

XX^e ACTUALITÉS DU PHARO 2014

LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES EN ZONE TROPICALE

Hôpital La
Timone
Marseille

Jeudi 11
vendredi 12
septembre
2014





SOMMAIRE

▶ **EDITO** *p. 4*

▶ **DÉROULÉ** *p.6*

▶ **BIOGRAPHIES CONFÉRENCIERS INVITÉES** *p.10*

▶ **CONFÉRENCES INVITÉES** *p.16*

▶ **COMMUNICATIONS ORALES**

les maladies non transmissibles en milieu tropical *p.28*

les maladies transmissibles en milieu tropical *p.46*

▶ **COMMUNICATIONS AFFICHÉES** *p.57*

EDITO



Depuis maintenant trois ans, le Groupe d'intervention en santé publique et en épidémiologie, le GISPE, a pris le relais de l'organisation des Actualités du Pharo, seul congrès en France traitant de la médecine et de la santé publique tropicales. Cette réunion, créée en 1994, par l'École du Pharo, Institut de médecine tropicale du Service de santé des armées désormais fermé, est une occasion unique de rassembler à Marseille les acteurs de santé intervenant au Sud ou pour le Sud.

La 20^{ème} édition de 2014 aborde – selon la règle immuable du thème central de ces journées – *les maladies non transmissibles en zone tropicale*. En 2012, le paludisme était au centre des débats des congressistes tandis que l'an dernier les participants avaient discuté sur les maladies tropicales négligées. A chacune de ces rencontres, les échanges ont été fructueux donnant corps à des partages de savoirs et à des ouvertures vers de nouvelles collaborations ou voies d'actions.

Le thème de 2014 traite d'un sujet, *les maladies non transmissibles*, au cœur des préoccupations des politiques de santé, au-delà des trois pandémies, sida – tuberculose – paludisme, qui concentrent parfois trop les énergies et les financements. En effet, ces maladies dites aussi chroniques représentent la première cause de mortalité dans le monde et les populations des pays de la zone tropicale, avec une transition épidémiologique marquée, sont particulièrement touchées. A côté des maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires chroniques, le diabète ou les cancers en sont les grandes causes pourvoyeuses.

Il convient de remercier les membres du comité scientifique d'avoir su rassembler des conférenciers de haut niveau pour lancer des débats que nous espérons fructueux, et de proposer aux participants un programme riche mais équilibré alliant communications libres, session de posters, symposium et conférences invitées.

Le GISPE vous souhaite donc deux belles journées marseillaises et remercie les partenaires publics, privés et associatifs de s'être engagés pour la réussite de cette rencontre scientifique.

D'ores et déjà, nous sommes en mesure de vous annoncer le thème des Actualités du Pharo 2015, qui traiteront en septembre pour la 21^{ème} édition des maladies évitables par la vaccination en milieu tropical.

Pour l'heure, excellentes Actualités du Pharo 2014 !

Pr. Pierre Saliou
Président du GISPE

▶ LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES EN ZONE TROPICALE

JEUDI 11 SEPTEMBRE

8h30-9h30	Accueil - inscriptions	GISPE
9h30-9h40	Allocutions d'ouverture	Directrice La Timone Pierre Saliou <i>psaliou@pasteur.fr</i>
9h40-9h50	Hommage au Pr. P. Ambroise-Thomas	Pierre Saliou
9h50-10h00	Des maladies transmissibles vers les maladies non transmissibles en milieu tropical, mythe ou réalité ?	Robert Sebbag

CONFÉRENCE HISTORIQUE

10h00-10h30	L'œuvre sanitaire des frères Sergent et de l'Institut Pasteur d'Algérie	Jean-Pierre Dedet <i>parasito@univ-montp1.fr</i>
10h30-11h00	Pause et visite de stands	

CONFÉRENCES INVITÉES – LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES EN MILIEU TROPICAL

11h00-11h30	1 ^{ère} conférence inaugurale La transition épidémiologique	Gérard Salem <i>salem.gerard@gmail.com</i>
11h30-11h50	Transition nutritionnelle au Sud : comment limiter l'effet double fardeau ?	Yves Martin-Prevel <i>yves.martin-prevel@ird.fr</i>
11h50-12h10	Facteurs de risque des maladies non transmissibles : le cas du diabète	Dismand Houinato <i>dshouinato@gmail.com</i>
12h10-12h30	La drépanocytose en 2014 : une maladie en pleine mutation	Mariane de Montalambert <i>mariane.demontal@nck.aphp.fr</i>
12h30-12h50	Risques biologiques et risques non biologiques : complexité des déterminants du cancer en Afrique	Adama Ly <i>adamaly@gmail.com</i>

12h50-14h00 Pause déjeuner

CONFÉRENCES INVITÉES – LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES EN MILIEU TROPICAL

14h00-14h20	Améliorer l'accès aux soins de santé mentale dans les pays en développement : quel rôle pour l'Industrie Pharmaceutique ?	Daniel Gérard <i>daniel.gerard@sanofi.com</i>
14h20-14h40	Importance et place des envenimations (serpents-scorpions)	Jean-Philippe Chippaux <i>jean-philippe.chippaux@ird.fr</i>

<http://www.gispe.org/html/actus2014.html>

SÉANCES PLÉNIÈRES – LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES EN MILIEU TROPICAL (I)

14h40-14h50	Le fardeau économique des maladies non transmissibles dans les pays à faible revenu	Martine Audibert <i>martine.audibert@udamail.fr</i>
14h50-15h00	Le noma ou le visage de la pauvreté extrême	Philippe Rathle <i>philippe.rathle@windsofhope.org</i>
15h00-15h10	Détection et prise en charge des stades précoces du noma : Bilan de 18 mois d'expérience dans les programmes de malnutrition de MSF au Niger	Eric Comte <i>eric.comte@geneva.msf.org</i>
15h10-15h20	Estimation du risque cardiovasculaire chez les militaires sénégalais	Abdel Aziz Ndiaye <i>ndiaziz2000@yahoo.fr</i>
15h20-15h30	Profil épidémiologique, étiologique et évolutif de la fibrose pulmonaire au Sénégal: A propos de 59 cas	Abdourahmane Niang <i>niang.abdou@gmail.com</i>
15h30-15h40	Prévalence et facteurs associés à l'hypertension artérielle chez les personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine à Bobo Dioulasso; Burkina Faso, 2013	Firmin Kabore <i>nongodo@yahoo.fr</i>
15h40-15h50	Prévalence de la maladie rénale chronique chez les populations urbaines et rurales de Saint-Louis	Sidi Mohamed Seck <i>sidi-mohamed.seck@ugb.edu.sn</i>
15h50-16h00	Un panorama de la télédermatologie sous les tropiques	Sophie Delaigue <i>delaiguesophie@yahoo.fr</i>
16h00-16h30	Pause café – visite stands	

SYMPOSIUM [BEST OF MÉDECINE TROPICALE – SANTÉ INTERNATIONALE]

16h30-16h45	Eric Pichard <i>erpichard@chu-angers.fr</i>	Médicaments et vaccins des infections tropicales
16h45-17h00	Jean Delmont <i>jean.delmont@yahoo.fr</i>	Diarrhées et maladies du péril fécal
17h00-17h15	Christophe Rapp <i>rappchristophe5@gmail.com</i>	Les grandes endémies
17h15-17h30	Olivier Bouchaud <i>olivier.bouchaud@avc.aphp.fr</i>	Maladies tropicales négligées
17h30-17h45		Questions

8h15-8h45	Accueil des congressistes	
SÉANCES PLÉNIÈRES – LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES EN MILIEU TROPICAL		
8h45-9h15	2 ^{ème} conférence inaugurale Les maladies cardiovasculaires en Afrique subsaharienne : évolution et situation actuelle	Edmond Bertrand <i>edmond.bertrand@orange.fr</i>
9h15-9h35	Les maladies respiratoires non transmissibles en zone tropicale	Pierre L'Her <i>plher@hotmail.com</i>
9h35-9h55	Une violence de guerre pas comme les autres	Jean-Hervé Bradol <i>jean-herve.bradol@paris.msf.org</i>
FLASHS D'ACTUALITÉS		
9h55-10h15	L'épidémie à virus Ebola en Guinée Paludisme : une avancée	Eric Bertherat Bruno Pradines
10h15-10h50	Pause café – visite stands	
COMMUNICATIONS ORALES – LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES EN MILIEU TROPICAL (II)		
10h50-11h00	Tuberculose et diabète : deux épidémies dangereusement convergentes	Corine Merle <i>corinne.merle@lshtm.ac.uk</i>
11h00-11h10	Médecine de campagne et prise en charge des pathologies chroniques	Karamoko Nimaga <i>nimagak@yahoo.fr</i>
11h10-11h20	Formation des médecins généralistes communautaires à la prise en charge de l'épilepsie en zone rurale : Mali, Madagascar, Bénin	Pierre Genton <i>piergen@aol.com</i>
11h20-11h30	Attitudes, connaissances et sensibilisation vis-à-vis du cancer du col de l'utérus : enquête auprès des femmes Lao fréquentant ou non un centre de traitement du VIH	Chanvilay Sichanh <i>yvesbuisson@hotmail.com</i>
11h30-12h00	Les cancers bronchiques primitifs au Sénégal: difficultés de la prise en charge en milieu hospitalier africain	Abdourahmane Niang <i>niang.abdou@gmail.com</i>
12h00-12h10	Enjeux et stratégies pour une lutte efficace contre la drépanocytose en Afrique sub-saharienne	Dapa Diallo <i>dadiallo@icermali.org</i>
12h10-12h20	Quelle stratégie efficiente de dépistage néonatal de la drépanocytose dans un pays où l'hémoglobine S coexiste avec d'autres variants hémoglobiniques ? Cas du Mali	Aldiouma Guindo <i>aldguindo@icermali.org</i>
12h20-12h30	Les maladies non transmissibles dans les îles du sud-ouest de l'Océan indien	Pierre Aubry <i>aubry.pierre@wanadoo.fr</i>
12h30-13h00	Questions	

13h00-14h20	Pause déjeuner	
REMISE DES PRIX		
14h20-14h30	Prix du Poster (Université Senghor - Alexandrie)	
14h30-14h40	Prix de thèse francophone (Sanofi)	
14h40-14h50	Prix de thèse française (Société Pathologie Exotique)	
14h50-15h00	Prix de travail de terrain (Sanofi)	
COMMUNICATIONS ORALES – MÉDECINE TROPICALE ET D'IMPORTATION		
15h00-15h10	Solidarité Santé Navale : un nouvel acteur de la solidarité internationale	Jean-Claude Cuisinier-Raynal <i>solidaritesantenavale@gmail.com</i>
15h10-15h20	Anthropologie d'un geste technique. L'hygiène hospitalière dans un hôpital Ouest Africain	Eugénie d'Alessandro <i>eugenie.d-alessandro@univ-amu.fr</i>
15h20-15h30	Pauvreté, environnement et prévalence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans de la région du Sud-ouest Cameroun	Harcel Nana Tomen <i>nanatomen@yahoo.fr</i>
15h30-15h40	Paludisme d'importation au Maroc : Aspects épidémiocliniques et évolutifs	Garan Dabo <i>garandabo@yahoo.fr</i>
15h40-15h50	Hétérogénéité des marqueurs moléculaires de résistance de Leishmania aux antimonies en France et au Maghreb	Fakhri Jeddi <i>fjeddi2@yahoo.fr</i>
15h50-16h00	Questions	
16h00-16h30	Pause café – visite stands	
16h30-16h40	Prise en charge spécialisée de manifestations rhumatismales chroniques post-chikungunya : Étude rétrospective de 159 cas, Saint-Denis de la Réunion, 2006-2012	Emilie Javelle <i>emilie.javelle@gmail.com</i>
16h40-16h50	Etude PREV-DEN PF, étude sur la séroprévalence de la dengue en Polynésie Française	Mickaël Huart <i>mikoli@hotmail.fr</i>
16h50-17h00	Antibiothérapie et leptospirose : expérience d'un service des maladies infectieuses	Malika Afiri <i>drafiri@yahoo.fr</i>
17h10-17h20	Analyse épidémiologique et moléculaire du choléra en République Démocratique du Congo : exemple de l'épidémie de 2011	Sandra Moore <i>sandy.moore17@gmail.com</i>
17h30-17h40	Risques sanitaires pour les militaires en opération en zone tropicale. Exemple de l'Opération Serval au Mali	Rémy Michel <i>r.michel4@wanadoo.fr</i>
17h40-17h50	Questions	
CLÔTURE		
17h50-18h00	Remerciements Annonce Actus 2015	Pierre Saliou <i>psaliou@pasteur.fr</i>

BIOGRAPHIES CONFÉRENCIERS INVITÉS



Jean-Pierre DEDET

Jean-Pierre DeDET est médecin et microbiologiste (docteur en Médecine et en Sciences, 3^{ème} cycle), Actuellement professeur émérite à la Faculté de Médecine (Université Montpellier 1), et membre titulaire de l'Académie des Sciences d'outre-mer (Paris).

Ancien chef de service à l'Institut Pasteur, ancien professeur de Parasitologie à la Faculté de Médecine et praticien hospitalier au CHU de Montpellier, et ex-directeur du Centre National de Référence des leishmanioses.

Spécialiste des leishmanioses il a publié plus de 330 articles scientifiques, principalement dans des revues internationales de langue anglaise.

Il est en outre auteur de six ouvrages sur divers aspects de l'histoire de la microbiologie, des maladies infectieuses et de la médecine.



Florence FOURNET

Florence Fournet, entomologiste médicale, est membre de l'UMR *Maladies infectieuses et vecteurs : écologie, génétique, évolution et contrôle* (MIVEGEC) qui associe l'IRD, le CNRS et les universités de Montpellier I et II. Elle est basée à l'Institut de Recherche en Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. Elle possède une vaste expérience dans l'étude de la relation entre santé et environnement, particulièrement en ville, en Afrique, avec 6 ans d'expérience en Côte-d'Ivoire et 10 ans au Burkina Faso. Elle a également travaillé en Asie du Sud (Laos). Elle a une expérience dans les enquêtes de santé en population, mettant l'accent sur les maladies à transmission vectorielle comme la maladie du sommeil, le paludisme ou la dengue, mais aussi sur les maladies non transmissibles comme l'hypertension ou le diabète. Elle collabore étroitement avec le laboratoire *Espace Santé Territoire* dirigé par G Salem à l'université Paris Ouest Nanterre la Défense. Elle est la coordinatrice du Master International en Entomologie qui doit associer prochainement l'université de Montpellier à l'université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan.



Gérard SALEM

Gérard Salem est Professeur des Universités, en poste à l'Université Paris Ouest.

Titulaire d'un doctorat d'Etudes Africaines (EHESS), d'un DESS d'urbanisme IEP Paris, Diplômé d'épidémiologie (Institut Pasteur de Paris) et d'une HDR (Université Paul Valéry), Gérard Salem a consacré l'essentiel de son activité de recherche aux questions de santé urbaine, dans les pays du Sud (Sénégal, Algérie, Tunisie, Cameroun, Burkina Faso, Laos), et dans les pays du Nord, principalement la France et les Etats Unis. Il développe conjointement des méthodes quantitatives et qualitatives dans une démarche ancrée dans le champ des sciences sociales. Il a ainsi dirigé les programmes de recherche sur Pikine, l'atlas de la santé en France, et co-dirigé avec Florence Fournet ceux menés sur Ouagadougou et Vientiane. Il a publié une douzaine d'ouvrages et plus de 200 articles. Il a mis en place le master de géographie de la santé à l'Université Paris. Il est notamment membre du Conseil Scientifique de l'Assurance Maladie, de l'International Council for Science, et de l'International Geographic Union.



Yves MARTIN-PRÉVEL

Epidémiologiste en nutrition publique, Yves Martin-Prével est médecin (Montpellier), formé en nutrition et alimentation dans les pays en développement (U. Montpellier 2), ainsi qu'en statistique (Paris 11) et en Santé Publique (Doctorat et HDR, Paris 6). Après une expérience en santé primaire avec une organisation non gouvernementale (Sénégal) puis en épidémiologie des maladies infectieuses (CIRMF, Gabon), il a rejoint l'IRD (Institut de Recherche pour le Développement), au sein duquel il effectue des recherches dans le champ de la nutrition publique, principalement en Afrique, depuis plus de 20 ans. Il est Directeur Adjoint de l'UMR «Nutripass» ('Prévention des malnutritions et des pathologies associées'), à Montpellier. Il est aussi membre de nombreux comités d'experts et groupes de travail internationaux (pour FAO, OMS, PAM, UNSCN, Commission Européenne, Global Nutrition Report).



Dismand HOUINATO

Le Professeur HOUINATO est Professeur de Neurologie à la Faculté des Sciences de la Santé de COTONOU. Titulaire d'un PhD en Epidémiologie (en 2000) et d'une Habilitation à Diriger des Recherches (HDR), il enseigne également l'Epidémiologie à l'Institut Régional de la Santé Publique (IRSP) de Ouidah et à l'Université de Bordeaux2 (ISPED). Coordonnateur du Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (MNT) au Ministère Béninois de la Santé, il s'investit dans la lutte contre les Maladies chroniques, à ce titre il est expert de l'OMS pour les MNT depuis (2007).



Mariane DE MONTALEMBERT

Mariane de Montalembert a été nommée Docteur en Médecine en 1982, Docteur en Ethique en 1994, et Professeur Associé à l'Université Paris Descartes en 2010. Elle est responsable du Site Necker pour le centre de référence de la Drépanocytose. Elle a créé et dirige le Réseau Ouest Francilien de Soins des Enfants drépanocytaires depuis 2004. Elle anime le Conseil éthique de l'Hôpital Necker-Enfants Malades, et la commission Ethique de la Société Française de Pédiatrie. Elle est membre du réseau European Network for Rare and Congenital Anemia et de l'ASH. Elle a effectué de nombreuses expertises pour l'AFSSAPS et l'ANSM. Elle coordonne et participe à de nombreux essais cliniques nationaux et internationaux.



Adama LY

est Docteur en Oncologie et Immunologie de l'Université Paris XI (Institut de Cancérologie Gustave Roussy, Villejuif), Diplômé de Génie Biologique et Médical (Université Pierre et Marie Curie, Paris) et titulaire d'un Master 2 en Santé et Politiques Sociales de l'Écoles des Hautes Etudes en Sciences Sociales (Paris). Après des séjours aux Etats-Unis à l'Institut Sydney Kimmel Cancer Center (University of California San Diego) et aux Départements de médecine interne et d'Oncologie/ Hématologie de l'Université Martin - Luther de Halle -Wittenberg en Allemagne, il développe des travaux sur l'immunité antitumorale et la thérapie cellulaire des cancers dans une unité de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale à Paris. Il est Directeur de la rédaction du Journal Africain du Cancer / African Journal of Cancer aux Editions Springer, Président d'AFROCANCER et Directeur du projet de Centre de Prévention et de Recherche sur le Cancer au Sénégal.



Daniel GERARD

Daniel Gérard est Directeur des maladies chroniques au sein du département Accès au Médicament de Sanofi. Il est psychiatre, diplômé de la Faculté de médecine Paris VI et titulaire d'un diplôme en management de l'ESCP-EAP.

Après ses études de médecine il a intégré l'industrie pharmaceutique où il a occupé différentes fonctions de management dans le médical dans le domaine du Système Nerveux Central, essentiellement à la filiale française de Sanofi.

Fin 2006, il a rejoint le département Accès au Médicament de Sanofi où il dirige maintenant l'équipe en charge d'améliorer l'accès aux soins de santé mentale dans les pays en développement.

Il exerce parallèlement la psychiatrie dans un centre d'hébergement pour les personnes sans-abri à Paris.



Jean-Philippe CHIPPAUX

Jean-Philippe Chippaux est médecin et docteur en santé publique. Directeur de recherches à l'Institut de Recherche pour le Développement, il a effectué toute sa carrière en entomologie médicale puis en santé publique en Afrique subsaharienne et Amérique du Sud sur la transmission et la prise en charge des maladies tropicales. Depuis plus de 25 ans, il conduit des recherches cliniques pour améliorer l'accessibilité de médicaments ou vaccins efficaces et bien tolérés en vue d'une utilisation de routine dans les centres de santé isolés. Actuellement au Bénin, il participe au développement d'un vaccin contre le paludisme placentaire. Il étudie les envenimations depuis plus de 40 ans et a conduit plusieurs études cliniques concernant les antivenins. Union.



Edmond BERTRAND

Edmond BERTRAND a eu la «chance» (dit-il) d'aborder l'Afrique par un séjour ininterrompu de trois ans dans le far-east Cameroun comme médecin-chef d'une Région (hôpitaux et grandes endémies) autrefois menacée par la maladie du sommeil. Après les concours des hôpitaux il a été affecté à Majunga, Tananarive, puis Abidjan.

Agrégé du Service de Santé des Armées, puis de l'Université, il a participé à la création de la faculté de médecine et du CHU d'Abidjan. Puis il a mis en place et dirigé pendant douze ans l'Institut de cardiologie où ont été opérés 1000 malades en 10 ans et où ont été formés de nombreux cardiologues africains. Il a créé et dirigé pendant 31 ans le journal «Cardiologie tropicale - Tropical cardiology» (124 numéros trimestriels).

Après 32 années d'activité médicale en Afrique il est revenu en France comme Professeur de cardiologie à Marseille. Il préside toujours le groupe de Cardiologie tropicale de la Société française de Cardiologie.



Pierre L'HER

Pierre L'Her est interniste, agrégé du Val de Grâce, et pneumologue. Il a effectué la majorité de sa carrière à l'hôpital Percy et au Val de Grâce, mais a exercé également 10 ans en zone tropicale. Depuis 1993, il est engagé dans une action humanitaire sur la pathologie respiratoire dans les pays en développement. Dans ces pays, les maladies respiratoires, pourvoyeuses d'une importante morbidité et mortalité, sont incorrectement diagnostiquées et traitées, par manque de moyens (y compris l'oxygène) et de formation. Son association SPI (Soutien pneumologique international) intervient en Asie (Cambodge, Laos), dans 12 pays d'Afrique subsaharienne, à Madagascar et en Haïti : formations, compagnonnage hospitalier avec transfert de technologie, fourniture de matériels et études cliniques.



Jean-Hervé BRADOL

Actuellement, Jean-Hervé Bradol est directeur d'études au Centre de Réflexion sur l'Action et les Savoirs humanitaires (Crash, Fondation MSF, Paris) et enseignant à Sciences-Po (IEP, Paris). Il a été formé à la médecine générale et est également diplômé en médecine tropicale, médecine d'urgence et épidémiologie médicale. Il est parti pour la première fois en mission avec Médecins Sans Frontières en 1989 et a travaillé en Ouganda, en Somalie, en Thaïlande, au Tadjikistan et au Rwanda. De retour à Paris en 1994, il occupe la fonction de responsable de programme au siège. De 1996 à 1998, il est directeur de la communication. En 1998, il devient directeur des opérations jusqu'au moment où il est élu président de la section française de MSF en mai 2000. Il est réélu en mai 2003 et mai 2006. De 2000 à 2008, il a été membre du conseil international de MSF et du conseil d'administration de MSF USA. Chaque année, il continue à effectuer des missions de terrain pour des périodes d'un à deux mois : 2012 et 2013 en Syrie (gouvernorat d'Alep).



CONFÉRENCES INVITÉES

L'ŒUVRE SANITAIRE DES FRÈRES SERGENT ET DE L'INSTITUT PASTEUR D'ALGÉRIE

Jeudi 11 septembre
10h00-10h30

Jean-Pierre Dedet
parasito@univ-montp1.fr

Laboratoire de Parasitologie,
39, avenue Charles Flahault, 34295 Montpellier Cedex 5
(Faculté de Médecine, Université Montpellier 1)

MOTS CLEFS

Institut Pasteur,
Sergent, Algérie,
médecine, santé
publique

Edmond et Etienne Sergent sont tous deux nés en Algérie, en 1876 et 1878 respectivement. Ils firent leurs études de médecine à la Faculté de Médecine d'Alger, puis vinrent à Paris, à l'Institut Pasteur, se spécialiser en microbiologie, au Cours de Microbie d'Emile Roux.

Ils furent chargés dès 1900 d'une mission permanente de l'Institut Pasteur, pour la lutte antipaludique en Algérie, menée d'abord dans les gares de la Compagnie des Chemins de fer de l'Est algérien. Cette mission aboutit en 1904 à la création du Service de Lutte antipaludique, que dirigea Etienne Sergent jusqu'à sa mort en 1948. Edmond Sergent, quant à lui, dirigea l'Institut Pasteur d'Algérie de 1912 à 1962.

La production scientifique des frères Sergent fut impressionnante (741 publications entre 1901 et 1964), et concerna l'étude d'un grand nombre d'agents infectieux responsables de maladies humaines, animales et végétales. Les principaux thèmes abordés ont concerné la lutte antipaludique en Algérie, l'immunologie du paludisme aviaire, la transmission de la fièvre récurrente mondiale à pou et de la leishmaniose cutanée, la trypanosomose du dromadaire, la vaccination contre les piroplasmoses bovines.

Nombre de ces travaux de recherche impliquaient des prospections de terrain, réalisées au cours de fréquentes missions effectuées par Edmond et/ou Etienne Sergent. Les carnets de missions que tenait Edmond Sergent représentent une source primaire tout à fait remarquable sur l'homme, sa vie et ses tra-

voux scientifiques. Ils sont illustrés de remarquables dessins colorés aux crayons ou à la plume, où sont brossés des paysages, campées des silhouettes.

Les dessins des carnets de mission d'Edmond Sergent servent de fil conducteur à notre présentation. Ils sont ordonnés selon les grandes régions géographiques du pays dans lesquelles eurent lieu les principaux travaux des frères Sergent : les plaines côtières et la lutte antipaludique, et la viticulture, la Kabylie et la myiase oculo-nasale, les Hauts Plateaux et la vaccination contre les piroplasmoses bovines, et la découverte de la trypanosomose des dromadaires, les oasis pré-sahariennes et la transmission de la fièvre récurrente mondiale et de la leishmaniose cutanée, ainsi que le trachome et le baioudh, mycose du palmier dattier.

L'ensemble offre un panorama de l'Algérie de la première moitié du XX^e siècle, délicatement brossé par un médecin naturaliste et humaniste, scientifique et microbiologiste, profondément attaché à son pays natal, qui mit sa vie au service du développement sanitaire et social de la population.

TRANSITIONS DANS LE DOMAINE SANITAIRE EN AFRIQUE : DÉFINITIONS, ENJEUX ET QUESTIONS

Jeudi 11 septembre
11h00-11h30

F. Fournet, IRD, Gérard Salem
Université Paris Ouest
salem.gerard@gmail.com

Université Paris Ouest
UFR SSA
200 avenue de la république, 92000 Nanterre

MOTS CLEFS

Afrique, transition, morbidité, soins, mortalité

TRANSITION NUTRITIONNELLE AU SUD : COMMENT LIMITER L'EFFET DOUBLE FARDEAU ?

Jeudi 11 septembre
11h30-11h50

Yves Martin-Prével, Francis Delpeuch,
Bernard Maire
Yves.martin-prevel@ird.fr

UMR 204 'Nutripass' (Prévention des Malnutritions et Pathologies Associées) / IRD (Institut de Recherche pour le Développement) 911 avenue Agropolis - BP64501 - 34394 Montpellier cedex 5

MOTS CLEFS

Obésité ; maladies chroniques ; malnutrition ; politiques alimentaires et nutritionnelles ; pays en développement.

L'Afrique sub saharienne a connu d'extraordinaires changements ces dernières décennies : dans le champ économique et social (croissance économique, urbanisation, migrations internationales, diminution de la natalité, habitudes nutritionnelles, etc.) et dans le champ sanitaire (augmentation des espérances de vie, changement des profils de morbidité et de mortalité, évolution des systèmes de soins, etc.).

Pour analyser ces changements plus ou moins linéaires, les spécialistes font souvent appel au concept de transition : démographique, épidémiologique, nutritionnelle, sanitaire, etc... Ce concept vise à mesurer dans le temps et dans l'espace l'état d'avancement et le rythme d'un processus qu'on dit universel.

Pour autant, allons-nous vers un « patron épidémiologique » unique, qui nous ferait aller vers la disparition de pathologies infectieuses au bénéfice de pathologies chroniques et dégénératives? De questions de malnutrition à celles de surpoids et d'obésité ?

Si nombre d'événements récents dans le champ des maladies transmissibles font douter de cette évolution écrite à l'avance, la montée en puissance de pathologies chroniques, comme le diabète ou l'hypertension artérielle, pose de graves questions sur les priorités de santé étant donné le coût social élevé de ces nouvelles affections.

Après avoir rappelé les tendances les plus récentes, nous proposerons une critique des concepts de transition et aborderons la question des priorités de santé.

