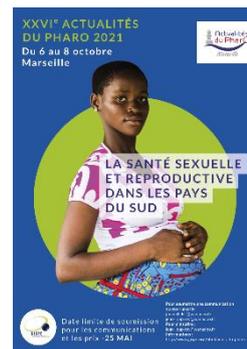


Actualités du Pharo 2021

Session 6 – Santé sexuelle et reproductive Communications libres



Président de session – **Patrick IMBERT**

Praticien certifié des hôpitaux des armées, pédiatre, Patrick Imbert a exercé alternativement en métropole, notamment dans les services de maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital d'instruction des armées Laveran à Marseille et de l'HIA Bégin à Saint-Mandé, puis en pédiatrie à l'HIA Bégin, et outremer dans le service de pédiatrie de l'Hôpital Principal de Dakar, d'abord comme adjoint (1983 - 1985) puis comme chef de service (1994 - 1998), au titre de la Coopération française. C'est au Sénégal qu'il a acquis une expertise en pédiatrie tropicale, en particulier dans le paludisme de l'enfant auquel il a consacré de nombreuses recherches. Depuis, il enseigne la pédiatrie tropicale en faculté de médecine, à l'Institut de médecine tropicale du service de santé Le Pharo puis à l'École du Val de Grâce. Membre du Groupe de pédiatrie tropicale de la société française de pédiatrie, de la Société de médecine des voyages et de la Société francophone de médecine tropicale et santé internationales, il a participé à de nombreuses activités en pédiatrie tropicale et des voyages dans le cadre d'expertises, de conférences de consensus, de recherches, de rédaction d'articles scientifiques, de comités de lecture et de conseils scientifiques. Il conduit depuis 2003 des missions pédiatriques de soutien, d'enseignement et de recherche en infectiologie et en néonatalogie à Madagascar.

Vendredi 8 octobre – 10h40-10h50

La diphtérie : une maladie qui sévit encore à Mayotte en 2021

Marion Subiros, A. Ahmed, M. Jean, P. Durasnel, L. Fonteneau, T. Benoit-Cattin, Edgar Badell
Santé publique France - Direction des Régions, Cellule Mayotte - Mamoudzou, France
marion.subiros@santepubliquefrance.fr

Mots-clés : diphtérie, Mayotte, épidémiologie, risque réémergence

Grâce à une couverture vaccinale (CV) très élevée, la diphtérie due à *C. diphtheriae* a disparu en France métropolitaine. La quasi-totalité des cas déclarés depuis 20 ans sur l'ensemble du territoire sont des cas importés de pays où sévissent des épidémies. Depuis une dizaine d'année, la moitié des cas de diphtérie à *C. diphtheriae* déclarés sont localisés à Mayotte.

La surveillance épidémiologique de la diphtérie à Mayotte repose sur le dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire. Les signalements sont effectués par les cliniciens et biologistes de l'île, les cas déclarés sont les cas dus à des souches porteuses du gène tox. Des investigations sont menées systématiquement autour de chaque cas confirmé afin de détecter l'origine de la contamination, d'identifier l'ensemble des contacts et de mettre en œuvre les mesures de gestion (vérification des statuts vaccinaux, traitements prophylactiques). Le contexte local rend complexe le suivi des patients, souvent perdus de vue avant enquête. Depuis 2012, en lien avec l'identification régulière de cas sur le territoire, le laboratoire du CH de Mayotte dispose d'une procédure de diagnostic rapide de portage de *C. diphtheriae* et mise en évidence du gène tox.

Habituellement, 0 à 2 cas dus à des isolats porteurs du gène tox (tox+) sont signalés chaque année à Mayotte. Entre 2012 et 2019, la majorité des 16 cas confirmés à Mayotte était des cas de diphtérie cutanée dont la moitié importée des Comores.

La situation a évolué au cours de l'année 2019 avec six cas de diphtérie signalés dont cinq formes cutanées. Il s'agissait de 4 enfants (6 mois à 4 ans) et une femme de 40 ans. Un des cas était importé d'Anjouan (Comores). Les investigations n'ont pu être réalisées qu'auprès de trois cas, révélant chaque

fois, une dizaine de contacts et des statuts vaccinaux incertains. Aussi, un cas de diphtérie ORL a été déclaré chez un enseignant qui n'avait jamais bénéficié d'une vaccination. Pour ce cas, 175 sujets contacts ont été identifiés. L'enquête a montré une CV insuffisante dans la population des contacts, notamment chez les collègues du cas.

Les données de l'année 2020 ont continué de montrer une situation préoccupante. Quatre cas de diphtérie cutanée tox+ ont été diagnostiqués chez 3 adultes de 45, 58 et 63 ans dont les statuts vaccinaux étaient inconnus et chez un enfant de 11 ans a priori à jour de ses vaccinations.

