Japon. Le reste du monde utilise des vaccins Ce dont les caractéristiques sont peu connues. Un cycle important de coqueluche a eu lieu en 2012-2014 dans le monde et il a été suggéré que les vaccins Ca induiraient une immunité de plus courte durée que les vaccins Ce efficaces, ce qui a conduit certains pays à conserver les vaccins Ce. Cependant, de nouvelles études sont nécessaires pour confirmer ces données, et surtout une surveillance de la maladie en Afrique et en Asie doit être mise en place rapidement afin d'évaluer l'efficacité des vaccins Ce utilisés.

VACCINATION ET POLITIQUE INTERNATIONALE EN SANTÉ DE LA FRANCE

Diallo M.
mariam.diallo@diplomatie.gouv.fr

*Ministère des affaires étrangères et du
développement international (MAEDI), Paris*

Vendredi 9 octobre
12h00-12h20

MOTS CLEFS

vaccination, santé
internationale,
développement,
politique, France

La santé occupe une place importante au sein l'action internationale de la France: non seulement parce qu'elle constitue une composante essentielle du développement, mais aussi parce qu'elle est étroitement liée aux droits de l'homme et à la sécurité des populations - enjeux sur lesquels la diplomatie française est fortement mobilisée. L'appui à la vaccination occupe une place importante dans la politique de coopération en santé de la France. Par son action de prévention sur la santé des populations, la vaccination est l'un des investissements les plus rentables pour réduire la pauvreté et prévenir des coûts économiques et sociaux à plus long terme dans les pays en développement. La France, bailleur important en matière de santé mondiale, fait partie des tous premiers donateurs de Gavi, l'Alliance du vaccin depuis sa création en 2000. Elle soutient la stratégie de l'Alliance et en particulier le renforcement des programmes de GAVI sur les 22 pays d'Afrique francophone. L'Agence Française de Développement (AFD), Gavi, l'Alliance du Vaccin et la Fondation Bill & Melinda Gates ont signé le 25 juin 2015 un partenariat innovant d'un montant de 100 M€, destiné à accroître la couverture vaccinale dans six pays francophones de la zone sahélienne : le Burkina Faso, le Mali, la Mauritanie, le Niger, le Sénégal et le Tchad. Cet accord de financement tripartite facilitera l'introduction de nouveaux vaccins ainsi que le renouvellement des

programmes existants et le renforcement des systèmes de santé dans les pays concernés. La France consacre plus de 700 millions d'euros par an à la santé mondiale. Outre le soutien considérable aux systèmes de santé apporté via l'Agence française de développement, elle est un contributeur majeur de la réponse internationale aux maladies, qui s'appuie sur trois grands partenariats, le Fonds Mondial pour le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, Unitaïd et Gavi, en matière de vaccination. Ces trois initiatives internationales se renforcent mutuellement et contribuent à améliorer la santé des populations concernées. La France a également été au premier rang de la réaction d'urgence à l'épidémie d'Ebola en 2014, et s'attachera à jouer son rôle dans la reconstruction à long terme.

COMMUNICATIONS ORALES

VACCINATIONS DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT

EFFETS DES CAMPAGNES DE VACCINATION À RÉPÉTITION SUR L'OFFRE DES SOINS AU NIVEAU DES FORMATIONS SANITAIRES DES ZONES DE SANTÉ DE LA VILLE DE KINSHASA EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO : UNE SÉRIE CHRONOLOGIQUE À PÉRIODES ALTERNÉES

Mafuta E.-M., Kanyiki M.-J.-M., Mvuama
M.-N., Nzakimuena F., Bukasa A., Mavila A.-K.,
Mutombo B.-P.
donmvuama@yahoo.fr

*Ecole de Santé publique de Kinshasa, Faculté de
Médecine, Université de Kinshasa,
Po Box: 11850 Kinshasa 1, DR Congo*

COMMUNICATIONS ORALES

SESSION
VACCINATION
Jeudi 8 octobre
16h00-16h10

MOTS CLEFS

vaccination,
campagnes de
vaccination, offre de
soins, externalités,
RD Congo.

INTRODUCTION

La République Démocratique du Congo (RDC), à l'instar des plusieurs pays de l'Afrique Subsaharienne, présente une mortalité infanto-juvénile élevée, dont la majorité des causes sont évitables par la vaccination. Cette activité à haut impact a actuellement pris plusieurs formes dont les campagnes de masse pouvant avoir des externalités sur l'offre de soins de routine.

OBJECTIF

Evaluer l'effet des campagnes de vaccination à répétition sur l'offre de soins et services de santé.

MÉTHODES

Une étude évaluative sous forme d'une série chronologique à périodes alternées a été réalisée durant 4 mois, dans 90 formations sanitaires sélectionnées dans 3 zones de santé de Kinshasa (Kingabua, Kisenso et Lemba). Les caractéristiques de l'offre de soins ont été collectées par observation non participative, par revue documentaire et par interview des infirmiers titulaires et des utilisateurs. Les données ont été synthétisées sous forme de mesures de tendance centrale, de dispersion et de fréquence. Elles ont ensuite été comparées entre les périodes vaccinales et les périodes non vaccinales en utilisant le test chi-carré et les tests non paramétriques.

RÉSULTATS

Les prestations de soins curatifs aussi bien que préventifs ont sensiblement baissé pendant les périodes vaccinales par rapport aux périodes non vaccinales. En termes de médiane, les consultations ont été réduites de 41% pendant la période vaccinale et les activités préventives de 43%. La présence des prestataires était réduite durant les périodes vaccinales. Ces différences dans l'offre de soins se sont traduites dans les performances financières des structures de soins concernées par les activités de vaccination, conduisant à une baisse de recettes médiane de 664\$ à 420\$ par mois et du taux de recouvrement de 54 % à 35 %. Ces différences dans l'offre de soins ont été ressenties par les usagers et exprimées à travers leurs perceptions notamment de l'allongement du temps médian d'attente (87% vs 13%), de la baisse de la satisfaction (21% vs 71%), de l'allongement de la durée de séjour (75% vs 25%) et du non respect des urgences (74% vs 26%).

CONCLUSION

Les campagnes de vaccination à répétition réduisent significativement l'offre de soins de santé. Ces résultats suggèrent qu'au lieu de répéter des campagnes de masse, d'autres stratégies doivent être utilisées notamment, mettre en place un rappel obligatoire des principaux vaccins à l'entrée de l'âge scolaire.

LE NOUVEAU CALENDRIER VACCINAL INSTAURÉ EN ALGÉRIE

Bendjelid F., Messid Bouziane Meflah H., Besbes FZ., Derkaoui A., Guetami N., Ammour F., Fouatih Ahamed Z. kifarah22@yahoo.com

Service d'Epidémiologie et de Médecine Préventive du CHU d'Oran - 1 rue de Curie - place Roux, Oran

SESSION
VACCINATION
Jeudi 8 octobre
16h10-16h20

MOTS CLEFS
nouveau calendrier
vaccinal, nouveaux
vaccins, Algérie

Depuis sa mise en œuvre dans les années 70, le Programme Elargi de Vaccination (PEV) en Algérie a connu de nombreuses modifications avec l'introduction lors de cette dernière décennie de nombreux nouveaux vaccins.

La dernière amélioration date de décembre 2014 et a vu l'introduction du vaccin antipneumococcique, du vaccin antipoliomyélique dans sa forme injectable et du ROR.

Cette actualisation a été adoptée après que les experts de la vaccination aient établi l'état des lieux, lors d'un atelier de travail, sur la situation des maladies du PEV, l'évolution du calendrier vaccinal, les recommandations de l'OMS, les expériences internationales, la situation et les tendances du marché des vaccins et les implications des nouveaux vaccins.

En effet, l'OMS avait recommandé depuis le début des années 2000 l'introduction de la vaccination contre le méningocoque, l'*Haemophilus influenzae B* (HIB) et le pneumocoque. Les spécialistes algériens insistent sur l'introduction de ces vaccins d'autant plus que ces germes présentent de plus en plus de résistances aux antibiotiques du fait d'une utilisation non codifiée de la prescription des antibiotiques.

Actuellement, en Algérie, les méningites à pneumocoques viennent au premier rang des méningites purulentes de l'enfant, et les affections respiratoires à

pneumocoques constituent une cause importante de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans et près d'un quart des méningites bactériennes purulentes enregistrées sont dues au HIB.

Quand au vaccin antipoliomyélique injectable, son introduction entre dans le cadre des recommandations de l'OMS et le processus de certification de l'Algérie vu qu'aucun cas de poliomyélite n'a été notifié depuis 1997.

Lors de cette présentation, un rappel historique sur la vaccination en Algérie sera présenté avec les nouveautés de la dernière actualisation du calendrier vaccinal algérien.

RÉTICENCES DES PARENTS À LA VACCINATION CONTRE LA POLIOMYÉLITE AU MALI : ENQUÊTE PILOTE RÉALISÉE AU COURS DES JOURNÉES NATIONALES DE VACCINATION À BAMAKO

Dicko A., Tiendrebeogo S., Nicand E., Lahaye FM., Rapp Ch. diallab17@yahoo.fr

Université Senghor, Alexandrie Egypte - HIA Bégin, 69 avenue de Paris, 94160 Saint-Mandé

SESSION
VACCINATION
Jeudi 8 octobre
16h20-16h30

MOTS CLEFS
couverture vaccinale,
Mali, poliomyélite,
vaccination

INTRODUCTION

Malgré les nombreuses actions mises en œuvre par le Mali et ses partenaires pour éradiquer la poliomyélite, la couverture vaccinale demeure insuffisante. Parmi les causes responsables de cet échec, la réticence des parents est un obstacle dont les déterminants sont mal connus.

OBJECTIF

Etudier les déterminants des réticences à la vaccination contre la poliomyélite, chez les parents d'enfants de 0 à 59 mois, dans l'aire de santé de Sénou (Bamako) au Mali, lors des Journées nationales de la vaccination du 6 au 12 septembre 2014.

MÉTHODE

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive et analytique réalisée auprès de parents d'enfants de 0 à 59 mois et de 40 vaccinateurs et superviseurs des JNV polio. La méthode de sondage en grappe de l'OMS a été utilisée pour la cible primaire et le sondage probabiliste pour la cible secondaire. Les données ont été saisies et analysées sur Epi-info 07.

RÉSULTATS

Parmi les 210 parents interrogés, 13 (6,2%) étaient opposés à la réalisation du vaccin contre la poliomyélite. Ce taux de refus des parents était six fois supérieur à celui observé lors des séances de routine.

Un quart des enquêtés connaissait au moins un parent d'enfant réticent à la vaccination contre la poliomyélite lors des JNV dans l'entourage. Les facteurs associés à la réticence étaient les suivants : la méconnaissance de la poliomyélite et de ses moyens de prévention, les effets secondaires de l'immunisation, l'insuffisance de communication, le faible niveau d'instruction voire l'analphabétisme des parents, l'influence des leaders religieux et le faible niveau économique.

A ceux sus énumérés s'ajoutaient d'autres facteurs comme le manque de tact des vaccinateurs, les expériences antérieures relatives à la vaccination vécues des parents et les rumeurs sur la vaccination.

CONCLUSION

Les réticences des parents sont essentiellement liées à des facteurs socioculturels et organisationnels. Pour diminuer l'ampleur du phénomène, la délivrance d'informations plus détaillées et l'implication des leaders communautaires sont nécessaires.

LES COMPLICATIONS DE LA VACCINATION PAR LE BCG CHEZ LES NOUVEAU-NÉS

Arhab D., Ahmane H., Hamzaoui A.,
Chikhi S.
doc.pedi@gmail.com

Service de pédiatrie CHU Tizi Ouzou

INTRODUCTION

En Algérie, l'incidence de la tuberculose chez l'enfant a globalement diminué depuis les années 1980. Ce recul est attribué en partie à l'efficacité de la vaccination des nouveau-nés par le BCG.

OBJECTIFS

Décrire les incidents et les accidents observés suite à la vaccination par le BCG chez les nouveau-nés. Population et méthodes :

Il s'agit d'une enquête prospective de 2 ans réalisée chez des nouveau-nés vaccinés par le BCG en utilisant deux souches de vaccin BCG. Ces enfants ont été revus mensuellement jusqu'à l'âge de 18 mois pour identifier les complications liées à cette vaccination.

RÉSULTATS

Nous avons vacciné 3148 nouveau-nés dont 3096 nés à terme et 52 prématurés, la souche indienne de BCG a été utilisée chez 63% des nouveau-nés et la souche danoise chez 37 % des enfants. Des complications du BCG ont été observées dans notre étude, avec 59 (1,9 %) cas d'adénite non suppurée, 9 (0,30 %) cas d'adénite suppurée, 2 abcès sous cutanés et un cas de BCG ite généralisée sur un terrain de déficit immunitaire. Les adénites non suppurées ont évolué spontanément sans laisser de cicatrice, les adénites suppurées ont été ponctionnées et les abcès ont été drainés. L'enfant avec BCG ite, mis sous traitement antituberculeux, est décédé car il s'agissait d'un déficit immunitaire combiné sévère de type syndrome de Omenn.

SESSION
VACCINATION
Jeudi 8 octobre
16h30-16h40

MOTS CLEFS

vaccin BCG, nouveau-nés, complications, Algérie

DISCUSSION

Les réactions indésirables du BCG sont celles d'un vaccin à germes vivants et celles dues aux erreurs de technique. Les réactions locales sont fonction de la souche utilisée, de la quantité de vaccin utilisée et surtout de l'expérience du vaccinateur. Les lymphadénites non suppurées (0,1 à 1 pour 100 vaccinations) durent 2 à 5 semaines puis régressent spontanément. Les adénites suppurées sont moins fréquentes : 1 pour 1000 à 100 000 vaccinés. Les abcès sous cutanés sont plus fréquents chez l'enfant de moins d'un an sont souvent dus à une erreur technique. Les infections disséminées à BCG sont des complications graves et rares du vaccin BCG, leur fréquence dans les déficits immunitaires congénitaux est estimée à 1 / 230 000 vaccinés.

CONCLUSION

La vaccination des nouveau-nés par le BCG reste une vaccination utile dans les pays à forte incidence de tuberculose. Malgré ses effets secondaires, elle demeure un pilier incontournable dans la lutte contre la tuberculose chez l'enfant en attendant de nouveaux vaccins contre la tuberculose.

LA RUBÉOLE EN ALGÉRIE : Y A-T-IL BESOIN D'INTRODUIRE UNE VACCINATION ?

Ouyahia A., Rais M., Segueni A.,
Laouamri S., Lacheheb A.
ouyahiaam@yahoo.fr

Université Ferhat Abbas, Faculté de médecine
de Sétif – Algérie

OBJECTIFS

Etudier le statut sérologique vis à vis de la rubéole des femmes en âge de procréer résidant dans la wilaya de Sétif (communes de Sétif et d'Ain El-Kébira) et estimer la séroprévalence de la rubéole. Proposer des moyens de prévention adaptés au contexte local pour réduire la part de cette pathologie dans la morbidité et la mortalité néonatale.

MÉTHODES

Le recrutement successif des consultantes a lieu, tous les jours de la semaine et ne concerne que les femmes en âge de procréer âgées de 15 à 49 ans, tout venant, sans notion préalable de contagion ou de maladie, ayant accepté de participer à l'étude, issues de deux communes de la wilaya : la commune de Sétif et la commune d'Ain El Kébira. L'échantillon est composé de deux sous échantillons tirés dans chacune des deux communes selon les règles du sondage aléatoire simple et comptant un effectif de 417 femmes chacun. Notre choix des centres de santé est motivé par la disponibilité de centrifugeuse et de congélateur et leur localisation qui permet un recrutement important de consultantes, la diversité des niveaux socio-économiques, la gratuité des consultations facilitant l'accès aux soins pour toutes les couches sociales. Pour la recherche des IgG anti rubéole, nous avons utilisé une trousse ELISA (Enzygnost® anti-Rubella-Virus/IgG, Behring).

RÉSULTATS

L'étude porte sur un échantillon de 834 femmes en âge de procréer, dont 327 sont enceintes. La séroprévalence de la rubéole est de 68,6 %. La

SESSION
VACCINATION
Jeudi 8 octobre
16h40-16h50

MOTS CLEFS

rubéole, séroprévalence, âge de procréer, réceptivité, vaccination

comparaison des répartitions ne montre pas de différence statistiquement significative selon l'âge : les pourcentages d'immunisation sont quasi identiques pour toutes les tranches d'âge avec toutefois un pic dans la tranche d'âge 30-35 ans, ce qui laisse présager que l'immunisation contre la rubéole s'effectue probablement avant 15 ans. Par ailleurs 29,4 % des gestantes (n= 327) sont séro-négatives pour la rubéole.

DISCUSSION

Notre enquête permet de disposer de données actualisées sur la prévalence de la rubéole dans les communes de Sétif et de Ain el Kébira. Les informations recueillies sur les plans socio démographique, gynéco obstétrical et comportemental permet de proposer des mesures préventives adaptées. La séroprévalence de la rubéole évaluée dans notre étude place cette région parmi les zones à taux de réceptivité très élevé (> 25%) exposant à un risque élevé de survenue de rubéole congénitale (SRC).

CONCLUSION

Nos résultats indiquent que le risque de SRC existe et que sa fréquence n'est vraisemblablement pas négligeable. Ce qui incite à considérer l'introduction de la vaccination anti-rubéole dans le programme national d'autant plus que notre pays s'est engagé dans un programme d'élimination de la rougeole et que cette vaccination, en réduisant l'incidence de la rubéole, facilitera la surveillance des éruptions fébriles.

LA VACCINATION DE L'ENFANT DANS LA LUTTE ANTIRABIQUE, UNE ACTIVITÉ DE L'UNITÉ « MÉDECINE PRÉVENTIVE ET VACCINATION » DU CHU DE TLEMCEEN EN ALGÉRIE « 2001-2014 »

Chabni N., Manaâ R., Cherif I.
Benabderrahmane H., Hennaoui L.,
Megueni K.
chabni.nafissa@yahoo.fr

*Service d'épidémiologie et médecine préventive
CHU Tlemcen*

SESSION
VACCINATION
Jeudi 8 octobre
16h50-17h00

MOTS CLEFS

rage, vaccination post-
exposition, Algérie

QUELQUES CONTRADICTIONS DES INITIATIVES DE SANTÉ MONDIALE : LE VACCIN MÉNINGITE MENAFRIVAC®, UN CAS D'EXEMPLE

Thiongane O.
o.moirouxthiongane@gmail.com

*UMR INTERTRYP IRD-CIRAD
Campus international de Baillarguet
34398 Montpellier Cedex 5*

SESSION
VACCINATION
Jeudi 8 octobre
17h00-17h10

MOTS CLEFS

méningite,
MenAfriVac®, santé
mondiale, priorité de
santé publique,
vaccination

INTRODUCTION

La rage humaine est une méningoencéphalite aiguë à déclaration obligatoire, constamment de pronostic fatal. Elle est enzootique et Tlemcen est une région hautement endémique, le principal réservoir est le chien errant et le chat. La rage selvatique est principalement due au renard et au chacal.

L'enfant reste une population exposée à ce risque. La prévention est le seul traitement efficace pour la prise en charge correcte et précoce des cas.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur quinze ans (2000-2013) à partir des registres de consultation et des fiches d'enquêtes comprenant l'identification du patient, la nature, le siège et le type des lésions, l'animal mordeur, ainsi que la conduite tenue. L'exploitation des données saisies s'est faite par le logiciel EPI Info 6.

RÉSULTATS

Au total 5800 cas de morsure ont été enregistrés, avec une moyenne annuelle de 387 cas, dont 33.5% (n=1945) ont moins de 19 ans et 13 % (n=714) ont moins de 15 ans avec un ratio M/F de 3. Durant cette période 12 décès par rage ont été enregistrés dont 2 enfants (létalité de 100%). L'animal mordeur est le chien errant dans 90% des cas. Depuis l'introduction

du vaccin purifié sur culture cellulaire, le vaccin antirabique est bien toléré et nous n'avons noté aucune manifestation adverse majeure.

DISCUSSION

Un maximum de consultants durant la période estivale (juin, juillet, août) a été observé, correspondant à la période où l'homme est plus fréquemment en contact avec l'extérieur.

L'analyse en fonction du sexe montre une nette prédominance masculine.

Le siège des lésions montre une prédominance de l'atteinte des mains, des membres inférieurs et des membres supérieurs correspondant aux zones découvertes. Près de la moitié des animaux incriminés sont des chiens errants, rendant impossible la mise sous observation vétérinaire réglementaire.

CONCLUSION

La rage hautement létale est la seule maladie qui bénéficie d'une vaccination post-exposition. De ce fait sa prévention est impérative. D'autres acteurs doivent être mobilisés afin de rompre la chaîne de transmission en luttant contre le réservoir majeur qui reste le chien errant.

Pourquoi donc une nouvelle épidémie de méningite C au Nigeria et au Niger en 2015 ? Pourquoi des épidémies à W135 depuis le début des années 2000 et pourquoi donc vacciner avec le MenAfriVac® contre la méningite A au Bénin en 2012 alors qu'une épidémie à W135 fait rage ? Pourquoi donc au début des années 2000, un consortium porté par l'idéal d'une santé mondiale décide de mettre au service de la population africaine et des États une solution basée sur un vaccin contre la méningite A en dépit des réalités épidémiologiques de la zone ?

Cette communication loin des débats polémiques propose de se pencher sur les récits du succès du MenAfriVac® dans la perspective de le mettre en lien avec les réalités éprouvées sur le terrain et des nouvelles inquiétudes suscitées par la résurgence des épidémies de méningite dans un contexte de pénurie de vaccins. Cette analyse se base sur une série de recherche ethnographique autour de la méningite et des perceptions du MenAfriVac® dans trois pays de l'Afrique de l'Ouest : le Bénin, le Niger et le Sénégal. Les études ont été faites de 2009 à 2015 et concernent une série d'entretiens avec 98 personnes (vaccinées ou ayant souffert de la méningite, médecins, experts de santé publique ou politiciens), à ces entretiens se sont ajou-

tés des observations de séances de vaccination, des analyses du site web et des rapports du Projet Vaccin Méningite.

Nous verrons que le succès du MenAfriVac® s'est construit autour d'un récit en quelques séquences qui cachent mal les contradictions et les ambiguïtés liées à un contrôle des épidémies centré sur une technologie vaccinale loin de se suffire à elle-même.

EMERGENCE D'UNE ÉPIDÉMIE DE MÉNINGITE À MÉNINGOCOQUE DE SÉROGROUPE C AU NIGER EN 2015

Sidikou F., Maman Zaneidou M., Meyer S., Schwartz S., Issaka B., Lingani C., Ashley Tate A., Alkassoum I., Sidiki A., Ake F., Obama R., Ousmane S., Zanguina J., Sakande S., Thomas J., Wang X., Mounkoro D., Makimere A., Taha M., Novak R., Kadade G., Ronveaux O. Ouwe Missi Oukem-Boyer O. - au nom du Consortium MenAfriNet*
ooukem@cermes.org

Centre de Recherche Médicale et Sanitaire (CERMES),
BP 10887, Niamey, Niger

SESSION
VACCINATION
Jeudi 8 octobre
17h10-17h20

MOTS CLEFS

méningite, Niger,
épidémie, vaccination
réactive, *Neisseria
meningitidis* C

Après quatre années d'accalmie, une importante épidémie de méningite à méningocoque de sérotype C a été observée au Niger en 2015. Il s'agit de la première épidémie depuis l'introduction du vaccin conjugué contre la méningite à sérotype A (VCMA) en 2010-2011.