La transition nutritionnelle dans les pays du Sud se caractérise par le passage rapide d'une situation où prédominent encore les malnutritions par déficit (faible poids de naissance, retard de croissance pour un quart des jeunes enfants, maigre, carences en micronutriments - principalement fer, zinc, vitamine A et iode, touchant 2 milliards d'individus) à une situation où explosent les pathologies de surcharge (surpoids et obésité, diabète, maladies vasculaires, certains cancers).

Le constat global est accablant : aujourd'hui 62% des 1,5 milliards d'adultes en surpoids ou obèses vivent dans le monde en développement. Sur les 30 dernières années leur nombre a été multiplié par 3,6 (versus 1,7 dans les pays développés). Plus inquiétant encore, lors des 20 dernières années le taux de surpoids des enfants de moins de 5 ans a plus que doublé en Afrique Sub-saharienne; et près d'un tiers des pays qui concentrent la majorité des retards de croissance chez les enfants ont un taux de surpoids/obésité chez les adultes supérieur à 40%.

Tout ceci objective l'importance du « double fardeau » pesant sur les pays les plus pauvres et dont les conséquences peinent à être reconnues par les décideurs politiques. Son ampleur, inédite dans l'histoire humaine, constitue un problème majeur de santé publique. Contrairement à ce qui s'est passé précédemment dans les pays industrialisés, pour lesquels le pas de temps des changements a permis une disparition progressive de la sous-alimentation tandis qu'appa-

raissaient surpoids et obésité, tout s'est accéléré au Sud, dans un contexte de mondialisation rapide des échanges, d'urbanisation galopante et d'accroissement des inégalités.

Face à cette situation, une généralisation à grande échelle des interventions ayant fait leurs preuves pour lutter contre les malnutritions par carence doit être mise en œuvre de façon urgente. En matière d'alimentation, il faut aborder plus frontalement les questions de qualité nutritionnelle. De nouvelles stratégies visant à la modification des comportements doivent se développer. Mais, simultanément, il faut rendre plus abordables aux plus pauvres les aliments favorables à la santé (fruits et légumes notamment, riches en micronutriments) et améliorer la régulation des procédés de transformation et du marketing des aliments.

Le défi actuel pour les pays en développement est de trouver, chacun en fonction de sa situation particulière et de ses contraintes économiques et environnementales, la meilleure combinaison de telles stratégies. Cela passe par un développement accru des connaissances et par l'information des populations, tout en suscitant la volonté politique nécessaire.

FACTEURS DE RISQUE DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES (MNT) : CAS DU DIABÈTE.

Dismand Houinato, Judith Segnon
dshouinato@gmail.com

Programme National de lutte contre les MNT,
Ministère de la Santé, 04 BP 76 Cotonou

Jeudi 11 septembre
11h50-12h10

MOTS CLEFS

Facteurs de risque,
MNT, diabète, Bénin

LA DRÉPANOCYTOSE EN 2014 : UNE MALADIE EN PLEINE MUTATION

Mariane de Montalembert
mariane.demontal@nck.aphp.fr

Hôpital Necker, 149 rue de Sèvres,
75015 Paris

Jeudi 11 septembre
12h10-12h30

MOTS CLEFS

drépanocytose,
pneumocoque,
hydroxyurée, dépistage
néonatal, greffe de
cellules souches
hématopoïétiques.

Les Maladies Non Transmissibles (MNT) sont de loin la principale cause de décès dans le monde. Elles sont responsables de 63 % des décès ; 80% de ces décès surviennent dans les pays en développement. Les quatre principales MNT sont les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques et le diabète. Elles se partagent quatre facteurs de risque (FDR) communs et modifiables, à savoir le tabagisme, la consommation nocive d'alcool, la mauvaise alimentation et l'inactivité physique. Le diabète sucré est un état pathologique sérieux en soi, mais aussi un facteur de risque pour d'autres pathologies telles que la cécité, l'insuffisance rénale, les accidents vasculaires cérébraux et les cardiopathies ischémiques. Il touche environ 194 millions de personnes dont plus de 120 millions dans les pays en développement (PED). Ce chiffre devrait doubler d'ici à 2025 dans le monde et 70 % de cette augmentation se produira dans les PED. L'objectif de ce travail a été de déterminer l'importance des facteurs de risque des MNT en zone tropicale avec un focus sur le diabète.

Au Bénin, La prévalence du diabète était de 2,6%. Elle était significativement plus élevée chez les sujets de sexe masculin ($p < 0,05$) ; en zone urbaine ($p < 10^{-3}$) ; chez les sujets obèses ($p < 0,05$), chez les sujets sédentaires ($p < 0,05$) et chez les sujets hypertendus ($p < 0,05$).

Face à cette épidémie des MNT, Le ministère béninois de la santé a réagi en :

- élaborant une politique de lutte contre les MNT ainsi qu'un Plan stratégique intégré de lutte contre les MNT
- organisant plusieurs séances de sensibilisation sur les FDR des MNT en population générale et dans tous les ministères et institutions de l'état.
- mettant en œuvre les protocoles de prise en charge intégrée des MNT de l'OMS dans les centres de santé périphériques,
- mettant en œuvre le plan diabète dans la commune de Sakété au sud du Bénin
- diffusant des dépliants sur les FDR et conseils pratiques,

Les MNT constituent le tueur numéro un dans le monde. Nous connaissons maintenant l'ampleur du problème ainsi que les solutions. Le diabète sucré est en pleine expansion au Bénin et ses complications en font toute la gravité. Si nous agissons maintenant, nous pourrions inverser la tendance. Mais si rien n'est fait, les adultes de nos pays, n'auront pas de chance de vieillir dans de bonnes conditions.

Plus de 95% des enfants drépanocytaires atteignent l'âge adulte, et la médiane d'espérance de vie des patients homozygotes SS est de 58 ans en 2014 dans les pays industrialisés (Elmariah et al, Am J Hematol 2014). Cette modification majeure du pronostic est liée principalement au déploiement du dépistage néonatal, de la prescription préventive quotidienne de pénicilline, à l'hydroxyurée, au dépistage par doppler transcranien des enfants à risque d'accident vasculaire cérébral. Toutefois, de jeunes adultes continuent de mourir d'hypertension artérielle pulmonaire, de syndrome thoracique aigu (STA), de défaillance d'organe, d'infection. En outre, la morbidité de la maladie à l'âge adulte reste lourde.

Les axes prioritaires d'amélioration sont :

- 1) Le développement des collaborations i) « nord-sud » et « sud-sud », à l'instar des actions menés par les réseaux REDAC (Afrique Centrale) et « CAREST » (Caraïbes) ; ii) au sein de chaque pays : des réseaux de soin doivent permettre de favoriser une prise en charge de proximité, d'une part pour alléger la vie des patients au quotidien, d'autre part pour que des soins adaptés soient apportés en urgence en cas de complication menaçant le pronostic vital (infection fulminante à pneumocoque, séquestration splénique aiguë chez les petits enfants, AVC, STA...).
- Ceci suppose des connexions performantes entre les centres d'expertise et ceux de proximité.

- 2) Des structures d'éducation thérapeutique sont en train de se mettre en place sur le territoire national.
- 3) La compréhension de la physiopathologie a été totalement modifiée ces toutes dernières années, et ne se résume plus à la polymérisation de la désoxyhémoglobine S et à la falciformation. Un état inflammatoire chronique concourt à l'occlusion vasculaire. Ces mécanismes nouvellement mis en évidence offrent autant de nouvelles stratégies thérapeutiques.
- 4) L'hydroxyurée, la greffe de moelle à partir d'un donneur intra-familial sont maintenant proposées en routine. Nous devons définir des arbres thérapeutiques qui tiendront compte de facteurs pronostiques, des faits culturels, et des réalités économiques.

RISQUES BIOLOGIQUES ET RISQUES NON BIOLOGIQUES : COMPLEXITÉ DES DÉTERMINANTS DU CANCER EN AFRIQUE

Adama Ly
adamaly@gmail.com

*Afrocancer (et Université Paris XI)
BP 60751 Paris cedex 17 France*

Jeudi 11 septembre
12h30-12h50

MOTS CLEFS

Cancer, Afrique,
Risques, Santé
publique,
épidémiologie

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ MENTALE DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT : QUEL RÔLE POUR L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE ?

Daniel Gérard
daniel.gerard@sanofi.com

*9 rue du Président Allende
94256 Gentilly Cedex – France
Sanofi, département Accès au Médicament*

Jeudi 11 septembre
14h00-14h20

MOTS CLEFS

La charge croissante des maladies non transmissibles (MNT) restructure la donne sanitaire en Afrique et va impacter durablement les populations du continent. Les cancers, en particulier, ont largement contribué à ces mutations épidémiologiques en cours depuis plusieurs décennies. En effet, l'incidence et la mortalité des pathologies tumorales continuent d'augmenter graduellement et pourraient atteindre plus d'un million de nouveaux cas et de décès d'ici à 2030. La réponse à ces nouveaux défis de santé publique implique une connaissance élargie des facteurs de risques de cancers et de leurs caractéristiques à l'échelle du continent. La complexité de cette situation épidémiologique tient au fait que les populations africaines sont exposées à des facteurs de risques qui sont multiples et hétérogènes. Ils peuvent être de nature biologique ou non. Certains d'entre eux sont spécifiques et exclusifs à l'environnement tropical. D'autres émanent des activités anthropiques et ont de solides liens avec le niveau de développement économique et social des pays. Ce qui explique, au moins en partie, certaines disparités régionales. Ainsi, le contrôle voire le renversement de cette dynamique évolutive des cancers en Afrique exige de nouveaux outils issus d'acquis objectifs sur les causes identifiées et potentielles de cancer. Les politiques de santé et les programmes nationaux de lutte contre le cancer

doivent intégrer de telles ressources scientifiques et médicales aussi bien dans les aspects préventifs que thérapeutiques. Enfin, la transversalité de ces approches est une condition de leur efficacité.

Bibliographie: 1-Ly A. (2013) A plan of action to turn down the inevitability of death through cancer in Africa. J. Afr. Cancer 5:181-184 2- Ly A (2012) Cancers et autres maladies non transmissibles: vers une approche intégrée de santé publique. J Afr Cancer 4:137-9 3-McCarthy M, Maher D, Ly A, Ako Ndip A (2010) Developing the agenda for European Union collaboration on non communicable diseases research in Sub Saharan Africa. Health Research Policy and Systems 8:13 4-Noncommunicable diseases country profiles 2011 WHO global report 5- http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en/ consulté le 10 Avril 2014 6-Timothy R. Rebbeck, (2014) The Next Twenty Years: Predicting and preparing for the Future Cancer Landscape in Sub-Saharan Africa future (J.Afr., sous presse)7-Stefan DC, Elzawawy AM, Khaled HM, et al (2013): Developing cancer control plans in Africa: examples from five countries. Lancet Oncol 14:e189-95 8-Sylla BS, Wild CP (2012) Cancer burden in Africa in 2030: Invest today and save tomorrow. J Afr Cancer 4:1-2

L'industrie pharmaceutique a fortement contribué aux progrès majeurs réalisés ces dernières années dans l'accès au traitement pour le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme à travers des partenariats public-privés (PPPs).

La santé mentale n'a pas encore bénéficié de ce type de collaborations qui pourraient pourtant être des leviers majeurs pour le développement de l'accès aux soins et de la réhabilitation psychosociale dans les Pays du Sud où les troubles mentaux sont une des principales causes de morbi-mortalité.

Avec 450 millions de personnes dans le monde vivant avec un trouble mental et 80 % de « treatment gap » dans les pays en développement la santé mentale est en passe de devenir un problème majeur de santé publique. Alors que l'Assemblée Mondiale de la Santé a adopté en 2013 un plan d'action mondial à 5 ans pour la Santé Mentale, l'expérience acquise depuis 2008 dans le cadre du programme FAST (Fight Against STigma), un partenariat entre Sanofi, l'Association Mondiale de Psychiatrie Sociale et les Ministères de la Santé des pays où le programme est implanté, apparaît essentielle à partager.

Dans le cadre de FAST Sanofi mobilise ses équipes locales et met à disposition son expertise en termes d'Information - Education - Communication, d'études d'impact, de politique de prix différenciés, d'organisation d'approvisionnement et de réseaux de professionnels de santé.

Sanofi a ainsi :

- mis en place un forum annuel (IMPACT Mental Health) qui est une opportunité pour les acteurs du champ de la santé mentale de pouvoir échanger sur des enjeux stratégiques ;
 - développé du matériel éducationnel sur la schizophrénie (incluant une bande dessinée éducative adaptée pour les pays d'Afrique du Nord, pour l'Afrique Sub-Saharienne et pour l'Amérique Latine) et sur les troubles de l'humeur ;
 - soutenu la réalisation d'études épidémiologiques dans les régions où les données n'étaient pas disponibles ;
 - et mis en place une politique de prix différenciés dans plusieurs pays afin de rendre des antipsychotiques accessibles aux personnes les plus pauvres.
- Le développement de l'accès aux soins de santé mentale nécessite clairement la collaboration de tous les partenaires car les compétences des uns et des autres : Ministères de la Santé, ONGs, Universitaires, Industrie Pharmaceutiques et associations d'usagers sont complémentaires. Le meilleur moyen de développer des solutions adaptées, innovantes et pérennes passe par un travail collaboratif.

IMPORTANCE ET PLACE DES ENVENIMENTS (SCORPIONS ET SERPENTS) EN AFRIQUE

Jean-Philippe Chippaux
jean-philippe.chippaux@ird.fr

UMR MERIT, IRF et Université Paris Descartes,
Sorbonne Paris Cité, Faculté de Pharmacie, Paris,
France ; Cerpape, Cotonou, Bénin

Judi 11 septembre
14h20-14h40

MOTS CLEFS

Serpents, Scorpions,
Envenimements,
Afrique,
Antivenins

Les envenimements constituent un problème négligé de santé publique dans tous les pays tropicaux, particulièrement en Asie et en Afrique où l'incidence et mortalité restent très élevées. De plus, en l'absence de notification systématique dans la plupart des pays et à défaut de publications précises, il est difficile de connaître le poids épidémiologique réel des piqûres de scorpion et morsures de serpent en Afrique.

En Afrique du nord, le scorpionisme prédomine largement avec quelque 250 000 envenimements et près de 1 000 décès chez les jeunes enfants pour la plupart. Les piqûres surviennent principalement la nuit et affectent toutes les couches de la population – enfants comme adultes, hommes aussi bien que femmes – à la fois en agglomération urbaine et en milieu rural. L'envenimation, toujours très douloureuse, se traduit d'abord par un « orage adrénérurgique » puis par des manifestations cardio-pulmonaires se compliquant, surtout chez l'enfant, par une insuffisance ventriculaire gauche et un œdème aigu du poumon. Le traitement fait appel à la fois à l'antivenin, dont il existe des présentations lyophilisées remarquablement efficaces et bien tolérées, et au traitement symptomatique à base d'antalgiques, anti-inflammatoires, diurétiques, α -bloquants, β -stimulants ou benzodiazépine selon la symptomatologie observée et la gravité de l'envenimation.

Au sud du Sahara, l'ophidisme entraîne près d'un million d'envenimements avec plus de 25 000 morts et autant d'invalidités par amputations ou séquelles fonctionnelles définitives. Ce sont les adultes de sexe masculin qui sont concernés en majorité. Les morsures ont lieu en zone rurale, pendant la journée lors des travaux agricoles. Cependant, les jeunes garçons à la recherche de compléments alimentaires dans des anfractuosités rocheuses ou végétales paient également un lourd tribut. Le syndrome vipérin associe une réponse inflammatoire intense avec douleur et œdème, des troubles de la coagulation et une nécrose extensive. Le syndrome cobraïque se manifeste par une paralysie musculaire de type curare, évoluant vers l'arrêt respiratoire. Malgré l'existence d'antivenins efficaces, très bien tolérés et dont la stabilité en milieu tropical est assurée par la lyophilisation, moins de 5% des morsures de serpent bénéficient d'un traitement adapté. Le principal problème demeure la disponibilité des antivenins, moins à cause de leur coût que d'une insuffisance de distribution dans les centres de santé périphériques où ils ont toute leur place.

LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE : EVOLUTION ET ETAT ACTUEL

Edmond Bertrand
edmond.bertrand@orange.fr

121 Ch de Loriol à Mazan, 84200 CARPENTRAS
Groupe de Cardiologie Tropicale de la Société Française de Cardiologie

Vendredi 12 septembre
8h45-9h15

MOTS CLEFS

Afrique,
Subsaharienne,
Cardiopathies,
Hypertension,
Urgences

Les maladies cardiovasculaires en Afrique subsaharienne sont responsables de 15 à 20% de la mortalité et de la morbidité hospitalières avec par ordre de fréquence : les cardiopathies hypertensives, les cardiopathies rhumatismales et les affections du myocarde aiguës ou chroniques. D'autres affections sont en croissance : les péricardites aiguës (tuberculose et SIDA), les coronaropathies (encore <10%) et d'autres atteintes du SIDA. Plus de 80% des malades arrivent en insuffisance cardiaque.

En 40 ans le nombre des cardiologues est passé de 40 à 350 environ. L'échocardiographie est disponible dans les très grandes villes. Très peu de centres (une dizaine ?) disposent du cathétérisme et de l'angiographie, donc du cathé interventionnel. La chirurgie reste misérable : 1 centre pour 50 millions d'habitants. L'auteur discute la place des évacuations sanitaires, des missions chirurgicales et des structures locales. Les urgences concernent des malades souvent pauvres, plus jeunes qu'en Europe et répartis de façon assez homogène de 20 à 80 ans. Les causes les plus fréquentes sont les poussées hypertensives avec souvent accident vasculaire et l'insuffisance stade IV. La maladie coronaire intervient dans 7% des cas. La mortalité est de 21%, mais le retard à hospitaliser dissimule probablement les morts précoces.

La prévention et le traitement les plus urgents sont

ceux des cardiopathies rhumatismales d'autant que des résultats sont obtenus en 5 ans. Hypertension, maladie coronaire et diabète doivent faire l'objet d'une prévention commune dont les résultats sont attendus à plus long terme.

LES MALADIES RESPIRATOIRES NON TRANSMISSIBLES EN ZONE TROPICALE

Pierre L'Her, Chantal Raherison,
Christophe Leroyer, Denis Charpin
plher@hotmail.com

*Soutien Pneumologique International (SPI /ISP).
La Maison du Poumon. 66 Boulevard Saint-Michel,
75006 Paris.*

Vendredi 12 septembre
9h15-9h35

MOTS CLEFS

Asthme, BPCO, Tabac,
Biomasse, Oxygène

UNE VIOLENCE DE GUERRE PAS COMME LES AUTRES

Jean-Hervé Bradol
jbradol@msf.org

*MSF - 8, rue Saint Sabin
75011 Paris*

Vendredi 12 septembre
9h35-9h55

MOTS CLEFS

Guerre, humanitaire,
médecine, violences
sexuelles

Fréquentes et graves en zone tropicale, les atteintes respiratoires restent surtout infectieuses, mais les maladies respiratoires chroniques sont de plus en plus préoccupantes.

Contrairement aux idées reçues, c'est dans les pays tropicaux pauvres, que surviennent la majorité des décès par maladies respiratoires non transmissibles, sous diagnostiquées, sous traitées, non prévenues.

L'asthme est traité incorrectement, par manque de médicaments, à coût acceptable, corticoïdes inhalés surtout. Le programme "Asthma drug facility" de l'Union visait à procurer ces médicaments à bas coût, mais est suspendu. Les explorations fonctionnelles respiratoires sont rarissimes, les débitmètres de pointe, pourtant peu coûteux, pas souvent disponibles. Fréquente mais souvent méconnue, la BPCO, qui conduit à l'emphysème irréversible, est liée au tabagisme, en progression et à la combustion de la biomasse à l'intérieur des habitations, qui touche les femmes et les enfants. 3 milliards de personnes dépendent, pour la cuisson des aliments et le chauffage, de combustibles solides divers. En zone urbaine, la circulation intense de véhicules vétustes et polluants, les embouteillages majeurs, génèrent une importante pollution atmosphérique facteur de bronchite chronique. Les séquelles de TB avec dilatations des bronches sont banales, responsables de surinfections et hémoptysies, souvent traitées comme des récives de TB ; elles sont responsables de nombreuses insuffisances

respiratoires chroniques. L'oxygène qui serait utile pour prévenir l'évolution vers l'hypertension artérielle pulmonaire, et le cœur pulmonaire chronique, est rarement disponible.

La silicose n'est pas rare chez les mineurs et les ouvriers effectuant, sans protection, des travaux de polissage. Dans les pays où on le recherche, le syndrome d'apnées du sommeil n'est pas exceptionnel, favorisé dans les populations asiatiques par un fréquent rétrognathisme

Les cancers bronchiques, en progression, sont souvent méconnus ou diagnostiqués à un stade tardif, après traitement antituberculeux inefficace.

Plusieurs initiatives visent à améliorer la situation, programmes OMS sur les maladies non transmissibles et programme PAL (Practical approach to lung health), pour améliorer les connaissances en pathologie respiratoire des personnels des soins de santé primaire. Les organisations et sociétés savantes internationales ont déclaré 2010 "Année du Poumon", inaugurant une décennie du poumon, avec développement de l'alliance mondiale GARD (Global Alliance against Respiratory Diseases). On peut espérer voir la fin du sous-développement de la pneumologie dans les PED.

Notre association Soutien Pneumologique International participe à cet effort, en Asie, Afrique, Madagascar, Vanuatu et Haïti, par des formations, la fourniture d'oxygène et de matériels médicaux. Au Laos SPI est partenaire du PNL pour l'implantation du programme PAL.

- ▶ Comment a émergé, au début des années 2000, une nouvelle pratique de soins s'adressant aux personnes victimes de violences sexuelles ?
- ▶ Quels sont les soins spécifiques qui ont été développés ?
- ▶ Quelles démarches médico-légales ont été entreprises ?
- ▶ Le viol, une forme de violence réservée aux femmes ?

COMMUNICATIONS ORALES

LES MALADIES
NON
TRANSMISSIBLES
EN ZONE
TROPICAL

LE FARDEAU ÉCONOMIQUE DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES DANS LES PAYS À FAIBLE REVENU

**Martine Audibert,
Hapsatou Touré**
martine.audibert@udamail.fr

*CERDI-CNRS, 65 boulevard François Mitterrand,
63000 Clermont-Ferrand*

SESSIONS
COMMUNICATIONS I

Jeudi 11 septembre
14h40-14h50

**MOTS
CLEFS**

coût, coût-efficacité,
dépenses de santé,
maladies non
transmissibles

A lors que la plupart des pays à revenu faible et intermédiaire et notamment les pays d'Afrique Subsaharienne, n'atteindront pas les objectifs du millénaire en matière de santé maternelle et infantile, ces pays font face au fardeau croissant des maladies non transmissibles. D'après l'OMS, les maladies non transmissibles sont la principale cause de mortalité dans le monde, mais près de 80% de ces décès surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. L'OMS alerte depuis quelques années la communauté internationale sur le risque que pèsent ces maladies sur le développement de ces pays. Dans les pays où l'assurance maladie est peu développée (moins de 20% de la population couverte), ces maladies seraient à l'origine de dépenses catastrophiques pour les ménages et/ou de dépenses de santé exponentielles pour les Etats qui ont choisi la gratuité des soins. L'OMS a initié une étude pour « aider les pays à revenu faible ou intermédiaire à trouver des interventions à faible coût pouvant aider à endiguer les MNT et à réduire leur impact économique. Ces interventions doivent avoir un très bon rapport coût-efficacité et avoir donné des preuves solides qu'elles évitent les maladies et sauvent des vies ». L'OMS a également listé un certain nombre de mesures (droits d'accise sur le tabac et l'alcool, établissement de lieux de travail et lieux publics non-fumeurs, campagnes pour réduire la

teneur en sel des aliments, programmes de sensibilisation du grand public à l'alimentation et à l'exercice physique), considérées comme peu coûteuses à mettre en place. Parallèlement, des travaux sur le coût-efficacité des programmes de prévention des principales maladies responsables d'une surmortalité des adultes (diabète, maladies cardio-vasculaires, cancers) dans ces pays se développent.

L'objectif de cette communication est de faire une revue de la littérature sur le poids économique (coût direct et indirect) de ces maladies, sur leur impact potentiel ou réel sur le développement économique et sur le coût-efficacité de leur prévention.

LE NOMA OU LE VISAGE DE LA PAUVRETÉ EXTRÊME

Philippe Rathle
philippe.rathle@windsofhope.org

Fondation Winds of Hope
Avenue de Florimont 20
CH – 1006 Lausanne

Symptôme de la misère profonde, visage de la pauvreté, le noma est une nécrose foudroyante qui se développe dans la bouche en commençant par une lésion bénigne pour finir par ravager atrocement le visage en détruisant rapidement ses tissus mous et osseux. Elle défigure profondément ses victimes, principalement de jeunes enfants entre 1 et 4 ans et les conduit à la mort dans 90% des cas. Ils ne seront plus jamais capables de se nourrir, de parler et de respirer normalement. La plupart du temps, ils seront rejetés par leur communauté qui y voit une malédiction.

En adoptant en mars 2012 une étude sur le lien entre la malnutrition sévère d'une population et les maladies de l'enfance, les 47 États membres du Conseil des Droits de l'Homme ont reconnu le noma comme le marqueur de la pauvreté extrême. La malnutrition extrême est le facteur principal de risque du noma par la baisse des défenses immunitaires qu'elle entraîne.

La fondation Winds of Hope, créée en 1999 par Dr Bertrand Piccard, Brian Jones et Breitling à la suite du premier tour du monde en ballon, a pour but de lutter contre les maladies et souffrances ignorées ou oubliées qui touchent les enfants. Elle s'est engagée dès le début de son activité dans la lutte en Afrique

subsaharienne contre le noma, cette terrible nécrose du visage provenant de la malnutrition extrême. Elle s'est donnée les trois missions suivantes :

- Prévenir, en s'attaquant aux racines du mal pour éviter de devoir plus tard en soigner les conséquences.
- Fédérer, en formant une chaîne de lutte contre le noma
- Plaider, pour faire connaître le noma et mobiliser l'action internationale

« En raison de son caractère non transmissible, le noma n'est une priorité pour personne. En raison de son lien direct avec la malnutrition et le manque d'hygiène, il apparaît comme un problème insoluble. Et pourtant c'est un symbole : le symbole du déséquilibre dans lequel évolue notre monde clivé entre société de gaspillage et populations affamées, entre technologies ultrasophistiquées et dénuement total. C'est le symbole de notre vision à court terme lorsque nous oublions que l'humanité ne pourra pas avancer très loin en laissant trois quarts de sa population derrière elle. Tirer la sonnette d'alarme ne relève pas d'une question de solidarité naïve mais bel et bien d'un problème de sécurité pour l'avenir de notre planète. »

Bertrand Piccard, Président de Winds of Hope

www.windsofhope.org

SESSIONS COMMUNICATIONS I

Judi 11 septembre
14h50-15h00

MOTS CLEFS
Noma, Malnutrition sévère, Maladie négligée, Prévention, Winds of Hope

DÉTECTION ET PRISE EN CHARGE DES STADES PRÉCOCES DU NOMA : BILAN DE 18 MOIS D'EXPÉRIENCE DANS LES PROGRAMMES DE MALNUTRITION DE MSF AU NIGER

Nicolas Peyraud, Roberta Petrucci, Nathalie Avril, Michel Quere, Véronique Van Frachen, Gabriel Alcoba, Eric Comte, Marie-Claude Bottineau - MSF Genève
comte@geneva.msf.org

Médecins sans frontières
78 rue de Lausanne - 1211 Genève

Le Noma (cancrum oris) est une infection aigue gangréneuse potentiellement responsable d'une destruction tissulaire massive affectant principalement la bouche et le visage. D'origine polymicrobienne à dominance anaérobie cette pathologie survient principalement chez des enfants malnutris ayant une mauvaise hygiène buccale. Son incidence réelle n'est pas précisément connue même si l'OMS l'estime à 140 000 cas par an principalement dans les pays sahéliers.

Sans traitement, la létalité peut atteindre 90%. La chirurgie plastique complexe nécessaire à la reconstruction faciale est couteuse et difficile à développer dans ces contextes souvent pauvres, reculés et isolés.

Toutefois, des études récentes ont permis de mieux comprendre la physiopathologie de cette maladie et d'en identifier des stades précoces qui se manifestent sous forme de gingivites inflammatoires aiguës associant ulcération, tuméfaction ou œdème et saignement gingival. Ces lésions peuvent rester stables pendant plusieurs jours avant d'évoluer, parfois de façon très rapide, vers une gingivite gangréneuse. Au stade précoce, des désinfections buccales régulières associées à un traitement antibiotique bien conduit et à une prise en charge nutritionnelle adaptée permettent d'éviter l'aggravation des symptômes.