Enfin, au cours du premier semestre 2021, deux nouveaux cas ont été déclarés : un cas de diphtérie cutanée tox+ chez un enfant de 7 ans, a priori à jour de ses vaccinations et un cas de diphtérie ORL tox+, survenu en avril 2021 chez un enfant de 4 mois, n'ayant reçu aucun vaccin du nourrisson. L'enfant est décédé d'un choc toxique.

A Mayotte, les données de CV sont anciennes (InVS 2010). En 2021, sortiront les résultats de l'enquête de CV menée en population générale en 2019. En attendant, quelques études ciblées sur des populations spécifiques (enfants de moins de 6 ans, professionnels de santé) ont mis en évidence des niveaux de CV largement insuffisants pour assurer une immunité collective protectrice dans la population. Cette situation expose le territoire à l'apparition de nouveaux cas de diphtérie ainsi que d'autres maladies à prévention vaccinale telles que la coqueluche ou la rougeole. Ce risque est d'autant plus à craindre que les pays de la zone d'échange de Mayotte montrent une incidence non négligeable de ces maladies potentiellement mortelles.

Ces données confirment la place de la vaccination au cœur des enjeux de santé publique à Mayotte en 2021. Les interventions destinées à élever la CV de la population de Mayotte doivent être renforcées avec une attention portée aux populations vulnérables et/ou éloignées du recours aux soins.

Vendredi 8 octobre – 10h50-11h00

Prévention de l'infection par la Covid19 chez les personnes atteintes de diabète au Mali et au Burkina Faso

Stéphane Besançon

ONG Santé Diabète – Hippodrome rue 254 porte 69 – BP 2736 – Bamako, Mali

stephane.besancon@santediabete.org

Mots-clés : Covid-19, diabète, comorbidités, Mali, Burkina Faso, Afrique

Les informations scientifiques disponibles le montrent : le diabète n'augmente pas les risques d'infection par le COVID-19. En revanche, elles montrent que les personnes atteintes de diabète dont la prise en charge de la maladie n'est pas optimale sont à risque de développer des formes plus graves du COVID-19. En Afrique, cette inquiétude est renforcée pour les personnes atteintes de diabète car elles présentent des diabètes souvent moins bien équilibrés, ainsi que d'autres comorbidités associées comme l'obésité ou encore l'hypertension artérielle. Dans le but de prévenir l'infection par le COVID-19 et les complications liées au diabète, Santé Diabète a mis en place au Burkina Faso et au Mali un programme spécifique de prévention COVID-19 / Diabète et de suivi des patients. Ce programme s'est décliné en trois axes stratégiques :

1. Mise en place de campagnes de prévention à destination des personnes « à risque ».

Santé Diabète a mis en place au Burkina Faso et au Mali un programme de suivi spécifique des personnes atteintes de diabète. Ce programme de prévention, entièrement gratuit pour les personnes, s'articule autour de plusieurs axes : l'accès à l'information pour plus de 2500 personnes atteintes de diabète, à travers une campagne de SMS ciblant spécifiquement ces patients. En parallèle, une campagne de prévention dans les médias a eu pour but de toucher un plus grand nombre de patients.

2. Mise en place de télé-consultation à destination des personnes « à risque ».

Ensuite, un programme de « télé-consultation » a été mis à disposition des personnes atteintes de diabète qui le souhaitent à travers des plateformes d'échanges *whatsapp* avec des médecins spécialistes diabétologues ou endocrinologues. Le but était de réaliser des téléconsultations

permettant d'accentuer la prévention, de mieux suivre l'évolution de la maladie chronique, tout en évitant de se déplacer dans les structures de santé si le besoin n'est pas urgent.

3. Dotation des patients et sécurisation de l'approvisionnement en insuline pour éviter toute rupture.

En parallèle, Santé Diabète a mis en place, dans le cadre d'un partenariat avec Médecins sans frontière (MSF), des dons de masques pour tous les patients atteints de diabète. Enfin, main dans la main avec les autorités sanitaires burkinabés et maliennes, Santé Diabète a travaillé à s'assurer que l'approvisionnement en insuline était sécurisé au moment où la majorité des pays du monde connaissait un lock down.

Vendredi 8 octobre – 11h00-11h10

Complications chroniques du diabète de type 1 chez l'enfant à Dakar

Modou Gueye, Amadou Sow, Djibril Boiro

modougueye2009@yahoo.fr

C1-2-11 cités des enseignants du supérieur, Mermoz – Dakar, Sénégal

Mots-clés : diabète type 1, enfant, complications chroniques

Introduction : Les complications chroniques du diabète de type 1 sont rares chez l'enfant. L'objectif de ce travail est de déterminer leur prévalence en milieu pédiatrique et les facteurs qui leurs sont associés.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude prospective, menée dans deux services de référence dans la prise en charge du diabète de l'enfant au CHU de Dakar. Nous avons inclus tous les patients diabétiques de type 1 et dont l'âge était inférieur à 20 ans selon les recommandations de l'ISPAD 2009.