L'épidémie a commencé dans le district de Dogon-Doutchi, où un premier sous-district a franchi le seuil épidémique la semaine 7, suivi de deux autres sous-districts aux semaines 8 et 12. Le district de Gaya, puis celui de Niamey II ont respectivement franchi le seuil épidémique aux semaines 12 et 13.

A la date du 20 Mai 2015, 7435 cas suspects ont été notifiés dans les 8 régions du Niger, parmi lesquels 479 décès ont été enregistrés (taux de létalité 6,8%). Neufs districts ont déjà franchi le seuil épidémique dans les 3 régions les plus affectées: Niamey (avec un total de 4786 cas), Dosso (1055 cas) et Tillabéry (957 cas). Les enfants âgés de 2 à 15 ans représentent 42% des cas.

Jusque là, le Laboratoire National de Référence du CERMES a confirmé 927 sur 2225 échantillons analysés par culture et/ou PCR. Le NmC est le pathogène le plus abondant, retrouvé dans 677 échantillons (73,2%), suivi par le NmW (116 échantillons, 12,5%), *Streptococcus pneumoniae* (63 échantillons, 6,5%), *Haemophilus influenzae* (6 échantillons, 0,3%) et Nm indéterminé (65 échantillons, 7,0%).

En réponse à cette épidémie, des campagnes de vaccinations réactives ont démarré en Avril-Mai dans les

districts en épidémie grâce aux 692500 doses de vaccins polysaccharidiques trivalent ACW et tétravalent ACWY issus du stock national, du Groupe de Coordination International ou reçus par d'autres mécanismes d'approvisionnement. Les enfants âgés de 2 à 15 ans représentent la cible principale de cette campagne de vaccination réactive. A Ouallam, une autre campagne de vaccination avec le vaccin conjugué tétravalent Menactra® ciblait les 2-19 ans. Dans les centres de traitement, le traitement antibiotique de première ligne était la ceftriaxone pendant 5 jours.

Les épidémies de méningite à méningocoque de sérotype C ont été rarement identifiées en Afrique. L'épidémie de NmC au Niger souligne le besoin de renforcer la surveillance au cas par cas à travers les pays de la Ceinture Africaine de la Méningite afin de surveiller les méningites causées par des sérotypes non-A dans l'ère post-VCMA. L'épidémie 2015 fournit des évidences supplémentaires qui renforcent le besoin d'un vaccin conjugué polyvalent afin de pouvoir aboutir à l'élimination des épidémies de méningite en Afrique sub-saharienne.

RÉSURGENCE DE LA DIPHTÉRIE DANS LE NORD LAOS : POURQUOI ?

Buisson Y.
yvesbuisson@hotmail.com

15 rue Armand Carrel, 75019 Paris

SESSION
VACCINATION
Jeudi 8 octobre
17h20-17h30

MOTS CLEFS

diphtérie, Laos,
couverture vaccinale,
efficacité vaccinale,
enquête
sérologique.

INTRODUCTION

Plusieurs foyers épidémiques de diphtérie ont été notifiés fin 2012 - début 2013 au Nord du Laos, dont plus de 100 cas dans la province montagneuse de Huaphan.

MÉTHODES

Une enquête transversale par échantillonnage en grappes a été conduite sur 132 enfants âgés de 12 à 59 mois pour déterminer si cette résurgence était la conséquence d'une couverture vaccinale insuffisante ou d'un manque d'efficacité des vaccins utilisés. Outre le recueil des données socio-démographiques, de l'état nutritionnel et des antécédents vaccinaux, un prélèvement de sang veineux a été effectué pour dosage ELISA des IgG anti-diphtériques et anti-tétaniques dans le sérum.

RÉSULTATS

Les taux de couverture vaccinale DTC (diphtérie - tétanos - coqueluche) établis à partir des certificats de vaccination (n = 66), ou à défaut d'après les réponses des parents (n = 66), étaient de 85,6% pour la première dose, 69,7% pour la seconde dose, et 59,8% pour la troisième dose.

Sur la totalité de l'échantillon étudié, 63,6% des enfants avaient des anticorps détectables contre la diphtérie et 71,2% contre le tétanos. Les facteurs indépendamment associés à la non-vaccination contre la diphtérie étaient l'éloignement du centre de santé le

plus proche (OR 6,35 [IC95% 1,4-28,8], p = 0,01), l'appartenance à l'ethnie minoritaire Lao Theung (OR 12,2 [IC95% 1,74-85,4], p = 0,01) et le manque de conseils de vaccination donnés à la naissance (OR 9,8 [IC95% 1,5-63,8], p = 0,01), alors que le niveau d'éducation de la mère était protecteur (OR 0,08 [IC95% 0,008-0,81], p = 0,03). La plupart des parents ont avancé leurs difficultés financières comme principale raison de non-vaccination des enfants.

PLUS D'UN AN D'ÉPIDÉMIE D'EBOLA EN GUINÉE : QUEL BILAN ?

Migliani R., Sakoba K., Boubacar D., William P., Guenael R.
migliani.rene@gmail.com

École du Val-de-Grâce, Paris, France - Coordination nationale de lutte contre Ebola, Conakry - OMS, Conakry, Guinée.

SESSION MÉDECINE
TROPICALE
Vendredi 9 octobre
14h00-14h10

MOTS CLEFS

Ebola, Guinée, bilan, épidémiologie

OBJECTIF

Présenter l'évolution et le bilan de l'épidémie à virus Ebola en Guinée depuis son émergence en décembre 2013 jusqu'à mai 2015 et les principales stratégies de lutte mises en œuvre.

MÉTHODE

Analyse spatio-temporelle des cas et des décès, à partir des données du système de surveillance épidémiologique de l'épidémie dans la population de Guinée depuis l'émergence du virus Ebola en Guinée.

RÉSULTATS

L'épidémie a évolué en plusieurs phases : une phase d'émergence silencieuse sans identification des tous premiers cas et du virus de décembre 2013 à février 2014, une première recrudescence épidémique à partir de mars 2014 où le virus est détecté et l'alerte mondiale est lancée qui va durer jusqu'en juillet 2014, une deuxième recrudescence après une phase d'accalmie relative à partir d'août 2014 jusqu'à janvier 2015 centrée principalement sur la Guinée Forestière et une dernière recrudescence à partir de février 2015 centrée sur la Basse Guinée et la capitale Conakry. Les moyens de lutte mis en œuvre se sont adaptés à cette évolution.

CONCLUSION

Cette épidémie par son ampleur tant au niveau du nombre de victimes que de sa diffusion géographique a permis de faire des progrès dans la lutte contre ce fléau qui faisait encore partie avant son émergence en Guinée des maladies orphelines. Ces progrès concernent tous les domaines de contrôle d'une maladie à potentiel épidémique : le développement d'un véritable système d'alerte et de riposte réactif à dimension régionale qui commence à se mettre en place ainsi que toutes les avancées en termes de diagnostic, de prise en charge, de traitement, de prévention vaccinale, d'organisation et de coordination de la lutte.

APPLICATION DU CONCEPT DE « GUINÉISATION » DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT SOIGNANT EBOLA AU SEIN DU CENTRE DE TRAITEMENT DES SOIGNANTS (CTS) DE CONAKRY

Ramade S., Dampierre H., Delahaye A., Merens A., Ficko C. Carmoy T.
sebastien.ramade@intradef.gouv.fr

Antenne médicale de Belfort, CMA de Belfort - Quartier Maud'huy - BP 50529, 90016 Belfort Cedex

SESSION MÉDECINE
TROPICALE
Vendredi 9 octobre
14h10-14h20

MOTS CLEFS

Guinéisation, Ebola, soignant, psycho-social

INTRODUCTION

De décembre 2014 à janvier 2015, une équipe de précurseurs sous la direction du MC Dampierre, a dû superviser et organiser la conception et la mise en œuvre du CTS de Conakry.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Afin de proposer un outil de soin à la hauteur des attentes et de la problématique du patient soignant Ebola, j'ai étudié, grâce à de nombreux témoignages, l'aspect sociologique et psycho-anthropologique de cette maladie dont le taux de mortalité était identique au sein des centres de soin dédiés existants et en l'absence de prise en charge, soit 50 %.

RÉSULTATS

Cela m'a permis de proposer le concept de « Guinéisation » de la prise en charge du patient Ebola au sein du CTS.

CONCLUSION

L'ouverture de cette structure de soin a permis sa confrontation à la réalité des soignants admis et en a démontré la pertinence.

LES LABORATOIRES EBOLA EN GUINÉE - APPORTS ET CONTRAINTES

Blanchot M.
blanchot.m@laposte.net

OMS/GOARN - coordination des laboratoires

L'épidémie à virus Ebola qui s'est développée en Afrique de l'Ouest en 2014/2015 a vu une importante mobilisation de moyens internationaux. À la fin du premier trimestre 2015, neuf laboratoires d'origine publique ou privée ont été mis en œuvre par des O.N.G. (MSF, Croix-Rouge française, ALIMA, WAHA...), par accords directs entre gouvernements (France, Russie, Belgique) et par l'Union Européenne à Conakry et en Guinée forestière en fonction des nécessités épidémiologiques du moment. Généralement démunis d'expérience en santé publique et notamment en pathologies tropicales, ces laboratoires ont dû adapter leur fonctionnement et leurs procédures ciblés sur la mise en évidence de porteurs d'ARN viral Ebola à un mode de fonctionnement adapté à l'urgence et à la biologie clinique en situation précaire compte tenu de symptomatologies trompeuses liées à d'autres pathologies possibles (rougeole, fièvre de Lassa, dengue, fièvre jaune, fièvre de Marbourg, typhoïde, diarrhées cholériques ou sanglantes, amibiases, paludisme...). Tous ont utilisé pour cette recherche d'infection à Ebola des techniques de RT PCR avec des protocoles analytiques proches et des réactifs permettant l'obtention de résultats globalement comparables. Des différences plus notables ont été observées dans les capacités de diagnostics différentiels, de diagnostics de confirmation et/ou d'analyses de biologie clinique destinées aux patients hospitalisés. L'obtention de résultats trois fois par jour par les responsables de la lutte contre l'épidémie a rendu les laboratoires incontournables pour la maîtrise de l'épidémie (confirmation des infections, suivi des cas contact...) et pour le bon fonctionnement de la société civile (enterrements sécurisés, suivi des familles...).

La coordination mise en place par l'OMS a permis :

- de normaliser la phase pré analytique pour la

réalisation de prélèvements, le recueil des données et l'identification des patients ;

- d'instaurer une complémentarité analytique entre laboratoires et la mise en œuvre, avec la collaboration du CDC d'Atlanta, d'un contrôle de qualité international ;
- de standardiser et de sécuriser la phase post analytique permettant la réalisation d'une synthèse nationale quotidienne par la « Coordination Épidémiologique » et la « Coordination Nationale ».

Un circuit sécurisé et hiérarchisé de diffusion des résultats a été défini pour les différents destinataires : médecins coordinateurs des CTE (Centre de Traitement Ebola), des CDT (Centre De Transit), du CTS (Centre de Traitement des Soignants), des DPS (Direction Provinciale de la Santé), des DSVCO (Direction de la Santé de la Ville de Conakry), des DCS (Direction Communautaires de Soins) et des MCM (Médecins Coordinateurs Médicaux) par l'intermédiaire des régulateurs/coordonateurs de l'OMS, des Point Focaux de la Croix-Rouge Guinéenne (décès communautaires et inhumations sécurisées), des responsables des morgues et des correspondants des mosquées (toilette des morts et rites funéraires).

Au décours de l'épidémie les demandes analytiques se sont multipliées pour la recherche de porteurs de virus lors des décès communautaires, dans le cadre d'essais thérapeutiques et cliniques, d'essais vaccinaux ou de recherche sur les patients guéris ou pour l'écologie virale.

De plus, un impact sur les résultats a pu être montré lors de l'association de certains Kits Diagnostic avec des plates-formes de PCR

Les travaux menés en parallèle par le « Ebola Diagnostics Implementation Working Group » a permis la validation par l'OMS de quatre « Tests de Diagnostic Rapide » pour le déploiement en urgence.

SESSION MÉDECINE TROPICALE

Vendredi 9 octobre
14h20-14h30

MOTS CLEFS

Ebola, diagnostic, laboratoires, PCR, Guinée

IMPACT DE L'INFECTION PAR LE VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE SUR L'ULCÈRE DE BURULI : RÉSULTATS D'UNE ÉTUDE RÉTROSPECTIVE AU CAMEROUN

Christinet V., Comte E., Ciaffi L., Odermatt P., Serafini M., Antierens A., Rossel L., Nomo AB, Nkemenang P., Tsoungui A., Delhumeau C., Calmy A.
vanessa.christinet@hivntd.org

Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève, Suisse ; Médecins Sans Frontières, Genève, Suisse ; Institut de Médecine tropicale de Bâle, Université de Bâle, Suisse ; Hôpital de district, Akonolinga, Cameroun.

INTRODUCTION

L'ulcère de Buruli (UB) est la troisième maladie due à une mycobactérie la plus répandue dans le monde après la tuberculose et la lèpre. L'UB est particulièrement fréquent dans les zones rurales d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale. L'impact de l'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) sur la prévalence et la manifestation clinique de l'UB reste incertain.

MÉTHODES

Il s'agit d'étude rétrospective de données recueillies à l'hôpital de district d'Akonolinga, au Cameroun, du 1er janvier 2002 au 27 Mars 2013. La prévalence du VIH chez les patients avec un ulcère de Buruli a été comparée à la prévalence régionale du VIH par strate d'âge et de sexe. Les caractéristiques initiales de l'UB ont été comparées entre les patients non-VIH et les patients VIH ainsi que entre strates de CD4 chez les patients VIH. Le temps de guérison de l'UB a été analysé en fonction des différentes strates de CD4 et les facteurs associés à la taille de la lésion UB lors du diagnostic ont été identifiés.

RÉSULTATS

La prévalence du VIH chez les patients UB était significativement plus élevée que la prévalence estimée pour chaque groupe (enfants (0-14 ans), 4,0% vs 0,7% [p < 0,001]; hommes (>14 ans), 17,0% vs 4,7% [p < 0,001]; femmes (>14 ans), 36,0% vs 8,0% [p < 0,001]).

SESSION MÉDECINE TROPICALE

Vendredi 9 octobre
14h30-14h40

MOTS CLEFS

Ulcère de Buruli, Mycobacterium ulcerans, Cameroun, VIH

Les personnes infectées par le VIH avaient une forme plus sévère d'UB avec une augmentation de la sévérité chez les patients les plus immunodéprimés. Un taux abaissé de CD4 était significativement associé à une plus grande taille d'UB (β -coefficient, -0,50; P = 0,015; intervalle de confiance 95%, 0,91 -0,10). La probabilité du temps de guérison de l'UB était plus que doublé chez les patients avec un taux de CD4 < 500 cellules / mm³ (OR, 2,39; p = 0,001; IC 95%, 1,44 à 3,98).

Le taux de mortalité des patients co-infectés UB-VIH était significativement plus élevé que celui des patients avec UB seul (11% vs 1%; p<0,001). Le nombre médian de CD4 était de 228,5 cellules/mm³ (IQR, 98-378). Le décès est survenu après 41,5 jours (IQR, 16,5-56,5) chez des patients non traités par thérapie antirétrovirale.

CONCLUSION

Les patients infectés par le VIH sont très probablement plus à risque de développer un ulcère de Buruli. L'immunosuppression induite par le VIH semble aggraver la présentation de l'UB et influencer l'évolution de la maladie.

ANALYSE DU DÉPISTAGE DES MARQUEURS VIROLOGIQUES MAJEURS VIH, VHB ET VHC CHEZ LES DONNEURS DE SANG DE LA FORCE PUBLIQUE CONGOLAISE À BRAZZAVILLE DE 2008 À 2011

Dzia Lepfoundzou A., Nanitelamio E., Angounda B., Bakoua-Soba B., Ibara J.-R. ameliadzia@yahoo.fr

Cité Louis Pasteur – Avenue du Général De Gaulle
BP 462 – Brazzaville – Congo

SESSION MÉDECINE
TROPICALE
Vendredi 9 octobre
14h40-14h50

MOTS CLEFS

VIH, VHB, VHC,
transfusion, Brazzaville

INTRODUCTION

Au Congo la prévention de la transmission du VIH et des virus des hépatites B et C est un défi majeur de santé publique. Le recours aux corps d'armée est l'une des solutions d'urgence pour approvisionner le centre de transfusion en dons de sang lors des pénuries graves. Aucune évaluation n'a été réalisée sur cette pratique considérée à risque transfusionnel élevé.

BUT

La présente étude a pour objectif d'analyser le niveau de sécurité transfusionnelle virale enregistré avec la force publique congolaise pendant 4 ans à Brazzaville. Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective menée à partir des données enregistrées du 1er janvier 2008 au 31 décembre 2011 au centre de transfusion de Brazzaville. La qualification biologique des dons a été réalisée en tests ELISA.

RÉSULTATS

En quatre ans, 11190 dons ont été testés. La tranche d'âge était de 18 à 60 ans avec une prédominance masculine. Les séroprévalences étaient de : VIH 1,19 %, VHB 7 % et VHC 0,57 % en 2008; de VIH 1,92 %, VHB 4,39 % et VHC 0,84 % en 2009 ; de VIH 1,34 %, VHB 3,47 % et VHC 1,14 % en 2010 et de VIH 0,89 %, VHB 4,89 % et VHC 0,77 % en 2011.

Les séroprévalences du VIH et du VHC étaient plus basses que celles des dons des civils. En revanche, pour le VHB, elles étaient élevées et semblables à la situation nationale.

CONCLUSION

Grâce à la fidélisation des candidats au don de sang, la sécurité transfusionnelle virologique issue des dons de la force publique s'est progressivement améliorée devenant meilleure que celle offerte par la population civile.

RISQUES SANITAIRES ENVIRONNEMENTAUX EN AZAWAD (NORD-MALI)

Aoun O., Ineich I., Rollard C., Francois M., Rapp C., Goyffon M. olivier.aoun@gmail.com

Antenne médicale de Colmar, 2 rue des Belges,
68000 Colmar

SESSION MÉDECINE
TROPICALE
Vendredi 9 octobre
14h50-15h00

MOTS CLEFS

risques
environnementaux,
envenimations,
dermatoses, militaire,
opérations
extérieures

INTRODUCTION

Depuis janvier 2013, dans le cadre de l'opération Serval puis Barkhane, les troupes françaises sont déployées en Azawad, territoire presque entièrement désertique situé dans le nord du Mali recouvrant des zones saharienne et sahélienne. A côté des risques sanitaires classiques (traumatologie, diarrhée, maladies vectorielles, etc), les militaires français, sont exposés aux blessures de combat mais également confrontés à une nature hostile.

OBJECTIFS

Décrire les risques environnementaux spécifiques observés au Nord Mali

MÉTHODES

A travers une galerie d'images, de vidéos et de cas cliniques, les auteurs font part leur expérience personnelle sur les dangers potentiels rencontrés en Azawad.

DISCUSSION

Les soldats français projetés au Nord Mali sont soumis à des conditions climatiques difficiles avec des températures extrêmement élevées atteignant parfois les 70°C dans les véhicules blindés et des tempêtes de sable avec orages violents et inondations durant la saison des pluies. Ces conditions climatiques sont sources de déshydratation sévère, de pathologies dermatologiques, urologiques et ophtalmologiques. En parallèle à ces risques climatiques, l'Azawad se distingue

par une faune assez particulière venimeuse dans le cas des scorpions et des serpents, toxique dans celui des meloidae et des carabes et généralement inoffensive mais victime de leur mauvaise réputation : les solifuges.

CONCLUSION

L'Azawad est un vaste territoire majoritairement désertique caractérisé par un environnement aride et hostile. En plus des risques sanitaires classiques rencontrés lors des opérations extérieures en zone tropicale, il existe d'autres périls méconnus par les militaires français liées aux conditions climatiques et à une faune particulière. Une meilleure connaissance de ces risques apparaît nécessaire.

ETUDE DES FACTEURS ASSOCIÉS AU RETARD DE DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE DANS LA BANLIEUE DAKAROISE (SÉNÉGAL)

Leye M., Seck I., Faye A., Diop M., Tal-Dia A.
mamadou.leye@yahoo.fr

Service de Médecine Préventive et Santé Publique
- Département de Médecine/Université Cheikh Anta
DIOP de Dakar - BP 16 390, Dakar Fann, Sénégal

SESSION MÉDECINE
TROPICALE
Vendredi 9 octobre
15h45-15h55

MOTS CLEFS

tuberculose, diagnostic,
retard, clinique,
Sénégal

INTRODUCTION

L'objectif général était d'identifier les facteurs associés au retard de diagnostic de la tuberculose dans la banlieue dakaroise.

MÉTHODOLOGIE

Une étude transversale, descriptive et analytique sur les malades tuberculeux pulmonaires, a été menée dans le district sanitaire de Pikine dans la période du 1er janvier au 31 décembre 2013. Un recrutement exhaustif des patients tuberculeux a été effectué durant cette période. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire semi-structuré. Elles étaient saisies et analysées par Epi info 3.3.2.

RÉSULTATS

L'âge moyen des patients était de $32,4 \pm (13,4)$ ans, le sexe masculin prédominait soit 73,5%.

Les patients informaient leurs entourages familial et professionnel respectivement dans 98% et 41,2% des cas.

Les patients citaient la toux comme signe de la tuberculose dans 44,2%. Ils connaissaient la contagiosité de la tuberculose (dans 86,9% des cas), la gravité (86,7%), la transmission (48,2%), la gratuité (31,3%) et l'efficacité au traitement (71,9%). Plus des 2/3 des malades présentaient une toux associée à une fièvre. Seuls 5,6% des patients suspectaient la tuberculose. Le délai moyen de consultation était de $20,3 \pm (14,8)$ jours et plus de la moitié (56,5%) recouraient à la médecine moderne et avaient été vus par des médecins

dans 79,8% des cas. Le délai moyen de demande de recherche dans les crachats de BAAR était de $5,5 \pm (5,2)$ jours. Les malades ayant une tuberculose pulmonaire microscopique positive représentaient 89,6% des cas. Le retard de consultation était constaté dans de 45,2% des cas. Le retard de demande de BAAR était noté dans 56,6% des cas chez les patients tuberculeux pulmonaires à microscopie positive. Les patients qui avaient informé leur entourage professionnel ($p=0,0001$), qui connaissaient la toux ($p=0,0001$), l'efficacité ($p=0,0001$) ou la gratuité ($p=0,0001$) du traitement étaient moins enclins au retard de consultation de la tuberculose. De même, les patients qui avaient informé leur entourage professionnel ($p=0,0004$), qui connaissaient l'efficacité ($p=0,0077$) ou la gratuité ($p=0,00001$) du traitement accusaient moins de retard de demande de BAAR. Par contre, l'automédication était un facteur de risque de survenue de retard de consultation ($p=0,0001$) et de demande de BAAR ($p=0,008$) de la tuberculose.

CONCLUSION

Face à ces déterminants, le diagnostic précoce de la tuberculose devrait passer par une sensibilisation des populations sur la maladie et la formation des prestataires de soins sur le diagnostic et la prise en charge précoces des patients tuberculeux tels que recommandés par le Programme national de lutte contre la tuberculose.