SESSIONS COMMUNICATIONS I

Judi 11 septembre
15h00-15h10

MOTS CLEFS
Noma, Niger, MSF, maladie tropicale négligée

Depuis 2004, en collaboration avec les autorités sanitaires locales, MSF gère au Niger des programmes de prise en charge de la malnutrition dans lesquels des cas de noma sont régulièrement signalés. Avec l'aide de la fondation « Wind of Hope » et l'ONG « Senti-nelles » qui supportent un programme de chirurgie réparatrice et de prise en charge du noma dans la région de Zinder, MSF a développé et mis en place des protocoles de détection et de prise en charge des stades précoces du noma.

Le faible nombre d'études concernant le Noma rendent difficiles l'adoption de protocoles basés sur des évidences scientifiques. L'absence de recommandations officielles de la part de l'OMS explique qu'il n'y ait pas de consensus sur les démarches thérapeutiques à effectuer.

Les protocoles adoptés par MSF sont le résultat de discussions entre professionnels et s'appuient sur quelques études récentes. Il est cependant nécessaire de suivre ces activités pour permettre d'en évaluer le bien fondé.

Cette présentation a pour objectif de décrire notre démarche, de mettre en évidence sa faisabilité dans le contexte du Niger mais aussi de souligner les difficultés rencontrées. Nous présenterons le nombre de patients détectés lors des années 2013 et 2014. Nous décrirons pour ces patients le type de lésions constatées et l'évolution des symptômes sous traitement.

ESTIMATION DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE CHEZ LES MILITAIRES SÉNÉGALAIS

AA Ndiaye, B Gueye, B Tall, SM Seck, TA Dia, PG Sow, A Gaye
ndiaziz2000@yahoo.fr

UFR Santé et Développement Durable, Université Alioune Diop de Bambey, BP 30 Bambey, Sénégal
Direction de la santé des Armées, Dial Diop, Dakar. BP 4042. Sénégal

SESSIONS COMMUNICATIONS I

Judi 11 septembre
15h10-15h20

MOTS CLEFS
MCNT, STEPS, IMC, score de risque

INTRODUCTION

Les maladies chroniques non transmissibles (MCNT) constituent un problème de santé publique. La transition épidémiologique coexiste avec les maladies infectieuses. En Afrique subsaharienne, leur ampleur est peu connue et l'OMS recommande aux pays à faible et moyen revenu de réaliser des enquêtes STEPS portant sur les comportements, des mesures physiques et biochimiques. L'absence de données au niveau national justifie cette étude auprès d'un groupe spécifique. L'objectif de l'étude était d'évaluer les facteurs de risque des MCNT dans les forces armées Sénégalaises.

MÉTHODOLOGIE

Une enquête transversale descriptive et analytique a été réalisée chez les militaires âgés de 25 à 60 ans répartis en 4 classes 25-34, 35-44, 45-54 et 55-60. La participation était volontaire. Un sondage stratifié à deux niveaux a été utilisé. L'échantillon ajusté était de 1513. Les données ont été saisies avec le logiciel EPI Info 6 et analysées à l'aide de R. Un score de risque a été déterminé sur la base de cinq facteurs.

RÉSULTATS

Les résultats préliminaires concernent 1125 personnes. L'âge moyen est de 39,7 ± 9,1 ans, le sex-ratio de 28,6.

La prévalence du tabagisme actif est de 17,3% et ne varie pas significativement entre les différentes catégories d'âge. L'âge moyen auquel ils ont commencé à fumer est de 20,8 ± 4,05 ans. La médiane de la consommation de fruits et légumes est de l'ordre de 4 quotidiennement et seulement 4,5% des enquêtés prennent au moins 5 portions par jour. Environ 72% des enquêtés ont une activité intense ou modérée au moins trois fois par semaine. La prévalence de la surcharge pondérale (IMC ≥ 25 kg/m²) est de 30,5% et celle de l'HTA à 28,4%. La combinaison de ces 5 facteurs a permis de déterminer le score de risque des maladies cardiovasculaires. Un peu moins de 1% des enquêtés présente un risque faible (aucun facteur de risque) et 39,11% sont à risque élevé (au moins trois facteurs de risque). La probabilité de risque cardiovasculaire n'était pas identique entre les groupes d'âge (p=0,001).

CONCLUSION

La fréquence élevée des facteurs de risque des MCNT dans ce groupe particulier, privilégié en matière de santé, autorise à penser une menace réelle pour la population générale. De ce point de vue, il est urgent de mettre en place un programme de prévention primaire et de dépistage pour anticiper sur l'épidémie mondiale prédite par les spécialistes.

PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE, ÉTIOLOGIQUE ET ÉVOLUTIF DE LA FIBROSE PULMONAIRE AU SÉNÉGAL: A PROPOS DE 59 CAS

Abdourahmane Niang, Thierno Oumar Soko, Papa Samba Ba, Awa Ndao Fall, Becaye Fall, Sara Boury Ag Gning, Khadidiatou Ag Ba Fall, Boubacar Wade
niang.abdou@gmail.com

Services Médicaux, Hôpital Principal de Dakar
BP3006, Sénégal

SESSIONS COMMUNICATIONS I

Judi 11 septembre
15h20-15h30

MOTS CLEFS
fibrose pulmonaire, étiologies, Sénégal

INTRODUCTION

Les fibroses pulmonaires (FP) constituent un groupe hétérogène d'affections respiratoires, graves par leur potentiel évolutif vers l'insuffisance respiratoire chronique. Au Sénégal peu de travaux ont été consacrés à ces FP. Nos objectifs étaient de décrire les caractéristiques épidémiocliniques, étiologiques et évolutives des FP suivies à l'Hôpital Principal de Dakar (HPD).

MALADES ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective entre janvier 2006 et décembre 2013, incluant les patients hospitalisés à l'HPD avec un diagnostic retenu de FP et ayant eu un scanner thoracique. Étaient exclus les formes non chroniques et celles liées à des étiologies néoplasiques ou infectieuses connues.

RÉSULTATS

Ont été inclus 59 patients [26 hommes et 33 femmes] avec un âge moyen de 57,4 ans et des extrêmes de 22 et 93 ans. Six patients étaient tabagiques actifs. Les antécédents retrouvés étaient : séquelles de tuberculose pulmonaire (8 cas), hypertension artérielle (12 cas), diabète type 2 (8 cas), asthme (10 cas) et aucun cas d'antécédents familiaux. Les signes cliniques révélateurs étaient essentiellement respiratoires : toux sèche et dyspnée d'effort (41 cas), signes d'insuffisance cardiaque droite (8 cas), signes extra-thoraciques (3 cas). La radiographie du thorax objectivait des anomalies morphologiques bilatérales. La TDM thoracique, réali-

sée chez tous nos malades a permis de mieux préciser la topographie des lésions et de confirmer le diagnostic en montrant à des zones variables soit des lésions micronodulaires, avec des épaississements septaux ou des aspects en « verre dépoli » d'allure évolutive (32 cas), soit des lésions fibro-kystiques en « rayons de miel » et des bronchectasies évocatrices de fibrose évoluée (24 cas). L'endoscopie bronchique avec LBA et biopsies bronchiques a été réalisée chez 37 patients. Aucune biopsie chirurgicale n'a été réalisée. La sérologie VIH réalisée après consentement chez tous nos patients était revenue négative.

Les étiologies retenues étaient : sarcoïdose (9), sclérodémie systémique (3), dermato-polymyosite (3), lupus systémique (2), syndrome de anti-synthétases (2), exposition professionnelle probable (3). Le diagnostic de fibrose pulmonaire idiopathique était retenu chez 15 patients et l'étiologie était indéterminée pour 21 autres cas. Une corticothérapie était démarrée chez 34 patients dont 5 ont eu ensuite un traitement immunosuppresseur. Nous avons noté 14 décès entre 2 et 26 mois de suivi.

COMMENTAIRES

Les FP, de plus en plus fréquentes dans nos régions, relèvent d'étiologies variées d'où les difficultés diagnostiques. Seul un diagnostic précoce et précis permet un traitement adapté pour éviter l'évolution vers l'insuffisance respiratoire chronique.

PRÉVALENCE ET FACTEURS ASSOCIÉS À L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE À BOBO DIOULASSO,; BURKINA FASO, 2013

NF Kaboré, A Héma, J Zoungana, Poda A, BE Kamboulé, I Soré, G Bado, AB Sawadogo
nongodo@yahoo.fr

BP 3437 Bobo Dioulasso, Burkina Faso

SESSIONS COMMUNICATIONS I

Judi 11 septembre
15h30-15h40

MOTS CLEFS

Hypertension artérielle, VIH, Bobo Dioulasso, Burkina Faso

PRÉVALENCE DE LA MALADIE RÉNALE CHRONIQUE CHEZ LES POPULATIONS URBAINES ET RURALES DE SAINT-LOUIS

SM¹ Seck, EF² Ka, MM² Cisse, L¹ Gueye
sidy-mohamed.seck@ugb.edu.sn

UFR des sciences de la santé,
Université Gaston Berger,
Saint-Louis, Sénégal

SESSIONS COMMUNICATIONS I

Judi 11 septembre
15h40-15h50

MOTS CLEFS

dépistage, épidémiologie, maladie rénale chronique, Sénégal

OBJECTIF

Déterminer la prévalence et les facteurs associés à l'HTA dans la cohorte de PvVIH suivie à l'hôpital de jour (HDJ) de Bobo-Dioulasso.

MÉTHODES

Etude transversale descriptive et analytique portant sur les PvVIH suivis à l'HDJ de Bobo-Dioulasso et âgés d'au moins 18 ans. Les données ont été extraites de la base de données des consultations médicales et les analyses ont été faites sur Epi Info 7. Les tests de Khi-2 et de Student ont été utilisés pour faire les comparaisons. Les facteurs associés ont été recherchés à l'aide de la régression logistique multiple. Le seuil de signification retenu est de 0,05.

RÉSULTATS

La file active comptait 3 746 patients âgés d'au moins 18 ans dont 73,1% de femmes, avec 87,1% des patients qui étaient sous traitement ARV. L'âge médian (IIQ) était de 41 ans (35,5 ans – 48,0 ans). La prévalence globale de l'HTA était de 12,4%. Elle était plus élevée chez les hommes (16,9% vs 10,8%, p<0,001). En tenant compte du sexe, du traitement ARV, de l'IMC, de l'âge, de la glycémie et de la fonction rénale, les seuls facteurs associés à l'HTA, dans notre étude, étaient un

âge \geq 35 ans, le sexe masculin, un IMC \geq 25 kg/m² et une clairance de la créatinine $<$ 60 ml/min/1,73m².

CONCLUSION

Les maladies cardiovasculaires dont l'HTA constituent de nos jours une cause majeure de mortalité chez les PvVIH. Les structures de prise en charge de ces patients devront associer dans leurs actions des stratégies spécifiques qui visent la prévention et / ou le traitement de ces maladies.

INTRODUCTION

La maladie rénale chronique (MRC) est un problème de santé publique en progression dans le monde mais son ampleur réelle reste mal connue en Afrique. Notre objectif était de déterminer la prévalence de la MRC et ses facteurs de risque dans la population de Saint-Louis (région nord du Sénégal).

POPULATION ET MÉTHODE

Il s'agit une enquête transversale sur un échantillon représentatif de 1037 adultes d'âge \geq 18 ans et habitant Saint-Louis. Les données sociodémographiques, cliniques et biologiques ont été recueillies à domicile à l'aide d'un questionnaire. Le débit de filtration glomérulaire (DFG) était estimé par l'équation simplifiée du MDRD et la MRC était définie par un DFG $<$ 60 ml/min/1,73m² \pm une albuminurie $>$ 1 g/l. Une analyse descriptive des données et une régression logistique multivariée ont été réalisées avec STATA 12.

RÉSULTATS

L'âge moyen était de 47,9 \pm 16,9 ans (18-87 ans) et le sex-ratio (H/F) de 0,52. La majorité d'entre eux étaient scolarisés (65,6%) et vivaient en milieu urbain (55,3%). L'hypertension artérielle, le diabète et l'obésité étaient retrouvés respectivement chez 39,1%,

12,7% et 23,4% des individus. La prévalence globale de la MRC était de 4,9% (95% CI= 3,5 – 6,2) dont 0,9 % avec un DFG $<$ 30 ml/min/1,73m². Une albuminurie $>$ 1g/l était retrouvée chez 3,5% des individus. Seuls 23% des patients dépistés connaissaient leur maladie. A l'analyse multivariée, les facteurs associés à la présence d'une MRC étaient l'hypertension artérielle (OR= 1,19; p= 0,02) et l'âge (OR= 1,05 ; p=0,04).

CONCLUSION

La MRC touche atteint une frange importante de la population de Saint-Louis mais la plupart des patients ignorent leur maladie. Une stratégie de prévention et de prise en charge de la MRC devrait être rapidement mise en place.

UN PANORAMA DE LA TÉLÉDERMATOLOGIE SOUS LES TROPIQUES

Sophie Delaigue, Laurent Bonnardot,
Jean Jacques Morand
delaiguesophie@yahoo.fr

HIA Sainte-Anne
BP 600
83000 TOULON Cedex 9

SESSIONS COMMUNICATIONS I

Judi 11 septembre
15h50-16h00

MOTS CLEFS

Télé médecine,
dermatologie, store-
and-forward,
humanitaire

TUBERCULOSE ET DIABÈTE : 2 ÉPIDÉMIES DANGEREUSEMENT CONVERGENTES

Corinne Merle, Piero Olliaro
Corinne.merle@lshtm.ac.uk

London school of Hygiene and Tropical Medicine,
Epidemiology and Population Health department,
London, UK

SESSIONS COMMUNICATIONS II

Vendredi 12 septembre
10h50-11h00

MOTS CLEFS

Mycobacterium
tuberculosis, diabète
de type 2, épidémies,
contrôle,
recherche

INTRODUCTION

La télé médecine a connu un essor important ces dernières années s'appuyant notamment sur internet ce qui a permis le développement sans précédent de réseaux entre praticiens venant de zones géographiques parfois très éloignées. Très visuelle dans sa pratique médicale, la dermatologie est une des spécialités les plus adaptées à la télé médecine plus particulièrement sous les tropiques où les manifestations cutanées sont fréquentes et le recours aux spécialistes souvent difficile.

OBJECTIF

Présenter un panorama de projets de télé dermatologie en zone tropicale en mettant en exergue leurs intérêts et leurs limites et les pistes possibles d'amélioration.

MÉTHODE

Notre avons réalisé une analyse rétrospective des publications parues en langue anglaise et française dans les deux principales bases de données Medline et Embase. Nous illustrerons notre propos des cas de télé consultations de l'association humanitaire Médecins Sans Frontières (MSF).

RÉSULTATS

Le principal intérêt de la télé dermatologie sous les tropiques est le recours facilité et rapide à un expert. La télé expertise qui permet à un médecin de requérir l'avis d'un spécialiste fût plus souvent utilisée que la

télé consultation qui met en contact patient et médecin. Ainsi, la méthode dite du store-and-forward -échange de courriels anonymes via une plateforme sécurisée entre deux médecins- fût plus utilisée que la vidéo conférence. Dans les zones tropicales soumises à de fortes contraintes naturelles, humaines et matérielles, l'utilisation d'internet permet de diminuer le recours inutile à un spécialiste et les déplacements non justifiés, de faciliter l'accès rapide à un avis spécialisé pour ainsi augmenter la qualité des soins. L'intérêt pour le praticien fût de limiter son isolement et d'optimiser sa formation continue. La Guyane française, avec ses nombreuses zones difficiles d'accès, en est une illustration probante et peut se prévaloir d'une expérience positive depuis 2001. La médecine humanitaire est un autre domaine d'application de la télé dermatologie et de nombreux réseaux jouissent de plusieurs années de pratiques confirmées comme Africa Tele dermatology Project, Swifen Charitable Trust (MSF) ou le Réseau en Afrique francophone pour la télé médecine (RAFT). Enfin l'intérêt majeur d'un tel réseau est sa capacité à être évalué. Dans ce sens le Collegium Tele medicus propose un projet original et gratuit de modèle de réseau, facilitant la création d'un projet de télé médecine avec des zones isolées.

CONCLUSION

La télé médecine est implantée en milieu tropical et la poursuite de l'évaluation des réseaux soutiendra leur développement.

Une impressionnante correspondance géographique existe entre la prévalence du diabète et celle de la tuberculose. Les données de la littérature, essentiellement obtenues grâce à des études menées en dehors de l'Afrique Sub-saharienne, suggèrent que les patients diabétiques auraient entre 2 à 8 fois plus de risque de développer une tuberculose que la population générale. La force de cette association est influencée par la prévalence de la tuberculose dans le pays où l'étude a été menée. Le mécanisme physiopathologique n'est pas clairement connu, mais le diabète, au-delà d'exposer les patients à un risque accru infectieux général, semble toucher les fonctions macrophagique et lymphocytaire qui jouent un rôle important dans la réponse immunitaire à une infection tuberculeuse. D'autres facteurs, sur des modèles animaux, ont été évoqués tels que le niveau bas d'interféron gamma, une micro angiopathie pulmonaire, un déficit en certains micronutriments. Le diabète affecterait aussi les signes de présentation de la pathologie tuberculeuse rendant son diagnostic plus difficile et aurait un effet délétère sur l'efficacité du traitement. Du fait de l'explosion de l'obésité dans les pays développés mais aussi les pays en voie de développement, il a été estimé que la prévalence du diabète doublerait d'ici 2030 dans la plus part des pays Africains avec plus de 440 millions de diabétiques dont trois-quarts vivant dans des pays en voie de développement. Il est nécessaire de prendre des mesures rap-

pides et ciblées afin d'éviter, du fait de l'augmentation de la prévalence du diabète, une nouvelle augmentation de la prévalence de la tuberculose dans le monde alors que les tendances actuelles observées sont à la baisse.

Dans cette communication, (i) nous ferons une revue des évidences concernant l'excès de risque des patients diabétique de développer une pathologie tuberculeuse, (ii) nous donnerons quelques pistes physiopathologiques pouvant expliquer l'intrication de ces 2 pathologies, (iii) nous discuterons l'impact du diabète sur la présentation et traitement de la tuberculose (incluant le risque de développement de TB multi résistantes et (iv) enfin, à la lumière de ce qui a été fait pour contrôler la tuberculose chez les patients infectés par le VIH, nous discuterons quelles mesures de contrôle pourraient être envisagées chez les diabétiques et les gaps en terme de recherche opérationnelle pour optimiser l'efficacité de ces mesures.

MÉDECINE DE CAMPAGNE ET PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES CHRONIQUES

K Nimaga, S Coulibaly, M Sy, G Farnarier,
D Desplats, O Doumbo
nimagak@yahoo.fr

Association des Médecins
de Campagne

SESSIONS
COMMUNICATIONS II
Vendredi 12 septembre
11h00-11h10

MOTS CLEFS

médicalisation, zones
rurales, réseaux,
maladies chroniques

FORMATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES COMMUNAUTAIRES À LA PRISE EN CHARGE DE L'ÉPILEPSIE EN ZONE RURALE : MALI, MADAGASCAR, BÉNIN

Pierre Genton, Karamoko Nimaga, Adeline
Raharivelo, Thierry Adoukonou, Guy Farnarier
et les médecins des réseaux RARE, REM et REB
piergen@aol.com, et guy.farnarier@wanadoo.fr

Santé Sud, 200 Boulevard National, 13003 Marseille

SESSIONS
COMMUNICATIONS II
Vendredi 12 septembre
11h10-11h20

MOTS CLEFS

épilepsie,
médecine générale
communautaire,
formation, zone
rurale, Afrique

INTRODUCTION

Après la médicalisation des zones rurales qui a abouti à une amélioration de la couverture sanitaire au Mali, un défi se présentait à l'Association des Médecins de campagne (AMC) et Santé Sud : la prise en charge des pathologies chroniques. C'est ainsi que ces deux associations ont procédé à la mise en place des réseaux de prise en charge de certaines pathologies chroniques (épilepsie, HTA/Diabète, VIH/SIDA, drépanocytose). Ces réseaux sont constitués de médecins généralistes volontaires, motivés, qui assurent en lien avec les spécialistes en la matière, une démarche d'amélioration de la qualité des prises en charge et des pratiques professionnelles.

MÉTHODE

Les réseaux ont démarré par la formation de six médecins généralistes membre de l'AMC. Chaque réseau est dirigé par une « tête de réseau ». Le « maillage » des réseaux est assuré par les séminaires biannuels faisant participer les formateurs Nord et Sud, les rencontres entre membres des réseaux, les réunions trimestrielles et l'AG annuelle de l'AMC.

Chacun des six premiers médecins de chaque réseau joue le rôle de formateur auprès des autres membres de l'AMC. Les activités des réseaux comportent trois volets : les formations (initiale, et continue) ; les activités cliniques (dépistage, traitement et suivi) ; la recherche-action (collecte et traitement des données,

production scientifique). Pour faciliter l'accessibilité financière aux médicaments, les réseaux utilisent les médicaments en génériques.

RÉSULTATS

38 médecins généralistes formés qui prennent en charge plus de 3 500 patients vivant avec l'épilepsie. Plus de 5 000 patients hypertendus dépistés, traités et suivis par les 55 médecins du réseau ; pour le réseau VIH/SIDA, 20 médecins avec une file active de 352 patients ; 40 médecins assurent le diagnostic et la prise en charge du diabète, 23 référents maîtres de stages ont été formés au dépistage et à la prise en charge de la drépanocytose. Ces différents réseaux ont fait l'objet de plusieurs thèses, publications et communications scientifiques et distinctions honorifiques.

CONCLUSION

Cette expérience de prise en charge continue et globale des patients par des Médecins Généralistes Communautaires a permis d'améliorer la qualité des services et un meilleur rapport coût/efficacité par l'utilisation des médicaments génériques. La présence de ces médecins pourrait résoudre à court terme la pénurie en ressources humaines qualifiées au niveau du premier échelon.

L'épilepsie est une pathologie fréquente (prévalence 10-15%) dans les pays du Sud et représente une cause majeure de handicap médical et social. Elle souffre d'un « hiatus thérapeutique » majeur, proche de 90%, concernant autant la compétence/formation des acteurs de santé que la disponibilité et l'accessibilité des moyens diagnostiques et thérapeutiques. L'installation de médecins généralistes communautaires (MGC) en zone rurale, selon le dispositif de l'ONG Santé-Sud, et avec son appui technique, permet le dépistage et la prise en charge de maladies non transmissibles : dans 3 pays ont été créés des réseaux « épilepsie ». L'information/éducation/communication sur l'épilepsie, le dépistage des patients, la prise en charge et la recherche reposent sur une formation spécialisée en épileptologie adaptée au contexte. Ces actions bénéficient du programme « Impact Epilepsy » de la branche « Accès aux Médicaments » de Sanofi.

Le réseau repose sur la sélection d'un MGC tête de réseau, d'un expert spécialiste local formateur, d'experts formateurs de Santé-Sud Marseille et d'un groupe de MGC volontaires. Cette action a commencé en 2003 au Mali, Les formations bi-annuelles (Nord/Sud et Sud/Sud chaque année) ont permis l'élargissement du Réseau Action Recherche Epilepsie (RARE) de 6 à 30 MGC après 5 ans, et une prise en charge quantifiée et suivie de plus 3000 patients. A Madagascar, le Réseau Epilepsie (REM), créé en 2007, a été élargi en 2011

de 10 à 15 MGC, avec des difficultés liées au contexte politique, le REM a redémarré en 2013. Au Bénin, une formation initiale a été pratiquée auprès du réseau épilepsie (REB, 6 membres) en janvier 2014.

La formation initiale, les formations continues et les formations aux réseaux élargis, reposent sur des évaluations pré- et post-formation qui ont permis de quantifier les progrès ; sur des exposés didactiques, avec une orientation très pratique fondée sur la projection de vidéos de crises épileptiques et sur des sessions interactives (présentation de cas, jeux de rôle). La formation insiste sur le diagnostic positif et différentiel et sur les modalités pratiques du traitement. Enfin, à l'occasion des réunions régionales trimestrielles thématiques entre pairs, les connaissances sur l'épilepsie ont été diffusées auprès de l'ensemble des MGC.

ATTITUDES, CONNAISSANCES ET SENSIBILISATION VIS-À-VIS DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS : ENQUÊTE AUPRÈS DES FEMMES LAO FRÉQUENTANT OU NON UN CENTRE DE TRAITEMENT DU VIH

Chanvilay Sichanh, Fabrice Quet, Jeffray Diendere, Christophe Longuet, Yves Buisson
yvesbuisson@hotmail.com

15 rue Armand Carrel, 75019 Paris
(Société de Pathologie Exotique
Académie Nationale de Médecine)

SESSIONS
COMMUNICATIONS II
Vendredi 12 septembre
11h20-11h30

MOTS CLEFS

Cancer du col de l'utérus, Dépistage, Papillomavirus humain, Infection VIH/SIDA Laos.

Le cancer du col de l'utérus (CCU) est le 1^{er} cancer féminin au Laos mais il n'existe actuellement aucun programme national de dépistage. L'infection à VIH augmente le risque d'infection persistante à Papillomavirus humain (PVH) et de CCU. Nous avons évalué les attitudes, les connaissances et la sensibilisation vis à vis du CCU chez les femmes Lao fréquentant ou non un centre de traitement VIH afin de savoir si ce suivi médical était mis à profit pour informer les femmes sur la prévention de ce cancer. Une enquête cas-témoins transversale a été conduite dans 3 provinces du Laos (Luang Prabang, Vientiane et Savannaketh) choisies pour la présence d'un centre de traitement VIH. Les cas étaient 320 femmes âgées de 25 à 65 ans, suivies pour traitement de l'infection VIH. Les contrôles étaient 320 femmes appariées sur l'âge et le lieu de résidence, ne fréquentant pas un centre de traitement VIH. Un questionnaire standardisé a permis de recueillir les données socio-démographiques, les informations sur les comportements à risque, le statut VIH, les connaissances et les attitudes sur le CCU et sa prévention.

Les cas avaient un plus grand nombre de partenaires sexuels et utilisaient plus souvent les préservatifs que les témoins. Seulement 36,6% des femmes avaient consulté un gynécologue (47,5% chez les cas et 25,6% chez les témoins, $p < 0,001$) et 3,9% avaient bénéficié d'au moins un dépistage par frottis (5,6% des cas et 2,2% des témoins, $p = 0,02$). Le score moyen de

connaissance sur le PVH et le CCU était de 3,5 sur une échelle de 0 à 13, significativement plus élevé chez les cas que chez les témoins ($p < 0,0001$). Malgré un niveau d'éducation et un statut économique inférieurs, les femmes vivant avec le VIH avaient de meilleures connaissances sur le CCU et étaient plus conscientes d'être à risque (35,9% vs 8,4%, $p = 0,0001$). La principale source d'information était les professionnels de santé. Les raisons invoquées pour ne pas se soumettre au dépistage étaient l'absence de symptômes et le défaut de prescription médicale chez les cas, l'ignorance de l'utilité du dépistage pour les contrôles.

Au Laos, la fréquentation des centres de traitement VIH n'est pas assez exploitée pour informer les femmes sur le CCU et rien n'est prévu pour dépister et traiter les lésions précancéreuses. Cette intégration serait une stratégie rentable et une première étape vers un programme national de prévention du CCU.

LES CANCERS BRONCHIQUES PRIMITIFS AU SÉNÉGAL : DIFFICULTÉS DE LA PRISE EN CHARGE EN MILIEU HOSPITALIER AFRICAIN

Abdourahmane Niang, Papa Samba Ba, Awa Ndao Fall, Moustapha Diallo, Abdoukhadre Fall, Yankhoba Diop, Sara BouryAg Gning, Khadidiatou Ag Ba Fall, Boubacar Wade
niang.abdou@gmail.com

Services Médicaux, Hôpital Principal de Dakar
BP3006, Sénégal

SESSIONS
COMMUNICATIONS II
Vendredi 12 septembre
11h30-12h00

MOTS CLEFS
cancer, poumon, tabac, Sénégal

INTRODUCTION

Les cancers broncho-pulmonaires primitifs (CBP) sont devenus un problème majeur de santé dans nos pays. Leur incidence, liée surtout au tabagisme, est en nette progression et selon toutes les prévisions va continuer à s'accroître. Leur prise en charge, pluridisciplinaire, est rendue plus difficile dans notre pratique par un diagnostic souvent tardif et des moyens thérapeutiques limités. La mortalité est encore élevée. Les objectifs de notre travail étaient de décrire les particularités épidémiologiques, cliniques, paracliniques et évolutives des CBP pris en charge en milieu hospitalier africain : Hôpital Principal de Dakar (HPD).

MALADES ET MÉTHODES

Etude rétrospective entre janvier 2007 et décembre 2013 à HPD. Le recueil exhaustif était fait à partir du registre des hospitalisations en veillant à éliminer les doublons. Étaient inclus les CBP confirmés. Étaient exclus les cancers secondaires et les hémopathies.