Résultats : Sur les 67 patients de notre cohorte, 46 seulement répondaient aux critères d'inclusion. Il y avait 19 garçons et 27 des filles. L'âge moyen était de 11,6 ans +/- 4,3 ans L'âge moyen de découverte était de 8,7 ans +/- 3,8 ans. La durée moyenne d'évolution était de 34 mois. Près de la moitié des patients avaient une hémoglobine glyquée moyenne supérieure à 9%. Le retard de croissance était sévère dans 17% et modéré dans 11% des cas. Cinq patients (20%) ont présenté une microalbuminurie significative et 5 (20%) avaient une rétinopathie dont 3 avec un œdème maculaire et les 2 autres avec des microhémorragies diffuses.

L'analyse multivariée des différents paramètres étudiés montrait que la rétinopathie était associée aux valeurs élevées de l'HbA1c ($p=0,043$) et à la mauvaise observance thérapeutique ($p=0,021$). Quant à la néphropathie, elle était seulement associée à la mauvaise observance thérapeutique avec $p=0,0025$.

Conclusion : Les complications chroniques du DT1 ne sont pas rares surtout dans nos régions où la prise en charge n'est pas optimale. Nous suggérons de les dépister plutôt vers 10-11 ans quelle que soit la durée d'évolution du diabète.

Vendredi 8 octobre – 11h10-11h20

De la nécessité d'aborder les inégalités de santé pédiatriques en Guyane

Lindsay Osei, OSEI, Célia Basurko, Mathieu Nacher, Nicolas Vignier, Narcisse Elenga

Centre Hospitalier de Cayenne - Service de Pédiatrie - Avenue des Flamboyants – Cayenne, France lindsay.osei@gmail.com

Mots-clés : Guyane, pédiatrie, inégalités sociales de santé

Introduction : La Guyane est une région française d'Outre-Mer située en Amérique du Sud, frontalière du Brésil et du Suriname, et qui fait face à des inégalités socio-économiques marquées. Plusieurs études ont montré que les adultes les plus précaires de ce territoire étaient plus sujets aux maladies, tant aiguës que chroniques. Les femmes enceintes sont également plus susceptibles d'être sujettes à

des complications obstétricales et les naissances prématurées sont une préoccupation majeure dans cette région. Si pour les adultes, les femmes enceintes et les nouveau-nés, l'impact des inégalités sociales de santé sont identifiées, les conséquences de ces inégalités sociales de santé chez les enfants et les adolescents vivant en Guyane ont été peu décrites. De plus, les crises économiques successives accentuent cette situation déjà préoccupante, notamment avec la pandémie de COVID-19.

Un état des lieux des données disponibles a été réalisé pour mieux appréhender la question des inégalités sociales pédiatriques en Guyane.

Méthode : Une revue narrative des données disponibles a été effectuée en utilisant les moteurs de recherches traditionnels et en sollicitant les acteurs de référence de Guyane.

Résultats : Certains indicateurs de santé pédiatriques sont moins bons que ceux retrouvés en France hexagonale. Cette région concentre un fort taux de malformations congénitales et anomalies chromosomiques avec pour conséquence un taux de mortalité infantile qui est le triple de ce qui est rapporté en France hexagonale. Les maladies infectieuses sont également d'intérêt notable, avec une couverture vaccinale insuffisante pour ce territoire ; de plus celles-ci représentent la première cause de décès des enfants de moins de 15 ans, avec notamment des méningites dues à des agents pathogènes pour lesquels des vaccins existent et sont recommandés dans le calendrier vaccinal français. L'accès à l'eau et à l'alimentation est problématique pour une partie de la population avec des épidémies rapportées dans certaines zones avec un accès à l'eau potable difficile. Des cas de saturnisme sont également rapportés, principalement dans des zones géographiques précaires.

Cette présentation se propose d'aborder ce sujet émergent des inégalités sociales de santé en Guyane et de présenter des axes d'amélioration de cette situation.

Vendredi 8 octobre – 11h20-11h30

Deux technologies simples et faciles à mettre en œuvre pour réaliser des formes pédiatriques de médicaments à partir de comprimés ou de gélules aux dosages adulte.

Thierry Breul, Laurène Blanc, Nadia Kasmi

Institut Nord Sud de Coopération Biopharmaceutique (INSCB), Res les Marines, Apt 146, Impasse des plaisanciers - 34110 Frontignan, France

breul@inscb.org

Mots-clés : formes pédiatriques, formulation galénique, médecine tropicale.