LOCALISATIONS INHABITUELLES DE LA TUBERCULOSE EN KABYLIE. A PROPOS DE 33 CAS

Achour N., Benali A., Bouchaib H.,
Brahimi Touat., Lhadj K., Afiri M.
nasachour64@yahoo.fr

Service des maladies infectieuses
CHU Nedir Tizi-Ouzou Algérie

SESSION MÉDECINE
TROPICALE
Vendredi 9 octobre
15h55-16h05

MOTS CLEFS

tuberculose
multifocale, adulte jeune,
immunocompétent,
Algérie

INTRODUCTION

Lors de la dernière décennie, la tuberculose multifocale est devenue d'actualité en Kabylie. Son aspect multiple est souvent trompeur faisant égarer le diagnostic.

OBJECTIFS

Analyse des particularités épidémo-cliniques, para-cliniques et évolutives de cette forme de tuberculose.

MÉTHODES

Étude rétrospective de 33 cas colligés de janvier 2000 à décembre 2014.

RÉSULTATS

Une élévation de l'incidence est notée lors des cinq dernières années : 21 cas (4 cas/an). L'atteinte féminine prédomine avec un sex-ratio H/F de 0,41, une moyenne d'âge de 37,5 ans [18-85] et 18 cas appartiennent à la tranche d'âge 20-39 ans.

Différentes localisations sont observées : cérébrale (12), méningée (8), thyroïdienne (1), splénique (1) urinaire (3), génitale (1), cutanée (3), osseuse (8), ostéo-articulaire (2) et médullaire (1). Ces localisations sont associées dans 5 cas à une atteinte pulmonaire. Un contage est rapporté dans 2/3 des cas (8 fois d'origine familiale) et l'intradermoréaction à la tuberculine est contributive dans 72,7 % des cas.

Des associations particulières sont notées chez des patientes jeunes, immunocompétentes avec parfois 3 localisations ou plus : cérébro-méningée, thyroïdienne, splénique ; cérébro-méningée, péritonéale ; génitale et médullaire ; vertébrale, cutanée, otitique et pulmonaire ; vertébrale, cérébro-méningé.

L'identification du BK s'est faite dans le LCR 3 fois, par biopsie osseuse 8 fois, par tubage gastrique 3 fois et dans les urines 3 fois. L'IRM objective des tuberculomes dans 4 cas et/ou des nodules dans 11 cas.

L'évolution est favorable dans 85,5 % des cas et émaillée de complications dans 14,5 % des cas avec deux décès.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Cette observation d'une augmentation récente et fréquente des formes multifocales chez des sujets jeunes, immunocompétents, sans facteur de risque, à sérologie rétrovirale négative, est une réalité dont l'origine est inconnue. Le pronostic est conditionné par le retard au diagnostic, le type et le nombre des localisations.

RÉPONSE AUX PROBLÈMES DES CATARACTES SUR LA COMMUNE DE POBÈ (BÉNIN)

Jacquemin F., Morcrette H., Gerakis N.,
Carles B.
francois.jacquemin@sfr.fr

Associations « Au cœur des hommes »
et « Voir La Vie ».
482, rue du zéphyr 30320 Poulx

SESSION MÉDECINE
TROPICALE
Vendredi 9 octobre
16h05-16h15

MOTS CLEFS
cataracte, enquête,
prévalence, traitement,
Bénin

Au cours de nos diverses missions, dans la zone de Pobè (Benin) notre association (Au cœur des hommes) a été interpellée par la fréquence des demandes de la population en matière de consultations ophtalmologiques et surtout de cataracte. Un dépistage n'a de sens que s'il y a ensuite une possibilité d'action thérapeutique ce qui n'est actuellement pas le cas à l'hôpital de Pobè ni sur toute la région du plateau. Aussi ACDH s'est rapproché de l'ONG « Voir La Vie » afin d'étudier l'ouverture d'une unité d'ophtalmologie médico-chirurgicale. Mais pour cela il était nécessaire d'avoir une évaluation exacte de ce problème sur cette zone en effectuant un travail ayant pour objectif de connaître, à partir d'un échantillon de villages, la prévalence des cataractes dans la région.

MÉTHODOLOGIE

Il s'agit d'une enquête épidémiologique effectuée à partir d'un échantillon représentatif de la population. L'objectif principal de ce travail est d'évaluer la prévalence des cataractes sur la commune de Pobè. 12 villages ont été sélectionnés par le Médecin coordinateur de la zone sanitaire sur des critères démographiques et géographiques. Etaient inclus dans cette étude tous les patients habitant les villages sélectionnés, souffrant d'une pathologie ophtalmologique et volontaires pour une consultation.

RÉSULTATS :

Au cours de ce travail, nous avons consulté 188 pa-

tients dans les 12 villages de la zone de Pobè. 91 (48, 5 %) cataractes ont été diagnostiquées. Ce sont le plus souvent des cataractes bilatérales (68 soit 75,5 % des cataractes). La prévalence des cataractes sur les villages visités est de 1,9 pour 1000 hab. La moyenne d'âge des patients atteints de cataracte est de 60 ans ce qui est très précoce.

Les autres pathologies retrouvées sont des conjonctivites, le plus souvent allergiques ou irritatives, des ptérygions et des troubles de la réfraction.

CONCLUSION

Les pathologies liées à l'ophtalmologie sont un problème majeur de santé publique dans cette région. La cataracte représente près de la moitié des consultations. La mise en place d'une unité d'ophtalmologie au sein de l'hôpital de zone de Pobè est viable et permettrait une meilleure prise en charge des affections ophtalmiques sur le plateau.

CALENDRIER

Le projet a été présenté aux autorités nationales, départementales et locales. En avril 2015 a eu lieu l'évaluation des locaux, du personnel et l'élaboration d'un cahier des charges. Le matériel nécessaire a déjà été collecté. Il sera expédié dès la fin des travaux. L'ouverture du service est prévue pour le second semestre 2016 accompagnée d'une formation du personnel médical et paramédical par l'ONG « Voir La Vie ».

SCHISTOSOMIASÉ GÉNITALE FÉMININE ET INFECTION PAR LE VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE: UNE REVUE SYSTÉMATIQUE DE LA LITTÉRATURE

Christinet V., Calmy A., Odermatt P.,
O'Brien D.-P.
vanessa.christinet@hivntd.org

MSF Londres, Hôpitaux universitaires de Genève,
Institut de Médecine tropicale de Bale, Royal Melbourne
Hospital, University of Melbourne, Australia.

SESSION MÉDECINE
TROPICALE
Vendredi 9 octobre
16h15-16h25

MOTS CLEFS

schistosomiasé génitale
féminine, bilharziose
urinaire, infection VIH,
revue bibliographique

INTRODUCTION

La schistosomiasé touche plus de 200 millions de personnes dans le monde dont 90% vivent en Afrique sub-saharienne. La schistosomiasé génitale féminine (SGF) est une manifestation fréquente, mais négligée, de l'infection par *S. haematobium*. La prévalence de la SGF dans différents pays d'Afrique subsaharienne peut varier de 33% à 75%. La SGF est associée à des douleurs et des saignements lors des rapports sexuels et peut être confondue avec de nombreuses autres pathologies cervicales. Par ailleurs, les femmes africaines sont particulièrement vulnérables à l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et la SGF pourrait être un facteur de risque important pour l'infection par le VIH. Cette étude vise à examiner la littérature publiée sur l'association entre SGF et infection par VIH.

MÉTHODES

Nous avons procédé à une revue de la littérature de tous les articles en anglais et en français dans les bases de données Pubmed, Google Scholar et Google en utilisant les mots clés suivant : VIH, SIDA, schistosomiasé, bilharziose, HIV, AIDS, *Schistosoma haematobium* et bilharziosis. Seuls les articles, résumés de conférence et rapports mentionnant la schistosomiasé génitale féminine et le VIH ont été retenus pour l'analyse.

RÉSULTATS

Des études épidémiologiques suggèrent que la SGF est un facteur de risque pour l'infection à VIH : Kjetland et al (2006) ont constaté au Zimbabwe une prévalence

du VIH de 41% (29/70) chez des femmes avec SGF comparée à 26% (96/375) dans un groupe témoin sans SGF (odds ratio [OR] 2,1 ; intervalle de confiance à 95% [IC95%] 1,2-3,5). Down et al (2011) ont également démontré une association de la SGF avec le VIH (OR 4,0, IC95% 1,2 à 13,5). Ndeffo Mbah et al (2013) ont montré dans une étude couvrant plusieurs pays africains que chaque infection à *S. haematobium* pour 100 femmes a été associée à une augmentation relative de 2,9% (IC95% 0,2 à 5,8%) de la prévalence du VIH.

CONCLUSIONS

Le lien entre la schistosomiasé et le VIH apparaît de plus en plus évident, en particulier pour les manifestations cliniques du *S. haematobium* dans les voies génitales féminines. En tenant compte que la schistosomiasé urinaire est largement répartie et touche l'Afrique subsaharienne, région où l'incidence et la prévalence du VIH est également la plus élevée, la prévention et le traitement de cette forme de schistosomiasé pourrait être un élément considérable de la prévention du VIH.

USAGE DES ANTIBIOTIQUES CHEZ LES ENFANTS DE 0 À 18 MOIS DANS UNE COHORTE AU BÉNIN : IMPACT DES CARACTÉRISTIQUES DU COUPLE MÈRE-ENFANT À LA NAISSANCE ET DES DONNÉES DE CONSULTATIONS

Brembilla A., Mauny F., Garcia A., Kobto Koura G., Deloron P., Faucher J.-F.
jffaucher@chu-besancon.fr

CHRU Besançon, UMR 216 MERIT IRD
Université Paris Descartes France

SESSION MÉDECINE
TROPICALE
Vendredi 9 octobre
16h25-16h35

MOTS CLEFS

antibiotiques, petits
enfants, cohorte, Bénin

INTRODUCTION

De 2007 à 2009, des nouveau-nés ont été suivis jusqu'à l'âge de 18 mois au Sud du Bénin ; les fièvres palustres et non palustres dans cette cohorte étaient associées au paludisme placentaire. Nous avons fait l'hypothèse que le paludisme placentaire influence la prescription d'antibiotiques (AB) pendant les 18 premiers mois de vie. L'objectif de ce travail est de décrire la prescription d'AB et les facteurs associés à cette prescription.

MÉTHODES

Les données démographiques, cliniques et d'antibiothérapie de chaque consultation, ainsi que les données du couple mère-enfant à la naissance étaient disponibles. Pour toute fièvre constatée ou alléguée (<24h), un diagnostic rapide du paludisme a été réalisé et, en cas de positivité, un antipaludique prescrit. Une régression logistique multiniveau a été effectuée.

RÉSULTATS

Pour les 538 enfants ayant consulté au moins une fois, 4451 consultations ont été effectuées, dont 54,6% associées à de la fièvre. Le paludisme représentait 37,3% des fièvres. Les AB étaient relativement moins prescrits de 0 à 6 mois : OR = 0,31 (IC95%=0,27-0,36). Des AB ont été prescrits pour 44,4% des consultations, et 41,0% de ces prescriptions n'étaient pas associées à la fièvre. La fièvre était associée à la prescription d'AB : OR=1,31 (IC = 1,16-1,48). Cependant, l'antibiothérapie

n'était pas plus fréquente pour les fièvres constatées que pour les fièvres non constatées. Les AB ont été prescrits dans 40,0% des fièvres palustres et 51,0% des fièvres non palustres.

La prescription d'AB était associée, par ordre croissant, aux fièvres non palustres, aux pathologies digestives et aux pathologies respiratoires. Aucune caractéristique de la mère et de l'enfant à la naissance n'était associée à la prescription d'AB. Les OR étaient de 1,00 (0,99-1,01), 1,08 (0,92-1,26), 1,03 (0,91-1,17), 1,09 (0,89-1,33) pour l'âge de la mère, la parité, l'anémie et le paludisme placentaire respectivement. Les OR pour le poids de naissance et la prématurité étaient de 1,06 (0,86-1,30) et 0,90 (0,74-1,11) respectivement.

DISCUSSION - CONCLUSION

Bien que le paludisme placentaire soit associé aux fièvres palustres et non palustres dans cette cohorte, cela ne s'est pas traduit par une prescription accrue d'AB. Les AB ont été fréquemment prescrits, mais beaucoup de ces prescriptions sont associés à des consultations non accompagnées de fièvre. Par conséquent, le juste usage des AB dans cette population ne devrait pas se focaliser uniquement sur la problématique de la prise en charge des fièvres. Les profils cliniques associés à un sur-risque de prescription des antibiotiques ont été identifiés.

EVALUATION DE LA QUALITÉ DE LA GESTION DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES AU TCHAD

Mbaibarem D., Djitaingar Y., Madji A., Lahaye FM., Rapp Ch.
rappchristophe5@gmail.com

HIA Bégin, 69 avenue de Paris, 94160 Saint-Mandé

SESSION MÉDECINE
TROPICALE
Vendredi 9 octobre
16h35-16h45

MOTS CLEFS

disponibilité, qualité,
médicaments essentiels,
Tchad

INTRODUCTION

L'accès aux médicaments essentiels demeure un problème dans de nombreux pays à revenus limités. Au Tchad, les études réalisées en 2004 montrent que la disponibilité médiane des médicaments génériques dans les formations sanitaires publiques était de 31,3 % et que les prix des médicaments ne respectaient pas les normes. L'objectif de l'étude est d'évaluer la qualité de la gestion des produits pharmaceutiques au Tchad

MÉTHODE

Etude transversale réalisée du 30/05 au 29/07/2014 dans un district sanitaire du Moyen Chari (un centre d'approvisionnement, 4 hôpitaux et 6 centres de santé). La disponibilité, la gestion des stocks, la conservation et les prix des principaux médicaments essentiels ont été évalués à l'aide d'un questionnaire standardisé de l'OMS.

RÉSULTATS

La disponibilité des médicaments des programmes nationaux était de 100% pour les antipaludiques, 46,7% pour les ARV et 50% pour les antituberculeux. La disponibilité médiane des médicaments du panier d'étude étaient respectivement de 46,3% dans les centres de santé, 75,5% dans les hôpitaux et 88,0% dans la pharmacie régionale. Les conditions de conservation étaient adéquates dans 60 % des cas. La gestion de stock et les outils de suivi étaient adaptés dans 41,7% des cas. Le prix des médicaments dans les formations sanitaires était plus élevé que les normes internationales.

CONCLUSION

La qualité du système de gestion des médicaments demeure insuffisante. Malgré des progrès en termes de disponibilité, le stockage, la conservation et l'accessibilité des médicaments essentiels doivent être améliorés.

LE PALUDISME VÉCU AU NIVEAU DES OFFICINES PHARMACEUTIQUES PRIVÉES DE CINQ VILLES D'AFRIQUE DE L'OUEST

Leloup M., Coulibaly N., Ganfon H., Nanga C.
madeleine.leloup@remed.org

ReMeD 35 rue Daviel 78013 Paris

SESSION MÉDECINE TROPICALE

Vendredi 9 octobre
16h45-17h05

MOTS CLEFS

paludisme, prise en charge, officines privées, CTA, Afrique de l'ouest.

INTRODUCTION

Un projet basé sur l'implication des officines pharmaceutiques (OP) dans la lutte contre le paludisme dans 3 pays d'Afrique de l'Ouest a été mis en oeuvre par l'association ReMeD et financé par l'initiative « 5 PC ». Une enquête initiale, destinée à connaître l'état des lieux fait l'objet de cette communication.

MÉTHODES

Cette étude concerne les données recueillies auprès des pharmaciens d'officines, des clients venant avec une ordonnance contenant un antipaludique ou fébrifuge et des patients venant sans ordonnance avec comme plainte « paludisme ou fièvre ». L'analyse des ordonnances a été faite à partir des recommandations de l'OMS.

RÉSULTATS

A Bamako 50 OP ont été visitées, 15 à Cotonou, 5 à Porto Novo, 15 à Ouagadougou et 5 à Bobo Dioulasso soit de 10 à 25% des OP installées dans ces villes. L'entretien avec les responsables de ces OP montrent que un tiers seulement ont reçu une formation sur le paludisme, 84% connaissent le programme national de lutte contre le paludisme, 38% connaissent le protocole national, 78% connaissent les traitements combinés avec dérivé d'artémisinine (CTA) et 94% connaissent les moustiquaires imprégnées. Le nombre de références de CTA varie de 10 à 40 selon le pays, les 2/3 des pharmaciens dispensent des CTA sur les simples

signes cliniques, les autres demandant un test biologique ou référent.

Le coût total des ordonnances varie de 8,5 à 12,7 euros, le coût des antipaludiques de 3,9 à 4,6 euros. Le nombre moyen de médicaments varie de 2,9 à 4,1 selon le pays. Trois quarts des ordonnances comportent une CTA, 21% un autre antipaludique et 62% un antalgique ou un fébrifuge.

Des comparaisons sont faites entre clients avec et clients sans ordonnance et montrent en particulier que le coût des traitements achetés par les clients est plus élevé quand ceux-ci ont une ordonnance.

DISCUSSION

Cette étude montre la nécessité d'impliquer le secteur privé dans la lutte contre le paludisme et de trouver des mécanismes pour que les officinaux puissent vendre les CTA à prix compétitif sans perte de leur part.

COMMUNICATIONS AFFICHÉES

COUVERTURE VACCINALE CHEZ LES ENFANTS DE 12 À 23 MOIS DANS UN SERVICE DE PÉDIATRIE AU TOGO

1

Kadzahlo KD., Nicand E., Koudema W., Lahaye FM., Rapp Ch.
rappchristophe5@gmail.com

HIA Bégin, 69 avenue de Paris, 94160 Saint-Mandé

SESSION VACCINATION

MOTS CLEFS

couverture vaccinale, enfants, PEV, Togo

CONTEXTE

Plus de trente ans après le lancement du Programme Elargi de Vaccination (PEV) au Togo, près de 40% des enfants qui naissent n'ont pas accès à la totalité des vaccins au cours de leur première année de vie.

OBJECTIF

Évaluer la couverture vaccinale et ses déterminants pour tous les antigènes des maladies cibles du PEV chez les enfants de 12 à 23 mois

MÉTHODOLOGIE

Enquête transversale réalisée d'octobre à novembre 2014 sur un échantillon d'enfants âgés de 12 à 23 mois amenés par leurs mères en consultation de pédiatrie à l'Hôpital de Lomé. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire standardisé et de l'étude du carnet de vaccination des enfants.

RÉSULTATS

Cent quarante cinq enfants ont été inclus. Tous avaient été vaccinés au moins une fois. Plus des deux tiers (69 %) étaient complètement vaccinés. Les taux de couverture vaccinale pour BCG, VPO0, Pentavalent1, VPO1, Pentavalent2, VPO2, Pentavalent3, VPO3, VAR étaient respectivement 100 %, 100 %, 91,7 %, 93,8 %, 81,4 %, 82,1 %, 66,9 %, 69,7 % et 63,4 %. On notait une association entre le taux de couverture vaccinale

des enfants et le niveau d'instruction des mères. En effet, le taux de couverture était nul lorsque la mère était sans instruction, de 10,3 % lorsque la mère avait atteint le niveau primaire et de 48,3 % lorsque la mère avait atteint le secondaire. L'âge, la profession, le niveau socio-économique la religion n'étaient pas des variables associées à la couverture vaccinale. 80 % des mères savaient à quel âge commence la vaccination chez les enfants, 67,6 % connaissaient le PEV et 57,2 % d'entre elles étaient capables de citer au moins deux vaccins. Les principaux obstacles à la vaccination identifiés étaient les suivants : déplacements des familles, défaut d'informations, éloignement du centre de vaccination et ruptures de stocks.

CONCLUSION

Dans cet établissement hospitalier du Togo, la couverture vaccinale de 69 % supérieure à la moyenne nationale (61 %) demeurait insuffisante en regard des objectifs fixés par l'OMS. Parmi les solutions visant à améliorer la couverture vaccinale, le renforcement des activités de promotion de la vaccination dans les établissements de santé, une meilleure utilisation des services de santé par les mères et un partenariat avec les centres de santé privés apparaissent nécessaires.

EVALUATION DE LA VACCINATION CONTRE L'HÉPATITE B CHEZ LE PERSONNEL HOSPITALIER DU CHU DE SIDI BEL-ABBÈS

2

Kandouci C., Baraka F., Kandouci BA.
kchahrazed09@gmail.com

Laboratoire de recherche en environnement et santé, université de Sidi Bel-Abbès (Algérie)

SESSION VACCINATION

MOTS CLEFS

vaccination, hépatite B, personnel hospitalier

INTRODUCTION

L'infection par le virus de l'hépatite B est l'un des principaux problèmes de santé dans le monde et le personnel de soins est particulièrement exposé à ce risque alors que cette infection peut être prévenue par la vaccination de tous les sujets à risque.

OBJECTIF

Évaluer le taux de la vaccination contre l'hépatite B chez le personnel hospitalier du CHU de Sidi Bel-Abbès (SBA).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective de type descriptif sur dossiers incluant tout le personnel hospitalier du CHU de SBA sur une période de 6 mois, de janvier à juin 2015.

Le recueil des données s'est fait à l'aide d'un questionnaire pré établi rempli par deux médecins du travail à partir des dossiers médicaux de la médecine du travail et du registre de vaccination contre l'hépatite B. Ce questionnaire comprenait plusieurs volets :

- Caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe...)
- Caractéristiques professionnels : poste de travail, catégorie professionnelle, ancienneté, service ...
- Antécédents professionnels (notion d'AES, hépatite B ou C)
- Statut vaccinal : notant les doses reçues par chaque sujet.

RÉSULTATS

La population étudiée était représentée par 2222 employés, l'âge moyen était de 38 ans avec une prédominance féminine, l'ancienneté au travail était de 18 ans.

Les infirmiers représentaient plus de la moitié de ce personnel.

Sur 2222 travailleurs, plus des deux tiers étaient régulièrement vaccinés contre l'hépatite B (69,5%), et 30,5% étaient en cours de vaccination.

Le personnel du service de néphrologie paraissait le mieux vacciné.

CONCLUSION

La vaccination contre l'hépatite virale B reste insuffisante. La sensibilisation sur les risques d'AES et l'utilisation des moyens de protection individuelle semblent indispensables.

UNE HÉPATITE INATTENDUE AU RETOUR DES TROPIQUES

3

Conan P.-L., Ficko C., Bigaillon C., Laville V., Mohammadou I., Roque AM., Duron S., Rapp Ch.
cecile.ficko@gmail.com

Service de maladies infectieuses et tropicales HIA Bégin 94163 Saint-Mandé

SESSION VACCINATION

MOTS CLEFS

hépatite A, vaccination, voyageurs, immunité, non répondeur.

INTRODUCTION

Le vaccin contre l'hépatite A est un vaccin efficace, très immunogène et bien toléré, largement recommandé chez les voyageurs. Nous rapportons l'observation d'un échec vaccinal survenu chez un sujet immuno-compétent.