RÉSULTATS

Ont été inclus 69 patients (59 hommes et 10 femmes), soit un sex ratio de 5,9. L'âge moyen était de 57,3 ans [35 - 73]. Dix-sept avaient une comorbidité et 3 avaient des antécédents de tuberculose. Le principal facteur étiologique était le tabac retrouvé chez 50 patients (72,4%) avec 26,4 PA en moyenne et 9 parmi eux étaient des ex-fumeurs. Les patients étaient: PS1 (12 cas), ; PS2 (31 cas) et PS3 ou PS 4 (26 cas). Les

principaux signes révélateurs étaient : douleurs thoraciques, toux chronique, hémoptysie et/ou amaigrissement.

La radiographie du thorax montrait des anomalies variables mais évocatrices chez tous nos malades, mieux précisées à la TDM thoracique. L'histologie était obtenue grâce à l'endoscopie bronchique (26 cas), la biopsie transpariétale scannoguidée (34 cas), la chirurgie (1cas) ou la biopsie d'un site métastatique (8 cas). Les types histologiques diagnostiqués étaient : 33 adénocarcinomes, 19 carcinomes épidermoïdes, 10 carcinomes indifférenciés et 7 cancers à petites cellules. Les patients étaient classés stade IIA (4 cas), ; stade IIIB (23 cas) et stade IV (42 cas). Seuls 39 patients avaient reçu une chimiothérapie; associée à une radiothérapie dans (4 cas) et une 2e ligne (1cas). Leur survie variait de 1 à 32 mois.

COMMENTAIRES

Notre travail confirme le diagnostic souvent tardif et le mauvais pronostic des CBP dans nos régions. La prise en charge est problématique, du fait du coût élevé de la chimiothérapie, d'une radiothérapie presque inexistante et d'une chirurgie thoracique à ses débuts. L'amélioration de la prise en charge passe par une réduction des délais diagnostiques, la mise en place de standards thérapeutiques adaptés au contexte socio-économique africain et la lutte anti-tabac.

ENJEUX ET STRATÉGIES POUR UNE LUTTE EFFICACE CONTRE LA DRÉPANOCYTOSE EN AFRIQUE SUB-SAHARIENNE

Dapa A. Diallo
dadiallo@icermali.org

Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose (CRLD), 03 BP : 186 BKO 03 Point G, Commune III, Bamako, Mali

SESSIONS
COMMUNICATIONS II
Vendredi 12 septembre
12h00-12h10

MOTS CLEFS

drépanocytose, enjeux, lutte, stratégie, Afrique sub-saharienne

QUELLE STRATÉGIE EFFICIENTE DE DÉPISTAGE NÉONATAL DE LA DRÉPANOCYTOSE DANS UN PAYS OÙ L'HÉMOGLOBINE S COEXISTE AVEC D'AUTRES VARIANTES HÉMOGLOBINIQUES? CAS DU MALI

Aldiouma Guindo PhramD-PhD¹, Aboubcari A Touré MD¹, Pierre Guindo PharmD¹, Mohamed Ag Baraika PhramD¹, Yeya S. SarroPharmD¹, Baba Fané MD¹, Oumar Tessougé PharmD¹, Alain Dorie MD*, Dapa A. Diallo MD¹
aldguindo@icermali.org

PharmD, PhD

¹ Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose (CRLD), 03 BP 186, Bko03, Bamako, Mali

SESSIONS
COMMUNICATIONS II
Vendredi 12 septembre
12h10-12h20

MOTS CLEFS

dépistage néonatal, drépanocytose, nouveaux nés, parturientes

La drépanocytose, une maladie monogénique due à une mutation du codon 6 du gène codant pour le 6^{ème} acide aminé de la chaîne B de l'hémoglobine est la maladie génétique la plus répandue au monde. Ses plus fortes prévalences sont observées en Afrique sub-saharienne. Longtemps ignorée, cette maladie a été reconnue comme une priorité de santé publique entre 2005 et 2008, successivement par l'Union Africaine, l'UNESCO, l'OMS et l'ONU. Dans sa résolution 59/9 en 2006, l'OMS a demandé aux Etats africains, d'inclure la lutte contre la drépanocytose dans leurs politiques de santé. Affection chronique, la drépanocytose impose des coûts financiers importants et dans le contexte africain, deux défis majeurs doivent être relevés pour rendre efficace la lutte contre cette maladie à savoir : i) améliorer l'espérance et la qualité de vie des drépanocytaires et, ii) réduire le nombre des naissances drépanocytaires.

A notre connaissance, il n'existe pas à ce jour, de données sur les stratégies de lutte efficaces à mettre en œuvre dans ces pays caractérisés par un bas niveau économique ainsi qu'une insuffisance en structures sanitaires spécialisées et en ressources humaines qualifiées.

Cette communication passera en revue les enjeux de la lutte contre la drépanocytose en Afrique sub-saharienne, les contraintes à considérer face à ces enjeux, puis proposera des stratégies pour une approche holistique.

La drépanocytose est l'une des maladies génétiques les plus répandues au monde, particulièrement en Afrique Subsaharienne où on enregistre les 3/4 des cas mondiaux. Son évolution est émaillée de complications à la fois aiguës et chroniques responsables d'une mortalité infantile précoce élevée et de handicaps sévères. Le dépistage néonatal est l'une des stratégies efficaces pour réduire considérablement la mortalité liée à la maladie.

Au Mali, la distribution ethnico géographique du trait drépanocytairaire varie du nord au sud entre 6 et 15%. Le gène drépanocytairaire existe avec d'autres variants hémoglobiniques dont l'hémoglobine C (7,5% de trait AC) et les syndromes thalassémiques. Il n'existe pas de dépistage prénuptial de la drépanocytose. Les quelques centres universitaires qui font le dépistage ont recours soit au test de falciformation du globule rouge (Test d'Emmel) parce que plus facile à faire et moins coûteux (0,76 €) soit à l'électrophorèse à pH alcalin peu accessible (11 €). Si l'électrophorèse de l'hémoglobine permet de déceler les variants C, le test de falciformation en revanche ne permet pas ce dépistage. Dans ce contexte, la question d'un dépistage néonatal ciblé de la drépanocytose peut se poser et au-delà, le choix de l'outil le plus approprié pour ce dépistage avec comme finalité, de proposer les stratégies de dépistage les plus efficaces à l'échelle du pays. Nous avons conduit de 2010 à 2011, un dépistage systématique de la drépanocytose par isoélectrofocalisation complétée par une technique d'HPLC (2,92 €) chez des femmes et

leurs nouveau-nés dans deux maternités de Bamako au Mali, après obtention de leur consentement éclairé et signé. Le dépistage a concerné 2 416 parturientes. Ces parturientes ont donné naissance à 2 485 nouveau-nés dont 67 jumeaux et 2 triplets dont le profil hémoglobiniqque a été déterminé. Chez 2 416 parturientes ayant participé à l'étude, 12,7% avaient le trait drépanocytairaire AS; -1,2% étaient drépanocytaires (SS = 0,2% ; SC = 0,9%; S/βthalassémiques = 0,1%).

Ces parturientes ont donné naissance à 198 nouveau-nés porteurs du trait drépanocytairaire AS (8%) et 17 drépanocytaires (SS = 7 et SC = 10). Parmi les nouveau-nés issus des 308 mères porteuses du trait drépanocytairaire, 7 étaient drépanocytaires (4 SS et 3 SC). Par contre ceux issus des 169 mères de phénotype AC qui ne pouvaient pas être détectés par un test de falciformation, représentaient deux (2) cas de SC (soit 1,1%).

Le faible taux de naissances drépanocytaires (1,1%) chez les gestantes dont le test de falciformation est négatif, fait discuter l'efficacité d'un dépistage néonatal systématique de la drépanocytose, d'autant que les cas sont représentés par les formes composites SC, d'expression clinique plus tardive.

LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES DANS LES ÎLES DU SUD-OUEST DE L'Océan Indien

P. Aubry¹, P. Bovet^{2,3}, B-A. Gaüzère^{1,4}
aubry.pierre@wanadoo.fr

11 avenue Pierre Loti, Saint Jean de Luz,
F-64500

SESSIONS COMMUNICATIONS II

Vendredi 12 septembre
12h20-12h30

MOTS CLEFS

Maladies non
Transmissibles, îles du
sud-ouest de l'océan
Indien, maladies cardio-
vasculaires, diabète,
cancer

En 2014, les îles du sud-ouest de l'océan Indien (SOOI) présentent des indicateurs de santé disparates. Réunion, Seychelles, Maurice et Mayotte ont connu une rapide transition démographique, épidémiologique et nutritionnelle, avec une forte émergence des maladies non transmissibles (MNT), notamment maladies cardio-vasculaires (MCV), diabète, cancers. Le développement socio-économique a été beaucoup moins rapide à Madagascar et dans l'Union des Comores où les maladies transmissibles, dont le paludisme, restent un problème majeur de santé publique avec une mortalité infantile élevée.

À La Réunion, aux Seychelles et à Maurice, la mortalité par MCV est élevée, reflétant une haute prévalence des facteurs de risque (FRCV) et le vieillissement de la population. Cependant, la mortalité standardisée par âge est en baisse dans ces îles, témoin d'un stade avancé de la transition épidémiologique. Ainsi, aux Seychelles, la mortalité par MCV ajustée à l'âge a diminué de 40% en 20 ans.

(tableau page de droite)

On relève des prévalences élevées de plusieurs FRCV avec une baisse ou une stabilisation séculaires du tabagisme, de l'HTA et de l'hypercholestérolémie dans les îles à fort développement socio-économique, compatible avec une diminution du risque cardiovasculaire. Ces tendances bénéfiques sont menacées par l'augmentation de la prévalence de l'obésité et du diabète. Globalement, les hautes prévalences des FRCV sont un problème de santé publique majeur dans les cinq îles du SOOI, quel que soit le stade de transition épidémiologique. Ces données montrent la nécessité des mesures de prévention et de contrôle pour prévenir les MCV dans les îles en début de transition épidémiologique et pour en réduire l'impact dans les îles en fin de transition.

¹ Centre René Labusquière, Université de Bordeaux
² Ministry of Health, Victoria, The Republic of Seychelles
³ Institut universitaire vaudois, Lausanne, Suisse
⁴ Service de Réanimation Polyvalente, Centre Hospitalier Universitaire de la Réunion, Site Félix Guyon, Allée des Topazes, CS 110 21, 97 400 Saint-Denis, Réunion, France

**TABLEAU : PRÉVALENCES DES FACTEURS DE RISQUE (FRCV) DANS
LA POPULATION ADULTE (POURCENTAGE, 30-69 ANS)**

Iles du SOOI	HTA ≥ 140/90 mmHg	Obésité IMC ≥ 30 kg/ m ²	Cholestérol ≥ 6,2 mmol/L	Tabagisme	Diabète
Comores 2001 2011*	23 25,4	H : 5,5; F : 22,4	25,9	H : 13; F : 3,2	1,9 4,8
Madagascar 1998 2005	17,7	2,13		20,3	1,9 4
Maurice 1987 2004	H : 31,7; F : 28,9 H : 29,7; F : 29,9	H : 3,1; F : 9,2 H : 5,6; F : 13,7	H : 24,9; F : 23,0 H : 10,3; F : 8,2	H : 57,9; F : 7 H : 35,9; F : 5,1	H : 14,2; F : 14,5 H : 18,9; F : 19,7
Mayotte 2001 2008	H : 40,6; F : 23,8	H : 15,6; F : 44,2	H : 7,5; F : 6	H : 30,7; F : 2,5	8 H : 10,5; F : 10,5
Réunion 2001	22,6	H : 9,9; F : 19,3			H : 17,7; F : 17,3
Seychelles 1989 2004	H : 44,5; F : 38,4 H : 38,4; F : 24,9	H : 4,3; F : 15 H : 22,7; F : 35,2	H : 10,6; F : 22,0 H : 23,2; F : 23,3	H : 50,3; F : 30,7 H : 9,9; F : 3,4	H : 6,2; F : 6,1 H : 9,6; F : 9,1

COMMUNICATIONS ORALES

LES MALADIES
TRANSMISSIBLES
EN ZONE
TROPICAL

SOLIDARITÉ SANTÉ NAVALE : UN NOUVEL ACTEUR DE LA SOLIDARITÉ INTERNATIONALE

Jean-Claude Cuisinier-Raynal
solidaritesantenavale@gmail.com

Solidarité Santé Navale 157, rue Fernand Audeguil
33000 Bordeaux

MÉDECINE TROPICALE ET D'IMPORTATION

Vendredi 12 septembre
15h00-15h10

MOTS CLEFS

Solidarité
internationale, fonds de
dotation, santé

Les fermetures successives et rapprochées de l'École de Santé Navale, de l'Institut de médecine navale, de l'Institut de médecine tropicale du Pharo, ont interpellé leurs anciens élèves. Au-delà de l'obligation de mémoire, il est apparu pour eux nécessaire de poursuivre la mise à disposition de l'expertise accumulée au service des populations défavorisées. Le choix d'un fonds de dotation, adossé au capital du legs Consiroles et aux dons des anciens élèves, a été décidé en juin 2013 dans le cadre du nouveau projet associatif de leur association.

Fin 2013, le premier appel à projet était lancé. Un comité scientifique pluridisciplinaire établissait une sélection sur des critères exigeants : projets associatifs ciblés que la fondation est en capacité de suivre et d'évaluer, partage avec les autorités nationales et les réseaux d'anciens élèves des Ecoles militaires de santé, transition vers l'autonomisation des bénéficiaires, capitalisation des retours d'expérience. Une veille permanente permet de proposer une expertise actualisée et adaptée à l'évolution des territoires en développement.

En 2014 Solidarité Santé Navale soutient quatre projets dans le domaine de la santé :

1. un soutien à la bibliothèque de l'École militaire de santé de Dakar
2. un appui aux pêcheurs-plongeurs du Vietnam : projet « Ninh Van 2014 » proposé par l'AFEPS (Association Francophone d'Entraide et de Promotion des Sciences de la vie).

3. un projet expérimental de moto-ambulances au Sénégal pour les populations isolées du fleuve : projet Médecins du Fleuve au Sénégal

4. une bourse d'études pour un jeune chercheur navalais en parcours de recherche en Afrique du Sud.

Un partenariat, lié à l'occasion des projets Sénégal avec l'Association sénégalaise des anciens élèves des Ecoles militaires de santé (AEMS) est une première étape dans un projet de réseau international des anciens élèves des Ecoles militaires de santé.

Les actions de formation des personnels, l'amélioration de l'accessibilité des soins pour les populations les plus isolées ou plongées dans l'extrême pauvreté sont les domaines que nous privilégions. Nous voulons ainsi poursuivre notre contribution à l'épanouissement des capacités humaines individuelles et collectives des populations que nous avons jusque là accompagnées. Notre fondation souhaite à terme pouvoir mettre à la disposition des décideurs de santé publique des résultats d'actions pilote de solidarité internationale dont les caractères pérennes et reproductibles ont été formellement validés.

ANTHROPOLOGIE D'UN GESTE TECHNIQUE, L'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE DANS UN HÔPITAL OUEST AFRICAIN

Eugénie d'Alessandro
eugenie.d-alessandro@univ-amu.fr

117 Montée de la transhumance
13300 Salon de Provence
CNRS UMI 3189, Environnement, Santé, Société

MÉDECINE TROPICALE ET D'IMPORTATION

Vendredi 12 septembre
15h10-15h20

MOTS CLEFS

Afrique, Anthropologie,
Risque infectieux,
Hygiène hospitalière

PAUVRETÉ, ENVIRONNEMENT ET PRÉVALENCE DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS DE LA RÉGION DU SUD-OUEST CAMEROUN

Harcel Nana Tomen, Sandrine Nankia
Djoumetio, Robert Darlin Mba
nanatomen@yahoo.fr

BP : 281 Buea, Cameroun

MÉDECINE TROPICALE ET D'IMPORTATION

Vendredi 12 septembre
15h20-15h30

MOTS CLEFS

Pauvreté,
Environnement,
Paludisme, Enfants de
moins de 5 ans

Dans les hôpitaux africains, les risques infectieux représentent un problème majeur de santé publique, notamment les infections nosocomiales qui restent peu diagnostiquées et donc mal prises en charge. Ce travail propose une approche anthropologique de ces questions. L'enquête a pris place dans un hôpital Ouest Africain et s'est attachée à décrire les pratiques des professionnels de santé autour de l'hygiène hospitalière et de la gestion du risque infectieux. Les données empiriques montrent un décalage important entre les normes théoriques et les pratiques effectives. Cependant, appréhendées à partir d'une double perspective historique et géographique, l'exploration de ces activités techniques permet de prendre une distance avec les approches trop matérielles et cognitives des compétences des professionnels et de montrer la place centrale des aspects motivationnels. La pratique médicale est un objet technique qui relève de bien plus que d'un simple corpus scientifique. Elle s'appuie sur des dimensions socio-historiques qui lui confèrent son sens, sa mise en forme et son territoire d'application.

La santé des enfants est au centre des préoccupations actuelles visant à répondre aux besoins de la population. Avec le SIDA et la tuberculose, le paludisme représente aujourd'hui l'un des principaux problèmes de santé publique. Les enfants de moins de 5 ans sont le plus affectés en Afrique Subsaharienne. Cette pandémie est reconnue à la fois comme une maladie due à la pauvreté et une cause de pauvreté dans cette partie du continent (OMS/RBM, 2001). La présente communication vise donc à enrichir la littérature existante en se proposant de montrer que la pauvreté et l'environnement sont des facteurs clés de vulnérabilité des enfants de moins de 5 ans au paludisme dans la région du Sud-ouest Cameroun. A partir des données de l'Enquête sur les Indicateurs du Paludisme (EIP) du Cameroun réalisée par le Ministère de la santé publique en 2011, nous avons réalisé plusieurs analyses (Analyse des Correspondances Multiples (ACM), la Classification Ascendante Hiérarchique (CAH) ainsi que la régression logistique précédées par une analyse descriptive de ces données afin d'atteindre nos objectifs. Il ressort de nos analyses qu'en général, le niveau de vie (pauvreté) et la vie à proximité d'un champ non défriché ou d'un cours d'eau non aménagé (environnement) ont des effets significatifs sur la probabilité de survenue du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans, peu importe le milieu de résidence.

PALUDISME D'IMPORTATION AU MAROC : ASPECTS ÉPIDÉMIO-CLINIQUES ET ÉVOLUTIFS

G. Dabo, L. Badaoui, M. Essebani, A. Oulad Lahcen, M. Sodqi, L. Marih, A. Chakib, K. El Filali Marhoum
garandabo@yahoo.fr

Quartier des hôpitaux
CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

MÉDECINE TROPICALE ET D'IMPORTATION

Vendredi 12 septembre
15h30-15h40

MOTS CLEFS

HÉTÉROGÉNÉITÉ DES MARQUEURS MOLÉCULAIRES DE RÉSISTANCE DE LEISHMANIA AUX ANTIMONIÉS EN FRANCE ET AU MAGHREB

Fakhri Jeddi, Charles Mary, Karim Aoun, Zoubir Harrat, Aïda Bouratbine, Françoise Faraut, Rezika Benikhlef, Christelle Pomares, Francine Pratlong, Pierre Marty et Renaud Piarroux
fjeddi2@yahoo.fr

Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, CHU Timone,
UMR MD3 Aix-Marseille Université, Marseille

MÉDECINE TROPICALE ET D'IMPORTATION

Vendredi 12 septembre
15h40-15h50

MOTS CLEFS

Leishmaniose, antimonies, résistance, PCR, tests in vitro

INTRODUCTION

Le paludisme est une maladie parasitaire due au *Plasmodium* potentiellement mortelle, transmise par le moustique anophèle femelle. Le paludisme d'importation continue à sévir au Maroc.

OBJECTIF

Étudier les aspects épidémiocliniques et évolutifs du paludisme d'importation au Maroc et les espèces plasmodiales responsables.

MÉTHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude rétrospective s'étendant sur une période de 18 mois de janvier 2012 à juin 2013, dans le service de maladies infectieuses de CHU Ibn Rochd. Ont été inclus tous les patients présentant un paludisme confirmé par la goutte épaisse et frottis mince. Le recueil des données a été faite à partir des fiches de déclaration obligatoire du paludisme

RÉSULTATS

Nous avons colligé 57 patients. La moyenne d'âge était de 30±5ans. Le sexe masculin a prédominé avec 40 cas soit 70,17%. Les patients étaient originaires de l'Afrique subsaharienne dans 28 cas, du Maroc dans 25 cas, des USA dans 2 cas, du Brésil dans 1 cas et de la Russie dans 1 cas. Les lieux de séjour des patients étaient exclusivement les pays de l'Afrique subsaha-

rienne. Le *Plasmodium falciparum* a été isolé chez 56 patients et le *P. vivax* chez un patient. Chez 49 patients, il s'agissait d'un accès palustre simple sans vomissements dont 48 cas de *P. falciparum* ($n=48$) et un cas de *P. vivax*). Les cas de *P. falciparum* ont été traités par l'association arthemeter + lumefantrine (Coartem) dans 26 cas et par la quinine résorcine (Quinimax*) voie orale dans 22 cas. Le seul cas de *P. vivax* a été traité par la chloroquine (Nivaquine). L'hospitalisation a été indiquée chez 8 patients soit 14 % dont 2 cas de neuropaludisme. Dans les 6 autres cas, l'hospitalisation a été indiquée en raison des vomissements qui nécessitent un traitement par voie parentérale. Les 2 cas de neuropaludisme ont été initialement hospitalisés en réanimation dont un est décédé au cours de l'hospitalisation et l'autre transféré dans le service après stabilisation de son état.

CONCLUSION

Le paludisme d'importation reste un problème de santé publique au Maroc à cause des mouvements fréquents des habitants entre le Maroc et la région subsaharienne. L'encadrement sanitaire des voyageurs est un élément clé pour pallier à ce problème.

L'arsenal thérapeutique pour combattre les leishmanioses viscérales, cutanées ou muqueuses est relativement réduit et les dérivés de l'antimoine restent largement utilisés. Depuis une vingtaine d'année, les situations d'échec thérapeutique à ces molécules liées à la résistance du parasite sont de plus en plus documentées surtout en Inde nécessitant le recours à des molécules alternatives comme la miltéfosine. Des cas d'échecs thérapeutiques ont déjà été décrits dans le Maghreb, et la résistance a déjà été documentée dans le sud de la France avec les tests in vitro sur macrophages infectés. Cette technique de référence est néanmoins difficile à mettre en œuvre et n'est pas standardisée. Parallèlement, l'approche moléculaire a permis d'identifier différents gènes dont le nombre de copies (amplification) ou la quantité d'ARNm (surexpression) diffèrent entre souches sensibles et souches résistantes.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Dans cette étude nous avons utilisé l'approche moléculaire pour étudier la résistance chez 170 isolats tunisiens, algériens et français de leishmaniose viscérale ou cutanée à *Leishmania (L.) infantum*, *L. major* et *L. killicki*. Quatorze gènes décrits comme impliqués dans la résistance ont été explorés. Ces gènes appartiennent à différentes voies métaboliques de *Leishmania* qui sont le métabolisme des thiols, les pompes à

efflux, l'entrée de l'antimoine, l'apoptose et la virulence du parasite.

RÉSULTATS

Dans un premier temps, des tests sur macrophages infectés effectués sur 47 isolats ont permis de fixer un seuil significatif d'amplification ou de surexpression pour chaque gène. Puis des génotypes de résistance ont été mis en évidence chez les trois espèces de leishmanies étudiées. Enfin, la distribution des gènes et des voies métaboliques impliqués a été présentée en fonction des isolats et de la région géographique.

CONCLUSION

Cette première étude effectuée dans une région d'endémie leishmanienne apporte des informations sur les mécanismes possibles de résistance du parasite qui pourraient guider l'attitude thérapeutique. Cependant, le nombre de gènes impliqués et leur variabilité en fonction des isolats rend problématique la mise au point d'un test moléculaire « universel » et nécessite d'adapter les gènes ciblés en fonction de la région géographique concernée.

PRISE EN CHARGE SPÉCIALISÉE DE MANIFESTATIONS RHUMATISMALES CHRONIQUES POST-CHIKUNGUNYA : ÉTUDE RÉTROSPECTIVE DE 159 CAS, SAINT-DENIS DE LA RÉUNION, 2006-2012

Emilie Javelle, Anne Ribera, Isabelle Degasne, Bernard-Alex Gäuzere, Catherine Marimoutou, Fabrice Simon
emilie.javelle@gmail.com

HIA Laveran, Marseille
Service de Pathologies Infectieuses et Tropicales

MÉDECINE TROPICALE ET D'IMPORTATION

Vendredi 12 septembre
16h30-16h40

MOTS CLEFS

Chikungunya, rhumatisme, douleurs, chronique, méthotrexate

ÉTUDE PREV-DEN PF, ÉTUDE SUR LA SÉROPRÉVALENCE DE LA DENGUE EN POLYNÉSIE FRANÇAISE

Michael Huart, Xavier Deparis, Sébastien Sicard, Maité Aubry et autres partenaires participants
mikoli@hotmail.fr

361 avenue de saint Antoine 13015 Marseille
CESPA : Centre d'Epidémiologie et de Santé Publique des Armées

MÉDECINE TROPICALE ET D'IMPORTATION

Vendredi 12 septembre
16h40-16h50

MOTS CLEFS

Dengue, Séroprévalence, Polynésie Française

CONTEXTE

Le chikungunya (CHIK) est un alphavirus devenu pandémique responsable de troubles généraux et ostéo-articulaires aigus parfois durables et lourdement impactant sur le plan medico-économique. Le spectre clinique de la phase post-CHIK (pCHIK) est riche. Des recommandations de bonnes pratiques sont aujourd'hui indispensables pour guider les praticiens dans la gestion de ces souffrances chroniques.

PATIENTS ET MÉTHODE

Nous avons recueilli rétrospectivement sur 6 ans les données cliniques et thérapeutiques des patients référés à l'équipe rhumatologique de Saint Denis de La Réunion pour des douleurs ostéo-myo-articulaires persistantes après une infection CHIK lors de l'épidémie de 2005-2006 et biologiquement confirmée. Les rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC) étaient catégorisés selon des critères validés et l'efficacité du méthotrexate (MTX) dans le traitement des RIC de novo a été spécifiquement évaluée.

RÉSULTATS

159 dossiers médicaux ont été étudiés. Les troubles musculo-squelettiques (TMS) étaient adressés précocement au spécialiste et comprenaient principalement des pathologies mécaniques de l'épaule, des syndromes canaux et des polyarthralgies distales bilatérales

parfois œdémateuses répondant bien à une corticothérapie limitée dans le temps. 94 patients présentaient un RIC de novo pCHIK: 40 cas de polyarthrites rhumatoïdes (PR), 33 cas de spondylarthropathies (SA) notamment psoriasiques (15) et 21 cas de polyarthrites indifférenciées (PI) ; près de la moitié présentaient des destructions osseuses radiographiques découvertes dans un délai médian de 3.5 ans pCHIK. 72 RIC ont été traités par MTX avec 75% d'efficacité (54/72) qui était significativement associée à un début précoce (dans la première année du RIC) et à une intégrité osseuse radiologiquement préservée au moment de l'introduction. 12 patients avec RIC de novo pCHIK ont reçu des biothérapies.

CONCLUSION

Cette étude rétrospective portant sur la prise en charge rhumatologique des douleurs pCHIK à La Réunion détaille le spectre des TMS qui sont la principale morbidité pCHIK sur un terrain souvent prédisposé ou fragilisé et met en lumière l'intérêt d'identifier rapidement les RIC pCHIK tirant bénéfice d'un traitement précoce par MTX. Nous proposons ainsi un algorithme diagnostique et thérapeutique pour aider les cliniciens dans la prise en charge des patients chroniques pCHIK, l'enjeu est de limiter l'impact fonctionnel et économique majeur des rhumatismes les plus agressifs.