Ce travail présente 2 technologies simples et faciles à mettre en œuvre pour réaliser des formes galéniques de médicaments à des dosages pédiatriques à partir de comprimés broyés ou de gélules aux dosages adulte. Ces technologies sont particulièrement adaptées aux conditions tropicales où les formes pédiatriques sont parfois manquantes.

La première technologie présentée est une technologie d'injection moulage. Elle consiste au broyage de comprimés aux dosages adulte, puis au mélange et à l'homogénéisation du broyat obtenu à chaud avec une solution à base de sorbitol fondu dans une seringue graduée. Après refroidissement du mélange obtenu dans la seringue, on procède à l'injection moulage du mélange dans des moules en silicone. En fonction des dosages désirés on peut par exemple remplir 16 moules qui chacun contiennent 1/16 de la dose adulte. Après refroidissement des moules, la solution du mélange injectée et moulée forme des pastilles d'environ 1 gramme, qui sont soit directement administrables à l'enfant, soit à dissoudre dans un verre d'eau.

La deuxième technologie est une technologie d'extrusion à froid. Elle consiste aussi à mélanger les comprimés broyés ou le contenu des gélules aux dosages adulte avec une suspension de farine et d'eau, à homogénéiser le mélange à chaud dans une seringue, à laisser refroidir le mélange, puis à placer la seringue dans un presse seringue automatique de façon à extruder le mélange pour obtenir un jonc (ou spaghetti) régulier. A partir du jonc (ou spaghetti) obtenu, on peut le couper à une longueur prédéfinie de façon à obtenir une forme galénique au dosage désiré. Le jonc découpé peut-être administré directement à l'enfant.

Ces 2 technologies d'injection moulage et d'extrusion à froid sont simples et rapides à mettre en œuvre, elles ne nécessitent pas de matériels sophistiqués ou onéreux, et s'adaptent à tous types de

médicaments. Elles permettent d'obtenir des formes galéniques pédiatriques à des dosages très précis qui sont des fractions des dosages des médicaments adulte.
Les formes obtenues sont stables et directement administrables aux enfants.

Vendredi 8 octobre – 11h30-11h40

La fabrique d'un label autour d'une dénomination : phyto-médicament vs médicament traditionnel amélioré (MTA)

Adèle Poukom Yameogo, Eugénie D'Alessandro, André Kamba Soubeiga
Département de Sociologie, Université Joseph Ki-Zerbo – Ouagadougou, Burkina Faso
padyameogo@yahoo.fr

Mots-clés : phyto-médicaments, MTA, médecine traditionnelle, Burkina Faso

En prenant pour objet d'étude une enquête sociologique sur les médicaments issus de la médecine traditionnelle africaine, cette communication questionne les enjeux qui émergent autour de la fabrique d'un label pour la dénomination « phyto-médicament » contrairement à celle de « médicament traditionnel amélioré » (MTA) par des « hommes de sciences » – producteurs de médicaments à base de plantes au Burkina Faso. La préférence pour l'appellation « phyto-médicament » par ces derniers décline leurs perceptions ainsi que les contours qu'ils délimitent pour chaque appellation. Dans certains référentiels thérapeutiques comme la liste nationale des médicaments essentiels et autres produits de santé, c'est le vocable « médicament traditionnel amélioré » qui est usité. Pourquoi cette qualification apparaît comme problématique pour certains acteurs ? « Médicament traditionnel amélioré » est un nom générique introduit par l'OMS, qui, aujourd'hui, l'a substitué à médicament issu de la médecine et pharmacopée traditionnelles. A partir du sens attribué à un nom de médicament, c'est tout un corpus de pratiques d'acteurs - producteurs et prescripteurs - qui peuvent émerger. La dénomination, en elle-même renvoie à une dimension certes abstraite mais aussi symbolique. L'entrée par la dénomination réintroduit à nouveau la question de la légitimité de la médecine traditionnelle. Dans le contexte africain, les médicaments issus de la médecine traditionnelle, même après avoir subi des transformations et acquis une autorisation de mise sur le marché, gardent l'étiquette « traditionnel » dans leur caractérisation. Ce constat renvoie à l'image toujours véhiculée sur cette médecine, décrite comme une médecine empirique. Contrairement à la médecine chinoise ou la médecine ayurvédique, qui, elles sont présentées comme des médecines savantes ; on fait moins référence au terme « traditionnel » pour caractériser la médecine et les médicaments issus de ces contrées. Cette communication propose d'analyser comment des logiques d'acteurs autour de la dénomination d'une catégorie de médicaments structurent des pratiques et mettent en lumière plusieurs enjeux.