OBSERVATION

Un militaire de 40 ans, sans antécédent, était rapatrié de Centrafrique en janvier 2015 pour un ictere. Ses vaccinations réglementaires, notamment vis-à-vis des hépatites A et B, étaient à jour. L'histoire clinique, alors que le patient était en opérations extérieures depuis le 3 novembre 2014, avait commencé le 26 décembre, par l'apparition d'une asthénie associée à des arthromyalgies fébriles et urines foncées, conduisant à la réalisation de plusieurs tests de diagnostic rapide du paludisme, dont l'un, le 1er janvier 2015, s'avérait faiblement positif. Un traitement par Atovaquone/ Proguanil était conduit. L'évolution était marquée par l'apparition d'un ictere cutanéomuqueux à compter du 4 janvier, sans signe clinique d'insuffisance hépato-celulaire. La biologie montrait une hépatite cytolytique à 30 N, avec un taux de prothrombine normal. Devant l'aggravation de la cytolyse, il était rapatrié le 7 janvier dans l'hypothèse d'une hépatite médicamenteuse. A l'admission, l'examen retrouvait un ictere franc, sans syndrome hémorragique ni encéphalopathie hépatique. La biologie montrait une cytolyse à 60 N prédominant

sur les ALAT, une cholestase ictérique associée (bilirubine à 210 µmol/L), le TP était à 72%. Les sérologies VHB, VHC et VHE étaient négatives, les sérologies CMV et EBV en faveur d'une immunité ancienne. Les IgM VHA étaient fortement positives, avec confirmation par le CNR d'une DO très élevée et d'une PCR VHA très fortement positive en faveur d'une hépatite A aiguë. L'évolution était favorable. La recherche d'une cause d'immunodépression (sérologie VIH, taux de lymphocytes CD4, électrophorèse des protéines sériques) était négative, les anticorps anti-tétaniques étaient positifs, montrant une bonne réponse vaccinale chez ce patient.

DISCUSSION

Il s'agit donc d'un cas rare, mais possible, d'échec vaccinal vrai de la vaccination contre l'hépatite A réputée pourtant très immunogène chez l'immunocompétent. La relecture du carnet vaccinal du patient permettait en effet de confirmer la réalisation d'un primo-vaccination en 1996 et 1997, avec rappel en 2007, par vaccin monovalent.

CONCLUSION

Devant un ictere au retour des tropiques, le diagnostic d'hépatite virale A doit être systématiquement envisagé et recherché par une sérologie, même chez un patient aux antécédents de vaccination bien conduite. Une vaccination doit être proposée à l'entourage afin d'éviter la survenue de cas secondaires.

PRISE EN CHARGE POST EXPOSITION À LA RAGE À L'UNITÉ DE VACCINATION DU SERVICE DE MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES DU CHNU DE FANN À DAKAR

4

Diop SA., Sylla K., Ka D., Cisse-Diallo VMP., Fortes-Deguenonvo L., Sene A., Diop BM., Seydi M.
sylviediop@gmail.com

Service des Maladies Infectieuses, CHNU Fann, BP 5035 Dakar - UFR Santé de Thiès.

SESSION VACCINATION

MOTS CLEFS

rage, morsure de chien, vaccins antirabiques, post exposition

OBJECTIFS

Décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et de prise en charge des cas d'exposition à la rage.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur les dossiers de tous les patients suivis à l'unité de vaccination du service des maladies infectieuses après une exposition au risque rabique de février 2009 à septembre 2014.

RÉSULTATS

Durant la période d'étude, 152 patients ont consulté suite à une exposition au risque rabique principalement à la suite d'une morsure par un chien errant (133 cas soit 87,5%). Aucun animal mordeur n'a été mis en observation. La majorité des patients (90%) venait de Dakar. L'âge médian était de 22ans [1 - 90 ans] et les hommes étaient les plus touchés avec un sex ratio (H/F) de 1,8. Les élèves et étudiants représentaient la classe socioprofessionnelle la plus exposée avec 50% des cas. Les blessures de catégorie II étaient les plus fréquentes (100 cas). Près des deux tiers des personnes exposées ont été prises en charge dans les 48 heures. La quasi-totalité des patients ont bénéficié du protocole Zagreb mais environ 41% d'entre eux ont abandonné leur traitement en cours de suivi.

CONCLUSION

Composante essentielle de la lutte contre la rage, la prise en charge post exposition doit être nettement améliorée par la sensibilisation et la collaboration avec les services vétérinaires.

LA VACCINATION EN CARTES POSTALES ENTRE VALORISATION ICONOGRAPHIQUE ET IMAGERIE POPULAIRE

5

Milleliri J.-M., Louis F.-J.
j-m.milleliri@wanadoo.fr

*Ceux du Pharo - Résidence Plein Sud 1
13380 Plan de Cuques*

SESSION VACCINATION

MOTS CLEFS

vaccination,
iconographie,
communication,
cartes postales,
Afrique

La vaccination est parmi les actes médicaux nouveaux à la fin du 19^{ème} siècle et à l'orée du 20^{ème}, un de ceux qui a sans doute eu le plus d'impact sur les populations. «Vacciner» a donné lieu, notamment au début de cette pratique, au développement d'une campagne de communication marquée, mais non forcément ancrée dans une stratégie structurée. La mise en scène a été la règle.

Aux origines de la mise en œuvre des campagnes et des actes de vaccination, de nombreuses publications iconographiques ont été produites pour valoriser cette technique de prévention. La carte postale, à côté d'autres productions tels les chromos, a joué un rôle important dans la vulgarisation de cet acte médical nouveau.

Que ce soit pour mettre en scène les actes vaccinaux au sein même de l'Institut Pasteur à Paris ou aux fins fonds des brousses africaines, le désir manifeste a été de montrer cet acte comme une avancée de la science mais aussi de l'œuvre humanitaire de l'action colonisatrice quand il s'est agi de théâtralisation coloniale.

Parfois maladroitement, tombant aussi dans les écueils

des zoos humains, que ce soit à Orléans en 1905 ou à Angers en 1906, ces «confrontations arrangées» n'avaient sans doute pour but que le désir de montrer et d'illustrer les bienfaits de cet acte de prévention infectieuse.

Ces vues très exotiques pour certaines mais aussi très colorées en se voulant naïves, ont laissé des traces notables à conserver pour enrichir l'écriture de l'Histoire des sciences médicales. Les auteurs présentent des cartes postales anciennes et des chromos tirés de leurs collections personnelles pour illustrer cette communication.

DONNÉES SUR LE PALUDISME EN MILIEU SEMI-RURAL : LE CAS DU VILLAGE DE LINZOLO EN RÉPUBLIQUE DU CONGO

1

Akiana J., Degba S.J., Eynet Boussam DA., Ngando F.J., Nsana S.N., Bokilo-Dzia Lepfoundzou A., Mokondjimobe E., Lenga A., Parra H.J.
jakiana2000@yahoo.fr

*Laboratoire National de Santé Publique,
B.P : 120, Brazzaville, République du Congo*

SESSION MÉDECINE TROPICALE

MOTS CLEFS

paludisme ;
épidémiologie,
enquête, Congo

INTRODUCTION

Au début de la décennie 1980, le faciès épidémiologique du paludisme dans le village de Linzolo était de type holoendémique à mésoendémique. En 2007, l'unanimité sur la baisse de l'incidence et de la létalité à l'échelle mondiale imputables au paludisme semble acquise. Cette tendance à la baisse s'est vérifiée, selon nos enquêtes de 2010 et 2012, avec cependant un rebond observé en 2013. Nous avons voulu constater si ce rebond se confirmait en 2015.

MÉTHODES

Nous avons réalisé, à Linzolo (sud-ouest de Brazzaville) et auprès des enfants âgés de 1 à 15 ans, une étude transversale, en mars 2015, en effectuant une goutte épaisse (GE), un test de diagnostic rapide (TDR), une évaluation de la splénomégalie, le calcul du taux d'utilisation de la moustiquaire, de la pratique de la chimioprophylaxie antipaludique et la recherche d'un paludisme grave (avec hospitalisation) depuis six mois.

RÉSULTATS

224 sujets volontaires ont été inclus dans l'étude. L'âge des participants variait de 1 à 15 ans avec une moyenne de 8 ans. La prévalence de l'infection palustre était de 49% (89/189) avec le TDR (35 sujets n'ont pas bénéficié de TDR), de 47% (104/222) à la GE, avec un indice splénique de 39% (86/222). Un antécédent de paludisme grave, ayant nécessité une hospitalisation de deux jours dans les six derniers mois,

a été déclaré par 28% (61/217) des sujets interrogés. Le taux d'utilisation déclaré de la moustiquaire était de 79,7% (177/222) pour la moustiquaire imprégnée à longue durée d'action et de 14,1% (31/222) pour la moustiquaire non imprégnée. La chimio-prophylaxie antipaludique était pratiquée chez 14,4% des enfants (30/209).

Les captures sur appâts humains, à partir de 5 hommes/nuit, ont permis de capturer 4 moustiques, tous du genre *Anopheles* alors qu'un seul anophèle provenait de la faune résiduelle. Le taux d'infection anophélienne était donc presque nul (1/5 anophèle).

CONCLUSION

Nos résultats montrent, malgré la faible population d'anophèles, que l'épidémiologie du paludisme a peu changé par rapport aux données de Trape et collaborateurs en 1987.

POLYMORPHISME DES GÈNES PFMDR-1 ET PFCYTB DES ISOLATS D'ABIDJAN CONTENANT LES MARQUEURS GÉNÉTIQUES DE LA LUMEFANTRINE ET DE L'ATOVAQUONE.

2

Treissou JND., Bla B., Yavo W.,
Djaman AJ.
jonhsontreissou@yahoo.fr

Laboratoire de Pharmacodynamie, Université Félix
Houphouët-Boigny, Abidjan

SESSION MÉDECINE TROPICALE

MOTS CLEFS

Plasmodium
falciparum, *Pfmdr-1*,
Pfcytb, atovaquone,
luméfantrine

INTRODUCTION

L'extension de la résistance de *Plasmodium falciparum* aux antipaludiques y compris les dérivés de l'artémisinine impose une surveillance régulière de la sensibilité à ces médicaments des isolats plasmodiaux en circulation. L'objectif de ce travail était d'analyser le polymorphisme des fragments d'ADN des gènes *pfmdr-1* et *pfcytb* qui renferment des marqueurs génétiques de la résistance à la luméfantrine et à l'atovaquone respectivement.

MÉTHODOLOGIE

Des fragments d'ADN plasmodiaux ont été amplifiés par la méthode de PCR en chaîne. L'analyse du polymorphisme des gènes *pfmdr-1* et *pfcytb* a été réalisée après séquençage des zones d'intérêt des amplicons obtenus.

RÉSULTATS

Tous les fragments séquencés (29 isolats) du gène *Pfcytb* ont été du type sauvage Tyr-268. Vingt huit isolats (28) ont été séquencés au niveau du gène *Pfmdr-1*. Il y avait 9 isolats (32%) du type sauvage Asn-86/Tyr-184 et 19 isolats (68%) simples mutants, avec 57 % (16 isolats) ayant l'allèle 184-Phe et 11% (3 isolats) l'allèle 86-Tyr.

CONCLUSION

Cette étude a permis de mettre en évidence la présence de mutations affectant le gène *Pfmdr-1* au niveau des codons Asn-86 et surtout Tyr-184 qui pourraient jouer un rôle dans la résistance de *Plasmodium falciparum* à la luméfantrine. Ces mutations pourraient compromettre l'efficacité thérapeutique de l'association artémether-luméfantrine recommandée dans le traitement du paludisme simple en Côte d'Ivoire.

FORMATION EBOLA : L'EXPÉRIENCE DU CENTRE DE FORMATION DES SOIGNANTS EBOLA EN GUINÉE (CFSE)

3

Migliani R.^{1,2}, Attrait X.^{3,4}, Miloche P.-O.^{3,4},
Nespoulous O.^{3,4}, Griotto D.^{3,4},
Ovise X.^{3,4}, SOW M.-D.^{4,5}
migliani.rene@gmail.com

- 1 École du Val-de-Grâce, Paris, France
- 2 Coordination nationale de lutte contre Ebola, Conakry, Guinée
- 3 Service de santé des armées, France
- 4 Centre de formation des soignants Ebola, Manéah, Guinée
- 5 Service des maladies infectieuses, CHU Donka, Conakry, Guinée

INTRODUCTION

Compte-tenu de l'évolution de l'épidémie de maladie à virus Ebola et de la mise en place du Plan national accéléré de lutte en novembre 2014, la France a renforcé son dispositif de lutte en Guinée par la construction de centres de traitement Ebola (Macenta, Beyla, Kérouané) et par la mise en œuvre d'un centre de formation des soignants Ebola (CFSE) sur le site des écoles militaires de Manéah.

OBJECTIF

Présenter le bilan du CFSE de Manéah en Guinée, dont le but principal était de former des soignants (médecins et infirmiers) et des hygiénistes guinéens, issus de 20 préfectures et de la capitale pour servir dans des centres de prises en charge Ebola et qui a étendu son activité à la formation de techniciens préleveurs et d'agents d'un essai clinique, depuis sa conception en novembre 2014 à sa dernière session de formation en mars 2015.

MÉTHODES

La formation, d'une semaine, pour les différentes populations cibles était une formation de niveau 1 avec une courte partie théorique et une importante partie pratique interactive dont des exercices d'habillage et déshabillage, des jeux de rôle et des simulations dans un CTE d'exercice (plateau technique). Ce centre a été construit par un détachement de la Sécurité civile

SESSION MÉDECINE TROPICALE

MOTS CLEFS

Ebola, soignants,
traitement, formation,
Guinée

française sur le modèle de ce qui se fait en Europe (Bruxelles, Paris, Genève). L'équipe d'instructeurs étaient composée de praticiens guinéens formés au préalable et ayant l'expérience du travail en CTE et de personnels du Service de santé des armées français (SSA). Ces derniers ont assuré la coordination pédagogique en deux équipes formées d'un médecin urgentiste et d'un infirmier.

RÉSULTATS

Au total 270 personnes ont été formées au CFSE en 14 sessions : 7 instructeurs assurant la formation proprement dite (2%), 6 formateurs du SSA guinéen (2%), 92 médecins (34%), 59 infirmiers (22%), 78 hygiénistes (20%), 18 préleveurs (7%) et 10 agents d'essai clinique (4%).

CONCLUSION

Le CFSE a permis de préparer des soignants et des hygiénistes dont nombre d'entre-eux a été recruté dans des CTE. La formation s'est adaptée aux besoins notamment par la formation de préleveurs compte-tenu de l'augmentation des besoins des laboratoires et par la mise en œuvre d'essais cliniques. Ce centre et ses instructeurs est maintenant utilisé par l'institut Bioforce pour la formation d'équipes qui vont être mises en place dans les chefs lieux de région afin d'améliorer le dispositif d'alerte et de riposte aux épidémies qui a fait défaut en zone forestière en décembre 2013.

EPICENTRE DE L'ÉPIDÉMIE À VIRUS EBOLA, PRÉFECTURE DE MACENTA, GUINÉE FORESTIÈRE. 25 AOÛT – 18 SEPTEMBRE 2014

Soula G, Gaudart J.
georges.soula@univ-amu.fr

Aix-Marseille Université, UMR912 SESSTIM (IRD, INSERM, AMU), 13005, Marseille, France

SESSION MÉDECINE TROPICALE

MOTS CLEFS
Ebola, enquête terrain, Guinée Conakry

INTRODUCTION

Le 24 juillet 2014, l'OMS faisait appel à des experts internationaux pour contribuer à la riposte contre l'épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola qui sévissait en Guinée, Libéria et Sierra Leone. Une mission en épidémiologie s'est déroulée du 25 août au 18 septembre 2014, dans la préfecture de Macenta, au cœur de la Guinée forestière.

L'état des lieux était catastrophique, avec plusieurs problèmes majeurs : d'une part, la réticence parfois violente de la population envers les mesures d'isolement des cas suspects et d'enterrement sécurisé des cadavres, et, d'autre part, un manque crucial de ressources humaines, matérielles et logistiques pour faire face à l'épidémie.

La population d'un foyer, situé au sud-est de la préfecture (Fassankoni), avait refusé toute intervention pendant tout le mois de juillet, entraînant plus d'une centaine de décès et une ramification des chaînes de transmission dans l'ensemble de la Guinée forestière.

RÉSULTATS

Dans l'ensemble de la préfecture de Macenta, 114 cas ont été confirmés au mois d'août dont 105 survenus au cours des quinze derniers jours (âge moyen des cas : 32,5 ans ; extrêmes : 0-75 ans) ; sexe féminin plus touché que le sexe masculin (sex-ratio : 0,79) ; 6 agents de

santé contaminés (4,4%), dont 3 décédés ; létalité chez les cas confirmés de 61,4%.

Le rapport de mission, remis le 18 septembre 2014 attirait l'attention des autorités sur l'urgence de la situation épidémiologique, mais ce n'est que mi-novembre 2014 que l'ensemble des recommandations ont été suivies d'effets : ouverture d'un centre de traitement des malades, implantation d'un laboratoire de diagnostic Ebola, renfort considérable en ressources humaines, matérielles, logistiques et financières.

Mi-mars 2015, le bilan de cette flambée épidémique dans la Préfecture de Macenta s'élevait à 741 cas dont 501 décès (73%) et 5543 personnes contacts à suivre. Plus aucun cas n'est dépisté depuis fin mars 2015.

Pour l'ensemble de la Guinée, 3733 cas dont 2482 décès (66,5%) ont été enregistrés à la date du 29 juin 2015. Des nouveaux cas sont encore dépistés en juillet 2015.

CONCLUSION

La riposte aux épidémies de fièvre hémorragiques à virus Ebola s'est heurtée à une réticence hostile de la population et tout retard des interventions s'est soldée par de nombreuses victimes et une extension de l'épidémie difficile à contrôler. Pour limiter les contraintes, l'apport de l'anthropologie médicale, et l'appui de ressortissants influents et de leaders d'opinion au sein de la communauté ont été déterminants.

PROFIL ACTUEL DE LA TOXOPLASMOSE CÉRÉBRALE CHEZ LES PATIENTS INFECTÉS PAR LE VIH SUIVIS DANS LE SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES DE CASABLANCA

Badaoui L, Machtache R., Majidi S., Sodqi M., Marih L., Oulad Lahsen A., Chakib A., El Filali Marhoum K.
medecinbadaoui@gmail.com

Service des Maladies Infectieuses et Tropicales
CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

SESSION MÉDECINE TROPICALE

MOTS CLEFS
VIH, toxoplasmose cérébrale, TDM cérébrale, traitement, Maroc

INTRODUCTION

Le but de ce travail est d'étudier les caractéristiques épidémiocliniques, radiologiques et thérapeutiques de la toxoplasmose cérébrale (TC) chez les patients porteurs du VIH dans le service.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Etude rétrospective sur 10 ans menée dans le service des maladies infectieuses. Ont été inclus tous les patients infectés par le VIH, hospitalisés pour TC. Les critères diagnostiques de la toxoplasmose étaient cliniques et tomodensitométriques, complétés par l'épreuve thérapeutique.

RÉSULTATS

Cent quarante et un patients (73 hommes et 68 femmes) remplissaient les critères diagnostiques, soit une fréquence de 4%. L'âge moyen était de 37 ans. Au moment du diagnostic, la moyenne des lymphocytes T CD4 était de 121 cellules/mm³. Les manifestations cliniques étaient caractérisées par : la fièvre chez 113 patients (80%), des signes de déficit neurologique focalisé chez 120 patients (85%), d'hypertension intracrânienne chez 99 patients (70%), des crises convulsives dans la moitié des cas (50%) et des troubles de conscience chez 85 patients (60%). Les images tomodensitométriques cérébrales étaient : des hypodensités avec ou sans rehaussement périphérique chez 112 cas (80%), un œdème avec effet de masse chez 85 cas (60%), une prise de contraste

nodulaire ou annulaire en cocarde chez 99 cas (70%). Le LCR montrait des signes de méningite dans 57 cas (40%). La PCR toxoplasmose dans le LCR, réalisée chez 20 patients, était positive dans 18 cas. Le traitement était à base de cotrimoxazole chez 120 patients (85%) et de sulfadiazine + pyriméthamine chez 20 patients (15%). Un bolus de corticoïde a été instauré chez tous les patients. Ce traitement, couplé à la thérapie antirétrovirale, a permis une amélioration clinique chez 78 patients (56%) avec une persistance des séquelles neurologiques dans 18% des cas. Soixante trois patients sont décédés (44%).

CONCLUSION

La TC demeure présente parmi les infections opportunistes touchant le système nerveux au cours du sida avec une létalité hospitalière qui reste élevée.

PERCEPTION DES MESSAGES DE PRÉVENTION DE L'INFECTION À VIH CHEZ LES CHAUFFEURS ROUTIERS AU TOGO : CAS DU PANNEAU « ROULEZ PROTÉGÉ ».

SESSION MÉDECINE TROPICALE

6

Yaya I., Toudeka AS., Vignikin K., Idrissou D., N'Dri KM., d'Alessandro E. iyayad@yahoo.fr

Unité de Recherche Démographique (URD)
Université de Lomé, Togo.

MOTS CLEFS
prévention, VIH,
routiers, évaluation,
Togo.

INTRODUCTION

Le Togo fait partie des pays ouest-africains dans lesquels la prévalence du VIH reste élevée dans la population générale. Plusieurs interventions de contrôle et de lutte contre le VIH/sida ont été mises en œuvre dont certaines ciblent les groupes à haut risque parmi lesquels les routiers. Le but de cette étude est de cerner la perception des routiers du message de prévention diffusé à partir du panneau « Roulez Protégé ».

MÉTHODES

Une étude qualitative a été réalisée auprès des routiers sur le site du « Terminal du Sahel » à Lomé, à travers des entretiens individuels semi-directifs qui se sont déroulés en français et parfois en langue locale en mai 2013.

RÉSULTATS

Au total, 24 routiers ont été interviewés. Les résultats montrent que la totalité des routiers ont déjà entendu parler du VIH/sida. Ils arrivent à énumérer les voies de transmission de VIH et les moyens de prévention. En revanche, ils ont une très faible perception du risque de

contracter le VIH. Tous les routiers interrogés ont vu le panneau « Roulez Protégé ». Cependant, notre enquête montre que le message est majoritairement mal compris par ce public. Ils expliquent notamment qu'ils y voient une forme de mise en accusation de leur groupe professionnel et expriment un sentiment de culpabilité.

CONCLUSION

Au Togo, les routiers constituent une population à haut risque d'infection à VIH, auprès de laquelle il faut intensifier les interventions de prévention de l'infection à VIH.

PREMIER DON DE SANG DE JEUNES CONGOLAIS : ANALYSE DES DONNÉES SÉROLOGIQUES

SESSION MÉDECINE TROPICALE

7

Dzia Lepfoundzou A., Akouala R., Bakoua-Soba B., Gangoue N., Ibara J.-R. ameliadzia@yahoo.fr

Cité Louis Pasteur – Avenue du Général De Gaulle
BP 462 – Brazzaville – Congo

MOTS CLEFS
sérologie, transfusion,
jeunes, premier don,
Congo

INTRODUCTION

Au Congo, 45% de donneurs de sang sont des jeunes. Mais il s'agit de donneurs de remplacement. Avec les besoins croissants en sang et les critères stricts de sélections des donneurs, il est nécessaire de mettre en œuvre des programmes de recrutement de sang donateurs bénévoles qui visent spécialement ces jeunes.

OBJECTIF

Analyser les données sérologiques des jeunes donneurs de sang afin d'améliorer les campagnes de sensibilisation envers cette catégorie de la population.