La dengue est un problème de santé publique majeur dans les régions tropicales et intertropicales. La Polynésie Française a connu, depuis le début des années 40, 13 épidémies. Les autorités sanitaires de Polynésie Française veulent disposer de données complémentaires à la surveillance épidémiologique sur la dengue, et notamment sa répartition dans la population. En effet, la part des cas asymptomatiques dans la population rend difficile l'estimation de la séroprévalence de la dengue en Polynésie Française en s'appuyant uniquement sur des données cliniques ou de surveillance. L'objectif de l'étude Prev-Den PF est donc d'estimer cette séroprévalence à travers deux axes : le premier est l'étude de la séroprévalence de la dengue en population générale permettant une estimation fiable et précise vis-à-vis des quaternaires sérotypes et le second est d'obtenir une image précise de la séroprévalence dengue spécifique de type chez les enfants scolarisés de 5 à 15 ans. La méthode de sondage doit tenir compte de différentes contraintes techniques, logistiques, humaines ou temporelles. Le choix de la méthode a donc été réalisé de façon raisonnée après évaluation des avantages et limites de plusieurs méthodes de sondage. La méthode de sondage pour la première partie de l'étude est fondée sur la stratification, avec un tirage au sort des grappes dans chacune des strates identifiées. La deuxième partie de l'étude consiste en une enquête

transversale répétée chez les enfants scolarisés. Pour cela, la méthode de sondage se base sur une méthode de sondage à trois degrés. Concernant les résultats, le recrutement des participants a débuté entre fin 2013 et début 2014 et l'analyse statistique débutera une fois les prélèvements et les analyses effectués. Les premiers résultats de l'étude Prev-Den PF seront communiqués lors de la présentation en septembre. En conclusion, la dengue est et reste un problème majeur dans la plupart des pays tropicaux. Ces méthodes permettront l'obtention de résultats représentatifs qui permettront l'élaboration d'une action en santé, en l'occurrence la mise en place d'une stratégie vaccinale à l'échelle de la Polynésie Française. Cette étude est coordonnée par l'Institut Louis Malardé (ILM) et est menée en collaboration avec la Direction de la Santé de Pf (DS), l'Institut de la Statistique de Pf (ISPF), le Centre d'épidémiologie et de Santé Publique des armées (CESPA) à Marseille, l'Institut Pasteur de Paris (IP) et l'Université d'Australie Occidentale (UWA).

ANTIBIOTHÉRAPIE ET LEPTOSPIROSE : EXPÉRIENCE D'UN SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES

Afiri Malika, Amara Khorba Anissa,
Ait Kaid Djafer
drafiri@yahoo.fr

Service des maladies infectieuses,
CHU Tizi-Ouzou, Algérie

MÉDECINE TROPICALE ET D'IMPORTATION

Vendredi 12 septembre
16h50-17h00

MOTS CLEFS

Leptospirose,
MAT, Amoxicilline,
Pénicilline G,
Doxycycline

ANALYSE ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET MOLÉCULAIRE DU CHOLÉRA EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO : EXEMPLE DE L'ÉPIDÉMIE DE 2011

Sandra Moore, Berthe Miwanda, Jean-Jacques
Muyembe, Georges Nguefack-Tsague, Ickel Kakongo
Kabangwa, Daniel Yassa Ndjakani, Nicholas Thomson,
Ankur Mutreja, Helene Thefenne, Eric Garnotel, Gaston
Tshapenda, Denis Kandolo Kakongo, Guy Kalambayi et
Renaud Piarroux
sandy.moore17@gmail.com

Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, CHU Timone, UMR
MD3 Aix-Marseille Université, Marseille

MÉDECINE TROPICALE ET D'IMPORTATION

Vendredi 12 septembre
17h10-17h20

MOTS CLEFS

Cholera, Epidémie,
Vibrio cholerae,
Génotypage, République
Démocratique du
Congo

INTRODUCTION - OBJECTIFS

La leptospirose, maladie à déclaration obligatoire, est souvent cliniquement atypique et donc fréquemment méconnue. Elle est due à des spirochètes du genre *Leptospira* et d'espèce interrogans.

Les objectifs de l'étude ont été de décrire les aspects thérapeutiques et évolutifs de la leptospirose humaine.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Dans une étude prospective portant sur des patients hospitalisés au CHU de Tizi-Ouzou du 01/01/2005 au 31/12/2008, 173 cas de leptospirose confirmés sérologiquement (microagglutination test ou MAT) ont été colligés.

RÉSULTATS

Parmi ces 173 patients, 163 ont bénéficié d'une antibiothérapie. Cent quarante huit (148) ont été traités d'emblée par amoxicilline intraveineuse puis orale après évocation clinique du diagnostic et 5 autres par pénicilline G. Dans 1 cas, l'aggravation progressive de l'atteinte respiratoire a conduit à modifier le traitement par l'association céphalosporine de 3^{ème} génération et fluoroquinolone. La doxycycline a été prescrite chez 5 patients, une céphalosporine de 3^{ème} génération chez 3 et un macrolide chez 2 autres. L'antibiothérapie a été débutée 3 à 10 jours après l'apparition de la fièvre. Cette dernière a persisté en moyenne 3 jours après

l'introduction du traitement. Il n'a pas été observé d'évolution significativement différente de la fièvre en fonction de la molécule choisie. L'évolution vers la guérison sans séquelles a été observée chez 151 malades quels que soient la nature de l'antibiothérapie et le moment où elle a été initiée. En revanche, 12 patients atteints de leptospirose ictéro-hémorragique grave et traités tardivement sont décédés.

CONCLUSION

Au vu de ces résultats, l'antibiothérapie doit être instituée précocement afin d'éviter des complications viscérales graves.

Le choléra est une infection intestinale aiguë causée par *Vibrio cholerae*, une bactérie Gram négative capable de produire une toxine à l'origine de vomissements de diarrhées et d'une déshydratation sévère qui peut être mortelle si elle n'est pas traitée. En Afrique, la République Démocratique du Congo (RDC) est le pays le plus touché. Cependant, il existe un contraste important entre l'est de la RDC qui constitue l'un des foyers de choléra les plus actifs dans le monde et l'ouest du pays, y compris la capitale Kinshasa, qui n'est affecté que par intermittence. En 2011, après une accalmie de près de 10 ans, l'ouest de la RDC a été frappé par une épidémie massive qui a débuté en février dans la ville de Kisangani (Province Orientale), et s'est ensuite rapidement propagée vers l'ouest le long du fleuve Congo. Pour comprendre les raisons de la propagation de cette épidémie à partir de l'est de la RDC, une étude intégrée appliquant des approches épidémiologiques et moléculaires a été réalisée.

Le génotypage par MLVA (Multiple Loci Variable Number Tandem Repeat Analysis) de 74 isolats cliniques isolés dans tout le pays en 2011 et lors du premier trimestre 2012 a révélé que l'épidémie de 2011 a été causée par l'émergence d'un nouveau clone de *V. cholerae* qui a remplacé les souches endémiques déjà présentes dans l'est du pays. L'algorithme eBURST a en outre

montré que 73 des 74 isolats sont très étroitement liés se regroupant en un seul complexe clonal. Tous les génotypes de ce complexe clonal dérivent d'un génotype fondateur correspondant au génotype des premières souches isolées dans la Province Orientale en 2011. Le complexe clonal a ensuite évolué rapidement en parallèle avec la diffusion spatio-temporelle de l'épidémie.

Nos résultats montrent combien la surveillance moléculaire des isolats de *V. cholerae* peut aider à comprendre les origines des épidémies de choléra et la relation entre les différents foyers épidémiques. De telles connaissances sont essentielles pour guider efficacement la réponse de santé publique. Ici nous montrons que des souches de virulence augmentée sont capables de se disperser rapidement en dehors des zones d'endémie et d'affecter les régions habituellement épargnées par la maladie.

RISQUES SANITAIRES POUR LES MILITAIRES EN OPÉRATION EN ZONE TROPICALE. EXEMPLE DE L'OPÉRATION SERVAL AU MALI

Rémy Michel, Laurent Richecoeur, Stéphanie Jacquemin, Marc-Antoine Sanchez, Eric Garnotel, Jean-Paul Demoncheaux
r.michel4@wanadoo.fr

*Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées (CESPA) - GSBdD Marseille Aubagne
111 avenue de la Corse - BP 40026
13568 Marseille cedex 02*

MÉDECINE TROPICALE ET D'IMPORTATION

Vendredi 12 septembre
17h30-17h40

MOTS CLEFS

Mali, risques sanitaires, épidémie

L'Opération Serval a été déclenchée le 11 janvier 2013 afin de permettre au gouvernement malien de recouvrer son intégrité territoriale. Elle s'est traduite par le déploiement de plus de 4000 militaires français sur l'ensemble du Mali.

La situation du pays en zone intertropicale, ses dimensions et les conditions d'entrée de l'opération particulièrement rustiques exposaient les militaires de l'Opération Serval à de nombreux risques sanitaires, qu'ils soient de nature non transmissibles ou transmissibles, en particulier les maladies du péril fécal.

Dans ce domaine, un grand nombre de comportements alimentaires à risques a été rencontré sur les différentes emprises de la force. De plus, sur un certain nombre d'emprises, les exigences réglementaires relatives à la quantité et la qualité des eaux destinées à la consommation humaine, fournies aux troupes en opération extérieure, n'ont pas été respectées. Dans ce contexte, une épidémie massive de diarrhées survenait à Gao en avril 2013. Au total, en quelques semaines, 270 cas de diarrhées aiguës ont été déclarés soit, sur un effectif de 1700 militaires à Gao, un taux d'attaque de 15,9%. Les résultats de l'investigation ont révélé que l'origine de l'épidémie était multifactorielle (problème d'approvisionnement en eau et manquements aux règles élémentaires d'hygiène de vie en campagne).

Les auteurs présentent ici le bilan sanitaire des premiers mois de déploiement de l'Opération Serval, sur la base des déclarations faites à la surveillance épidémiologique des armées et détaillent les aspects de l'épidémie de diarrhées aiguës survenue en avril 2013, épidémie qui a révélé, si ce n'est la perte d'un savoir-faire de la vie en campagne, la relégation au second plan des aspects sanitaires, et de façon plus générale les aspects logistiques, en situation hautement opérationnelle.

COMMUNICATIONS AFFICHÉES

ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES DES CAS DE CANCERS GYNÉCOLOGIQUES ET MAMMAIRES À ORAN -ALGÉRIE DE 2007 À 2011

1

H.Messid Bouziane Meftah, F. Bendjelid, R. Serhane, F/Z. Besbes, N. Nait Bahloul, F. Ammour, L.Mokhtari, Z. Ahmed Fouatih
nadiadr11@yahoo.fr

Service d'Epidémiologie et de Médecine Préventive du CHU d'Oran - 01, rue de Curie, place Roux Oran Algérie / Institution d'affiliation: Université d'Oran-faculté de médecine

MOTS CLEFS
Cancers gynécologiques, Cancers mammaires, Incidence, Registre, Oran

INTRODUCTION

Les principaux cancers gynécologiques (sein, ovaire, corps et col utérins) représentent 41 % des nouveaux cas de cancer annuels chez la femme à l'échelle mondiale. Le sein constitue la localisation la plus fréquente parmi les cancers gynécologiques, suivi du col de l'utérus, de l'ovaire et du corps de l'utérus. Notre travail a pour objectif de décrire la situation épidémiologique de ces cancers à Oran.

OBJECTIFS

- Décrire les caractéristiques épidémiologiques des cancers gynécologiques et mammaires dans la wilaya d'Oran sur une période de cinq (05) ans allant de 2007 à 2011
- Analyser l'évolution du taux d'incidence des cancers gynécologiques et mammaires

POPULATION ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude descriptive dont les données ont été extraites du Registre de Cancer d'Oran qui est un registre de population datant de 17 années et faisant partie du réseau régional de l'ouest algérien. Le codage des localisations et des morphologies des tumeurs se fait selon la CIMO (CIMO3 : Classification Internationale des Maladies pour l'Oncologie, 3^{ème} révision) et

la CIM 10 (Classification Internationale des Maladies, version 10). La saisie et l'analyse se font par les logiciels Can-reg4 (logiciel établi par le CDC d'Atlanta) et Epi-info version6.

RÉSULTATS

Sur les 5 015 cancers toutes localisations notifiés durant ces cinq années, on retrouve 1 803 cas de cancers gynécologique et mammaire (soit 35.92%).

Le cancer du sein, celui du col de l'utérus et de l'ovaire représentent respectivement 49.4%, 10.4% et 2.0% des cancers gynécologiques et mammaires. L'âge moyen au moment du diagnostic du cancer du sein est 50,1 ans (18-91 ans), celui du cancer du col est 54,8 ans (27-94 ans) et celui du cancer de l'ovaire est 53,9 ans (19-90 ans).

CONCLUSION

Les cancers du sein et du col de l'utérus sont les plus fréquents. Les types histologiques dominant sont le carcinome canalaire pour le sein et le carcinome épidermoïde pour le col de l'utérus. Le diagnostic des cancers gynécologiques et mammaires reste tardif à Oran.

MALADIES CHRONIQUES OBSERVEES CHEZ LES MIGRANTS BURKINABE DE RETOUR DE LA REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE

2

Jeoffray Diendere, Pierre-Marie Preux, Macaire Nana, Cédric Nanema, Mathias Zongo, Dieudonné Sorgho, Jean Kabore, Yves Buisson
jeoffray.diendere@inserm.fr

Institut d'Epidémiologie Neurologique et de Neurologie Tropicale, 87025 Limoges, France / Centre Muraz, BP 390 Bobo Dioulasso, Burkina Faso

MOTS CLEFS
Migrants Burkinabé, Côte d'Ivoire, maladies chroniques, tumeurs, maladies cardio-vasculaires

INTRODUCTION

Le Centre Médical Saint Camille de Nanoro dans le Centre-Ouest du Burkina Faso reçoit régulièrement des migrants Burkinabé de retour de République de Côte d'Ivoire (RCI) en quête de soins. La plupart parcourt plus d'un millier de kilomètres et certains arrivent parfois dans un état clinique nécessitant d'emblée une hospitalisation. L'objectif de cette étude était de dresser le profil des pathologies rencontrées chez ces migrants, avec le but d'en améliorer la prise en charge.

MÉTHODOLOGIE

Etude transversale descriptive des motifs de consultations des migrants Burkinabé de retour de RCI consultant d'abord un infirmier, puis un médecin généraliste dans le Centre Médical Saint Camille du 1er mars au 31 août 2013. Les consultations comportaient un examen clinique complété, si nécessaire et dans la mesure des moyens disponibles, par la radiographie standard, l'échographie, le dosage des transaminases, de l'AgHBs, la glycémie.

RÉSULTATS

Nous avons recueilli 409 motifs de consultation (moyenne 2,4 ±1,1) émanant de 167 migrants. L'âge

moyen était de 43,7 ans (±16,4), l'âge moyen à la 1ère migration vers la RCI de 20,1 ans (±6,7) et la durée moyenne de séjour de 26 ans (±13,8). Le sex-ratio était de 3,4. Ils étaient majoritairement installés en zone rurale ivoirienne dans les plantations (92,1%). Vingt huit cas de tumeurs ont été diagnostiqués. Parmi les 18 cas de cirrhoses ou tumeurs hépatiques recensés, 10 sur 14 ayant réalisé le dosage de l'AgHBs étaient positifs. Nous avons dénombré 15 cas de tumeurs hépatiques dont 9 sur les 12 cas ayant réalisé un dosage de l'AgHBs étaient positifs. Nous avons rencontré 22 cas d'insuffisance cardiaque décompensée. Sur 21 cas d'HTA révélés, 8 étaient associés à une décompensation cardiaque. Dix porteurs de séquelles invalidantes de traumatismes anciens étaient comptés.

CONCLUSION

Ce premier aperçu sur les maladies chroniques chez les migrants Burkinabé témoigne d'une fréquence importante des maladies cardio-vasculaires et hépatiques et des séquelles traumatiques. Ce qui justifie l'instauration d'un dépistage systématique et l'accès aux examens paracliniques nécessaires à la prise en charge de ces pathologies chroniques qui restent à préciser par des enquêtes plus approfondies parmi ces migrants.

PRISE EN CHARGE DE LA DRÉPANOCYTOSE DANS UN MILIEU À RESSOURCES LIMITÉES : EXPÉRIENCE DES CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE KINSHASA, RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

3

Michel Aloni Ntetani, Yves Coppieters
michelaloni2003@yahoo.fr

Politique et Gestion des systèmes de santé, Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles

MOTS CLEFS

Drépanocytose, prévention, observance du traitement, Cliniques Universitaires de Kinshasa, République Démocratique du Congo

INTRODUCTION

En RDC, l'incidence de la drépanocytose est l'une des plus importantes d'Afrique et environ 50.000 enfants naissent chaque année avec la maladie. Malgré ces données, les études sur l'évaluation de la prise en charge des drépanocytaires en RDC sont rares. L'objectif de ce travail est de décrire cliniquement les stratégies de prévention et de prise en charge thérapeutique des malades dans une institution universitaire et les mettre en relation avec la politique de santé de la prise en charge de la drépanocytose.

MÉTHODOLOGIE

Une étude rétrospective des dossiers a été menée sur une période de 10 ans chez les enfants suivis pour drépanocytose au Département de Pédiatrie des Cliniques Universitaires de Kinshasa en République Démocratique du Congo.

RÉSULTATS

L'étude a porté sur 108 enfants dont 56 filles et 52 garçons, soit un ratio G/F de 1,08. La distribution de l'échantillon montre que plus d'un enfant sur 2 est âgé de plus de 5 ans. L'âge médian était de 6,9 ans (7 mois-24 ans). Aucun enfant n'a été diagnostiqué avant l'âge de 6 mois. L'âge médian du diagnostic de la drépanocytose est de 3,2 ans (7 mois - 12 ans). La maladie

a été diagnostiquée après une crise douloureuse chez 52,8% d'enfants. La majorité (87%) enfants ont un antécédent de transfusion. La médiane du nombre de transfusions reçues est de 3 (0-14). L'âge médian de la première transfusion était de 19,3 mois (3 mois-147 mois). L'acide folique a été régulièrement pris chez 79,6% et la pénicilline chez 13,0% de ces enfants. Le recours à la médecine traditionnelle a été observé chez 13,9% de nos patients. Aucun enfant éligible pour l'hydroxyurée ne l'a reçu régulièrement. La chimioprophylaxie antimarienne n'a pas été prescrite. Environ 1 enfant sur 10 a reçu le vaccin anti pneumocoque et anti hémophilus. Aucun enfant de notre série n'a reçu de vaccin anti salmonelles.

CONCLUSION

Cette étude confirme les carences dans les stratégies de prévention et de prise en charge des drépanocytaires dans notre milieu. Dans un contexte de progrès thérapeutique et d'amélioration de la prise en charge de la maladie dans les pays développés, il serait fort dommage de voir dans notre pays augmenter la morbidité et la mortalité liées à la drépanocytose. Il est donc urgent qu'une véritable politique de soins de santé de prise en charge des malades soit édictée en RDC, comme recommandée par les Nations-Unies et l'OMS-Afrique

ETUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES HÉMOGLOBINOPATHIES EN MAURITANIE

4

Danielle Lena, Khadijetou Ba, Sira Ba,
Françoise Merono, Baidy Lo
dlena@wanadoo.fr

Association Santé Sud, 200 Boulevard National,
13 003 Marseille

MOTS CLEFS

Epidémiologie, hémoglobinopathie, accompagnement, prévention, Mauritanie.

Cette étude, menée dans le cadre des actions de l'association Santé Sud, avait pour but de définir une stratégie appropriée de prévention et de prise en charge des hémoglobinopathies en Mauritanie. Une meilleure connaissance de la situation épidémiologique dans un pays permet de définir l'ampleur du problème en santé publique et d'élaborer une stratégie de prévention et de prise en charge appropriée.

OBJECTIFS

Accompagnement de l'Association de Soutien aux Drépanocytaires en Mauritanie dans la réalisation d'une étude de prévalence des hémoglobinopathies. Nouakchott, capitale de la Mauritanie, a été choisie pour réaliser cette étude. Avec une population de près de 800 000 habitants (le tiers de la population nationale), elle est représentative de la population du pays, tous les groupes 'ethniques' y étant représentés. Il s'agit d'une étude transversale descriptive avec d'une part un volet socio-démographique, par l'administration d'un questionnaire, et d'autre part d'un volet biologique, par recueil de prélèvements sanguins pour analyse. La fréquence des hémoglobinoses S et C sera mise en évidence par un dépistage des porteurs des anomalies de l'hémoglobine.

POPULATION CIBLÉE

Les femmes enceintes, représentatives de la population générale, se présentant pour une consultation prénatale dans les centres de santé de Sebkhia et Teyaretten.

DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE

Après avoir obtenu le consentement éclairé des patientes par écrit, les sages-femmes ont procédé à un prélèvement sanguin et à la récolte de données socio-démographiques auprès de 710 femmes enceintes. Toutes les personnes participant à l'étude ont eu un bilan hématologique. Devant les difficultés techniques rencontrées sur place, il a été décidé que les examens de dépistage des anomalies de l'hémoglobine seraient réalisés dans un laboratoire spécialisé de la Faculté de Médecine Timone à Marseille. Quelques gouttes de sang prélevées à chaque participante sont déposées sur papier absorbant et expédiées par courrier au laboratoire. Deux techniques ont été utilisées pour la détection des hémoglobines anormales (HbS et HbC): l'une électrophorétique (Isoélectrofocalisation), l'autre Chromatographique (HPLC). Les résultats ont été transmis à la fin de l'étude à l'Institut National de Recherche en Santé Publique à Nouakchott.

SAISIE, ANALYSES ET TRAITEMENT DES DONNÉES

Les données recueillies ont été saisies manuellement. L'analyse des données a été faite par les logiciels Excel et Access.

RÉSULTATS

Les résultats obtenus sur un échantillon de 710 femmes enceintes ont montré une prévalence globale d'anomalies de l'hémoglobine de 12% : 51 hétérozygotes AS = 7,2%, 29 hétérozygotes AC = 4,1%, 2 homozygotes CC. Les résultats du bilan hématologique et de l'étude de l'hémoglobine ont été communiqués à chaque consultante par l'ASDM.

PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE DU DIABÈTE DANS LE DÉPARTEMENT DU PLATEAU AU BÉNIN

5

Hélène Robin, Marguerite Thura
helenerobin44@gmail.com

*Pharmacie & Aide Humanitaire
U.F.R. des Sciences Pharmaceutiques 1, boulevard
Bequerel 14032 CAEN cedex*

MOTS CLEFS
diabète, Bénin,
prévention, dépistage,
soins

On estime qu'en 2008, 40% des décès survenus en Afrique sont dus aux MNT. Si rien n'est fait, cette prévalence passera à 55% en 2025. La prévalence du diabète en Afrique varie de 6 à 15,2% avec une médiane de 8,9%.

Pour faire face à l'augmentation de la prévalence du diabète et de ses complications, le Bénin, à travers le Ministère de la santé a fixé des objectifs de lutte contre cette maladie, consignés dans un «Plan de lutte contre le diabète au Bénin».

L'association PAH apporte son aide technique dans la gestion du projet « Triangle d'Or du Bénin » (TOB) que la Fondation du Lions Club International finance selon 3 axes : prévention, dépistage, accès aux soins.

Début 2014 il est possible de faire le bilan suivant.

La prévention avec un point d'orgue « la journée mondiale du diabète » complétée par la formation de comités villageois, la mise en place d'activités physiques, de cantines et jardins scolaires, des démonstrations culinaires.

Le dépistage initié lors des journées (puis mois) « diabète » s'est décentralisé au niveau de tous les centres de santé. Reste à assurer l'approvisionnement régulier en bandelettes.

L'accès aux soins est l'étape la plus difficile à cause des ruptures d'approvisionnement en antidiabétiques oraux (ADO). Le personnel de santé a été formé à tous les

niveaux, un médecin référent vient une fois par semaine mais cet accès se heurte à des ruptures d'ADO dont la cause essentielle se situe au niveau central.

L'ensemble est coordonné par une « Maison du diabète » à Sakété où sont centralisées les données, la documentation, et où se tiennent les formations, les réunions et une partie du counselling.

ETAT DES LIEUX DES FACTEURS DE RISQUE DES MNT EN UNION DES COMORES

6

Youssef Assoumani
yassoumani@yahoo.fr

*Direction Nationale de la Santé Ministère de la santé
BP 2558 MORONI Union des Comores*

MOTS CLEFS
Facteurs de risque
MNT

L'Union des Comores s'est engagée à travers son PNDS à contribuer à l'atteinte des objectifs de la stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté (SRCP).

La réduction de la pauvreté doit s'inscrire globalement dans une perspective plus large de développement socio-sanitaire et de la lutte contre la maladie.

La recrudescence des facteurs de risque des maladies non transmissibles, notamment l'obésité, la sédentarité, la consommation d'alcool et le tabagisme nécessite la mise en place d'un cadre de référence des données fiables.

Conformément à la Déclaration de Brazzaville et de Moscou en juin 2011, le Gouvernement Comorien a lancé un chantier pour la lutte contre les maladies non transmissibles. Cette présentation vous donne un aperçu de la situation des MNT et de leurs facteurs de risque en Union des Comores

PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES CAS DE CANCER DE L'ENFANT À ORAN (ALGÉRIE) DE 2000 À 2011

7

F.Bendjelid, R.Serhane, H.Messid, F/Z. Besbes, N.Nait Bahloul, F. Ammour, L.Mokhtari, Z. Ahmed Fouatih
kifarah22@yahoo.com

Service d'Epidémiologie et de Médecine Préventive du CHU d'Oran - 1, rue de Curie, place Roux Oran Algérie / Institution d'affiliation: Université d'Oran-faculté de médecine

INTRODUCTION

Située sur la côte ouest de l'Algérie, Oran est la deuxième ville après Alger, la capitale. Elle est l'une des 4 villes d'Algérie à disposer d'un registre du cancer et ce depuis 1996. Sa population s'élève à plus de 1 400 000 habitants dont 30% environ sont âgés de moins de 16 ans.

OBJECTIF

Décrire les caractéristiques épidémiologiques des cancers les plus fréquents chez les enfants dans la wilaya d'Oran sur une période de 12 ans allant de 2000 à 2011 ainsi que leur incidence.

POPULATION ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude descriptive dont les données ont été extraites du Registre du Cancer d'Oran qui est un registre de population datant de 17 ans et faisant partie du réseau régional de l'ouest algérien. Le codage des localisations et des morphologies des tumeurs se fait selon la CIMO (CIM 03 : Classification Internationale des Maladies pour l'Oncologie, 3ème révision) et la CIM 10 (Classification Internationale des Maladies, version 10). La saisie et l'analyse se font grâce aux logiciels Can-reg 4 (CDC d'Atlanta) et Epi-info version 6.

RÉSULTATS

Sur les 12 961 cancers toutes localisations et tous âges confondus notifiés durant ces 12 années, on retrouve

MOTS CLEFS

cancers, enfants, registre, Oran, incidence

535 cas de cancer chez des enfants de moins de 16 ans (soit 4.12%). Il existe une légère prédominance masculine avec un sex ratio de 1.2.

Pour le sexe masculin, on a notifié 295 cas. L'âge moyen est de 8 ± 0.5 ans. La localisation la plus fréquente est ganglionnaire (20.7%) suivie de la moelle osseuse (13.2%) puis du nasopharynx (5.8%). Les morphologies les plus fréquentes sont le lymphome malin (11.9%), le lymphome non hodgkinien (10.8%) et le neuroblastome (8.8%).

Pour le sexe féminin, on a notifié 240 cas. L'âge moyen est de 7.8 ± 0.6 ans. La localisation la plus fréquente est la moelle osseuse (17.5%) suivie des ganglions (12.9%) puis du rein (6.7%).

La morphologie la plus fréquente est la maladie d'Hodgkin (9.6%) suivie du neuroblastome (9.2%) puis des leucémies aiguës et des néphroblastomes (7.5% respectivement).

CONCLUSION

Les cancers chez les enfants sont assez fréquents et touchent toutes les tranches d'âge de l'enfance sans distinction de sexe. Il existe quelques différences quant aux organes les plus touchés et aux types histologiques entre les sexes bien ; les atteintes hématologiques étant les plus fréquentes chez les deux sexes.

UNE APPROCHE MULTI PARTENARIALE POUR AMÉLIORER LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DU DIABÈTE AU MALI

8

Stéphane Besançon
stephane.besancon@santediabete.org

ONG Santé Diabète

Le diabète est une maladie chronique invalidante et coûteuse qui touche 360 millions de personnes dans le monde et est responsable chaque année de 4,5 millions de décès et de plus d'un million d'amputations. Les pays émergents seront les plus touchés et l'Afrique connaîtra la progression du diabète la plus impressionnante avec un doublement de la prévalence dans les 20 prochaines années. En Afrique, le coût des soins du diabète, le manque de ressources humaines pour s'occuper du nombre accru de malades seront un frein important à la réalisation de l'objectif du Millénaire sur l'éradication de la pauvreté.

Au Mali, une expertise, réalisée en 2004 par l'ONG Santé Diabète, confirmait cette difficulté d'accès aux soins pour les patients diabétiques dans le pays. En effet, il n'y avait que 3 structures spécialisées situées à Bamako pour le traitement et le suivi du diabète. Le Mali comptait uniquement 2 médecins spécialisés (un endocrinologue et un diabétologue). Les patients résidents dans les régions pouvaient parcourir 800 km pour une consultation. De plus, pour les patients qui pouvaient se rendre dans les services spécialisés, le nombre de malades arrivant au niveau de ces deux médecins/diabétologues entraînait une quantité de consultations très importante (plus de 350 par semaine), avec pour conséquence une baisse de la qualité des soins prodigués et une quasi absence des séances d'éducation des diabétiques.