MÉTHODE

De juillet à décembre 2014, les données des jeunes de 18 à 25 ans ayant fait un don de sang volontaire pour la première fois ont été collectées. Trois marqueurs sérologiques dépistés avec des tests ELISA ont été retenus : VIH, AgHBs et antiVHC.

RÉSULTATS

Au total, 7093 premiers dons de jeunes ont été répertoriés. 35% (2447) étaient des jeunes non scolarisés et 65% (4646) des jeunes étudiants. Les séroprévalences globales étaient de 0,8% (VIH) - 3,9% (AgHBs) et 3,3% (VHC). Les données des jeunes non scolarisés étaient les suivantes : VIH 1,6%, AgHBs 5,8% et VHC

2,3%. Les jeunes étudiants avaient le profil suivant : VIH 0,4% - AgHBs 2,9% et VHC 3,8%.

CONCLUSION

Avec des données sérologiques inférieures à celles de la population générale et des autres tranches d'âge, les jeunes donneurs de sang offrent une sécurité transfusionnelle infectieuse meilleure. Ce profil sérologique constitue un argumentaire important de motivation des jeunes pour le don de sang.

LA LEISHMANIOSE CUTANÉE CHEZ LA PERSONNE INFECTÉE PAR LE VIH

8

Raïs M., Ouyahia A., Guenifi W.,
Gasmi A., Lacheheb A.
raimoun@yahoo.fr

CHU de Sétif - Université Ferhat Abbas
Faculté de médecine Sétif Algérie

SESSION MÉDECINE TROPICALE

MOTS CLEFS
leishmaniose
cutanée, VIH,
glucantime,
fluconazole, Sétif

INTRODUCTION

Les leishmanioses cutanées (LC) constituent un véritable problème de santé publique en Algérie. Leur prévalence a augmenté durant les dix dernières années, surtout chez les sujets immunodéprimés.

MÉTHODES

Nous avons effectué une étude rétrospective sur l'ensemble des dossiers de patients VIH+ suivis dans notre service traités en milieu hospitalier ou en ambulatoire et ayant présenté une leishmaniose cutanée. Les critères d'hospitalisation sont la multiplicité des lésions et ou l'atteinte de la face.

L'objectif du présent travail est de préciser les caractéristiques épidémiologiques cliniques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutives de la LC à travers des cas rapportés

RÉSULTATS

Dix patients VIH + ont présenté une leishmaniose cutanée ; 6 sont de sexe masculin, l'âge moyen est de 25,5 ans avec des extrêmes compris entre 5 ans et 46 ans. L'origine géographique des patients ou la notion d'un séjour dans une zone d'endémie sont conformes au diagnostic. Le délai diagnostic dépasse un mois dans tous les cas. Les lésions sont ulcéro-croûteuses dans 100 % des cas. L'atteinte cutanéomuqueuse a été constatée

chez deux malades (muqueuse oro pharyngée et œil). Les lésions sont indolores dans toutes les formes non surinfectées ; leur nombre varie entre 1 et 10 lésions sauf chez un malade où le nombre dépassait la vingtaine. Les lésions sont localisées au niveau des parties découvertes chez tous les malades. Le prélèvement cutané met en évidence le parasite dans tous les cas. La biopsie cutanée et muqueuse a été pratiquée seulement chez un seul malade revenue en faveur de l'étiologie leishmanienne.

Pour le traitement tous nos malades ont été traités par le glucantime et/ou le fluconazole.

L'évolution a été marquée par la guérison chez 7 malades, la guérison cutanée chez un malade mais persistance chez lui d'une pan-uvéite, la persistance du parasite avec des signes importants de surinfection et perte de substance (jambe droite) chez l'enfant de 5 ans. Nous déplorons toutefois le décès du malade présentant l'atteinte des muqueuses oculaires et oropharyngées.

CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS CO-INFECTÉS PAR LE VHB ET LE VIH AU MAROC

9

Badaoui L., Machtache R., Majidi S., Sodqi M., Marih L., Oulad Lahsen A., Chakib A., El Filali Marhoum K.
medecinbadaoui@gmail.com

Service des Maladies Infectieuses
et Tropicales
CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

SESSION MÉDECINE TROPICALE

MOTS CLEFS
coinfection VHB/VIH,
vaccination hépatite
virale B, prise en
charge, Maroc

OBJECTIFS

Déterminer la prévalence du portage de l'AgHBs chez les patients infectés par le VIH au CHU Ibn Rochd de Casablanca

PATIENTS ET MÉTHODES

Etude transversale rétrospective descriptive sur une période de 10 ans. Ont été inclus tous les patients infectés par le VIH et porteurs d'AgHBs. Les éléments d'appréciation ont été les caractéristiques sociodémographiques, clinico-biologiques et thérapeutiques ainsi que la couverture vaccinale contre l'hépatite B. Le recueil est fait à partir du dossier médical et du dossier électronique Nadis.

RÉSULTATS

Cent vingt deux (122) patients ayant une co-infection VHB/VIH ont été inclus, soit une prévalence de 3,5% de la co-infection parmi la file des patients VIH suivis. La moyenne d'âge était de 41 ans [25 - 69]. Le sexe masculin prédominait (86H/36F). La co-infection VHB/VHC/VIH était retrouvée dans 7 cas (5,7%). Le nombre des CD4 était inférieur à 350 chez 78 patients (60%). La PCR VHB, réalisée chez 36 patients, était positive dans 22 cas. L'antigène HBe était présent chez 13 patients, négatif chez 14 patients et inconnu pour les autres. Deux patients étaient positifs pour le virus delta. Les patients co-infectés chroniques ont

des ALAT normales dans 75% des cas. L'évaluation de l'activité et de la fibrose hépatique, réalisée chez 20 patients, montrait une hépatite modérée à sévère (45%) ou une cirrhose (30%). Le traitement actif contre le VHB a été prescrit chez 84% des patients (103 cas), uniquement lorsque le TAR était indiqué : 3TC dans 43% des cas (45 cas), TDF+FTC dans 56% des cas (58 cas). Dix neuf patients étaient décédés avant tout traitement. La vaccination contre l'hépatite virale B n'était réalisée chez aucun patient.

CONCLUSION

Ces résultats plaident pour la nécessité d'un dépistage sérologique et virologique VHB complet et systématique chez l'ensemble des patients infectés par le VIH et à répéter annuellement, en parallèle à l'application de mesures préventives (vaccination contre HVB).

RAGE HUMAINE, MYTHIQUE TOUJOURS D'ACTUALITÉ À TIZI-OUZOU

10

Achour N., Benali A., Bouchaib H., Brahimi N., Touat M., Afiri M., Bellala N.
nasachour64@yahoo.fr

Service des maladies infectieuses
CHU Nedir Tizi-Ouzou Algérie

SESSION MÉDECINE TROPICALE

MOTS CLEFS
Rage humaine,
urbaine, animaux
errants

La rage humaine constitue et demeure une véritable préoccupation nationale. Dans la mesure où elle se caractérise encore (en 2015) par un nombre intolérable de cas.

OBJECTIF

Analyse du tableau de la rage humaine dans la wilaya de TO de 1990 à 2014, l'augmentation du nombre de vaccinés et des facteurs favorisant la pérennité de cette maladie, malgré l'existence d'un programme national de lutte (depuis 1985), d'une couverture sanitaire relativement dense, de la disponibilité des vaccins.

MÉTHODES

Le recueil des données au niveau des services de sante de la wilaya et du relevé Épidémiologique Mensuel IPA (REM) constitue nos principales sources d'information. Pour chaque cas notifié, les caractéristiques épidémiologiques classiques ont été relevées.

RÉSULTATS

Sur les 484 cas de rage humaine notifiés en Algérie : 7,23 % (35 cas) sont de TO. Prédominance masculine (80 %). Les moins de 20 ans sont de l'ordre de 45 %. Les régions urbaines et périurbaines sont les plus concernées par le phénomène. Les chiffres ne sont pas exhaustifs parce qu'il ne concerne que les consul-

tants des structures de santé publique.

L'animal mordeur le plus souvent est le chien (85 %) : 20 % sont domestiques et dans 4 fois sur 5 errant, le chat dans un cas sur trois est domestique et 10 % des cas (inconnue/non déclaré). Dans 5 % des cas on retrouve : rat, âne, bovins, chacal, renard, et sanglier. Le risque de rage est aggravé par le retard ou l'absence à la première consultation après morsure, le retard et/ou l'interruption de la vaccination, l'absence de sérothérapie lors de morsures profondes ou morsures de la face (1/3) et les sutures.

CONCLUSION

Le programme national de lutte a été revu en prenant compte en particulier le concept de la notion de risque rabique face à toute morsure. Alors tout cas de rage humaine, a fortiori après sa prise en charge médicale, doit être considéré comme un échec et cela est inadmissible de nos jours.

LA RAGE HUMAINE À ANNABA (ALGÉRIE)

11

Messalhi N., Mammeri A., Boudiaf Z., Aidaoui M., Boumaza Z., Laouar M.
nmessalhi@yahoo.fr

Service des maladies infectieuses
CHU Annaba Algérie

SESSION MÉDECINE TROPICALE

MOTS CLEFS
rage humaine,
évitable, sérothérapie,
vaccination, Annaba

INTRODUCTION

La rage humaine est une maladie fatale mais facile à prévenir. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que plus de 55 000 personnes en meurent chaque année. En Algérie malgré les efforts déployés, on continue à déplorer en moyenne 20 cas de rage humaine chaque année. La rage animale continue à sévir en Algérie sous forme enzootique et occasionne de grandes pertes économiques représentées par l'atteinte des animaux à sang chaud (canins, félins, bovins, ovins,...) et par le nombre de sérovaccinations post exposition dispensées à l'homme.

RÉSULTATS

A l'institut national de médecine vétérinaire durant le premier semestre de l'année 2013, le pourcentage de chiens retrouvés positifs à la rage dépasse de très loin toutes les autres espèces animales (34 cas) soit 59,6 % du total des cas enregistrés. Durant la période de 2004 à 2014, soit sur 10 années, notre service a enregistré 8 cas de rage humaine. L'âge de nos patients varie de 4 ans à 75 ans. Tous nos patients sont de sexe masculin. La rage survient toujours après des morsures multiples et surtout par chiens errants. L'incubation est de plusieurs semaines. Dans 7 cas le patient consulte le jour même. Malgré la complexité des lésions et leur siège, 4 patients n'ont pas reçu de sérothérapie, 3 patients n'ont pas consulté

malgré des lésions multiples et contact avec un chien enragé dans 1 cas. Le diagnostic de rage est porté sur des arguments épidémiologiques et cliniques dominés par l'hypersialorrhée, l'hydrophobie et l'aérophobie. Dans 2 cas la rage chez l'animal mordeur est confirmée. Le décès survient entre 2 et 5 jours.

DISCUSSION

Ces cas de rage humaine surviennent chez des patients vivant en zone urbaine où l'accès à la sérovaccination est facile. Ils sont évitables par une indication adéquate de la sérothérapie et la sensibilisation de la population au risque de rage lors de contact avec des animaux à sang chaud.

Une meilleure formation continue des médecins responsables des centres antirabiques, une sensibilisation de la population et une lutte efficace contre les chiens errants, principaux vecteur de rage permettraient d'éviter ces cas de rage humaine.

RAGE HUMAINE: À PROPOS DE DEUX CAS AUTOPSIÉS À L'EHU D'ORAN.

12

Serhane R., Bendjelid F.,
Aboubakr A.
sehanerafik@yahoo.fr

Service de Médecine Légale
Université d'Oran, Faculté de médecine

SESSION MÉDECINE TROPICALE

MOTS CLEFS
rage humaine,
autopsie, Algérie

La rage est une maladie à déclaration obligatoire et bénéficie à ce titre d'une prise en charge totale et gratuite au niveau de toutes les structures de santé en Algérie. Malgré l'existence de cycles de formation continue du personnel soignant et de campagnes de sensibilisation de la population, notamment rurale, bien souvent la prise en charge des victimes exposées au risque rabique reste défailante et quelques cas de rage humaine évitables sont dénombrés chaque année.

Lors de cette présentation, deux cas seront présentés: le décès d'un berger et de son fils tous deux victimes de morsures par le même chien enragé, décédés à une journée d'intervalle au niveau de l'Etablissement Hospitalier Universitaire d'Oran.

La présentation sera agrémentée de photographies prises lors des autopsies et quelques explications de cette situation seront émises.

ASSOCIATION PEU FRÉQUENTE D'OBSERVATION RÉCENTE : À PROPOS DE DEUX CAS DE LEISHMANIOSES VISCÉRALES ASSOCIÉES À UNE TUBERCULOSE CÉRÉBRO-MÉNINGÉE COMPLIQUÉE D'UN SAM.

13

Achour N., Bouhamed R., Khiari M.-E.,
Belkaid R., Bouchene Z.
nasachour64@yahoo.fr

Service des maladies infectieuses
CHU Nedir Tizi-Ouzou, Algérie

SESSION MÉDECINE TROPICALE

MOTS CLEFS

Leishmaniose viscérale,
tuberculose cérébrale,
syndrome d'activation
macrophagique

La tuberculose, dont la tuberculose cérébro-méningée (TBCM), est une cause rare de syndrome d'activation macrophagique (SAM) à l'inverse de la leishmaniose viscérale (LV). L'association de la LV à la TBCM est peu rapportée par la littérature.

PATIENTS ET MÉTHODES

Au cours d'une étude prospective de 35 cas adultes de LV colligés de 2006 à 2010, une association peu fréquente LV à TBCM est observée : TBCM confirmée à la ponction lombaire et étayée par l'imagerie cérébrale et la LV confirmée par l'identification des amastigotes au frottis de moelle, par Western Blot et par PCR.

RÉSULTATS

Deux cas sont rapportés. Une femme de 64 ans diabétique, hypertendue est admise pour splénomégalie fébrile avec pancytopenie. Le diagnostic de LV est retenu sur une moelle, un Western blot et une PCR positifs. Le diagnostic de TBCM associée est retenue sur la présence de céphalées, d'une aggravation de l'état général, d'une IDR positive à 15mm, d'une activation macrophagique, d'un semi nodulaire à la TDM cérébrale et d'une hypoglycorachie, une hyper cellulorachie et culture positive du LCR. Un homme de 29 ans à conduite addictive est admis pour céphalées, amaigrissement, splénomégalie et pancytopenie. Les sérologies VIH, syphilis et hépatites sont négatives et la sérologie toxoplasmose positive. Le frottis de moelle osseuse est riche en corps de Leishman. L'imagerie montre une image parenchy-

mateuse droite et un semi nodulaire cérébral. Le LCR est clair avec hyperproteinorachie à 2,3g/l, glycorachie effondrée, culture à 42 jours positive.

DISCUSSION

Il s'agit d'une association rare, très peu rapportée. Dans les deux cas le traitement a associé Amphotéricine B aux antituberculeux avec corticoïdes ; l'évolution est longue : spectaculaire pour la femme malgré la survenue d'un syndrome d'activation macrophagique et les effets toxiques de la fungisone secondairement mise sous Ambisome puis traitement à distance de la TBCM. L'homme, indiscipliné, heureux de la négativité de ses sérologies accepta difficilement son traitement. Le traitement de LV a été difficilement mené à terme pour sa TBCM au bout du traitement d'attaque la sortie contre avis médical a conduit à une perte de vue du patient.

CONCLUSION

Cette association peu habituelle LV-TBCM d'observation récente doit inciter à y penser chez les immunodéprimés, quel que soit l'âge, et/ou en cas de séjour en Kabylie : zone à forte endémicité de LV ou l'incidence de la tuberculose neuro-méningée est la plus élevée (6,7%); en Algérie (0,9%).

TUBERCULOMES CÉRÉBRAUX : ÉTAT DES LIEUX DANS UNE RÉGION D'ENDÉMIE TUBERCULEUSE.

SESSION MÉDECINE TROPICALE

14

Mokrani K., Mahdjoub H., Aït Hamouda R.,
Tebbal S.
k5mokrani@yahoo.fr

*Service des maladies infectieuses -
faculté de médecine Batna (Algérie)*

**MOTS
CLEFS**
tuberculose,
tuberculomes
cérébraux, tumeur
cérébrale, imagerie
médicale

INTRODUCTION

Lésions tuberculeuses intracérébrales expansives à développement lent et progressif mimant une tumeur cérébrale, les tuberculomes cérébraux représentent la 2ème localisation de tuberculose du système nerveux central après la méningite. De haute gravité, les tuberculomes cérébraux restent dans certains pays en voie de développement la première cause de tumeurs cérébrales ; leur survenue est favorisée par la pauvreté et la haute endémicité de la tuberculose. Leur symptomatologie clinique est peu spécifique : tableau clinique de lésions cérébrales focales, convulsions et hypertension intra crânienne sont les manifestations habituellement rapportées. L'imagerie (TDM et IRM) est un outil diagnostique habituel mais non spécifique. Le gold standard diagnostique reste la biopsie stéréotaxique. Les lésions multiples habituelles, la grande taille des tuberculomes et le délai diagnostique long expliquent l'échec thérapeutique et la fréquence des séquelles.

CONCLUSION

L'atteinte du système nerveux central est une des expressions les plus sévères de la tuberculose. L'endémicité de la tuberculose sous nos climats, doit imposer un traitement antituberculeux d'épreuve devant toute neuro-imagerie évocatrice de tuberculomes cérébraux surtout si les données épidémiologiques, cliniques ou biologiques sont en faveur.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Etude rétrospective étalée sur une période de 5 ans (janvier 2007 à décembre 2011) portant sur l'analyse des données épidémiologiques, cliniques, biologiques, radiologiques, thérapeutiques et évolutives des dossiers de 7 patients hospitalisés pour tuberculomes cérébraux dans un service de maladies infectieuses.

LA TUBERCULOSE CUTANÉE : TOUJOURS UN PROBLÈME D'ACTUALITÉ ET DE SANTÉ PUBLIQUE EN ALGÉRIE : À PROPOS DE 7 OBSERVATION RÉCENTES

SESSION MÉDECINE TROPICALE

15

Stambouli O.-B., Lachachi Dib A.
omar_stambouli@hotmail.com

*Dermatologie - Université Aboubakr Belkaid
Faculté de Médecine, Tlemcen, Algérie*

**MOTS
CLEFS**
tuberculose
cutanée, endémicité,
recrudescence,
Algérie.

INTRODUCTION

La tuberculose cutanée et extra cutanée connaît une recrudescence ces dernières années, non seulement dans les pays en voie de développement mais également dans les pays développés.

MÉTHODES

Nous rapportons sept cas de tuberculose cutanée observés dans notre service de juillet 2011 à avril 2015.

RÉSULTATS

Il s'agit de sept cas de tuberculose dont trois lupus tuberculeux, deux gommes, un scrofuloderme et un érythème induré de Bazin.

Le sexe féminin était retrouvé dans six cas sur sept, la vaccination était retrouvée dans cinq cas sur sept, avec cicatrice de vaccination chez trois patients.

Les intradermoréactions à la tuberculine étaient toutes positives avec deux cas phlycténulaires, elle n'a pas été réalisée chez une patiente chez qui la recherche du bacille de Koch était positive, seul cas où le bacille a été retrouvé (gomme tuberculeuse, patiente diabétique).

Les localisations extra cutanées n'ont été trouvées que dans deux cas (scrofuloderme et gomme tuberculeuse). La notion de contagion existait dans deux cas. Les patients ont été mis sous triple ou quadruple antituberculeux avec évolution très favorable, mis à part un cas décédé (gomme tuberculeuse) à la suite d'un trouble du rythme cardiaque (antécédent de cardiopathies ischémiques).

DISCUSSION

En moins d'une année, 7 cas de tuberculoses cutanées sont observées. Au total nous observons ces dernières années une recrudescence de la tuberculose cutanée, un diagnostic plus précoce, un traitement bien conduit, un dépistage de masse et une meilleure disponibilité des antituberculeux permettra d'en réduire considérablement les cas. La tuberculose est toujours d'actualité et pose un problème de santé publique car elle touche toutes les catégories de la population en Algérie.

SURVEILLANCE MOLÉCULAIRE DE LA TUBERCULOSE MULTI-RÉSISTANTE AU CENTRE D'INFECTIOLOGIE CHARLES MÉRIEUX-MALI

16

Doumbia L., Traoré B., Yalcouyé D.,
Touré A., Haidara A., Kouriba B.,
Diallo S.
brehima.traore@cicm-mali.org

Centre d'Infectiologie Charles Mérieux – Mali
Rue du Dr Charles Mérieux, Bolibana, Bamako

INTRODUCTION

La tuberculose (TB) reste l'une des causes importantes de morbidité et de mortalité. La Tuberculose multi-résistante (TB-MDR) se repand et pose une menace majeure dans les progrès accomplis dans la lutte contre la tuberculose. La TB-MDR a été décrite au Mali et sa prévalence est estimée à 1,8% parmi les nouveaux cas et 19% pour les patients préalablement traités (OMS, 2012).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons réalisé une étude de janvier 2012 à décembre 2013 au Laboratoire Rodolphe Mérieux du Centre d'Infectiologie Charles Mérieux Mali (CICM-Mali) sur le diagnostic de la tuberculose à partir d'échantillons d'origine pulmonaire ou extra pulmonaire. Ces échantillons ont été décontaminés et concentrés pour la microscopie au Ziehl-Neelsen et la culture sur milieux solide (Löwenstein-Jensen) et liquide (BacT / ALERT3D). L'identification et les tests de sensibilité à la rifampicine et à l'isoniazide ont été effectués avec les Kits GenoType® MTBDRplus et GenoType® Mycobacterium CM et AS (HAIN Lifescience, Allemagne). Les données ont été enregistrées dans le logiciel SYSLAM 64 (CODAT informatique, France) et les résultats saisis et analysés par SPSS v19.0.1.

RÉSULTATS

Un total de 505 échantillons ont été testés dont 43,3% d'expectorations et 40,3% de liquides d'aspiration. 10

échantillons étaient positifs à l'examen microscopique des frottis et 58 autres étaient positifs après culture. La majorité des mycobactéries ont été isolées des expectorations (68,6%). Le complexe tuberculosus représentait 80,4% et les mycobactéries atypiques 19,6% dont *M. fortuitum* était le plus prédominant. Une souche de *M. tuberculosis* isolée d'expectoration était un MDR. Une souche isolée d'un liquide d'aspiration était résistante à la rifampicine et 3 souches d'expectorations étaient résistantes à l'isoniazide.

DISCUSSION

La plupart des échantillons reçus au CICM pour le diagnostic de la tuberculose étaient des expectorations indiquant que la tuberculose pulmonaire a été soupçonnée par les cliniciens. La culture a augmenté la positivité de 85% par rapport au frottis. Le complexe tuberculosus était la souche prédominante de mycobactéries. Notre méthode d'identification ne différencie pas les différentes espèces du complexe cependant *Mycobacterium tuberculosis* est décrit comme le principal agent de la tuberculose humaine. Nous avons détecté un seul cas de MDR dans nos échantillons ce qui est inférieur au taux de MDR de 2% enregistré par le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) du Mali. Ce seul cas de MDR est important en santé publique et doit attirer l'attention sur une stratégie pour la surveillance de la résistance des mycobactéries aux médicaments anti-tuberculeux.

SESSION MÉDECINE TROPICALE

MOTS CLEFS

tuberculose
multirésistante, PCR,
mycobactéries, Centre
d'Infectiologie Charles
Mérieux, Mali

NE PAS MÉCONNAÎTRE LES MANIFESTATIONS CUTANÉES AU COURS DU KALA AZAR.

17

Stambouli OB., Himeur Z.
omar_stambouli@hotmail.com

Dermatologie – Université Aboubakr Belkaid
Faculté de Médecine, Tlemcen, Algérie

INTRODUCTION

Les leishmanioses sont des parasitoses dues à des protozoaires flagellés du genre *Leishmania*. Elles comprennent trois formes bien individualisées dues à des espèces différentes dont la distribution géographique est assez bien connue. Il s'agit de la forme cutanée pure, de la forme cutanéomuqueuse et de la forme viscérale. La leishmaniose viscérale de l'enfant est particulièrement fréquente sur le pourtour méditerranéen. Elle atteint le plus souvent les enfants de 1 à 3 ans.

RÉSULTATS

Nous rapportons une observation concernant un nourrisson présentant une leishmaniose viscérale avec des lésions cutanées. La présence d'une splénomégalie et une pancytopenie avec la présence de leishmanies au myélogramme confirme le diagnostic du Kala Azar avec une atteinte cutanée. S.M âgé de 1 an, originaire et demeurant à Ghazaouet, issu d'une fratrie de 2, sans antécédents notables. Le début des troubles remonte 3 mois auparavant marqué par l'apparition d'infections respiratoires à répétition traitées à titre externe sans amélioration notable.

L'enfant est ensuite hospitalisé au service de pédiatrie pour la triade fièvre, pancytopenie, splénomégalie. A l'examen on trouve une splénomégalie et des ecchymoses diffuses sur le thorax. L'enfant a une pâleur cireuse et cachectique.

La splénomégalie dépasse l'ombilic avec un ventre qui présente une douleur diffuse. L'examen dermatologique met en évidence des lésions maculeuses évoluant vers la pigmentation associées à des nodules inflammatoires au niveau des extrémités.

Le bilan biologique montre une anémie à 5 g/dcl, une

thrombopénie à 5000 elt/mm³ et des leucocytes à 2800 elt/mm³.

L'échographie confirme la splénomégalie. Le reste de l'examen paraclinique met en évidence des leishmanies au myélogramme, un pic hyper gamma polyclonal à 39,93g/l (normes 8-13.5g/l) avec une hypo albuminémie à 26,36 g/l, la sérologie HIV est négative, la VS accélérée et une CRP positive. L'examen direct des sérosités cutanées après coloration MGG à la recherche du parasite est négatif ainsi que l'étude bactériologique (examen direct+culture)

DISCUSSION

La leishmaniose viscérale est presque exclusivement infantile ; cette incidence élevée chez l'enfant serait en rapport avec l'immaturité des défenses immunitaires. Le tableau classique comporte une fièvre, accompagnée d'un syndrome tumoral. Moins fréquemment, sont observés des troubles neurologiques, des épanchements séreux, des pneumopathies et une myocardite. Les manifestations cutanées se présentent sous forme de rash cutané, d'ulcère et de nodules hypodermiques (identiques à notre cas). Les lésions cutanées au cours du Kala Azar ne sont pas univoques : certaines fourmillent de leishmanies et témoignent de l'absence de résistance du malade ; d'autres, au contraire, pauvre en parasites, apparaissent en cours de traitement ou même après la guérison.

Les manifestations clinico-biologiques sont souvent trompeuses, notamment hématologiques. Un dépistage, avant tout traitement immunosuppresseur, devrait être évalué afin de permettre un diagnostic précoce dans les situations difficiles.

SESSION MÉDECINE TROPICALE

MOTS CLEFS

Kala Azar, formes
cutanées, macule, nodule,
Algérie

MYIASE DES PLAIES À LUCILIA : OBSERVATION INHABITUELLE EN ZONE À CLIMAT TEMPÉRÉ.

SESSION MÉDECINE TROPICALE

18

Stambouli O.
omar_stambouli@hotmail.com

*Dermatologie, Université Aboubakr Belkaid,
Faculté de Médecine, Tlemcen, Algérie*

MOTS CLEFS
myiase des plaies,
mouche *Lucilia*,
Algérie

Les myiases sont des parasitoses provoquées par des larves de mouches ou asticots. Ce sont des affections bien connues dans les régions tropicales, chaudes et humides, et en médecine vétérinaire.

Une nouvelle observation de cette pathologie considérée comme rare en climat tempéré est présentée.

Un garçon âgé de huit ans, demeurant à Tlemcen (Algérie), vivant près d'un dépôt, sans antécédent particulier, se présente à notre consultation pour des lésions impétiginisées du cuir chevelu évoluant depuis huit jours.

On observe des lésions croûteuses associées à une ulcération mesurant 1 cm de diamètre recouverte d'un matériel purulent de couleur blanc - jaunâtre d'où on a extirpé sept larves. L'examen parasitologique du prélèvement montre des vers coniques, à pointe effilée, mesurant 7 à 8 mm de long sur 1 mm de diamètre. Les larves de mouche du genre *Lucilia* ont été identifiées.

Le malade a été mis sous traitement antiseptique et antibiotique. Il a guéri.

La mouche *Lucilia* se signale par une coloration brillante, métallique, bleu-vert, légèrement plus grande que la mouche domestique. Elle est attirée par la charogne, les plaies ouvertes, les toisons humides des moutons, les matières fécales. Son cycle biologique dure 7 à 9 jours en été.

Notre observation paraît intéressante à rapporter à cause de la survenue inhabituelle en zone tempérée mé-

diterranéenne de myiases des plaies à *Lucilia*. Cette parasitose accidentelle n'est cependant pas rare car nous en avons recensé 4 cas en 1991 et 4 autres cas chez des enfants atteints de *xeroderma pigmentosum* en 1998.

Le traitement se résume à un décapage minutieux de la plaie, avec extraction à la pince de toutes les larves, associé à un traitement contre l'infection bactérienne concomitante.

La prophylaxie des myiases est individuelle (hygiène corporelle, repassage systématique au fer très chaud, sur les deux faces des textiles destinés à être en contact avec la peau, pansements aseptiques des plaies) et collective (lutte contre les mouches, rendue difficile par la fréquence des résistances aux insecticides habituels).

PATHOLOGIES BUCCALES À PAPILLOMA VIRUS HUMAIN EN DEHORS D'UNE CONTAMINATION SEXUELLE : À PROPOS DE 3 PATIENTS

SESSION MÉDECINE TROPICALE

19

**Bila T., Ballivet de Régloix S., Adam A.,
Schwartzbrod P.-E.**
thibaut.bila@intradef.gouv.fr

*Centre médical des armées de Besançon
1, rue Max Vuillemin - 25000 Besançon*

MOTS CLEFS

Condylome acuminé,
papilloma virus,
muqueuse buccale,
hyperplasie
épithéliale focale

Le papilloma virus est responsable de différents types de lésions prolifératives de la muqueuse buccale. Cette communication permet de faire le point concernant deux types de pathologies parmi les plus fréquemment rencontrées dans ce contexte, les condylomes acuminés et l'hyperplasie épithéliale focale. À partir de l'étude de trois observations cliniques réalisées au Tchad, et d'une revue de la littérature, nous envisageons la chaîne épidémiologique, en décrivant les lésions, en précisant leur pathogénie et leur mode de transmission, cette démarche aboutissant à l'évocation des diagnostics positif et différentiel et débouchant sur les aspects thérapeutiques. L'originalité de ce travail repose sur une séparation avec les théories classiques de la transmission par voie essentiellement sexuelle et leurs conséquences chez l'enfant.

ACTUALITÉS DU MONKEY POX : VIROSE SOUS SURVEILLANCE

20

Delaigue S., Olson D., Du Cros P.,
Bonnardot L., Morand J.-J.
delaiguesophie@yahoo.fr

*Service des maladies infectieuses et tropicales
Hôpital Avicenne - 93000 Bobigny*

SESSION MÉDECINE TROPICALE

MOTS CLEFS
monkey pox, virose,
dermatologie, variole,
Afrique

INTRODUCTION

Le monkeypox humain est une zoonose endémique en Afrique Centrale. Elle est devenue la poxvirose la plus surveillée depuis une épidémie humaine survenue aux Etats-Unis en 2003 (après importation d'un animal infecté) et le risque de bioterrorisme. Le défi est de maintenir une connaissance de ces pathologies rares pour pouvoir les repérer. Notre revue est basée sur 3 téléconsultations de Sierra Leone, du Soudan du Sud et de République Démocratique du Congo du réseau de télé-médecine de Médecins Sans Frontières (MSF).

OBSERVATION

Un enfant de 11 mois vivant en Sierra Leone et deux femmes, une du Soudan du Sud et une de République Démocratique du Congo faisaient l'objet de téléconsultation du réseau MSF. Ils présentaient une éruption fébrile depuis 1 semaine, comportant des papulo-vésiculopustules ombilicées diffuses avec une atteinte des paumes et des plantes, monomorphes, synchrones (fig. 1, 2, 3). La confirmation biologique était possible pour un seul des 3 cas.

DISCUSSION

Bien qu'il n'y ait pas eu de suivi des cas (ce qui constitue une des faiblesses du système de télé-expertise de Médecins Sans Frontières), le contexte épidémiologique et l'analyse sémiologique orientent vers un Monkeypox. Il ne s'agit pas d'une varicelle qui comporte des lésions polymorphes du fait de poussées successives. Une variole aurait pu se traduire par un tel tableau mais elle

est éradiquée officiellement depuis 1980 et les signes systémiques auraient été plus sévères. Le caractère enchâssé et uniquement papuleux des lésions auraient pu aussi faire évoquer une cryptococcose ou une histoplasmosse mais le plus souvent elles surviennent, dans ces formes généralisées, dans un contexte d'immunosuppression notamment de SIDA.

Le Monkeypox a évolué avec désormais des formes plus sévères comportant des décès et de probables transmissions interhumaines. La majorité des épidémies connues ont été décrites en République Démocratique du Congo. D'autres pays en Afrique Centrale et de l'Ouest ont déjà signalé des cas comme le Congo, le Soudan du Sud, le Cameroun, la Côte-d'Ivoire, le Gabon, le Nigeria, la République Centre Africaine et la Sierra Leone.

CONCLUSION

Une connaissance précise de la sémiologie dermatologique infectieuse reste fondamentale notamment dans le contexte actuel d'infections émergentes et de bioterrorisme. Le dermatologue peut être ainsi une sentinelle des épidémies. Le diagnostic biologique doit être assuré dans les cas atypiques ou lors d'épidémies inhabituelles pour s'assurer de l'absence de réémergence de la variole. L'originalité de nos observations repose aussi sur le fait qu'il s'agit des premières téléconsultations de Monkeypox.

LE CHANCRE MOU EN ALGÉRIE : DE L'ULCÉRATION INHABITUELLE À LA RÉAPPARITION DE CETTE IST.

21

Stambouli O.-B. , Himmour R.
omar_stambouli@hotmail.com

*Dermatologie - Université Aboubakr Belkaid
Faculté de Médecine, Tlemcen, Algérie.*

SESSION MÉDECINE TROPICALE

MOTS CLEFS
chancre mou,
ulcération génitale,
IST, épidémiologie,
Algérie.

INTRODUCTION

Sont rapportées 250 observations de chancre mou colligées dans le service de dermatovénéréologie du Centre hospitalo-universitaire de Tlemcen (ouest algérien) d'août 1988 à avril 2015.

RÉSULTATS

Le chancre mou atteint des sujets célibataires dans la très grande majorité des cas (235 sur 250), tous de sexe masculin, de moins de 30 ans en général, suite à des rapports sexuels avec des prostituées.

L'ulcération apparaît en moins de 15 jours en moyenne et est le plus souvent unique (210 cas), s'accompagnant le plus souvent d'adénopathie.

La contamination a eu lieu dans toutes les villes d'Algérie, mais principalement dans les villes de l'ouest algérien (Tlemcen, Bel-Abbès, Oran) et à l'étranger pour les premiers cas (Maroc, France).

Le traitement à base de cotrimoxazole à raison de 4 comprimés par jour pendant 10 à 15 jours, utilisé par 84% de nos patients a été constamment efficace. On a recensé quelques cas de résistance au cotrimoxazole.

Il n'a pas été décelé d'infection à VIH concomitante chez nos patients.

DISCUSSION

En Algérie, le chancre mou qui avait disparu des consultations pendant près de 3 décennies semble bien installé. La grande majorité des contaminations s'est produite en Algérie par l'intermédiaire de la prostitution.

LA BILHARZIOSE URO-GÉNITALE AU SUD-EST DE L'ALGÉRIE. A PROPOS DU FOYER DE TAMADJERT – ILLIZI, ALGÉRIE

SESSION MÉDECINE TROPICALE

22

Abidat F., Bellil L., Zenaïdi N., Yebbous Bensaïd S.A., Belmadani S. A., Mefeïssel S., Dib Y., Abdelouahed K., Adjmi H., Bachi F.
abidat.faycal@gmail.com

Institut Pasteur d'Algérie,
Laboratoire de biologie parasitaire.

MOTS CLEFS

bilharziose uro-génitale, enquête, Tamadjert – Illizi, Algérie

La bilharziose uro-génitale est connue en Algérie depuis 1896. Actuellement, aucun cas n'est déclaré en dehors des foyers de la wilaya d'Illizi (Djanet, Ighir et Tamadjert), au sud-est de l'Algérie, qui sont toujours actifs.

Il s'agit d'une enquête épidémiologique de dépistage actif rentrant dans le cadre de la surveillance continue de la bilharziose urogénitale au niveau du foyer de Tamadjert.

Notre étude s'est déroulée sur deux périodes. La première enquête, réalisée en décembre 2012, a concerné 67 personnes qui ont bénéficié d'un prélèvement urinaire pour la recherche des œufs de *Schistosoma haematobium* et d'un prélèvement sanguin pour une éventuelle sérologie bilharzienne. La deuxième enquête, réalisée en avril 2014, était plus étendue et a concerné l'ensemble de la population de la localité. En effet, 119 prélèvements urinaires ont été effectués et analysés sur place et 199 sérums ont été adressés à notre laboratoire pour une sérologie bilharzienne. Tous les prélèvements urinaires ont bénéficié d'un examen par bandelettes réactives (Labstix) à la recherche d'une éventuelle hématurie.

La recherche d'œufs dans les urines s'est révélée négative pour l'ensemble des prélèvements urinaires. Cependant, la recherche d'anticorps par la technique d'hémagglutination passive (Fumouze® seuil : 1/160) a permis de révéler 27 cas qui ont présenté un taux d'anticorps supérieur ou égal à 1/160ème. Parmi ces der-

niers, 6 prélèvements positifs au 1/160ème ont bénéficié du Western blot comme technique de confirmation qui s'est révélé positif pour deux prélèvements.

L'objectif de notre travail est d'attirer l'attention sur cette parasitose qui existe toujours en Algérie et d'envisager l'élaboration d'une enquête épidémiologique plus étendue dans la wilaya d'Illizi en premier lieu et au niveau national en second lieu, afin de mieux situer la place de cette parasitose dans notre pays. Pour cela, une collaboration multidisciplinaire est indispensable entre parasitologues, épidémiologistes et malacologues.

PARASITOSSES INTESTINALES CHEZ LES ENFANTS VIVANT EN COLLECTIVITÉS À ALGER ET À TIPAZA

SESSION MÉDECINE TROPICALE

23

Abidat F., Ouadah F., Neddjar M., Belmadani S.-A., Yebbous Bensaïd S.-A., Zenaïdi N., Bachi F.
abidat.faycal@gmail.com

Institut Pasteur d'Algérie,
Laboratoire de biologie parasitaire.

MOTS CLEFS

parasitoses intestinales, enfants, collectivités, Algérie

INTRODUCTION

Le parasitisme intestinal est un phénomène classique chez l'enfant dans les pays en développement et occupe une place importante dans l'ensemble des pathologies infantiles notamment chez les enfants vivant en collectivités.

Le but de notre étude est d'estimer la fréquence des différentes espèces parasitaires, de traiter et contrôler après traitement les enfants parasités et de proposer les moyens adéquats pour lutter contre ce problème de santé publique.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude épidémiologique prospective effectuée chez les enfants des crèches et des écoles préscolaires de deux régions : Tipaza et Alger. L'étude a porté sur un échantillon de 320 prélèvements pour des examens parasitologiques de selles et des scotch-tests anaux.

Pour la recherche des parasites dans les selles, il a été pratiqué un examen macroscopique, un examen microscopique à l'état frais et après coloration au lugol, deux techniques de concentration, une physicochimique (technique de Ritchie simplifiée) et une physique (technique de Willis) et une coloration de Ziehl Neelsen modifiée par Henriksen et Pohlenz pour la recherche des oocystes de *Cryptosporidium* sp.

RÉSULTATS

Sur 320 prélèvements, nous avons relevé 65 examens parasitologiques positifs (43 examens parasitologiques des selles et 22 scotch-tests) soit une fréquence globale de 20,3%. Parmi les examens positifs, la fréquence des protozoaires potentiellement pathogènes est de 31,4 % pour *Giardia intestinalis*, 3,9% pour *Entamoeba histolytica*/E. dispar et 3,9 % pour *Cryptosporidium* sp., alors que celle des amibes non pathogènes (*Endolimax nana* et *Entamoeba coli*) est de 25,5 % et celle de *Blastocystis* sp de 30,1%.

CONCLUSION

Devant de tels résultats, des mesures prophylactiques doivent être mises en œuvre pour réduire l'ampleur du problème, sans oublier l'implication des autorités au niveau de la tutelle pour une politique de prévention.

DÉTECTION MOLÉCULAIRE DES LEISHMANIES À PARTIR DU GENRE PHLEBOTOMUS : TENDANCE VERS LA RÉGRESSION DE LA LEISHMANIOSE À CONSTANTINE ?

SESSION MÉDECINE TROPICALE

24

Mihoubi I., Frahtia K., Picot S.
mihoubi97@gmail.com

Université des Frères Mentouri – Constantine. Route d'Ain El Bey, Constantine (Algérie)

MOTS CLEFS

Phlebotomus, détection moléculaire, PCR en temps réel, Constantine.

INTRODUCTION

Les leishmanioses représentent un groupe de maladies parasitaires d'expression clinique variée, dues à un protozoaire flagellé du genre *Leishmania*. Ces affections sont transmises à l'Homme et aux animaux par la piqure d'un insecte vecteur, le phlébotome femelle. Parmi les groupes de diptères vecteurs de maladies, les *Phlebotominae* occupent une place de premier choix et jouent un rôle important en pathologie humaine, telles que les leishmanioses qui touchent près de 350 millions de personnes dans le monde. La lutte anti vectorielle lancée par les services sanitaires à travers tout le pays s'avère efficace puisqu'en dépit de la prévalence de la maladie qui reste élevée principalement dans les régions rurales, la leishmaniose semble être en régression en Algérie.

MÉTHODES

Dans ce contexte, cette étude vise, principalement, la détection moléculaire des *Leishmania* à partir du vecteur. Les spécimens mâles ont été identifiés sur la base de leurs caractères morphologiques et une caractérisation moléculaire a, également, été réalisée. Par ailleurs, un diagnostic moléculaire a, également, concerné des échantillons cutanés prélevés sur des patients de la région de Constantine.

RÉSULTATS

Concernant le vecteur, 5858 phlébotomes ont été capturés, dont 4360 mâles et 1498 femelles.. L'identification morphologique a mis en évidence la présence du

genre *Phlebotomus* avec une prédominance de 93% contre 7% représenté par le genre *Sergentomyia*. Quant aux espèces identifiées, *P. perniciosus* est la plus abondante avec 59,4% de la population de mâles identifiée, suivie de *P. longicuspis* avec 24,7% de l'effectif. *P. perfiliewi* étant peu représenté avec 6,7% des spécimens suivis de *P. papatasi* avec 2,2% et *S. dreyfussi* avec 1,5%. Par ailleurs, l'analyse moléculaire a permis de confirmer l'identification classique. En effet, il s'avère que le genre *Phlebotomus* est essentiellement représenté par l'espèce *P. perniciosus* avec une abondance remarquable. Pour ce qui est des prélèvements cutanés, 45/79 (56,96%) échantillons collectés se sont révélés positifs en PCR en temps réel. Ce taux semble être en nette régression par rapports aux années précédentes (pic d'alerte de 30 227 cas en 2005).

Concernant la détection moléculaire des leishmanies à partir des phlébotomes, les résultats montrent que la RT-PCR Genre, est positive avec des températures de fusion correspondant à celle de la souche de référence (84,1+/-0,4°C pour *L. infantum*). Ce qui prouve que les vecteurs étaient parasités, par contre, l'identification par RT-PCR Espèce, n'a abouti à aucun résultat. Ce qui pourrait s'expliquer par la présence d'une quantité insuffisante d'ADN leishmanien chez le vecteur et par conséquence, corroborer l'hypothèse de la régression de la leishmaniose à Constantine.

INSUFFISANCE RÉNALE AIGUE AU COURS DE LA LEPTOSPIROSE : ASPECTS PRONOSTIQUES (A PROPOS DE 79 CAS)

SESSION MÉDECINE TROPICALE

25

Badaoui L. Machtache R. Majidi S. Sodqi M.
Marih L. Oulad Lahsen A. Chakib A.,
El Filali Marhoum K.
medecinbadaoui@gmail.com

Service des Maladies Infectieuses et Tropicales
CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

MOTS CLEFS

leptospirose, insuffisance rénale, pronostic, Maroc

INTRODUCTION

L'atteinte rénale au cours de la leptospirose reste une préoccupation avec souvent un pronostic incertain en l'absence d'une prise en charge adéquate.

OBJECTIF

Déterminer le profil évolutif rénal au cours de la leptospirose

MATÉRIELS ET MÉTHODE

Etude rétrospective descriptive sur 6 ans. Ont été inclus tous les patients présentant une leptospirose confirmée ou suspectée, soit 79 cas. Le cas était défini par la présence d'un ictère associé à une thrombopénie et une insuffisance rénale et/ou une sérologie de la leptospirose positive.

RÉSULTATS

L'âge moyen est de 40,2 ans (16-70 ans) avec une nette prédominance masculine (71/8), 36 cas (45,5%) ont une profession à risque et 40 cas un contact avec les rats (50,5%). Sur le plan clinique, l'ictère est présent dans 74 cas soit 9,6 %, avec une forme ictéro-hémorragique typique chez 35 cas soit 44,3%. L'oligo-anurie est notée chez 22 patients. Sur le plan biologique, une thrombopénie est présente dans 83,5 % et l'hyperleucocytose dans 88,6 % des cas. Une cytolysé hépatique est notée chez 72 % des cas, une hyperbilirubinémie totale dans 68,3 % des cas, tandis que la créatininémie moyenne est de 52,8 mg/l. La maladie est confirmée par la sérologie de Martin et Petit chez 22 patients. Sur le plan

thérapeutique, l'antibiothérapie utilisée est la pénicilline, la ceftriaxone et les cyclines chez respectivement 43, 27 et 2 cas. Un séjour en réanimation a été nécessaire pour 44 % des cas et le recours à l'hémodialyse a été nécessaire chez 17 patients, avec une moyenne de 2,8 séances/patient. L'évolution est défavorable chez 15 patients qui sont décédés dans la majorité des cas par choc septique ou atteinte respiratoire sévère. Par contre, elle est favorable dans 69,6 % des cas chez qui nous avons noté une récupération rapide de la fonction rénale avec une créatininémie moyenne à la sortie de l'hôpital de 12,6 mg/l.