Face à ce défi, le service d'endocrinologie de l'hôpital de Bamako et l'ONG Santé Diabète, en collaboration étroite avec la Direction Nationale de la Santé, ont développé un vaste programme de décentralisation des soins pour apporter des soins de proximité de qualité aux personnes atteintes de diabète. Cette méthodologie

se décomposait en 3 phases :

- formation initiale de médecins définis comme médecins référents par le Pr Sidibe et son équipe (médecins issus des hôpitaux régionaux et des centres de santé secondaire)
- formation Médicale Continue (FMC) par un enseignement de haut niveau annuel
- dotation du matériel de base nécessaire pour démarrer la consultation
- réalisation d'un dépistage post formation dans la zone pour faire connaître la consultation et initier la file active des médecins
- formation approfondie, après deux années de pratique en diabétologie, pour prévenir et prendre en charge le pied diabétique, prendre en charge le diabète de type 1, dépister le diabète gestationnel et gérer le diabète chez la femme enceinte
- mise en place d'un diplôme de spécialisation en endocrinologie et diabétologie à la faculté de médecine de Bamako

Cette approche a permis en quelques années de former plus de 500 professionnels de santé et de développer une prise en charge de qualité du diabète et de ses complications pour 10 000 patients diabétiques dans 6 régions du Mali.

Cette offre de soins disponible a permis de développer autour des consultations dans les structures publiques d'importantes actions de prévention des facteurs de risque du diabète, d'éducation thérapeutique et de renforcement des associations de patients diabétiques.

Cette expérience est une expérience unique de renforcement de la politique publique de santé en faveur de la lutte contre le diabète et des affections associées.

MOTS CLEFS

Diabète, prévention, prise en charge, Afrique

DIAGNOSTIC AUX STADES TARDIFS DES CANCERS DU SEIN CHEZ LA FEMME AU CAMEROUN : ENTRE IGNORANCE ET NEGLIGENCE

9

Efa Salomon Francis, Annie Sasco, Christian Mésenge, Christophe Rapp
rappchristophe5@gmail.com

Service des maladies infectieuses et tropicales HIA Bégin, 69 avenue de Paris 94160 Saint-Mandé, Cedex

MOTS CLEFS
Connaissances, Diagnostic, Cancer du Sein, Cameroun

INTRODUCTION

Le cancer du sein constitue la première cause de décès par cancer chez la femme au Cameroun. La forte létalité est en grande partie liée à une prise en charge tardive aux stades avancés de la maladie. L'objectif de cette étude était d'étudier les déterminants du diagnostic tardif des cancers du sein.

MÉTHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée dans le service d'oncologie de l'Hôpital Général de Yaoundé (HGY) du 30 juillet au 15 septembre 2012. Toutes les patientes admises pour un cancer du sein ont été interrogées à l'aide d'un questionnaire. Une association significative entre le diagnostic au stade tardif de cancer du sein et les caractéristiques socioéconomiques, le niveau de connaissance et le suivi médical ont été étudiés en analyse bivariée.

RÉSULTATS

Cinquante et une femmes d'âge médian 47 ans (extrêmes : 20 -74) ont été incluses. Le délai de consultation moyen était de 11 mois. Le délai diagnostique moyen était de 13 mois (extrêmes : 2 -72). Trois quarts des cancers étaient diagnostiqués aux stades 3 et 4 et plus d'un quart des cas présentaient des métastases. Trois quart des patientes n'avaient jamais réalisé d'examen

de dépistage. Deux tiers d'entre elles ignoraient l'existence des cancers du sein avant leur maladie. Seules 5 % des patientes disposaient d'une assurance maladie. En analyse bi-variée, les variables significativement associées au diagnostic aux stades tardifs étaient le délai de consultation > 3 mois (OR = 9,91 ; IC à 95% [2,20 - 44,63] ; p = 0,001) et l'itinéraire thérapeutique vers des soins non médicaux (OR = 4,13 ; IC à 95% [1,02 - 16,76] ; p = 0,04). Le niveau socioéconomique, l'absence de suivi gynécologique et la résidence en milieu rural étaient sans lien significatif.

CONCLUSION

Cette étude suggère que l'accès tardif à la consultation spécialisée et l'utilisation de soins non médicaux sont responsables du diagnostic tardif des cancers du sein au Cameroun. Elle souligne l'intérêt de la mise en place d'un programme d'éducation à la santé ciblé sur le dépistage précoce du cancer du sein avec promotion de l'autopalpation des seins.

PRÉVENTION DES AFFECTIONS CHRONIQUES / FEMMES CONTRE LE TABAC – UNE EXPÉRIENCE INNOVANTE - SÉNÉGAL

10

Faye Abdoulaye
abfayecr@hotmail.com
Abdoulaye.faye@uadb.edu.sn

Enseignant chercheur Universitaire en Santé et Développement Durable dans l'UFR Santé et Développement Durable de L'Université de Bambey. / Hann Mariste lot 25 DPCS rue 314 B.P. 5553 Dakar Fann - Dakar/ Sénégal

MOTS CLEFS
Lutte, tabac, Prévention, Femmes, Organisation

INTRODUCTION - OBJECTIF

Dans le cadre de la lutte contre le tabac, une organisation communautaire de femmes actives dans la réalisation de programmes de santé a mis en œuvre un projet en faveur des familles.

L'objectif était de sensibiliser les chefs de famille de nombreux ménages avec leurs épouses et enfants sur les dangers et les conséquences du tabac (maladies chroniques, maladies cardio vasculaires, pertes socioéconomiques et tabagisme passif).

MÉTHODES

Une revue documentaire et une évaluation et analyse des activités de l'organisation féminine dans la mise en œuvre du plan d'action pour lutter contre le tabac de cette organisation ont été réalisées.

Les objectifs de la proposition étaient cohérents avec le plan national de lutte contre le tabagisme, les stratégies, les activités et la gestion étaient menées en partenariat avec les communautés.

RÉSULTATS ET ANALYSE

Ces femmes avec certaines activités pertinentes, comme les forums d'information, les visites à domicile, les séances d'éducation dans les écoles, ont permis au projet d'avoir un succès certain.

Le tabac est une menace réelle et globale et cause des pertes économiques, sanitaires et sociaux estimées à 200 milliards de dollars par an selon la Banque mondiale. En plus des maladies comme le VIH / sida, la tuber-

culose et le paludisme, le tabagisme va accroître la charge de morbidité et de mortalité déjà pénible dans les pays en développement.

L'épidémie tabagique est en train de se déplacer vers les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire.

L'argent dépensé pour le tabac réduit la quantité de revenu disponible pour l'alimentation, les soins de santé, le logement et l'éducation. En réduisant la consommation de tabac parmi les personnes démunies, la lutte contre le tabagisme contribue de manière significative à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

CONCLUSION

Ce travail montre un exemple concret et utile d'implication communautaire dans la prévention des affections chroniques et des maladies cardiovasculaires avec ces femmes qui ont compris la nécessité d'investir dans leur communauté afin de promouvoir la lutte contre le tabac qui est un problème majeur de santé publique en Afrique.

EVALUATION DES ACTIVITÉS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS DANS UNE RÉGION DE L'OUEST ALGÉRIEN ENTRE 2007 ET 2011

11

L. Boublenza¹, H. Beldjillali¹, K. Hade¹,
Chabni N.², S. Moulessehou³, K. Meguenni²
boublenzalamia@hotmail.com

LAMAABE, Département de biologie, université
Abou Bakr Belkaid, Tlemcen, Algérie

MOTS CLEFS

cancer du col,
dépistage, frottis,
Tlemcen

Le cancer du col utérin est le deuxième cancer féminin en Algérie avec une incidence de 15.1 pour 100 000 femmes, il constitue une véritable menace pour la santé publique.

Dans le but de contribuer à l'évaluation des activités de dépistage de ce cancer, 9182 frottis effectués à Tlemcen (ouest algérien) entre 2007 et 2011 ont fait l'objet de cette analyse rétrospective.

Cette étude a montré que le taux de participation au dépistage est en progression avec 34 % des frottis enregistrés en 2011. Un pourcentage de 85 % indique les femmes qui se sont présentées au dépistage pour la première fois, à un âge avancé, où plus de 50 % l'ont effectué après 40 ans. La qualité des frottis était satisfaisante à 83 %. Les changements réactionnels bénins représentent 43 %, alors que les anomalies des cellules épithéliales représentent 5.1 %. L'analyse descriptive de ces anomalies a montré un taux de 40.6 % pour les cellules atypiques de signification indéterminée, les lésions de bas grade représentent 36,8 %, alors que les lésions de haut grade 13.3 %. Pour les cas cancéreux, les carcinomes épidermoïdes représentent 1.5% et les adénocarcinomes 1.9 %.

Les résultats enregistrés sur ces cinq années ont montré que malgré l'augmentation du taux de participation au dépistage, il reste en deçà des objectifs visés par le programme national lancé depuis 2001, puisque le taux de couverture des femmes ayant effectué au moins un frottis sur les cinq dernières années par rapport à la population cible est de 3.2 % seulement.

PRISE EN CHARGE DES ENVENIMENTS OPHIDIENNES AU LABORATOIRE NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DE BRAZZAVILLE

12

Jean Akiana, Etienne Mokondjimobe, Amélia
Bokilo Dzia Lefoundou et Henri-Joseph Parra
jakiana2000@yahoo.fr

Laboratoire National de Santé Publique, B.P. 120,
Brazzaville (République du Congo)

MOTS CLEFS

Envenimations, Anti-
venins, Traitement,
LNSP, Congo

Les envenimations restent une urgence qui butte encore sur le manque d'anti-venins et de lieux appropriés pour leur prise en charge. Dans le contexte de la République du Congo, les anti-venins manquaient cruellement et en 2012, le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) en a acheté 100 doses d'Antivipmyn-Africa ayant déjà l'AMM au Congo, pour évaluer l'adhésion des populations et du personnel soignant à l'utilisation d'anti-venins spécifiques qui remplaceraient les simples traitements palliatifs. 30 doses d'antivenins ont été pré-positionnées dans six structures de santé au nord-Congo, en raison de 5 doses par centre ; 5 doses ont été achetées par la Direction Générale de la Santé pour la trousse d'une mission de terrain et les 65 autres doses sont restées en stock au LNSP.

Les sujets reçus pour envenimations ont fait l'objet d'interrogatoire sur fiche standardisée pour connaître : les noms et prénoms, l'âge, l'adresse et le téléphone, les noms et prénoms des parents et tuteurs pour les jeunes, le lieu et l'endroit où a eu lieu la morsure, le type de premier recours et les soins d'urgence reçus, le nom du serpent ayant mordu

De 2012 à 2014, 5 cas d'envenimations (3 femmes et 2 hommes) ont été reçus au LNSP pour leur prise en charge : 3 sujets envenimés à Brazzaville et les environs ; 2 cas qui sont venus de Vindza et d'Oyo.

Des trois cas de Brazzaville, les premiers centres de recours ont été : l'hôpital central des armées de Brazzaville, le Service des maladies infectieuses du CHU de Brazzaville qui, renseignés sur la disponibilité du produit au LNSP, y ont référé les patients. Le 3ème patient de Brazzaville et les deux ressortissants d'Oyo et de Vindza ont recouru directement au LNSP. Un seul patient de sexe féminin s'est présenté avec le spécimen du serpent responsable de la morsure (petite vipère des savanes). eux qui venaient des centres de santé par référence ont reçu le produit en mains pour se le faire injecter là où ils ont commencé la prise en charge pour un meilleur suivi. Ceux qui ont consulté directement le LNSP y ont reçu leur dose d'anti-venin au service médical. Aucune structure des départements n'a rendu compte du nombre des sujets traités. La prise en charge médicale a été bonne puisque la létalité a été nulle. Mais le recours aux soins médicaux n'occupe pas le premier rang, détenu par les églises et les soins traditionnels.

DÉTERMINATION DES APPORTS EN IODE PAR ICP-MS EN ZONE URBAINE AU BÉNIN

13

Carmelle MIZEHOUN, Jean-Claude DESPORT, Dismand HOUIATO, Christian MOESCH
carmell_2803@yahoo.fr
gbedecon.mizehoun@etu.unilim.fr

Université de Limoges, 2 Rue Dr Marcland IENT,
87025 Limoges Cedex / Université d'Abomey-
Calavi (Bénin) 01 BP188 Cotonou

MOTS CLEFS

Iode, Urine de 24h,
ICP-MS, Bohicon
(BENIN)

OBJECTIF

Pour évaluer les apports iodés au sein d'une population, l'utilisation des urines de 24 heures est la méthode de référence, étant donné que 90% de l'iode consommé est excrété dans les urines. Une insuffisance d'apport alimentaire en iode est à l'origine de nombreux désordres regroupés sous le vocable : Troubles de la Carence en Iode (TDCI) dont les plus importants sont les déficits mentaux et moteurs. Cette étude se propose de déterminer les apports en iode de la population de Bohicon, ville située au sud du Bénin.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

200 adultes hommes et femmes indemnes de goitre visible, âgés de 25 à 64 ans étaient sélectionnés par un sondage en grappes avec une probabilité proportionnelle à la taille (PPT). Ces derniers avaient librement consenti et accepté les conditions de réalisation de l'étude. Un recueil d'urine de 24 heures était collecté une fois chez chaque participant dans le centre de santé le plus proche de leur arrondissement. Des échantillons de 2 ml étaient prélevés pour chaque participant et étaient dosés par spectrométrie de masse couplée à un plasma inductif (ICP-MS) dans le laboratoire de Pharmacologie-Toxicologie et Pharmacovigilance du Centre Hospitalier Universitaire de Limoges en France.

RÉSULTATS

199 résultats de concentration d'iode urinaire étaient finalement considérés pour l'ensemble de la population. Le résultat d'un échantillon était éliminé car jugé aberrant. La médiane d'iode urinaire obtenue au sein de cette population était de 77,8 µg/L avec 26,6 % de sujets ayant une iodurie inférieure à 50 µg/L. La moyenne d'iode urinaire sur l'ensemble de la population était de 96 µg/L ± 78,10 avec des concentrations variant de 14,9 µg/L à 535,7 µg/L. La médiane d'iode urinaire était plus faible dans le rang des femmes (67,9 µg/L) que dans celui des hommes (88,1 µg/L), p=0,115. Le pourcentage de femmes (75,7 %) ayant une iodurie <100 µg/L était significativement plus élevé que celui des hommes (61,8 %), p=0,046.

CONCLUSION

Cette étude basée sur les urines de 24 heures où l'iode a été dosé par ICP-MS, a révélé une insuffisance d'apport en iode au sein de la population de Bohicon conformément aux recommandations de l'OMS. Ceci implique que des efforts restent à faire à Bohicon et au niveau national pour éliminer les troubles liés à la carence d'apport en iode.

EMERGENCE DU CHIKUNGUNYA DANS LES DÉPARTEMENTS FRANÇAIS D'AMÉRIQUE : EXEMPLE DE SAINT MARTIN

14

Rémy Michel, Sylvie Cassadou, Cyril Rousseau, Séverine Boucau, Alain Bateau, Isabelle Leparcoffart, Martine Ledrans
r.michel4@wanadoo.fr

Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées
(CESPA) - GSBdD Marseille Aubagne
111 avenue de la Corse - BP 40026
13568 Marseille cedex 02

MOTS CLEFS

chikungunya,
épidémie,
départements
français
d'Amérique

Début 2005, le virus du chikungunya (CHIKV) émergeait dans l'Océan Indien provoquant une épidémie d'une ampleur exceptionnelle. La circulation du virus était connue dans certains pays d'Afrique sub-saharienne et d'Asie du sud est. En 2012, la transmission autochtone du CHIKV est rapportée en Nouvelle Calédonie et en Papouasie Nouvelle Guinée. En 2013, des épidémies étaient rapportées en Inde, en Indonésie, sur l'île de Yap et dans les Philippines. Jusqu'en novembre 2013, les Amériques (DFA) étaient réputées indemnes de Chikungunya. En novembre 2013, la survenue, à Saint Martin d'un syndrome dengue like accompagné de sévères arthralgies chez 5 personnes était signalée à l'ARS et à la Cire-Antilles Guyane. Les premières recherches biologiques étaient négatives pour la dengue mais suggéraient une autre étiologie virale.

Les analyses biologiques par le Centre National de Référence (CNR) des Arbovirus à Marseille ont objectivé une infection récente par le chikungunya. « Après une enquête de terrain », une alerte internationale mentionnant une transmission autochtone du CHIKV à Saint Martin était lancée le 6 décembre, « aucune notion de voyage des sujets index n'ayant été retenue ». Fin avril, le nombre total de cas de chikungunya autochtones à Saint Martin est estimé à plus de 3000 « dont 3 décès » pour une population estimée à 40 000 habitants.

Les auteurs présentent le dispositif d'alerte et de surveillance du chikungunya mis en place dans les DFA. Ils décrivent également l'épidémie de chikungunya à Saint Martin à travers les différents indicateurs de surveillance épidémiologique recueillis selon la phase de l'épidémie ; les cas biologiquement confirmés, les cas cliniquement évocateurs vus en médecine de ville, les cas hospitalisés et les décès.

ATTEINTE PULMONAIRE DE LA LEPTOSPIROSE : ÉTUDE PROSPECTIVE DE 64 CAS

15

Malika Afiri, Anissa Amara Khorba,
Djafer Ait kaid
drafiri@yahoo.fr

Service des maladies infectieuses,
CHU Tizi-Ouzou, Algérie

MOTS CLEFS

Leptospirose,
Poumon, MAT, L.
icterohaemorrhagiae

INTRODUCTION

La leptospirose est une anthroponose de répartition mondiale. Elle est due à des spirochètes du genre *Leptospira* et d'espèce interrogans. Cliniquement, elle est connue par son atteinte hépato-rénale et ses signes hémorragiques. L'atteinte pulmonaire est le plus souvent discrète, mais elle peut cependant dominer le tableau clinique et mettre en jeu le pronostic vital.

Objectifs - Décrire les aspects cliniques, radiologiques et biologiques des cas de leptospirose avec atteinte pulmonaire.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Entre le 1er Janvier 2005 et le 9 avril 2014, 175 patients atteints de leptospirose (115 hommes et 60 femmes), d'âge moyen de 36.96 (14-84) ans étaient hospitalisés au sein du service des maladies infectieuses du CHU de Tizi-Ouzou. Le diagnostic de leptospirose était sérologique par le microagglutination test (MAT). Les critères définissant une atteinte pulmonaire étaient : douleurs thoraciques, dyspnée, hémoptysies, toux et anomalies du cliché thoracique standard.

RÉSULTATS

Parmi ces 175 patients, 64 présentaient des signes objectifs d'atteinte pulmonaire s'exprimant par une toux (n=40), une dyspnée (n=16), des hémoptysies (n=8) et

des douleurs thoraciques (n=6). Radiologiquement, l'aspect d'infiltrats réticulo-nodulaires bilatéraux était le plus fréquent (n=57). La symptomatologie respiratoire était dominante chez 12 d'entre-eux. Sur le plan thérapeutique, 3 patients nécessitaient une ventilation assistée. Le sérotype icterohaemorrhagiae prédominait (n=43).

CONCLUSION

La méconnaissance des manifestations respiratoires de la leptospirose est souvent responsable d'un retard diagnostique notamment dans les formes anictériques. Leur évolution potentiellement grave justifie une surveillance pulmonaire au cours de cette zoonose.

LES MANIFESTATIONS CARDIAQUES DE LA LEPTOSPIROSE : 28 CAS

16

Malika Afiri, Anissa Amara khorba,
Djafer Ait kaid
drafiri@yahoo.fr

Service des maladies infectieuses,
CHU Tizi-Ouzou, Algérie

MOTS CLEFS

Leptospirose, MAT,
Myocardite

INTRODUCTION - OBJECTIFS

La leptospirose est connue Cliniquement par son atteinte hépato-rénale et ses signes hémorragiques. Les manifestations cardiaques sont fréquentes, polymorphes et indépendantes du sérotype. Cette étude avait pour objectifs de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, électriques, échocardiographiques et évolutifs des cas de leptospirose avec atteinte cardiaque.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude prospective concernant 173 patients admis au sein du service des maladies infectieuses du 01/01/2005 au 31/12/2008 pour leptospirose confirmée sérologiquement par le MAT (microagglutination test). Les critères définissant l'atteinte cardiaque étaient cliniques (tachycardie, bradycardie, arythmie), électriques (troubles de la repolarisation, de la conduction auriculo-ventriculaire et du rythme) et échocardiographiques.

RÉSULTATS

Parmi ces 173 patients, 28, majoritairement des hommes (sex-ratio H/F : 2.5), d'âge moyen de 44.10 ans (16-80) présentaient des signes objectifs d'atteinte cardiaque. La contamination était professionnelle dans 71.43% des cas (n=20) et péri domestique dans 28.57% des cas (n=8). Les signes révélateurs étaient : un bloc auriculo-ventriculaire (BAV) du 1er de-

gré (n=7), un bloc de branche droit (n=3), des troubles de la repolarisation (n=10), une arythmie complète par fibrillation auriculaire (ACFA, n=3), une tachycardie (n=3) et une bradycardie (n=2). Chez 3 patients, la myocardite était associée à une péricardite de petite abondance. Sous traitement l'évolution était favorable dans 85.71% des cas (n=24).

CONCLUSION

L'atteinte cardiaque est plus fréquente que les quelques cas rapportés car elle est rarement diagnostiquée. Elle s'intègre généralement dans un tableau d'atteinte polyviscérale où le syndrome infectieux, les signes hépato-rénaux et hémorragiques sont prédominants. La principale lésion étant celle du myocarde.

INFECTIONS NOSOCOMIALES : 74 CAS

17

Malika Afiri, Anissa Amara Khorba,
Djafer Ait Kaid
drafiri@yahoo.fr

Service des maladies infectieuses,
CHU Tizi-Ouzou, Algérie

**MOTS
CLEFS**
Infections
nosocomiales,
Bactéries, Virus

INTRODUCTION – OBJECTIFS

Les infections nosocomiales sont des infections acquises au cours de l'hospitalisation du patient. La transmission des microorganismes responsables se produit dans la majorité des cas par contact de personne à personne ou par la contamination de matériel médico-chirurgical, plus rarement, par voie aérienne à partir du réservoir humain de germes ou à partir de réservoirs situés dans l'environnement hospitalier tels que l'eau ou l'air.

Les objectifs de l'étude ont été de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, biologiques et évolutifs de 74 cas d'infection nosocomiale.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Étude rétrospective portant sur 74 patients hospitalisés au sein du service des maladies infectieuses du 01/01/2004 au 31/12/2012 pour infection nosocomiale. Le diagnostic a été évoqué devant la conjonction d'une porte d'entrée iatrogène, des signes cliniques, biologiques et radiologiques orientant vers une infection localisée ou généralisée chez un patient ayant séjourné dans un service médical ou chirurgical. La confirmation a été obtenue par l'isolement du germe dans le sang, les urines, le liquide céphalorachidien, le site opératoire, la biologie moléculaire (PCR) et la sérologie virale.

RÉSULTATS

Le sex-ratio a été de 3,1, l'âge moyen de 45,39 (4 mois – 82 ans) ans.

Nous avons colligé 47 infections bactériennes (infection urinaire, n=27, bactériémie, n=9, infection profonde du site opératoire, n=2, abcès des parties molles, n=2, spondylodiscite, n=2, arthrite, n=1, abcès génital, n=1, méningite purulente, n=1, infection du cathéter d'hémodialyse, n=1, bronchopneumonie, n=1) et 27 infections virales (hépatite virale C, n=19, grippe H1N1, n=4, rougeole, n=2, varicelle, n=2).

Les principaux germes ont été des bacilles à Gram négatif souvent multi-résistants ainsi que le virus de l'hépatite C.

Sous traitement spécifique (antibiotiques et antiviraux) et symptomatique, l'évolution a été marquée par un taux de létalité de 5,4% (n=4).

CONCLUSION

Les infections nosocomiales sont préoccupantes en raison de leur morbidité importante, de la létalité associée et du surcoût hospitalier non négligeable. Elles imposent un renforcement de l'hygiène dans les services médicaux et chirurgicaux à Tizi-Ouzou.

ETUDE SUR LA DISPONIBILITÉ DES DÉRIVÉS MORPHINIQUES DE PALIER 3 EN HAÏTI

18

Azriel Bismuth
azriel.bismuth@gmail.com

16 place du docteur guerin 95200 Sarcelles
UFR des sciences pharmaceutiques et biologiques :
Université Paris V René Descartes

**MOTS
CLEFS**
Haïti, dérivés
morphiniques,
douleur

INTRODUCTION

La consommation mondiale de substances psychotropes est inférieure aux niveaux requis pour les traitements les plus élémentaires. Tant que ces drogues restent inaccessibles à une grande majorité de la population mondiale, les patients ne pourront jouir de tous leurs droits en matière de santé. Haïti est classé dernier dans les Amériques pour la consommation des morphiniques. L'ONG française Douleurs Sans Frontières (DSF), présente depuis 4 ans en Haïti a mis en place la Clinique d'évaluation et de traitement de la douleur à Port-au-Prince. Le but du travail est d'étudier la disponibilité des morphiniques en Haïti afin d'améliorer la prise en charge par les antalgiques de palier 3.

MÉTHODES

Entretiens physiques dans les hôpitaux de Port-au-Prince et ses environs, les pharmacies privées, les agences d'importations, les agences de production et les ONG et entretiens téléphoniques pour les hôpitaux départementaux et Centres Départementaux d'Approvisionnement en Intrants (CDAI).

RÉSULTATS

Ont été interrogés 13 hôpitaux publics et 9 CDAI (12 anesthésistes, 8 chirurgiens, 7 internistes et 12 pharmaciens), 8 hôpitaux privés (5 anesthésistes, 5 chirurgiens, 4 internistes, 7 pharmaciens), un hôpital mixte, 3 agences de production, 5 agences d'importation, 6 officines, 5 oncologues et 3 ONG. L'utilisation hospitalière des dérivés morphiniques per os est de 8% dans le public et 38% dans le privé.

La présence de plus d'une DCI de dérivés morphiniques par service est de

En anesthésie	50 % dans public	50% dans privé
En chirurgie	19% dans public	50% dans privé
En médecine interne	0% dans public	50% dans privé

Ont reçu une formation spécifique sur la prise en charge de la douleur par les morphiniques

Anesthésistes	67% dans public	80% dans privé
Chirurgiens	25% dans public	60% dans privé
Médecins	14% dans public	40% dans privé

Les personnes interrogées estiment que les coûts des morphiniques sont trop élevés et que les procédures d'acquisition trop compliquées.

Au niveau des pharmacies hospitalières les principales contraintes sont les procédures de commande et de contrôle longues et fastidieuses et le faible budget de l'hôpital.

Aucune agence de production sur 3 ne produit des morphiniques ; aucune officine n'a en stock des morphiniques. Seuls 2 sur 15 importateurs, importent des morphiniques. Sur 3 ONG, deux importent des morphiniques.

DISCUSSION

En Haïti seule la forme IV est présente sur le marché local et en très faible quantité.

Afin d'améliorer l'accessibilité des morphiniques la politique nationale doit reconnaître que ces médicaments sous contrôle sont absolument nécessaires.

Les professionnels doivent être formés pour permettre l'utilisation des analgésiques autres que ceux des paliers 1 et 2.

LES INFECTIONS NÉONATALES PRÉCOCES DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT : UN EXEMPLE, MADAGASCAR

19

K. Ouazzani, P. Imbert, T. Naas,^{1*} G. Cuzon,¹ A.L. Robinson,^{2,3} E.Ratsima,⁴ Z. N. Ranosiarisoa,² V. Richard, M.J. Simon-Ghediri, J. Langue, J. Raymond
josette.raymond@cch.aphp.fr

Université Paris Descartes

MOTS CLEFS

Infections néonatales précoces, PED

Les infections néonatales sont responsables d'une part importante de la mortalité dans les pays en développement (30 à 40%). Peu de données épidémiologiques existent et les recommandations de traitement sont souvent inspirées de celles des pays industrialisés et mal adaptées. L'objectif de ce travail effectué en collaboration avec la société Malgache de Pédiatrie et l'Institut Pasteur de Madagascar, était de préciser l'épidémiologie bactérienne des infections néonatales précoces à Madagascar.

Entre avril 2010 et mars 2011, les nouveau-nés (NN) admis dans les unités de néonatalogie de 2 maternités d'Antananarivo (Befeletanana (B), 7000 accouchements/an) et de Soavinandriana (S) (1500 accouchements/an) pour suspicion d'infection néonatale précoce étaient inclus. Une hémoculture, un prélèvement de liquide gastrique, une CRP et une NFS étaient réalisés. Au total, 303 NN ont été inclus, 164 à l'hôpital B et 139 à S. L'âge gestationnel était de 34,5 SA +/-0,25 dont 60(19,5%) avaient un âge gestationnel < 38 SA.