CONCLUSION

L'atteinte rénale au cours de la leptospirose reste de bon pronostic avec une prise en charge précoce et adapté. Cependant une évolution vers la chronicité peut être observée dans certains cas. Les signes et les symptômes évocateurs de la leptospirose doivent être connus par tout médecin afin de mettre en place un traitement adéquat et précoce pour améliorer les résultats.

VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE- ULCÈRE DE BURULI : REVUE DE LA LITTÉRATURE

26

Christinet V., Johnson C., Calmy A.,
Odermatt P., Alcoba G., O'Brien D.-P.,
vanessa.christinet@hivntd.org

*Hôpitaux Universitaires de Genève, Suisse; Institut
de Médecine tropical Bale, Suisse ; Médecins Sans
Frontières, Genève, Suisse ; Department of Infectious
Diseases, Barwon Health, Geelong, Australia ; Royal
Melbourne Hospital, University of Melbourne, Australia.*

SESSION MÉDECINE TROPICALE

MOTS CLEFS
Ulcère de Buruli,
Mycobacterium
ulcerans, Cameroun,
VIH

INTRODUCTION

L'ulcère de Buruli (UB) n'est pas considéré comme une maladie opportuniste chez les patients infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Cette étude vise à examiner la littérature existante concernant l'infection par le VIH et ses effets sur les manifestations cliniques de l'UB.

MÉTHODES

Les bases de données PubMed, Google Scholar et Google ont été utilisées pour les différentes recherches en utilisant les mots-clés: HIV, AIDS, Buruli ulcer, Mycobacterium ulcerans, VIH, SIDA et ulcère de Buruli.

RÉSULTATS

En ce qui concerne le VIH comme facteur de risque pour l'UB, nous avons trouvé 8 études longitudinales et deux études cas-témoins. La grande majorité montrent une prévalence significativement plus élevée du VIH chez les cas d'ulcère de Buruli (5%, interquartile range [IQR]: 3,3% -10,6%) comparés aux témoins ou à une population de référence (2%, IQR: 0,5% -3,2%).

5 études suggèrent que le VIH augmente la gravité de l'UB: une large étude de cohorte au Bénin montre des lésions d'UB plus sévères chez les patients VIH comparé aux patients non-VIH (OR 2,77, intervalle de confiance à 95% [IC] 1,32 - 6,33; $p = 0,006$). Une étude au Cameroun montre plus d'UB multifocaux chez les patients VIH que chez les patients non-VIH (24% vs 11%;

$p = 0,004$). Deux études d'UB multifocaux ont montré des prévalences du VIH particulièrement élevées (25% et 36% respectivement). Une étude montre que la taille de l'UB est inversement associée à un taux de CD4 < 500 cellules/mm³ (I-coeff, -0,50; $p = 0,015$; IC à 95% -0,91 - 0,10). Dans 9 rapports de cas, des lésions d'UB graves sont associées à un taux de CD4 bas ou à un stade SIDA. Dans les 31 articles examinés, les taux de mortalité chez les patients co-infectés sont élevés (24/129 (18.6%)). Dans une cohorte d'UB, le taux de mortalité des patients co-infectés UB-VIH est significativement plus élevé que chez les patients avec un UB seul (11% vs 1%; $P < 0,001$). Le nombre médian de CD4 était de 228,5 cellules / mm³ (IQR, 98-378). Le décès est survenu après 41,5 jours (IQR, 16,5-56,5) chez des patients non traités par thérapie antirétrovirale.

CONCLUSION

L'infection par le VIH augmente très probablement le risque de développer un UB et provoque souvent des cas d'ulcère de Buruli graves, avec un sur-risque de mortalité. Les patients co-infectés sont donc particulièrement vulnérables. Il est nécessaire de poursuivre la recherche pour une meilleure prise en charge de ces patients.

REVISITER UN CONCEPT, QUESTIONNER UNE REPRÉSENTATION ÉPIDÉMIologique: LA CEINTURE LAPEYSSONNIENNE DE LA MÉNINGITE

27

Thiongane O.
o.moirouxthiongane@gmail.com

UMR INTERTRYP IRD-CIRAD - TA A 17G campus
international de Baillarguet
34398 Montpellier cedex 5

SESSION MÉDECINE TROPICALE

MOTS CLEFS
ceinture de
la méningite,
Lapeyssonnie, Afrique,
représentation,
épidémiologie

Dans les campagnes ardentes des savanes africaines, au fin fond de l'Atacora béninois ou de l'Ader nigérien, il n'est guère surprenant que des infirmiers de brousse chargés d'être à l'avant du contrôle des épidémies de méningite, vous décrivent dans une même formule la ceinture de Lapeyssonnie. C'est un classique dit-on, il s'étend du Sénégal à l'Éthiopie entre le 4^{ème} et le 16^{ème} degré de latitude nord précisera le Dr Léon Lapeyssonnie en 1963. Ce médecin militaire est par ailleurs une figure historique centrale de l'épidémiologie et de la politique de contrôle des épidémies de méningite, il est au fondement de cette politique de santé publique par une mise en visibilité du problème dans les années 1960.

Dans une perspective d'anthropologie historique, il est pourtant important d'interroger de quoi sont révélatrices les connaissances élaborées spécifiquement sur la ceinture de la méningite et de quelle manière elles ont reconfiguré les savoirs sur l'épidémiologie de la méningite mais également la stratégie de santé publique. Cette communication propose de mettre en exergue les représentations partagées de la biomédecine autour de la « ceinture de Lapeyssonnie » en retraçant ses différentes définitions et en interrogeant la reconfiguration actuelle de cette ceinture. Les analyses sont une partie des résultats d'un travail de thèse soutenue en 2013 sur la manière dont la méningite a été construite comme problème de santé publique au Niger. Les données ont été obtenues par analyse archivistique dans plusieurs

sites (Archives Nationales du Niger, archives du Pharo, archives de l'ex OCCGE à Bobo Dioulasso et archives de l'OMS Genève) et d'ethnographie au Niger (associant entretiens, observations de l'épidémie de méningite de 2009 et la tenue d'un journal de terrain). Nous verrons ainsi que la « ceinture de Lapeyssonnie » ou ceinture de la méningite est d'abord le pur produit d'une représentation sociale des épidémies inscrites en réalité au sein d'un espace protéiforme, traversant des sociétés sahéliennes hétérogènes et ensuite que ce concept est au service de la surveillance et de l'action politique.

IMPACT DES COMPLICATIONS NEUROLOGIQUES SUR LE PRONOSTIC DES ENDOCARDITES INFECTIEUSES (EI) : À PROPOS DE 21 CAS

28

Achour N., Zaoui. N., Benali A., Mokrab Ch.,
Bouchaib H., Afiri M., Tahmi M.
nasachour64@yahoo.fr

Service des maladies infectieuses
CHU Nedir Tizi-Ouzou Algérie

SESSION MÉDECINE TROPICALE

MOTS CLEFS
Endocardite, adulte
jeune, complications,
inaugural

INTRODUCTION

Les complications neurologiques s'observent chez 20 à 40% des patients présentant une endocardite conditionnant le pronostic et majorant les risques.

OBJECTIF

Analyser l'impact de ces complications sur le pronostic des endocardites et objectiver l'intérêt de la précocité de la prise en charge.

RÉSULTATS

En 13 ans (2002-2014), 93 endocardites infectieuses ont été prises en charge. Seuls 63 cas remplissaient les critères de Dukes, dont 33,3% (n=21) ont présenté des complications neurologiques qui ont subtilement inauguré le tableau d'EI dans 71,4% des cas (n=15) et deux observées après guérison de la maladie. Complications à type d'accidents ischémiques cérébraux (11 cas ; 9 hommes), d'hémorragies cérébrales (3 cas) et d'abcès cérébraux (n= 7 ; 4 femmes) avec une moyenne d'âge de 42 ans +/- 5 mois. A point de départ : dentaire (2) iatrogène (2) et cutanée(3) . Antécédents de cardiopathie dans 7 cas. L'EI est documentée dans 7 cas (Staph aureus, Staph à coagulase négative, *Sreptocoque* , BGN, *Coxiella burnetii* et candida). Pronostic conditionné par l'âge avancé (4 patients), l'insuffisance cardiaque (3 cas) et l'étendue et la multiplicité des lésions (n=3). Le traitement est médical (21 cas) et chirurgical (3 cas). L'évolution est marquée par la récurrence (n=2) et les décès (n=3).

CONCLUSION

Y penser constitue la meilleure arme de prévention et de dépistage vue leur fréquence, leur subtilité inaugurale et leur morbi-mortalité.

EVALUATION DE LA BRUCELLOSE D'ORIGINE PROFESSIONNELLE DANS LA WILAYA DE SIDI BEL-ABBÈS

29

Kandouci C., Baraka F., Tabet Derraz N. ,
Kandouci Baderdine A.
kchahrazed09@gmail.com

Laboratoire de recherche en environnement et santé,
université de Sidi Bel-Abbès (Algérie)

SESSION MÉDECINE TROPICALE

MOTS CLEFS
brucellose,
anthropozoonose,
enquête hospitalière,
Algérie

INTRODUCTION

La brucellose ou fièvre de Malte, anthropozoonose assez fréquente en Algérie et à déclaration obligatoire, est un problème de santé publique encore mal évalué.

OBJECTIF

- recenser les cas de brucellose d'origine professionnelle dans la région de Sidi Bel-Abbès.
- déterminer les principaux facteurs de risque professionnels.

SUJETS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective de type descriptif portant sur une population de 35 malades suivis au niveau du service des maladies infectieuses de Sidi Bel-Abbès durant l'année 2014. Le recueil des données s'est fait à l'aide de dossiers médicaux dans lesquels étaient inscrites les conditions socioprofessionnelles (zone d'habitation, ancienneté au travail, postes occupés, notion de contagion, statut vaccinal, notion de consommation de lait de vache cru, etc.), la clinique (les antécédents personnels, les signes fonctionnels, l'examen clinique) et les examens complémentaires (sérologie, FNS). La saisie et l'analyse des données ont été réalisées avec le logiciel SPSS 17.0.

RÉSULTATS

La population étudiée comprenait 35 malades hospitalisés pour brucellose dont 86 % étaient d'origine profes-

sionnelle. Les hommes étaient majoritaires (86 %), l'âge moyen était de $33 \pm 2,97$ ans et 96,6 % d'entre eux habitaient dans une zone rurale. Leur ancienneté moyenne au poste de travail était de 14 ans. Les 30 cas de brucellose professionnelle diagnostiqués concernaient 23 éleveurs, 6 agriculteurs et 1 vétérinaire. La triade classique (fièvre sudorale) a été le motif de consultation le plus fréquent (66,7%). On a noté la quasi absence de l'utilisation des moyens de protection individuels et collectifs.

CONCLUSION

La sensibilisation et l'établissement de programme de lutte par les médecins du travail et les vétérinaires restent les moyens de prévention les plus efficaces contre la brucellose car ses aspects trompeurs et sa symptomatologie polymorphe rendent la prise en charge précoce difficile.

MÉNINGITE RÉCIDIVANTE À MÉNINGOCOQUE RÉVÉLATRICE D'UN DÉFICIT EN FRACTION C3 DU COMPLÉMENT

30

Mokrani K.¹, Aït Hamouda R.¹, Benmhidi M.²,
Touabti A.³, Tebbal S.¹
dominique.rouffy@gmail.com
k5mokrani@yahoo.fr

Service des maladies infectieuses et faculté de médecine Batna (Algérie), Laboratoire de microbiologie CHU Batna, Laboratoire central CHU Sétif

La méningite récidivante se définit par la survenue chez un patient, dans un temps indéterminé (mois ou années), d'une seconde ou de plusieurs méningites à un germe donné de sérotype ou de sérotype différent.

Les germes en cause sont représentés essentiellement par :

- Le pneumocoque : caractérisé par sa pluralité sérotypique et dont les récurrences sont favorisées par un terrain sous-jacent favorisant (déficits immunitaires, asplénie, traumatisme crânien,...).
- *Haemophilus influenzae* : dont les récurrences restent rares dans les pays où la vaccination est généralisée.
- Le méningocoque : qui peut survenir à tout âge et dont les récurrences sont favorisées essentiellement par les déficits en composants terminaux du complément, les déficits en composants primaires étant plus rarement en cause.

Nous rapportons un cas de méningite récidivante à méningocoque survenu chez un jeune de 18 ans. Le premier épisode a été causé par un méningocoque du sérotype A et le tableau clinique a été celui d'une méningite purulente d'évolution favorable sous amoxicilline, le patient ayant bénéficié également d'une désinfection pharyngée par spiramycine. Huit mois plus tard le patient était de nouveau hospitalisé dans un tableau de méningo-encéphalite, l'agent causal identifié étant un méningocoque de sérotype C. Les suites ont été favorables sous céfotaxime. Les investigations biologiques

ont permis d'attribuer cette récurrence à un effondrement de la fraction C3 du complément.

SESSION MÉDECINE TROPICALE

MOTS CLEFS
méningite, récurrences,
méningocoque, déficit,
fraction C3

ABCÈS SPLÉNIQUES À SALMONELLA TYPHI : À PROPOS D'UN CAS

31

Mokrani K., Aït Hamouda R., Mahdjoub H.,
Tebbal S.
k5mokrani@yahoo.fr

Service des maladies infectieuses et faculté de médecine de Batna (Algérie)

INTRODUCTION

Les abcès spléniques restent une pathologie rare. Ils sont souvent secondaires à la migration d'un embolus septique (bactériémie ou endocardite) ou à une infection de voisinage.

Les germes pyogènes sont souvent en cause, *Salmonella typhi* est également incriminée. Nous nous proposons de rapporter l'observation d'une malade ayant présenté une fièvre typhoïde compliquée d'un double abcès splénique.

OBSERVATION

Patiente âgée de 18 ans admise pour fièvre typhoïde à *Salmonella typhi* (2 hémocultures positives). Sous cotrimoxazole la fièvre persiste (VS = 90mm, CRP = 18 mg/l) et au 9ème jour du traitement la malade se plaint de douleurs de l'hypochondre gauche. L'échographie abdominale objective 2 abcès spléniques de 34 et 20 mm, l'échocardiographie transthoracique est normale et l'électrophorèse de l'hémoglobine est en faveur d'une augmentation de l'hémoglobine A2 à 5,6 %.

Le cotrimoxazole est remplacé par de la ceftriaxone relayée au 20ème jour par de la ciprofloxacine. L'évolution est favorable avec disparition totale des abcès au bout d'une durée totale de traitement de 8 semaines. Sans être exceptionnel l'abcès de la rate reste une affection rare (0,1 à 0,7 % des grandes séries d'autopsies). Des états pathologiques reconnus comme

SESSION MÉDECINE TROPICALE

MOTS CLEFS
abcès spléniques,
Salmonella typhi,
échographie,
Algérie

facteurs favorisants sont souvent retrouvés. Chez notre malade aucun facteur favorisant n'a été retrouvé et l'abcès est survenu dans le cadre d'une bactériémie.

CONCLUSION

En zone d'endémie typhique, les complications de la fièvre typhoïde relèvent pour la plupart d'un mécanisme toxique, l'antibiothérapie précoce ayant pratiquement fait disparaître les complications suppurées. Des abcès spléniques à *S. typhi* ont été rapportés. Ils doivent être recherchés comme toute suppuration devant l'échec clinique d'une antibiothérapie adéquate, un syndrome inflammatoire et une fièvre persistante. La clinique peut être muette ou se limiter à une sensibilité de l'hypochondre gauche.

LES MÉNINGITES POST RACHIANESTHÉSIE : UNE COMPLICATION À NE PAS MÉCONNAÎTRE

32

Mokrani K., Aït Hamouda R., Mahdjoub H.,
Tebbal S.
k5mokrani@yahoo.fr

Service des maladies infectieuses et faculté de
médecine de Batna (Algérie)

SESSION MÉDECINE TROPICALE

**MOTS
CLEFS**
méningite,
rachianesthésie, cocci
Gram positif, LCR,
Batna

INTRODUCTION

La survenue d'une méningite au décours d'une rachianesthésie est un événement rare avec une incidence de l'ordre de 1/10 000, cependant l'importance de la morbidité ou mortalité engendrées ne doit pas faire négliger ce risque.

La contamination du LCR est essentiellement exogène. Les germes responsables sont en majorité des cocci à Gram positif (streptocoques ou staphylocoques). Les cas décrits dans la littérature se présentent cliniquement comme un syndrome méningé fébrile non spécifique de survenue précoce (1 à 2 jours).

OBJECTIFS

Attirer l'attention sur cette complication sérieuse de la rachianesthésie vu que le manque de familiarité des praticiens avec cette pathologie reste à l'origine d'un retard diagnostique fréquent.

Matériel et méthodes :

Nous rapportons trois cas de méningites post rachianesthésie sur une période de quatre ans. Il s'agit de deux jeunes femmes ayant bénéficié d'une rachianesthésie pour césarienne et d'un homme opéré pour calcul rénal par voie endoscopique. Un bilan comportant, hémocultures, ponction lombaire, NFS, CRP et VS, a été réalisé chez tous nos patients.

RÉSULTATS

Dans ce travail 3 méningites post rachianesthésie ont été colligées sur une période de 4 ans, représentant 3,9 % de l'ensemble des méningites hospitalisées dans le service au cours de la même période. Le délai d'apparition des premiers symptômes est de 24 H chez tous nos patients avec un retard diagnostique constant. Le germe responsable a été identifié chez deux malades : *Pseudomonas aeruginosa* et staphylocoque *coagulase* négative. L'évolution a été favorable dans tous les cas sous traitement antibiotique adapté.

CONCLUSION

Bien que les méningites post rachianesthésie soient rares, leur diagnostic doit être évoqué chez tout patient présentant des céphalées ou des rachialgies cervicales, survenant dans les suites d'une anesthésie intrathécale. Si l'évolution est habituellement favorable, elle se fait au prix d'une antibiothérapie, d'un allongement de la durée d'hospitalisation et parfois de séquelles neurologiques irréversibles.

VEILLE SUR LES VIRUS ÉMERGENTS : L'EXEMPLE DU SYSTÈME DE VEILLE SANITAIRE DE DÉFENSE DANS LE SUIVI DU CORONAVIRUS MERS-COV

33

Chatelet R., Tanti M.
raphael.chatelet@orange.fr

Centre d'épidémiologie et de santé publique
des armées Service de veille sanitaire
Camp militaire de Sainte-Marthe 13014
Marseille

SESSION MÉDECINE TROPICALE

MOTS CLEFS

veille sanitaire de
défense, MERS-CoV,
capitalisation des
connaissances, aide à
la décision, France

INTRODUCTION

Le Service de santé des armées a pour mission de préserver la santé des militaires en opération. Dans ce cadre, le Service de veille sanitaire (SVS) du Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées (CESPA) a développé un système de veille architecturé en quatre bases afin d'assurer sa mission de veille sanitaire de défense définie en 2004. Conçu pour être opérationnel en situation normale comme en temps de crise, il fournit rapidement aux décideurs une information validée et synthétique issue de sources polymorphes et susceptible d'aider à la prise de décision.

L'efficacité du système a pu être éprouvée avec l'émergence du coronavirus MERS-CoV survenue en 2012 dans la Péninsule arabique. En effet, compte tenu des précédents (dont le SRAS), du contexte géopolitique et des mouvements de population liés aux pèlerinages, le Service de veille sanitaire a mis en place une veille spécifique pour détecter les évolutions de cette émergence. L'objectif de notre étude sera de montrer la mesure de son intervention au sein du système d'information épidémiologique, permettant d'informer efficacement les décideurs.

MÉTHODES

Pour pouvoir évaluer son utilité dans cet exemple précis, nous avons mené des entretiens individuels semi-directifs auprès des acteurs du système.

RÉSULTATS

En septembre 2012, le SVS est informé de l'émergence d'une maladie respiratoire due à un nouveau virus identifié en Arabie Saoudite. Les antécédents de SRAS l'incitent à être vigilant. Il alerte aussitôt les décideurs militaires. En collaboration avec la surveillance épidémiologique dans les armées, il en suit l'évolution en menant une veille documentaire scientifique et médiatique. Les informations collectées, analysées et diffusées portent notamment sur le virus, son réservoir, le mode de transmission, l'existence ou non de traitements ou de vaccins et son impact éventuel sur la population civile et militaire. Elles sont régulièrement transmises aux décideurs et experts. En 2013, les premiers cas de contamination importés en Europe sont rapportés. La société civile prend conscience d'un possible problème. Le virus atteint les Etats-Unis en mai 2014. On passe alors d'un problème local à une préoccupation mondiale.

DISCUSSION :

L'efficacité du SVS se vérifie dans sa capacité à anticiper les risques sanitaires au profit du Service de santé des armées et des personnels projetés. Soutenu par le système d'information épidémiologique du CESPA, il permet d'aider le décideur en l'alertant, à travers divers messages sanitaires, de l'émergence de nouveaux virus, dont le MERS-CoV en 2012 dans la Péninsule arabique, pour lui permettre d'anticiper et réagir face à ce risque.

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES INFIRMIERS DU 1^{ER} ÉCHELON CONCERNANT LES TROUBLES DE LA DÉGLUTITION CHEZ LES PATIENTS HÉMIPLÉGIQUES DANS LES DISTRICTS SANITAIRES URBAINS DE LA RÉGION DES HAUTS-BASSINS AU BURKINA FASO

34

Diendere J., Sawadogo A., Millogo A., Ilboudo A., Napon C., Preux P.-M., Ouedraogo H., Testa J., Meda N., Salle Y., Desport JC
jeoffray.dierendere@inserm.fr

Université de Limoges, Université de Ouagadougou, Centre Muraz - Bobo Dioulasso (Burkina Faso)

SESSION MÉDECINE TROPICALE

MOTS CLEFS

connaissances, troubles de la déglutition, hémiplegie, infirmiers, Burkina Faso

INTRODUCTION

Les troubles de la déglutition (TD) sont fréquents dans les centres de soins de santé primaires (CSSP), et la qualité de prise en charge dès l'admission influence fortement leur pronostic. Les maladies neurologiques sont les plus pourvoyeuses de TD, avec une fréquence d'environ un tiers chez les patients hémiplegiques. Au Burkina Faso (BF) les infirmiers sont les premiers à évaluer et prendre en charge ces patients. L'objectif de l'étude était d'estimer les connaissances, attitudes et pratiques des infirmiers concernant les TD des patients hémiplegiques dans les CSSP de Bobo-Dioulasso, région dont le centre de référence accueille le plus de patients hémiplegiques du pays.

MÉTHODES

Une enquête transversale a été réalisée du 1^{er} août au 15 septembre 2014 via un questionnaire standardisé fait d'items explorant les connaissances et les pratiques concernant les TD chez le sujet hémiplegique, auprès des infirmiers des CSSP de Bobo-Dioulasso.

RÉSULTATS

Sur 125 infirmiers enquêtés (83,3% des personnels visés), 82,4% avaient déjà reçu un patient hémiplegique. 56,8% des infirmiers connaissaient le rôle du cerveau dans la survenue d'une hémiplegie et d'un TD, 42,3%

savaient qu'un TD peut entraîner une pneumopathie de déglutition, 36,0% connaissaient une manœuvre de sauvetage en cas de fausse route. 39,2% des infirmiers évaluaient correctement le retentissement du TD sur l'état nutritionnel. Sur ce point, leurs connaissances étaient meilleures quand ils étaient plus récemment sortis de l'école de formation. Respectivement 65,6% et 1,6% des infirmiers connaissaient le bénéfice des adaptations posturales et l'influence des caractéristiques des aliments sur la capacité à déglutir. Chez les 103 infirmiers ayant déjà reçu un hémiplegique, 68,0% estimaient pouvoir détecter un TD par l'entretien clinique, et 30,1% ne donnaient aucun conseil au patient. Dépister un TD était associé à de bonnes connaissances sur les valeurs de la toux (OR = 2,0 ; IC₉₅ = 1,1 – 5,9 ; p = 0,02), et de la voix (OR = 3,5 ; IC₉₅ = 1,5 – 8,3 ; p = 0,004).

DISCUSSION, CONCLUSION

Peu d'infirmiers étaient avertis de la liaison entre TD et hémiplegie des enjeux et complications classiques liés aux TD. Ils avaient des pratiques variables non adaptées aux recommandations sur le dépistage et la prise en charge des TD. Dans un but d'amélioration des soins des patients hémiplegiques, l'enseignement neurologique et celui de la nutrition devrait s'accompagner de formations portant sur les TD, en insistant sur le dépistage et la prise en charge simple.

DENGUES D'IMPORTATION EN ÎLE DE FRANCE : EXPÉRIENCE DE 2 CENTRES RÉFÉRENTS DE MALADIES INFECTIEUSES DE 2008 À 2011

35

Ficko C., Conan P.-L., Pérignon A., de Laval F., Bigaillon C., Rapp C., Caumes E.
cecile.ficko@gmail.com

Service de maladies infectieuses et tropicales
HIA Bégin 94160 Saint-Mandé

SESSION MÉDECINE TROPICALE

MOTS CLEFS

dengue, voyageur, sentinelle, gravité

INTRODUCTION

Les pathologies du voyageur rencontrées en métropole sont le reflet de la situation épidémiologique Outre-mer.

OBJECTIF

Décrire les caractéristiques cliniques et biologiques et l'évolution des cas de dengue importés de l'adulte dans 2 centres référents en maladies infectieuses.

MÉTHODE

Etude rétrospective de tous les cas de dengue de l'adulte pris en charge à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière et à l'HIA Bégin entre le 1^{er} mars 2008 et le 31 décembre 2011. Le diagnostic de dengue était probable (présence d'IgM anti-dengue sur un prélèvement) ou confirmé (PCR positive et/ou séroconversion sur 2 sérums et/ou AgNS1 positif). Les données anamnestiques, cliniques, biologiques et évolutives étaient recueillies, puis analysées avec l'aide du logiciel Epi-info.

RÉSULTATS

Cent cinquante-sept patients (85 hommes, 72 femmes), d'âge médian 34 ans (extrêmes 16-78) étaient inclus. Vingt trois (15 %) cas étaient diagnostiqués en 2008, 24 (15 %) en 2009, 91 (58 %) en 2010, 19 (12 %) en 2011, la courbe épidémique était similaire à la courbe épidémique des départements français d'OM. Les lieux de contamination les plus fréquents étaient les Caraïbes (46%) et l'Asie (34%). Les signes avaient débuté

en zone d'endémie chez 51 (33 %) patients. Pour les autres, le délai médian de survenue des signes après le retour était de 4 jours. Le délai moyen entre les premiers signes et le diagnostic était de 6 jours. Les signes cliniques les plus fréquemment observés étaient l'asthénie (94%), la fièvre (84%), les céphalées (68%), les myalgies (56%). Des signes hémorragiques, mineurs, n'étaient recensés que chez 16 (11%) cas. Quatre-vingt-un (52 %) patients ont été hospitalisés, pour une durée moyenne de 2 jours. Deux patients présentaient une dengue grave (hépatite aiguë avec transaminases > 1000 UI/L) dont un nécessitant une hospitalisation en réanimation. L'évolution était favorable dans tous les cas.

CONCLUSION

Dans cette série, la distribution des cas de dengue importés est corrélée aux épidémies sévissant Outre-mer illustrant le rôle de sentinelle épidémiologique pour le voyageur. L'observation de nouvelles formes graves justifie des études multicentriques complémentaires.

CONSOMMATION LAITIÈRE EN ÉGYPTE: ÉVOLUTION VERS UN LAIT PLUS SÉCURISÉ.

36

Khaled Mourad N.
nourane_khaled92@hotmail.com

Université Senghor
1 Place Ahmed Orabi, BP 21111,
415 El Manheya, Alexandrie, Egypte

INTRODUCTION

Le lait est source de plusieurs risques alimentaires dus notamment au manque d'hygiène et aux fraudes. En Egypte, 64% du lait est vendu en vrac, exposé à toutes sortes de contamination mais reste prisé par la majorité des égyptiens qui continuent à le consommer malgré ses dangers.

L'objectif de cette étude était de comprendre les préférences et analyser les connaissances des égyptiens sur le lait et les produits laitiers afin d'en améliorer quantitativement et qualitativement leur consommation.

MÉTHODES

Une enquête alimentaire transversale à visée descriptive et analytique a été réalisée entre juillet et août 2014. La cible principale était les femmes de 18 ans et plus qui représentaient 85,3% des 150 personnes enquêtées.

RÉSULTATS

60,6% des participants avaient un diplôme universitaire. 75,3% habitaient en Basse-Egypte, 13,3% au Grand Caire, 10% en Haute-Egypte et 1,3% dans le Sinaï. La majorité des participants appartenait aux classes moyenne et moyenne supérieure.

La plupart des ménages utilisaient le lait conditionné comme boisson, soit seul, soit accompagné de lait en vrac (39,3% et 38% respectivement). Pour la cuisine,

le lait conditionné est préféré au lait en vrac (40,7% et 36% respectivement). Les enquêtés ont exprimé leurs craintes concernant l'utilisation des agents conservateurs, les fraudes et le manque d'hygiène. Les connaissances restaient confuses concernant l'efficacité de l'ébullition, les bénéfices nutritifs et l'addition de conservateurs aux deux types de lait. Les laits aromatisés sont rejetés par 60% des personnes interrogées, principalement celles âgées de plus de 45 ans. La campagne LMC (Loose Milk Conversion) n'a convaincu que le quart des enquêtés. Les participants ont montré leur manque de conviction et de confiance vis-à-vis des campagnes de sensibilisation qu'elles émanent du gouvernement ou des médias.

CONCLUSION

Il apparaît que le goût des consommateurs conditionne leur choix et qu'il est ainsi difficile d'éliminer la consommation du lait en vrac en Egypte. Une stratégie d'éducation nutritionnelle au niveau national accompagnée d'une campagne d'informations fiables sont indispensables pour réaliser les objectifs visés. Afin d'inciter la population à se tourner vers le lait conditionné, une démarche multisectorielle a été proposée, dont le plan opérera à différents niveaux, informationnel, juridique, social, économique et sensoriel de la société.

SESSION MÉDECINE TROPICALE

MOTS CLEFS

consommation de lait,
lait conditionné, lait en
vrac, comportements
alimentaires, éducation
nutritionnelle.

NOUVEAU-NÉ VOYAGEUR : CONSEILS AVANT UN DÉPART EN MILIEU TROPICAL

37

Mornand P., Grondin C., Rapp Ch., Imbert P.
mornandpierre@gmail.com

Service maternité-pédiatrie
HIA Bégin, 69 avenue de Paris
94160 Saint-Mandé

INTRODUCTION

L'augmentation constante du nombre de nouveau-nés voyageant vers des destinations tropicales (surtout expatriés ou voyageurs rendant visite à la famille ou à des amis), explique que les médecins soient de plus en plus confrontés à cette situation. Du fait de son immaturité physiologique (cutanée, respiratoire, neurologique et immunitaire), il faudra adapter au nouveau-né les mesures de prévention.

MÉTHODES

Revue de la littérature.

RÉSULTATS

Vis-à-vis des maladies à transmission vectorielle, la principale mesure sera la moustiquaire imprégnée d'insecticide. La chimioprophylaxie antipaludique sera discutée au cas par cas. Concernant les maladies évitables par la vaccination, seuls les vaccins BCG et hépatite B pourront être réalisés avant le départ si nécessaire. Le voyage en avion est possible chez le nouveau-né à terme après le 8e jour de vie, pour que les pathologies cardio-pulmonaires passées inaperçues à la naissance aient eu le temps d'être dépistées. Des mesures préventives concernant les troubles digestifs, l'exposition au soleil, le séjour en altitude feront également partie des conseils spécifiques à donner avant le départ.

SESSION MÉDECINE TROPICALE

MOTS CLEFS
conseils voyageurs,
nouveau nés,
vaccinations, France

CONCLUSION

Même si une bonne application des mesures de prévention permet de réduire les risques sanitaires, les parents doivent être sensibilisés au fait que voyager avec un nouveau-né reste déconseillé et qu'il est préférable, quand cela est possible, de différer leur voyage jusqu'à ce que les premières vaccinations aient été effectuées.

DÉPISTAGE DU DIABÈTE DE TYPE 2 AU PROFIT DE LA POPULATION SYRIENNE DU CAMP DE RÉFUGIÉS DE ZA'ATARI (JORDANIE) : ÉTUDE OBSERVATIONNELLE AUPRÈS DE 146 PATIENTS

SESSION
MÉDECINE
TROPICALE

38

Garcia C, Caré W., Leyral J., Bigot-Lauze S.
garcia.cyril@free.fr

Service d'endocrinologie
Hôpital d'Instruction des armées Bégin
69, avenue de Paris - 94163 Saint Mandé Cedex

MOTS CLEFS

diabète, camp de réfugiés, dépistage, obésité, Syrie

Le camp de réfugiés de Za'atari, situé au nord de la Jordanie, accueille depuis août 2012 les civils ayant fui en Jordanie pour échapper à la guerre civile syrienne.

L'objectif de ce travail, mené par l'équipe médicale du 6^{ème} mandat de l'opération Tamour, était de réaliser un dépistage du diabète au sein de la population syrienne adulte du camp de réfugiés.

Dans cette étude monocentrique en ouvert, un dépistage a été proposé à 116 sujets, parmi lesquels 17 (14,6%) cas de diabète ont été recensés. Dans ce groupe, les sujets étaient plus âgés et avaient un index de masse corporelle (IMC) moyen plus élevé que celui des non diabétiques, mais ces tendances n'atteignaient pas le seuil de significativité. Le tour de taille moyen des sujets dont le diabète était dépisté demeurait plus élevé que celui des sujets non diabétiques, un seuil de significativité étant obtenu pour les femmes uniquement (106,1±15,5 vs 92,5±15,9 cm, p<0,05). Enfin 55,5 % des hommes avaient un tour de taille ≥ 104 cm contre seulement 24,1 % chez les hommes non diabétiques. De même 87,5 % des femmes avaient un tour de taille ≥ 88 cm contre 60 % pour les femmes non diabétiques. Ces données ont été comparées à un groupe de 30 patients diabétiques connus, dont la durée d'évolution moyenne du diabète était de 6,7±5,4 ans. Les patients diabétiques connus étaient plus âgés que les non diabétiques

(62±8,2 vs 41,4±15,2 ans chez les hommes, p<0,0001 et 53±9,7 vs 37,2±12,5 ans chez les femmes, p<0,0001), et d'âges comparables aux diabétiques nouvellement dépistés. Leurs poids, IMC et tour de taille étaient plus élevés que chez les non diabétiques, le seuil de significativité étant atteint pour les femmes uniquement (poids 77,6±14,4 vs 68,6±14,1 kg, p<0,05; IMC 31,1±4,9 vs 27,3±5,7 kg/m², p<0,005 ; tour de taille 113,7±12,8 vs 92,5±15,9 cm, p<0,0001).

Ces données confirmaient l'excellente corrélation entre tour de taille et IMC d'une part, et leur relation avec le risque d'apparition du diabète d'autre part. L'importante prévalence du diabète et du surpoids dans un camp de réfugiés syriens était surprenante, mais confirmait les résultats d'études épidémiologiques menées sur la population syrienne.

ÉTAT DES TOILETTES DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT PRIMAIRE ET SECONDAIRE ET RISQUES SANITAIRES À LIBREVILLE : CAS DE LA CIRCONSCRIPTION SCOLAIRE DU CENTRE

SESSION
MÉDECINE
TROPICALE

39

Makita Ikouaya E.
makita.euloge@voila.fr

Université Omar Bongo
Département de Géographie,
BP 3350 Libreville Gabon,

MOTS CLEFS

toilettes, établissements scolaires, vulnérabilité, Libreville

INTRODUCTION

Ce travail est destiné à pointer du doigt un problème de la santé infantile à Libreville concernant l'exposition à des risques sanitaires extra-domiciliaires où les conditions d'hygiène des édifices publics comme les toilettes posent un véritable problème de santé publique. Autour de cette question de l'utilisation des toilettes publiques d'une circonscription scolaire de la capitale du Gabon, Libreville, ce travail s'interroge sur les déterminants de leur fréquentation et cherche ainsi à identifier les facteurs potentiellement susceptibles d'exposer les enfants au risque oro-fécal.

L'absence ou la mauvaise qualité des toilettes dans les établissements d'enseignement primaire et secondaire de Libreville exposent les élèves à des risques sanitaires. Insalubres pour la plupart, les toilettes utilisées peuvent contenir des germes pouvant engendrer des maladies infectieuses chez les élèves qui les utilisent. Par contre, ceux qui se retiennent d'éliminer dans ces toilettes courent le risque de souffrir de constipations, douleurs abdominales, douleurs mictionnelles et de fuites urinaires consécutives à la rétention des urines.

MÉTHODES

Le bassin pédagogique de la circonscription scolaire centre de Libreville est constitué de 82 écoles primaires et 9 écoles secondaires pour une population scolaire de 39 382 élèves. Compte tenu de la réticence de certains élèves à participer à l'enquête et du temps imparti,

nous n'avons interrogé que 320 élèves. Cet échantillon n'étant pas représentatif de la population d'élèves a permis néanmoins de faire le lien entre l'utilisation des toilettes par les élèves et la santé, sous l'angle de la vulnérabilité, en l'absence d'une démarche biomédicale.

RÉSULTATS

Au total, sur un échantillon de 320 élèves, 65,5% d'entre eux ne fréquentent pas les toilettes scolaires parce qu'elles sont jugées mal odorantes (31,3%), sales (58,4%), peu accueillantes (7,5%), sans intimité (17,5%). De plus, les élèves se plaignent de plusieurs maux, notamment, mal de ventre (56,3%), fuites urinaires (45,6%), diarrhées (61,6%), constipations (54,1%), infections urinaires basses (27,5%).

ANALYSE DE LA QUALITÉ DES DONNÉES DU SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE DE ROUTINE EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

SESSION MÉDECINE TROPICALE

40

Tshikamba E., Salumu Siyangoli S., Chanfreau B., Lahaye FM., Rapp Ch.
rappchristophe5@gmail.com

Université Senghor, Alexandrie, Egypte - HIA Bégin,
69 avenue de Paris, 94160 Saint-Mandé

MOTS CLEFS

Congo, données, épidémiologie, qualité, système d'information sanitaire

INTRODUCTION

La mise en place d'un système d'information sanitaire (SIS) de qualité dans les pays à revenus limités est une priorité de l'OMS. En Afrique de l'Ouest ou Centrale peu de pays disposent de capacités pour produire des statistiques de qualité susceptibles d'influencer les politiques de santé.

OBJECTIF

Evaluer la qualité du recueil et de l'analyse des données de surveillance épidémiologique en République Démocratique du Congo.

MÉTHODE

Etude transversale réalisée dans trois zones de santé de la province du Maniema. Les données de cette étude ont été collectées au niveau des bureaux centraux de la zone, des centres de Santé et de l'hôpital général de référence. La qualité des données et le système de gestion des données ont été évalués à partir des plans d'action opérationnels, des rapports mensuels d'activités et des outils de collecte en rapport avec les indicateurs de santé sélectionnés.

RÉSULTATS

La complétude des rapports était satisfaisante mais les délais étaient rarement respectés. L'exactitude des données des bureaux centraux des zones sanitaires était satisfaisante. Par comparaison les formations sanitaires produisaient des données de qualité très variable. L'évaluation du système de gestion des données montrait de nombreuses insuffisances sur le plan organisationnel et technique. On notait un manque d'informatisation du système de recueil et un déficit de formation des agents de collecte et d'analyse. La culture de l'évaluation était absente et la rétro-information rarement mise en place.

CONCLUSION

Le SIS de cette région sanitaire du Congo ne répond pas aux normes internationales de qualité des données. Parmi les mesures correctrices, l'informatisation du système de collecte et d'analyse, la formation des personnels et la mise en place d'un processus d'autoévaluation apparaissent prioritaires

SÉDATION-ANALGÉSIE AVANT PROCÉDURE DOULOUREUSE CHEZ L'ENFANT PAR ASSOCIATION. KÉTAMINE-PROPOFOL (KÉTOFOL) EN CAMP DE RÉFUGIÉS

SESSION MÉDECINE TROPICALE

41

Caré W., Garcia C., Mornand P., Muller V., Bigot-Lauze S., Py E., Leyral J.
weniko_care@hotmail.com

Centre médical des armées de Montlhéry BP 60068
91315 Montlhéry CEDEX

MOTS CLEFS

sédation avant procédure douloureuse, Kétofol, Kétamine, Propofol

OBJECTIF

Notre objectif était d'évaluer l'efficacité et la tolérance de l'association kétamine-propofol (kétofol) dans les sédations-analgésies avant procédure douloureuse (SAP) chez l'enfant.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une étude prospective en ouvert auprès d'enfants du camp de réfugiés syriens de Za'atari (Jordanie) a été réalisée pendant l'été 2013.

L'induction était réalisée par propofol (1 mg/kg) et kétamine (1 mg/kg). L'entretien était réalisé par propofol (4 mg/kg par heure). Des bolus de propofol et/ou de kétamine étaient réalisés si nécessaire.

RÉSULTATS

Dix SAP ont été réalisées auprès de huit enfants (six garçons et deux filles), âge moyen $4,5 \pm 3,4$ ans (extrêmes : 2-12). Il s'agissait majoritairement de brûlures thermiques (80 %) avec une surface corporelle atteinte toujours inférieure à 10 %. Les doses totales étaient de : $3,5 \pm 1,7$ mg/kg (extrêmes : 1,8-6,6) pour le propofol et de $1,4 \pm 0,9$ mg/kg (extrêmes : 1-3,9) pour la kétamine. Le geste indiqué a toujours pu être réalisé dans de bonnes conditions. La tolérance était satisfaisante, et les effets secondaires étaient ceux attendus (dépression respiratoire et cardiovasculaire). On ne relevait aucun événement grave. Le réveil était toujours calme et de bonne qualité.

CONCLUSION

Le kétofol a semblé être une association intéressante dans la prise en charge des enfants brûlés, mais nécessitait un investissement matériel et humain conséquent avec réquisition de deux médecins, rendant son utilisation possible en cas d'activité réglée uniquement.

SÉROPRÉVALENCE DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR TRANSFUSION CHEZ LES RECEVEURS AU TCHAD

SESSION
MÉDECINE
TROPICALE

42

Mdoume G., Mbanga D., Mesenge C.,
Mbaibarem D., Lahaye F.-M., Rapp C.
rappchristophe5@gmail.com

*HIA Bégin, 69 avenue de Paris,
94160 Saint-Mandé*

MOTS CLEFS

Hépatite B, hépatite C,
syphilis, transfusion, VIH

INTRODUCTION

Au Tchad, en raison d'un faible taux de dépistage volontaire, la séroprévalence des infections transmissibles par transfusion (HIV, HBV, HCV, syphilis) chez les patients hospitalisés est inconnue. Cette situation fait peser un risque nosocomial majeur dans les établissements sanitaires.

OBJECTIF :

Evaluer la séroprévalence des infections, VIH, VHB, VHB et syphilis chez les patients nécessitant une transfusion sanguine.

MÉTHODES

Etude prospective réalisée au CNTS de N'Djamena sur les échantillons de receveurs provenant des établissements sanitaires de la capitale pendant 3 mois. La sélection des patients était réalisée à l'aide d'un questionnaire standardisé. Les patients admis dans les services de maladies infectieuses ont été exclus. Les données relatives à l'âge, le sexe, la profession, le statut matrimonial, le motif de la transfusion ainsi que les résultats des sérologies VIH, VHB, VHB et syphilis ont été recueillies.

RÉSULTATS

Trois cent deux échantillons (H 76, F 226) ont été analysés. La séroprévalence globale de l'infection à VIH était de 9,6%, trois fois supérieure à celle des donneurs volontaires. Elle était superposable à la prévalence nationale dans la tranche d'âge 16-35 ans. Il n'y avait pas de différence selon le sexe ou le statut socio-économique des patients. La séroprévalence du VHB était de 6,6 % comparable à celle de la population générale. Chez les patients âgés de plus de 65 ans, elle était de 33 %. La séroprévalence de la co-infection VIH-VHB était de 1 %. La séroprévalence du VHC était de 3,6 %, comparable aux données nationales. La présence d'anticorps dirigés contre la syphilis était de 4 % proche des données nationales. Au total, un patient sur cinq était porteur d'une des trois infections VIH, VHB ou VHC.

CONCLUSION

Dans cette étude, la séroprévalence des infections transmissibles par transfusion est très élevée. Ce résultat, alarmant, justifie un renforcement de la prévention des accidents d'exposition au sang dans les établissements de santé et des actions en faveur du dépistage volontaire en population générale.





RESPONSABILITÉ
SOCIALE DE
L'ENTREPRISE

ACCÈS AU MÉDICAMENT

Des solutions durables pour les patients les plus démunis

Améliorer l'accès à la santé dans les pays les plus défavorisés : telle est la mission du département Accès au Médicament de Sanofi. Celui-ci développe des modèles innovants, en coopération avec les acteurs de santé locaux, permettant de fournir, de façon durable, des soins de qualité et des médicaments à prix préférentiels aux patients les plus démunis. Son intervention porte sur les maladies dans lesquelles Sanofi a une expertise reconnue : le paludisme, la tuberculose, les maladies tropicales négligées, la santé mentale et l'épilepsie.



ACTUALITÉS DU PHARO 2016

Urgences et crises sanitaires dans les pays en développement : de la préparation à la réponse

design : www.fiftyfiftybv.com



ACTUALITÉS DU PHARO 2015

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Miloud BELKAID – Yves BUISSON – Jean DELMONT
Jean-François ETARD – Patrick IMBERT
Christophe LONGUET – Denis MALVY – René MIGLIANI
Jean-Marie MILLELIRI – Philippe PAROLA – Renaud PIARROUX
Eric PICHARD – Bruno PRADINES – Christophe RAPP
Jean-Loup REY – Pierre SALIOU – André TCHOUATIEU

COMITÉ D'ORGANISATION

Anne-Marie di LANDRO-GILLET – Jean-Marie MILLELIRI
Jean-Loup REY – Pierre SALIOU

www.gispe.org

Siège social : 82 bd Tellène - 13007 Marseille

Le GISPE remercie tous les partenaires qui se sont associés à la réussite de ces journées ; que ceux dont le logo ne serait pas présent, nous en excuse.