Au total, 76/254 hémocultures étaient positives dont 23 avec 2 bactéries. Parmi ces 99 bactéries, 51(51%) étaient des entérobactéries (dont 28 *Enterobacter cloacae* et 14 *Klebsiella pneumoniae*), 33 (33%) des cocci à Gram positif (CGP) (dont 14 *Enterococcus* sp et 9 *Streptococcus* du groupe B) et 8 des *Acinetobacter baumannii*. Parmi les 303 NN, 47 sont décédés dont 25 de

cause infectieuse (24/25 à l'hôpital B).

L'épidémiologie différait selon les hôpitaux : à B, 62/143 NN prélevés avaient une hémoculture positive. Il s'agissait d'entérobactéries dans 44 (78,0%) cas dont 27 *E. cloacae* tous porteurs de β -lactamase à spectre élargi (BLSE) et 13 *K. pneumoniae* (7 BLSE). A S, 14/109 NN prélevés avaient une hémoculture positive : 9/14 étaient des bacilles à Gram négatif (dont 1 *E. cloacae* et 1 *K. pneumoniae*) et 5 des CGP.

La méthode de typage moléculaire (rep-PCR, Diversilab®) a permis d'identifier différents clones de *E. cloacae* et *K. pneumoniae* circulant dans les deux hôpitaux et de démontrer une importante transmission croisée dans l'un des hôpitaux de *E. cloacae* mais aussi une circulation de ces souches multi-résistantes dans la communauté malgache de *K. pneumoniae*.

En conclusion, nous démontrons la nécessité de poursuivre la lutte contre l'émergence des bactéries multi-résistantes par l'utilisation rationnelle des antibiotiques et le respect des règles d'hygiène.

ERYTHÈME NOUEUX LÉPREUX ET DÉFICIT EN GLUCOSE-6-PHOSPHATE DÉSHYDROGÉNASE : PLACE DE L'ÉTHIONAMIDE À LA 4^{ÈME} RECHUTE D'UNE LÈPRE LÉPROMATEUSE NON TRAITÉE PAR DISULONE

20

Pierre Fabries, Pierre-Yves Girault, Manuela Oliver, Eric Garnotel, Barbara Cannonge, Cécile de Biasi, Edward Lightburne
pierfab21@hotmail.com

Hôpital d'Instruction des Armées Laveran, service de dermatologie, CS50004, 13384 Marseille Cedex 13, France

MOTS CLEFS

Lèpre, érythème noueux, éthionamide, déficit G6PD

Le traitement d'une lèpre multibacillaire repose sur l'association rifampicine, clofazimine et dapson. Cette dernière est contre indiquée en cas de déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase (G6PD). L'éthionamide (TRECATOR®) est indiqué en association avec la dapson ou la rifampicine, lorsque la clofazimine est mal supportée ou indisponible.

Nous rapportons l'observation d'un patient avec un déficit rare et complet en G6PD présentant une 4^{ème} rechute d'une lèpre lépromateuse sous forme d'érythème noueux lépreux.

Diagnostiqué en 2009 sur des lésions nodulaires achilléennes, ce patient comorien de 21 ans présentait un tableau anatomo-clinique de lèpre lépromateuse. En raison d'un déficit complet en G6PD type « méditerranéen », la première polychimiothérapie comprenait rifadine, clofazimine, doxycycline et pentoxifylline pour 12 mois. L'évolution était favorable. En 2011, une première rechute avec nodules aux membres inférieurs nécessitait de reprendre le traitement initial. Quatre (4) mois plus tard, un abcès lépromateux du nerf tibial gauche justifiait l'ajout d'ofloxacine pour 12 mois. En 2012, alors que la clofazimine avait été interrompue par le patient en raison d'une mauvaise tolérance et d'une coloration tégumentaire, il présentait une récurrence des lésions nodulaires. La troisième ligne de traitement était rifadine, clofazimine, ofloxacine, minocycline, et pentoxifylline. En juillet 2013, à 4 mois de l'arrêt de toute thérapeutique suite à des difficultés administratives le patient présentait des lésions d'érythème noueux lépreux confirmé

histologiquement. Un traitement par corticothérapie a permis leur disparition en 15 jours. Parallèlement, était débutée une polychimiothérapie par clofazimine, ofloxacine, pentoxifylline, rifadine et minocycline. Cette dernière a été remplacée par de l'éthionamide, en alternative à la disulone. La demande d'Autorisation Temporaire d'Utilisation Nominative (ATUn) a été formulée à la posologie de 500mg et 250mg en alternance un jour sur deux. Ceci a permis une évolution clinique favorable sans réapparition de lésions ou rechute à 7 mois de traitement, avec arrêt de la corticothérapie. Une cytolysse préexistante à l'introduction de l'éthionamide a été résolutive avec adaptation posologique de la rifadine. La demande d'ATUn de 3 mois a été renouvelée.

Ce cas illustre l'histoire clinique d'un patient présentant une lèpre lépromateuse et un déficit rare et complet en G6PD contre indiquant formellement la disulone, pilier de la polychimiothérapie classique. L'évolution est marquée par des rechutes spontanées ou consécutives à l'arrêt des traitements malgré des durées supérieures à 1 an. A la 4^{ème} rechute, face à un érythème noueux lépreux, le recours à l'éthionamide s'avère une solution alternative à la disulone.

LA LUTTE PRÉVENTIVE CONTRE LES PERDUS DE VUE DANS LES TRAITEMENTS PAR ARV ; MISE EN PLACE D'UNE STRATÉGIE À ZIGUINCHOR (SÉNÉGAL)

21

Hugo Rande, Hélène Pinte, Dominique Rouffy
 hugorande@hotmail.com
 dominique.rouffy@gmail.com

12 rue Sidi Brahim, 75012 PARIS
 PAH – Pharmacie et Aide Humanitaire
 UFR des Sciences Pharmaceutiques
 1 Bd Becquerel – 14032 CAEN Cedex

MOTS CLEFS

ARV, relance téléphonique, suivi thérapeutique, observance

L'association Pharmacie et Aide Humanitaire (PAH) intervient au niveau des sites de dispensation des ARV en Casamance depuis 2009. Suite à la mise en place en 2010 du progiciel TACOJO dans les huit sites de dispensation de la Région Médicale de Ziguinchor, il est possible de suivre mensuellement la dispensation des ARV pour chaque PvVIH sous traitement (TARV).

L'analyse globale de ces données fournies par TACOJO souligne un point préoccupant : l'importance des Perdus de Vue (PDV), définis comme patients ne s'étant pas présentés à deux rendez-vous de dispensation mensuels consécutifs.

Il apparaît ainsi que le statut de PDV est acquis précocement, en effet la majorité de ces PDV à un an ont manqué un rendez-vous dès les 3 premiers mois. En effet, l'analyse des fichiers montre un taux élevé (43%) de patients absents à leur rendez-vous de dispensation dès les trois premiers post inclusion. Or, la majorité de ces patients (72%) acquiert le statut de PDV à un an.

En réponse à ce constat, l'intervention de PAH a porté sur deux axes principaux, d'une part un appel systématique post-inclusion (environ 10 jours avant le premier rendez-vous) ; d'autre part une relance téléphonique systématique dans les sept jours suivant la date du rendez-vous manqué (sans attendre le rendez-vous du mois suivant).

L'appel de suivi post-inclusion permet à l'aide de questions simples et rapides sur son état de santé et sa « capacité de supporter le traitement », d'appréhender le ressenti du patient face à sa maladie et à son traitement et donc d'aider à l'observance.

La recherche précoce et systématique des patients absents par appel téléphonique dès le rendez-vous manqué permet de comprendre les raisons de l'absence du patient et de l'inciter à poursuivre le TARV.

Ces cellules d'appels téléphoniques sont réalisées avec la participation des infirmiers chef de poste (ICP), en vue notamment de la mise en place d'une décentralisation future des traitements.

La réalisation de ces activités nécessite préalablement un remplissage complet et précis des dossiers patients, ainsi qu'un archivage et une centralisation des données. De nombreuses difficultés sont observées à ce niveau (y compris le manque de supports papier ou informatique) et une sensibilisation du personnel soignant quant à la collecte des informations est nécessaire.

Associé à une dispensation de qualité, le renforcement du suivi du patient dès son inclusion ainsi que la recherche précoce et systématique des patients absents à leur rendez-vous sont deux piliers essentiels dans la prévention des PDV.

LA PROBLÉMATIQUE DES DÉCHETS PHARMACEUTIQUES (DP) : IMPACT SUR LA SANTÉ PUBLIQUE ET L'ENVIRONNEMENT

22

Aurélien Dreyer, Laurent Meyssonier
 aurelie.dreyer@gmail.com
 kasra.mofarah@pharmahuma.org

8 rue du moulin 71450 Blanzay
 PAH UFR des sciences Pharmaceutiques
 1 boulevard Becquerel 14032 CAEN cedex

MOTS CLEFS

Déchets pharmaceutiques, Gestion des déchets, Impact environnemental, Santé Publique, Risque

Parmi les déchets issus de l'activité de soins, on retrouve une catégorie de déchet particulière : les déchets pharmaceutiques (DP).

On peut définir les DP comme les médicaments expirés, altérés et/ou contaminés ainsi que les matériaux contaminés par des médicaments.

La problématique des DP a tendance à être oubliée et affecte particulièrement les pays en voie de développement. En effet, leur rejet dans l'environnement peut avoir de graves répercussions sur la faune et la flore (antibiotiques, antiseptiques, hormones, anticancéreux...) comme par exemple le développement de résistances bactériennes.

De plus, il existe peu de normes permettant une bonne gestion des DP. On se retrouve donc face à une accumulation de ces déchets dans les institutions sanitaires (IS) paralysant ainsi leur activité. Cela affecte le stockage des médicaments encore utilisables et augmente le risque de distribuer des médicaments toxiques.

Par manque d'espace les DP sont souvent stockés de façons totalement inappropriées (en extérieur...), sans aucune sécurité avec le risque de contamination environnementale ou d'être volés.

Parfois, face à cette accumulation importante, les IS éliminent ces DP de manière inadaptée. En effet, la solution idéale pour une destruction correcte de ces DP est l'incinération sans rejet toxique dans l'atmosphère. Or à

l'heure d'aujourd'hui il est difficile de trouver des incinérateurs, qui soient entretenus et capables de détruire les médicaments.

Par exemple, en Haïti, des IS ont adopté des modes de destruction alternatifs comme le brûlage à basse température, dans une fosse à ciel ouvert en émettant des polluants toxiques dans l'atmosphère, ou leur assimilation à des ordures ménagères puis rejet dans des décharges non protégées avec le risque de récupération pour de la vente de rue, ou encore un traitement physique ou chimique sommaire et rejet dans des fosses inadaptées pouvant communiquer avec la nappe phréatique.

L'une des sources importantes de ces DP sont les dons de médicaments. Les IS refusent parfois des dons avérés inappropriés mais cette décision, protectionniste du circuit interne des intrants, revient à renvoyer ces dons vers les circuits parallèles. Ces médicaments deviennent alors accessibles à n'importe qui : vendeurs de rues, enfants, population en général. Le circuit du médicament n'est plus maîtrisé et les risques de mésusage et d'intoxication deviennent une réalité.

Les conséquences sont donc multiples en termes d'impact environnemental (eau, agriculture, faune, flore), et la santé publique via l'eau de boisson et les intoxications suite à la non sécurisation des DP ou leur élimination inappropriée.

PHARMACIE AIDE HUMANITAIRE À L'UNIVERSITÉ DE CAEN BASSE-NORMANDIE : INTÉRÊT D'UNE FORMATION DIPLÔMANTE EN PHARMACIE HUMANITAIRE

23

Mathilde Lechevrel, Marion Baudry, Jean Loup Rey, Jean-Louis Machuron, Jean-Jacques Bléas
mathilde.lechevrel@unicaen.fr

*UFR des sciences pharmaceutiques
Bd Becquerel 14032 CAEN cedex*

MOTS CLEFS

formation universitaire, pharmacie, développement, humanitaire

Depuis plus de 20 ans, il existe à l'UFR des Sciences Pharmaceutiques de Caen, la seule formation diplômante permettant aux pharmaciens (et autres professions de santé) de se préparer aux actions de développement en matière de politique pharmaceutique : il s'agit du Diplôme Universitaire de Pharmacie et Aide Humanitaire (DU PAH).

L'objectif est d'apporter à des professionnels de santé une compétence dans le domaine du développement :

- permettre à ces professionnels de santé d'acquérir les bases de fonctionnement des organisations humanitaires médicales afin d'intégrer plus facilement des missions humanitaires et/ou de coopération pharmaceutique avec les pays du Sud.
- donner les outils spécifiques à la mise en place d'une logistique pharmaceutique efficace en lien avec les politiques nationales de santé : logistique, gestion du médicament essentiel, qualité du médicament, gestion communautaire, pharmacie rurale, soins de santé primaires, étude des pharmacopées locales...
- encadrer efficacement des pharmaciens (ou médecins) et des étudiants en pharmacie (ou médecine) dans leur missions de formation et de sensibilisation des agents de santé et des populations du sud.

Depuis sa création en 2000 le programme du DU se compose d'une partie théorique, s'étalant sur quatre semaines, suivie d'un stage de plusieurs mois, encadré efficacement par les professionnels de l'association PAH. Ce DU entre dans le cadre de la formation initiale

(interne en pharmacie) et formation continue.

Au bilan sur 14 années d'existence, 225 professionnels de santé ont été formés, principalement des pharmaciens, dont 63 pharmaciens étrangers (6 de l'UE, 57 des pays du sud). La moyenne d'âge est de 30 ans (24-59 ans, 60% < 30 ans). Le tiers de ces formés continue à exercer soit en France dans des institutions sociales ou associatives, soit à l'étranger en tant que consultant ou expert de différents ministères, de structures internationales ou gouvernementales ou de cabinets de consulting, ou en tant que pharmaciens spécialisés d'OSI médicales et de structures d'intervention d'urgence.

Cette formation est une réponse efficace aux besoins croissants des institutions et des grands bailleurs pour améliorer la sécurité et la qualité des approvisionnements des intrants nécessaires aux soins dans les pays à ressources limitées.

PERCEPTIONS ET PRATIQUES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ FACE AU VIH-2 CHEZ L'ENFANT À DAKAR

24

Chloé Stengel, Alice Desclaux, Haby Signaté Sy, Eric Delaporte
chloe.stengel@hotmail.fr

*5 Rue Henri Guinier
34000 Montpellier*

MOTS CLEFS

VIH2, enfants, Afrique, Sénégal, maladie négligée

INTRODUCTION

Caractérisé par sa résistance naturelle à certains antirétroviraux, le VIH2 est le plus souvent décrit en référence au VIH1 comme un virus moins répandu, présentant une réplication virale plus lente, une moindre transmissibilité et une expression clinique plus tardive voire moindre. Pour autant est-il plus facile à prendre en charge ? Qu'en est-il de la prise en charge actuelle des enfants vivant avec le VIH2 (EvVIH2) ?

OBJECTIF

Décrire les perceptions de la prise en charge des EvVIH2 à Dakar par les soignants.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens menés avec les parents/tuteurs (n=9) et les soignants (n=22) impliqués dans la prise en charge des EvVIH2 suivis sur deux sites à Dakar. En complément, les dossiers médicaux de ces enfants ont été analysés. Les données ont fait l'objet d'une analyse thématique.

RÉSULTATS

L'étude porte sur 17 EvVIH2 et 2 EvVIH1 et 2, représentant la totalité des EvVIH2 suivis à Dakar.

Pour les soignants, la prise en charge des EvVIH2 présente différents obstacles : des savoirs empiriques et théoriques limités et parfois discordants, l'indisponibilité du monitoring biologique adapté au VIH2 et une offre thérapeutique en ARV très limitée. Les soignants

se représentent le VIH2 comme une infection invisible, dont ils ont peu l'expérience et souvent négligée par rapport au VIH1. De plus, le silence qui règne autour du VIH2 constitue un obstacle à l'amélioration de sa prise en charge. Les spécificités du VIH2 sont rarement abordées entre soignants ou avec les patients et leurs familles. L'analyse des dossiers médicaux des EvVIH2 objective aussi ces difficultés de prise en charge, du diagnostic, au traitement en passant par le suivi : sur 17 EvVIH2, aucun n'a bénéficié d'un protocole complet de PTME, seulement trois d'un traitement antirétroviral adéquat et un seul présente une charge virale indétectable.

CONCLUSION

Cette étude pilote montre qu'aux difficultés de la prise en charge des EvVIH, être VIH2 ajoute une complexité supplémentaire liée aux représentations des soignants du VIH2, à la méconnaissance de cette infection et à l'inadéquation des stratégies biocliniques et thérapeutiques qui font du VIH2 pédiatrique une infection doublement orpheline. Promouvoir le dialogue autour du VIH2 semble être indispensable pour modifier les représentations des parents et des soignants et favoriser la recherche et l'intervention dans ce domaine. Les messages d'information à délivrer aux parents sur ce type viral à la fois justes et utiles restent à définir.

PROFILS DE RÉSISTANCE DE 1093 ISOLATS DE *VIBRIO CHOLERAE* COLLECTÉS EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO ENTRE 1997 ET 2012

25

Berthe Miwanda, Jean-Jacques Muyembe, Georges Nguéack-Tsague, Sandra Moore, Ickel Kakongo Kabangwa, Daniel Yassa Ndjakani, Gaston Tshapenda, Denis Kandolo Kakongo, Guy Kalambayi, Renaud Piarroux
Renaud.PIARROUX@ap-hm.fr

Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, CHU Timone, UMR MD3 Aix-Marseille Université, Marseille

MOTS CLEFS

Cholera, *Vibrio cholerae*, Antibiogrammes, Résistance au traitement, République Démocratique du Congo

La première ligne de traitement du choléra passe par la correction de la déshydratation provoquée par la toxine de *Vibrio cholerae*. Cependant, il a été montré que l'utilisation d'antibiotiques adaptés permettait de raccourcir la durée des symptômes facilitant ainsi la prise en charge des patients. De nouvelles souches de *Vibrio cholerae* présentant des profils de résistance variés ont émergé lors des épidémies de choléra de ces dernières années. Certaines souches présentant une résistance croisée à de nombreux antibiotiques ont été identifiées compliquant ainsi la prise en charge des cas de choléra. Dans cette étude, nous avons évalué la susceptibilité aux antibiotiques de 1093 isolats de *V. cholerae* collectés en République Démocratique du Congo (RDC) entre 1997 et 2012. Les antibiotiques testés étaient les suivants : ampicilline, chloramphénicol, sulfaméthoxazole/triméthoprime, tétracycline, doxycycline, norfloxacine, ciprofloxacine, acide nalidixique et érythromycine.

Les résultats montrent qu'au fil des années, les isolats sont devenus résistants à un grand nombre d'antibiotiques, certaines souches isolées en 2008 et 2009 présentant une résistance combinée à tous les antibiotiques à l'exception des fluoroquinolones. Curieusement, durant l'épidémie de 2011-2012 qui, partant des régions endémiques de l'Est, a diffusé à tout l'ouest du pays, les souches isolées ont présenté un profil de résistance très homogène, associant une résistance à l'ampicilline, le chloramphénicol, le sulfaméthoxazole/triméthoprime,

l'acide nalidixique et l'érythromycine mais conservant une sensibilité aux cyclines et aux fluoroquinolones. Dans le même temps, le sérotype Ogawa qui prédominait jusqu'alors en RDC a été remplacé par le sérotype Inaba.

Dans l'ensemble, ces résultats suggèrent l'arrivée sur le territoire de la RDC d'une nouvelle souche caractérisée par un profil antibiotique spécifique et dont la virulence particulière a permis la diffusion du choléra jusque dans l'ouest du pays. Ces résultats ont justifié la réalisation d'études complémentaires associant des techniques de génotypage et de séquençage destinées à mieux étayer l'hypothèse d'un changement de souche et d'en comprendre les conséquences épidémiologiques. Ces études sont en cours.

DÉFI DU TRAITEMENT PÉDIATRIQUE DU SIDA EN AFRIQUE DE L'OUEST ET DU CENTRE

26

Zanga Moise Tuho
moisetuho@gmail.com

UNAIDS, RST AOC
BP 5748 - Dakar-Fann (Sénégal)
Immeuble CETAMIL, Complexe SICAP, Point E

CONTEXTE

La région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre (AOC) avec une population estimée à 425 000 000 d'habitants est, composée de 25 pays, avec une prévalence médiane de 2,3%¹ en 2012 et avec des pays à épidémie concentrée. 870 000 enfants y vivent avec le VIH dont 16%² bénéficient d'un traitement antirétroviral.

L'objectif est de faire une analyse de la couverture antirétrovirale chez les enfants de moins de 15 ans dans la région au cours de l'année 2012.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

L'estimation de cette couverture calculée avec pour dénominateur l'ensemble des personnes vivant avec le VIH est similaire à celle obtenue avec pour dénominateur l'ensemble des personnes éligibles pour une thérapie antirétrovirale. Les données sont obtenues à partir des statistiques nationales et les dénominateurs par estimations avec le logiciel Spectrum 5.3

CONTEXTE

La région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre (AOC) avec une population est estimée à 425 000 000 d'habitants, composée de 25 pays, avec une prévalence médiane de 2,3%³ en 2012 avec des pays à épidémie concentrée. 870 000 enfants vivant avec le VIH dont 16%⁴ bénéficient d'un traitement antirétroviral.

L'objectif est de cet article est de faire une analyse de la couverture antirétrovirale chez les enfants de moins de 15 ans dans la région au cours de l'année 2012.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

L'estimation de cette couverture calculée avec pour dénominateur l'ensemble des personnes vivant avec le VIH est similaire à celle obtenue avec pour dénominateur

MOTS CLEFS

Antirétroviral, enfants, enfants, VIH

l'ensemble des personnes éligibles pour une thérapie antirétrovirale. Les données sont obtenues à partir des statistiques nationales et les dénominateurs par estimations avec le logiciel Spectrum 5.3

RÉSULTATS

Les valeurs rapportées ici sont issues de 16 pays soit une complétude de 64%. Les résultats ont donné 16% de couverture médiane avec un maximum de 59% (Burkina Faso) et un minimum de 9% (République Démocratique du Congo)⁵. Cette couverture est comparée à celle de la région Afrique de l'est et du Sud dont certains pays ont 95% de couverture (Bostwana)⁶.

Le dépistage précoce chez les enfants de moins de 15 ans demeure la principale porte d'entrée en traitement antirétroviral. Les statistiques de 2013 relèvent le pourcentage d'enfants ayant bénéficié de dépistage précoce pour le VIH, et 22 pays sur les 25 ont rapporté des données. Ainsi les résultats sont en 2011 ; (n=26 757), 23.49 [23.47-23.51] ; en 2012 (n=23 968), 24.32 [24.30-24.354] et en 2013 ; (n=35 939), 31.33 [31.331-31.332]. Les moyennes ainsi calculées avec leurs intervalles de confiance à 95% de certitude montrent effectivement qu'il y a une croissance significative statistiquement entre les 3 années. Il convient de remarquer que moins de 40% des enfants de la région ont accès au dépistage précoce. L'atteinte des OMDG exige des stratégies novatrices.

Limites de l'étude : qualité des données de routine

CONCLUSION

Certes des efforts sont faits dans la réponse au VIH pédiatrique mais d'énormes efforts restent à faire en matière de dépistage des femmes enceintes et des enfants nés de mères séropositives au VIH.

PATHOLOGIES INFECTIEUSES CHEZ LES MIGRANTS SUBSAHARIENS : ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

27

L. Badaoui, G. Dabo, R. Bensghir, M. Sodql,
L. Marih, A. Oulad Lahsen, A. Chakib,
K. Marhoum el Filali
medecinbadaoui@gmail.com

Quartier des hôpitaux
CHU Ibn Rochd de Casablanca, Maroc

MOTS CLEFS

migrants sub-sahariens, infections, suivi à long terme, titre de séjour

INTRODUCTION

Plusieurs milliers de migrants originaires de pays d'Afrique Subsaharienne transitent par le Maroc avant de tenter de passer en Europe. Parmi eux certains nécessitent une prise en charge spécialisée.

OBJECTIF

Etudier les aspects épidémiologiques des pathologies infectieuses dans la population des migrants subsahariens

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Etude rétrospective descriptive sur 4 ans incluant tous les patients originaires des pays subsahariens ayant été pris en charge dans le service de maladies infectieuses pour une infection virale, bactérienne, parasitaire ou mycosique. Les données ont été recueillies par l'exploitation des dossiers papiers.

RÉSULTATS

Nous avons recensé 129 patients. La moyenne d'âge était de 32,6 ans [16 - 78] avec une prédominance masculine (70H /59F). Les patients étaient principalement d'origines ivoirienne dans 33 cas (25,6%), congolaise dans 19 cas (14,7%), guinéenne dans 16 cas (12,4%), béninoise dans 13 cas (10,1%), malienne dans 11 cas (8,5%). Soixante patients étaient en situation de séjour irrégulière (46,5%). L'infection à VIH était l'infection la plus fréquente avec 63 cas (48,8%) dont 29

(46%) était au stade C, suivie de 48 cas (37,2%) de paludisme, quatorze cas (10,8%) de tuberculose, neuf cas d'hépatite (10%) dont 4 coinfections HIV/HVC. Dans les autres cas il s'agissait de sepsis (2 cas), leishmaniose viscérale (1 cas), méningite bactérienne (1 cas), fièvre typhoïde (1 cas), pneumopathie bactérienne (1 cas). Un suivi médical régulier n'a été assuré que chez 18 patients dont 17 pour infection à VIH et 1 pour hépatite B chronique. Nous avons enregistré 10 décès, tous liés à l'infection à VIH.

CONCLUSION

Les infections restent les principales pathologies chez les migrants subsahariens en raison de la prévalence élevée de ces pathologies dans cette zone. Parmi ces infections, certaines nécessitent un suivi à long terme. Actuellement l'accès au titre de séjour facilité par les autorités marocaines permet d'améliorer les conditions socioéconomiques des migrants et par conséquent améliorer l'accès aux soins.

LA BRUCELLOSE HUMAINE SUR TROIS DÉCENNIES EN ZONE D'ENDÉMIE

28

Tabet-Derraz Nardjiss Feryel
tdnf27@yahoo.fr

CHU Sidi Bel Abbès,
03 rue Bekkar Djelloul, Algérie

MOTS CLEFS

Brucellose, épidémiologie, dépistage

INTRODUCTION

La brucellose est une anthroponose qui pose un problème de santé publique dans les pays du bassin méditerranéen. Quelques régions pastorales en Algérie connaissent de véritables épidémies. Le but de ce travail était de décrire l'évolution de la brucellose sur 30 ans dans une région de l'ouest algérien.

MATÉRIELS

Etude rétrospective sur dossiers de malades hospitalisés dans le service des maladies infectieuses du Centre hospitalier universitaire de Sidi Bel Abbès couvrant une région d'élevage sur une période de 30 ans de Janvier 1980 à Décembre 2010. Le diagnostic était évoqué devant une fièvre, la notion de contact avec le bétail ou de consommation de lait cru. La confirmation était obtenue par une sérologie de Wright à 1/80 dans tous les cas. Les rechutes et récurrences ont été exclues dans cette étude. Les données étaient traitées par le logiciel SPSS 17.

RÉSULTATS

Sur les trente années, 1884 cas ont été colligés dont 1212 étaient de sexe masculin soit (64,5 %). La moyenne d'âge était de 36 ans. La profession d'éleveur et contact direct était retrouvée chez 1630 cas soit (86%). La contamination par consommation de lait de chèvre était retrouvée dans 160 cas (8%) et celle par

le lait de vache dans 60 cas (3%). On a noté une ascension des cas à chaque décennie, de 68 cas entre 1980 et 1989 soit (03%) à 816 cas entre 1990 et 1999 (43,3%) et atteinte de 1000 cas (53,107 %) dans la dernière décennie 2000 à 2010. Des cas similaires dans les familles étaient retrouvés chez 345 patient (18%). Le début de la symptomatologie était en moyenne de 28 jours (minimum de 03 j maximum 180 j). Les symptômes les plus souvent retrouvés étaient fièvre, sueurs et céphalées dans 455 cas (24%), fièvre et sueurs dans 365 cas (19,5%), fièvre, arthralgies, myalgies dans 504 cas (13,5%), les spondylodiscites dans 100 cas (18,8%).

CONCLUSION

La brucellose est une infection qui évolue depuis trente ans dans notre région avec une véritable flambée ces dix dernières années. La surveillance, la déclaration de la maladie ainsi que l'établissement d'un programme de lutte se révèlent indispensables actuellement vu l'impact économique et social de cette affection.

FACTEURS DÉTERMINANTS LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES ADOLESCENTS EN MILIEU RURAL EN HAÏTI

29

Marie Esther Destil, Marc Steben, Christian Mésenge, Christophe Rapp
rappchristophe5@gmail.com

Service des maladies infectieuses et tropicales HIA Bégin, 69 avenue de Paris 94160 Saint-Mandé, Cedex

MOTS CLEFS

Adolescents, santé sexuelle et reproductive, IST/VIH, grossesses précoces, Haïti

INTRODUCTION

La santé sexuelle et reproductive des adolescents est un élément clé des objectifs du millénaire pour le développement (OMD 5 et OMD 6). En Haïti malgré l'adoption d'une politique nationale de santé des jeunes et des adolescents en 2001, les indicateurs de santé sexuelle et reproductive (SSR) restent alarmants. L'objectif de cette étude était d'étudier les facteurs qui influencent les comportements sexuels à risque des adolescents ruraux de 15 à 19 ans.

MATÉRIELS ET MÉTHODE

Enquête descriptive réalisée à l'aide d'un questionnaire sur un échantillon d'adolescents résidants dans une zone rurale du sud d'Haïti (Fond-des-Blancs) tirés au sort dans six localités.

RÉSULTATS

150 adolescents (88 filles, 62 garçons) d'âge moyen 16 ans ont été interviewés. Le niveau de connaissance à l'égard des IST et du VIH était faible. Deux tiers des adolescents avaient déjà eu un premier rapport sexuel. L'âge moyen au premier rapport sexuel était de 11 ans (extrêmes 7-15 ans). La moitié des adolescents n'utilisaient aucune méthode de contraception. 42 % d'entre eux utilisaient des préservatifs. Trois (2 %) adolescentes avaient au moins un enfant. Trois (2%) adolescentes avouaient avoir réalisé un avortement provoqué. Les sources d'information sur la sexualité étaient la ra-

dio, les groupes communautaires et la télévision. L'accès à des programmes d'éducation sexuelle et la disponibilité de méthodes de contraception gratuites étaient inexistantes.

CONCLUSION

Cette étude confirme les comportements sexuels à risque des adolescents haïtiens résidant en zone rurale. La pauvreté, l'absence d'information et l'inaccessibilité des services de santé sexuelle et reproductive expliquent cette situation. La mise en place effective d'un programme national de SSR visant les adolescents des zones rurales est une priorité.

PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU PALUDISME DANS LA PROVINCE DU CABINDA (ANGOLA)

30

Madalena Muila, Alberto Paca Macosso, Georges Soula, Jean Gaudart
Georges.soula@univ-amu.fr

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

MOTS CLEFS

Paludisme, Angola, surveillance épidémiologique

INTRODUCTION

L'Angola, situé entre l'Afrique Centrale et l'Afrique Australe, compte 18 provinces dont celle du Cabinda, qui est enclavée dans la République Démocratique du Congo. La population de cette province, estimée en 2012 à 441.000 habitants, dont 80% résident à Cabinda, chef-lieu de province, est soumise à un paludisme endémique et stable. Le Programme National de Lutte contre le Paludisme développe les stratégies recommandées par l'OMS (traitement rapide des cas avec des ACT, promotion des moustiquaires imprégnées, traitement intermittent des femmes enceintes).

Le système d'information sanitaire recueille des données mensuelles sur les cas. Mais les analyses qui en sont faites sont partielles et ne font l'objet que d'une trop rare rétro information.

MÉTHODE

Recueil des données à partir des fichiers Excel de notification des cas de paludisme en 2012 par aire de santé, mois de notification, groupe d'âge, diagnostic présomptif ou confirmé (microscopie ou TDR).

Indicateurs calculés : taux d'incidence et morbidité proportionnelle

Analyses : variations saisonnières par aires de santé et par groupe d'âge ; proportion des cas confirmés

RÉSULTATS.

- L'incidence p. 1000 des cas confirmés est de 3 à 4 fois plus élevée chez les 0-4 ans que chez les sujets plus âgés.

- Pas de variations saisonnières hormis dans l'aire de santé de Belize qui présente un pic en septembre et octobre.
- Le paludisme représente plus de la moitié du total des diagnostics dans les consultations externes de la province, quel que soit l'âge des patients
- Plus de la moitié des cas ont été confirmés par microscopie ou TDR quel que soit l'âge (tableau I)

DISCUSSION

Malgré de nombreux biais (sélection des cas en consultation externe, données démographiques estimées, données manquantes sur les registres), l'analyse épidémiologique révèle une hyper endémie palustre pérenne, avec un pic saisonnier à l'extrême Est de la province. L'incidence des cas selon l'âge est en conformité avec ce profil épidémiologique. La proportion élevée des cas de paludisme dans les consultations externes suggère un diagnostic par excès, malgré un taux de confirmation dans plus de la moitié des cas.

CONCLUSION

Intégrer ce type d'analyses épidémiologiques dans les activités du programme national de lutte contre le paludisme permettrait de mieux suivre l'évolution de l'endémie et de mesurer l'impact des stratégies de lutte. Une supervision en amont et une rétro information en aval, réalisées régulièrement permettraient d'améliorer la validité des données et de motiver le personnel soignant.

INCIDENCE ET FACTEURS ASSOCIÉS À LA NÉPHROTOXICITÉ APRÈS INITIATION AU TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL CHEZ LES PATIENTS VIH-POSITIFS AVEC UN INDICE DE MASSE CORPORELLE BAS SUIVIS EN AMBULATOIRE À BRAZZAVILLE, CONGO

31

M.H. Ekat, C. Courpotin, M. Diafouka
ekatmartinherbas@yahoo.fr

Centre de Traitement Ambulatoire de Brazzaville
Enceinte CHU Brazzaville

MOTS CLEFS

Indice de Masse corporelle, Néphrotoxicité, Antirétroviraux, Brazzaville, Congo

CONTEXTE

Evaluer l'incidence et les facteurs associés à la néphrotoxicité après initiation du traitement antirétroviral (TAR) chez les patients infectés par le VIH avec un faible indice de masse corporelle (IMC)

MÉTHODES

Les patients avec un IMC bas inscrits au Centre de Traitement Ambulatoire de Brazzaville, Congo entre Janvier 2009 et Décembre 2010, mis sous TAR et qui ont bénéficié d'un suivi biologique régulier incluant la créatinine sérique ont été inclus dans cette étude prospective. Nous avons évalué la fonction rénale avec l'équation de Modification of Diet in Renal Disease (MDRD). Les facteurs associés à la néphrotoxicité induit par le TAR (baisse de clairance de la créatinine (CC) de 25% par rapport aux valeurs de base ou une augmentation de la créatinine sérique (Scr) de 0.5mg/dL au-dessus des valeurs de référence maintenue sur deux mesures consécutives) ont été analysées en utilisant le modèle de régression de Cox.

RÉSULTATS

Sur 126 patients sélectionnés, 71.4% étaient des femmes. Les valeurs médianes étaient : âge : 38ans [IQR=33-45], poids: 45kg [IQR=42-49], CD4: 126cellules/mm³ [IQR=29-228], créatinine sérique : 0.9mg/dl [IQR=0.75-1.13] et CC: 73ml/min/m² [IQR=59-88]. La durée médiane de suivi sous TAR était de 23mois [IQR=10-

24], pendant cette période la néphrotoxicité induite par le TAR a été retrouvée chez 13 patients (incidence 10.3%). La probabilité de survenue de la néphrotoxicité estimée a été de 3.03%, 5.4%, 7.31%, 9.1%, 1.7% et 2.5% à 1, 3, 6, 12, 18 et 24 mois respectivement. Le délai médian pour développer la néphrotoxicité a été de 10 mois [IQR=5-13]. Parmi les patients qui avaient initié le TAR à base de TDF, seulement 8% avaient développé une néphrotoxicité. Les patients avec une fonction rénale normale (CC≥90ml/min/m²) étaient plus à risque de néphrotoxicité (aHR 3.18; IC à 95% :1.01-10.04)

CONCLUSION

L'incidence de la néphrotoxicité induite par le TAR est élevée chez les patients avec un IMC bas. Les patients ayant une fonction rénale normale sont plus à risque

ASSOCIATION PENTAMIDINE PUIS MILTÉFOSINE COMME ALTERNATIVE À L'AMPHOTÉRICINE B LIPOSOMALE DANS LA LEISHMANIOSE VISCÉRALE DE L'IMMUNODÉPRIMÉ

32

Jean-François Faucher, Bruno Hoen, Laurent Hustache-Mathieu, Catherine Chirouze
jffaucher@chu-besancon.fr

Service des maladies infectieuses et Tropicales,
CHRU de Besançon, 25030 Besançon cedex

MOTS CLEFS

leishmaniose, Leishmania infantum, SIDA, pentamidine, miltéfosine

OBJECTIFS

Suggérer une alternative à l'amphotéricine B liposomale (AmBL) pour le traitement de la leishmaniose viscérale (LV) de l'immunodéprimé.

CAS CLINIQUE

Mme B est infectée par le VIH. Charge plasmatique VIH indétectable depuis 2008. Une LV à L. infantum est diagnostiquée en juillet 2010 (CD4=62/μL) dans un contexte de pancytopenie. Un traitement par AmBL est administré de juillet à décembre 2010 (dose totale de 5,4 g).

En mars 2011, l'AmBL est repris en raison d'une rechute. Malgré une dose totale de 10,2 g d'AmBL administrée entre mars et juin 2011, la réponse parasitologique est incomplète (PCR leishmanies dans le sang total détectable) et elle est associée à une persistance de la pancytopenie.

Un traitement d'attaque par pentamidine IV (dose totale 40 mg/kg) relayé par miltéfosine (100 mg/jour pendant 3 mois) permet une évolution clinique et biologique favorable. Un traitement d'entretien par pentamidine IV est ensuite prescrit, puis interrompu en juin 2012 sur les critères suivants : CD4>200/μL depuis au moins 6 mois avec une PCR leishmanies sur sang total négative. Une rechute de la leishmaniose viscérale est observée en décembre 2012.

Un second traitement d'attaque par pentamidine IV (dose totale 40 mg/kg) est débuté en janvier 2013, relayé par

miltéfosine (100 mg/j pendant 8 mois). Fin mars 2014, 6 mois après la fin du traitement antiparasitaire, il n'y a aucun signe clinique ou biologique de rechute parasitaire. Par ailleurs la charge virale plasmatique VIH reste indétectable et le taux de lymphocytes CD4 est de 312/μL (29%).

CONCLUSION

La seconde cure d'antiparasitaires, d'une durée plus longue que la première pour la prescription de miltéfosine, a permis la guérison de cette leishmaniose viscérale du sujet immunodéprimé. L'AmBL ne permet pas toujours une guérison de la LV chez l'immunodéprimé infecté par le VIH et un traitement séquentiel par pentamidine suivi de miltéfosine pourrait constituer une alternative intéressante en cas d'échec et/ou intolérance de l'AmBL.

PRISE EN CHARGE DES PLAIES CHRONIQUES AU DOMICILE DES PATIENTS DANS UNE RÉGION RURALE AU CAMEROUN

33

Geneviève Ehounou, Marie Tchaton, Franck Wanda, Patrick Kemenang, Jeanine Mfoumou, Armel Mekountchou, Crescence Assomo, Michel Ze Beyene; Isabelle Lessard, Eric Comte, Hubert Vuagnat
Eric.comte@geneva.msf.org

MSF / 78 rue de Lausanne,
1211 Genève - Suisse

MOTS CLEFS
Plaie chronique,
Cameroun, MSF, accès
aux soins, patient

Les plaies chroniques sont un réel problème de santé publique en Afrique mais qui est malheureusement trop souvent ignoré. Les principales étiologies de ces plaies sont semblables à celle rencontrées en Europe (ulcères vasculaires ou diabétiques). Des pathologies tropicales d'origine infectieuse (lèpre, ulcère de Buruli, ulcère phagédénique...), des ulcères drépanocytaires, des plaies traumatiques surinfectées viennent enrichir ce tableau.

Le traitement de ces plaies requiert des soins longs et coûteux. Le patient est souvent obligé de rester à l'hôpital ou près du centre de santé parfois aidé par un accompagnant lorsqu'il s'agit d'une personne à autonomie limitée (personne âgée, enfant...). Même lorsque les soins sont délivrés gratuitement, les coûts indirects ainsi engendrés (achat de nourriture, perte de la capacité de travail...) sont une charge difficilement supportable.

Au Cameroun, les structures de santé sont organisées suivant le principe du district sanitaire autour d'un hôpital rural et d'un réseau d'une dizaine de centres de santé géré par un infirmier. Le patient habite alors fréquemment à une distance éloignée de la structure de soins, sans possibilité de transport et ne peut donc pas se rendre régulièrement auprès de l'infirmier pour assurer ses soins.

Le traitement à domicile par le patient et sa famille est alors la seule solution.

MSF développe depuis 2002 une prise en charge de l'ulcère de Buruli et des plaies chroniques à Akonolinga au Cameroun. Chaque année, environ 250 patients sont pris en charge.

Une stratégie de soins à domicile a été mise en place. Elle s'appuie sur une éducation du patient et de sa famille à l'aide d'outils tels que des boîtes à images. Un kit de pansement, fourni au patient inclue des pansements modernes tel que des alginates et/ou des hydrocellulaires qui ont pour avantage de pouvoir espacer le temps de réfection des pansements. Un infirmier ou un éducateur de santé effectue des passages réguliers au domicile des patients pour surveiller la plaie, changer de protocoles de soins si nécessaire et effectuer des références sur le centre de soins ou l'hôpital en cas de complication. Le patient apprend à reconnaître les symptômes qui témoignent d'une aggravation de la lésion et est incité à se rendre directement au centre de santé sans attendre la visite de l'infirmier.

L'hôpital ou le centre de santé reste cependant indispensable en cas de plaies importantes, de certaines comorbidités, de complications.

Ce poster décrit les activités et les outils mis en place pour assurer les soins de plaies à domicile par le patient et sa famille. Il soulignera les intérêts de cette stratégie et identifiera ses limites.

AIDE MÉDICALE ILLUSTRÉ

34

Julie Saulnier
julie.saulnier@live.fr

Centre Médical Inter Armées de Martinique
(Fort de France)

**MOTS
CLEFS**

médecine, universalité,
illustrations,
communication, aide
médicale aux
populations

La barrière de la langue est un obstacle réel dans la prise en charge d'un malade. Que ce soit lors de l'Aide Médicale aux Populations (AMP) lors des Opérations Extérieures ou lors de l'incorporation des Légionnaires, le médecin militaire y est régulièrement confronté.

Nous avons souhaité réaliser une aide médicale, créée uniquement à partir de graphismes afin de s'affranchir de la barrière de la langue. Même si 79% des médecins interrogés sur 54 jugeait qu'il était facile d'avoir recours à un interprète, 87% décrivaient un tel outil comme utile. Les documents existants en matière de communication sont les dictionnaires médicaux phonétiques, d'utilisation difficile en ce qui concerne la réception et la réponse au message, ainsi que des documents graphiques, réalisés dans le cadre des pathologies neurologiques, plus ou moins lisibles nécessitant un apprentissage préalable. Nous avons ainsi imaginé un document souple, résistant et de taille adaptée, pouvant être emporté et consulté en toute circonstance. Pour sélectionner les informations les plus pertinentes, nous avons analysé les données de l'OMS ainsi que l'analyse de relevés d'activité lors de l'AMP.

Nous avons ensuite recherché s'il existait une universalité sur le plan culturel afin de représenter les situations les plus proches de la réalité. Les résultats n'ont pas été concluants car chaque société ou culture possède ses propres visions avec parfois, intervention magico religieuse.

Afin d'éviter les tabous et pour s'affranchir de la langue et de la culture, nous avons réalisé les graphismes de la manière la plus simple possible, afin d'éviter une information superflue et inutile, en représentant des personnages féminins et masculins neutre, en noir et blanc, la couleur n'intervenant que pour mettre l'accent sur un symptôme.

Ce projet a pu prendre forme grâce à l'aide de la Mission Innovation Participative de la Défense, ayant alloué une somme de 4000 euros pour sa réalisation (achat de matériel : ordinateur, tablette graphique, impression d'exemplaires).

Ce projet a retenu l'attention du Service de Santé des Armées qui participera à sa diffusion au corps médical militaire initialement.

Une version initiale papier a été éditée. Elle demande à être validée, améliorée et développée grâce aux retours d'expérience. Son évolution sera marquée par la création d'une application Smartphone. Imaginé pour le médecin militaire, sa diffusion au sein des hôpitaux et associations humanitaires est le défi suivant.

SIMPLIFIER LE SUIVI DES PATIENTS SOUS TARV ET L'ESTIMATION DES BESOINS EN ARV GRÂCE À UN TABLEUR EXCEL : LE TACOJO^{CC}

35

Dominique Rouffy, Hélène Pinte
dominique.rouffy@gmail.com
helene.pinte@gmail.com

*PAH – Pharmacie et Aide Humanitaire
UFR des Sciences Pharmaceutiques
1 Bd Becquerel – 14032 CAEN Cedex*

MOTS CLEFS

TACOJO, Tableur Excel, Gestion pharmaceutique, Patients sous TARV

PAH intervient au niveau des sites de dispensation des ARV depuis 2009 en Casamance et a développé avec les dispensateurs un outil de suivi des patients sous traitement ARV : le TACOJO (Tableau de collecte de données journalière). Utilisé depuis 2010 dans la Région médicale de Ziguinchor et depuis 2013 dans celle de Fatick, ce pro logiciel basé sur un tableur Excel, permet également d'enregistrer les inventaires physiques, et d'estimer les besoins en ARV.

L'objectif initial était de connaître la répartition des patients adultes et enfants par protocole afin de faciliter l'estimation des besoins en ARV et d'améliorer la gestion de stock : diminution des périmés, ruptures de stock et sur stockages.

Le défi était d'adapter de manière simple tous les outils indispensables à la bonne gestion pharmaceutique d'un site de dispensation sans tomber dans la complexité des logiciels habituellement disponibles et nécessitant une maintenance.

L'outil devait être intuitif, assimilable après une formation courte même avec un niveau informatique débutant. Nous souhaitons également qu'il soit non dépendant d'internet mais transmis et installé simplement (clé USB ou courriel).

Les commandes et les données peuvent être imprimées, sauvegardées et transférées par courrier papier ou informatique au niveau supérieur de la pyramide sanitaire.

Outre l'objectif initial, le TACOJO permet aux dispensateurs un meilleur suivi des patients :

- Les flux (entrées et sorties) de la file active d'un site sont connus : patients nouvellement inclus, référés, transférés, perdus de vue, ou décédés.
- La gestion des rendez-vous permet d'organiser la dispensation (préparation des dossiers).
- Une « alarme couleur » signale les patients absents à leur rendez-vous de dispensation. Cette alerte rappelle aux dispensateurs d'une part d'informer les assistants sociaux et les associations de patients afin de mettre en œuvre une recherche précoce des patients absents et d'autre part de proposer aux patients une aide à l'observance en cas de rendez-vous irréguliers.

Les objectifs ont été en grande partie atteints. L'utilisation du TACOJO a permis une amélioration du suivi des PVVIH par une meilleure connaissance de la file active et un accès aux ARV facilité par une estimation correcte des besoins, une diminution des périmés et ruptures de stock. De plus, cet outil a montré une grande autonomie de fonctionnement avec les utilisateurs locaux, qui pour certains sont devenus formateurs.

Ce pro logiciel peut être adapté à d'autres maladies chroniques, si les patients sont suivis dans le cadre de protocoles définis.

LA MALADIE DU SOMMEIL EN CARTES POSTALES – ENTRE IMAGERIE ET IMAGINAIRE COLONIAL

36

Jean-Marie Milleliri, Francis Louis
j-m.milleliri@wanadoo.fr

*Ceux du Pharo - Bât B3
résidence Plein Sud 1
13380 Plan de Cuques*

MOTS CLEFS

Maladie du sommeil, cartes postales, colonies, Afrique

Maladie exclusivement tropicale, l'aire de présence de la maladie du sommeil en Afrique s'est superposée à certains territoires coloniaux francophones jusqu'aux indépendances des Etats africains.

Les cartes postales de cette époque ont véhiculé des images parfois brutales de cette parasitose tropicale mettant en scène à la fois la maladie comme illustration du risque colonial mais aussi comme vecteur d'un imaginaire culturel.

Les auteurs présentent un ensemble de cartes postales anciennes sur la maladie du sommeil, tirées de leurs collections personnelles.

Entre imagerie et imaginaire colonial ces cartes postales ont contribué à la fois à informer les destinataires européens de l'existence de cette pathologie et de ses affres morbides mais également à donner une image valorisante de la geste médicale tournée vers le soulagement de la souffrance humaine.

Il faut sans doute regarder ces images du passé comme des marques historiques de l'histoire de la colonisation et des sciences médicales ultramarines, non pour en juger les faits et leurs conséquences mais pour tirer les enseignements d'une confrontation (ou d'une rencontre) entre l'esprit de l'époque, une maladie pouvant être terrifiante (à l'instar de la lèpre) et les moyens nouveaux de communication d'alors pour en diffuser l'expression iconographique.

FRACTURE PERTROCHANTERIENNE NEGLIGEE REVELANT UN KYSTE HYDATIQUE PRIMITIF INTRA-OSSEUX AU NIVEAU DE LA HANCHE

(à propos d'un cas et revue de la littérature)

37

Adonis Magoumou, Rachid Ait-Mouha, Y. El Andaloussi, A. Haddoun, Mohamed Nechad
constantcm@yahoo.fr

SERVICE TRAUMATOLOGIE ORTHOPEDIE AILE 4 /
CHU IBN ROCHD CASABLANCA/ MAROC
1 Bd Becquerel – 14032 CAEN Cedex

MOTS CLEFS

Fracture
pertrochantérienne,
kyste hydatique,
hanche

INTRODUCTION

L'échinococcose hydatique est préférentiellement localisée au foie. L'atteinte primitive des os long est rare. Nous rapportons un cas d'hydatidose primitive de la hanche et nous discutons les aspects épidémiologiques et thérapeutiques de cette localisation.

MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une femme âgée de 52 ans qui a consulté pour fracture pertrochantérienne invétérée. La patiente a été suivie et prise en charge dans le service de traumatologie Aile 4

RESULTATS

La symptomatologie clinique était peu spécifique. La radiographie standard et la tomodynamométrie osseuses étaient peu évocatrices. La radiographie du thorax et l'échographie abdominale étaient normales. La sérologie hydatique était positive. La malade a bénéficié d'une exérèse chirurgicale avec une mise en place d'une prothèse totale de la hanche et d'un traitement médical par albendazole pendant 6 mois. L'histologie a confirmé le diagnostic de hydatidose osseuses. L'évolution a été favorable avec un recul moyen de 1 an.

DISCUSSION

L'hydatidose de la hanche est une affection rare et grave car le diagnostic est souvent porté tardivement, vu le caractère profond de l'articulation et la lenteur

de l'évolution de l'hydatidose. Le traitement chirurgical avec résection en bloc de l'articulation avec ses lésions et reconstruction articulaire par arthroplastie totale de hanche reste la seule méthode efficace mais difficile. Le traitement médical post opératoire, notamment la sérothérapie permet un meilleur contrôle de l'hydatidose.

CONCLUSION

Ce mode de traitement de la maladie hydatique a rarement été signalé par d'autres auteurs. La maladie hydatique de la hanche devrait être considérée comme une extension d'indication pour prothèse personnalisée en plus de son utilisation dans la chirurgie des tumeurs et des traumatismes massifs.

UN CAS FAMILIAL DE MYTILISME SURVENU AU SEIN D'UN CAMP DE RÉFUGIÉS SYRIENS

38

Weniko Caré, Cécile Ficko, Cyril Garcia,
Jérôme Leyral, Sabine Bigot-Laude
weniko_care@hotmail.com

Centre médical des armées
Base de Défense de Montlhéry
Route de Limours
BP 60068
91315 MONTLHÉRY CEDEX

MOTS CLEFS

mytilisme digestif,
phycotoxines,
toxi-infections
alimentaires

Nous rapportons un cas familial de mytilisme digestif survenu au sein du camp de réfugiés syriens de Za'atari (Jordanie) et pris en charge par le détachement militaire français de l'opération TAMOUR en juillet 2013.

Le mytilisme est une intoxication par ingestion de mollusques bivalves (moules le plus souvent) dont les tissus ont accumulé une toxine d'algues unicellulaires du phytoplancton (dinoflagellés ou diatomées). Les algues unicellulaires du phytoplancton (plusieurs milliers d'espèces recensées) sont normalement présentes en faible quantité. Certaines espèces peuvent se multiplier de façon exponentielle et produire des phycotoxines (métabolites secondaires toxiques pour l'homme).

Le mytilisme digestif (*diarrhetic shellfish poisoning*), forme la plus fréquente, est caractérisé par un tableau de diarrhée aiguë avec douleurs abdominales, nausées et vomissements, survenant en moyenne 4h après l'ingestion, avec ou sans fièvre (selon la phycotoxine en cause). Les toxines impliquées sont hydrosolubles et thermostables et ne modifient pas le goût des coquillages. Le diagnostic de mytilisme est clinique. La gravité est liée au risque de déshydratation aiguë. Un traitement symptomatique bien conduit permet une évolution favorable en moins de 48 heures.

La contamination des fruits de mer par des phycotoxines résulte d'un processus complexe dont la prévention repose sur la surveillance régulière de la qualité des coquillages et des eaux d'élevage.

UNE ANGUILLULOSE TRÈS MALIGNE

39

L. Mangouka, C. Atanasiu, A. Crémadès,
D. Delaune, P. Pasquier, S. Crémadès,
C. Ficko, C. Rapp
rappchristophe5@gmail.com

SMIT, HIA Bégin, 69 avenue de Paris,
Saint-Mandé, 94163

**MOTS
CLEFS**
anguillulose
ivermectine
infection à HTLV1,
ECMO

INTRODUCTION

L'anguillulose maligne est une parasitose importée de pronostic sévère. Son traitement n'est pas consensuel. Nous en rapportons une observation traitée avec succès par ivermectine parentérale et circulation extra corporelle artério-veineuse (ECMO).

RÉSULTATS

Une femme de 36 ans, originaire du Bénin, était hospitalisée pour l'exploration de douleurs abdominales intenses associées à des vomissements évoluant depuis 4 mois. L'examen montrait une dénutrition sévère. Les éosinophiles étaient normaux. Les endoscopies digestives montraient une congestion diffuse de la muqueuse avec des ulcérations étagées. Le tableau évoluait vers une défaillance multi-viscérale conduisant à son transfert en réanimation. Les biopsies du tube digestif et la fibroaspiration bronchique mettaient en évidence des larves de *Strongyloides stercoralis*. Devant la gravité du tableau, la patiente bénéficiait d'une ECMO artério-veineuse. Un traitement par ivermectine sous-cutané 12 µg/j (ATU) était administré pendant 7 jours, relayé par 7 jours de traitement entéral devant l'évolution favorable. Les suites initiales étaient marquées par une méningite bactérienne à *Enterococcus faecalis* traitée avec succès par amoxicilline pendant 14 jours. La recherche d'une immunodépression permettait de diagnostiquer une leu-

cémie chronique à HTLV-1 sans indication thérapeutique actuelle. L'évolution secondaire était favorable avec un recul évolutif de 6 mois.

CONCLUSION

Cette observation confirme la gravité des anguilluloses compliquant les infections par HTLV1. Comme dans notre cas, l'ivermectine par voie parentérale disponible en ATU semble efficace mais les schémas thérapeutiques sont discutés. La place de l'ECMO utilisée avec succès chez notre patiente n'est pas définie.

SPECTRE ÉTIOLOGIQUE DES INFECTIONS PRISES EN CHARGE À L'HÔPITAL MÉDICO-CHIRURGICAL DE KAIA, KABOUL : EXPÉRIENCE DE L'ÉTÉ 2013

40

C.Ficko, P.Pasquier, O.Barbier, C.Brévert,
T. Ranoarivony, H. Gestermann, L. Braem
Cecile.ficko@yahoo.fr

Service des maladies infectieuses
et tropicales HIA Bégin, 69 avenue de Paris
94160 Saint-Mandé, Cedex

**MOTS
CLEFS**
Infections, Militaire
Opérations
extérieures, BMR

INTRODUCTION

Peu de données sont disponibles sur les événements de santé pris en charge dans les structures hospitalières sur les théâtres d'opération.

OBJECTIFS

Décrire l'activité d'hospitalisation conventionnelle de l'hôpital médico-chirurgical de KaiA (Kaboul) sous la responsabilité du Service de santé des armées français en précisant la place de la pathologie infectieuse.

MÉTHODE

Etude prospective observationnelle conduite du 4 juillet au 4 octobre 2013 (4 mois). Tous les patients hospitalisés étaient inclus, les données cliniques et microbiologiques étaient recensées, puis analysées avec l'aide du logiciel Microsoft Excel.

RÉSULTATS

Pendant la période d'étude, 266 patients d'âge moyen 37,51 ans (1-70) étaient hospitalisés, le sex-ratio était de 5,18. Ils s'agissaient de 132 civils afghans, 50 contracteurs, 76 militaires et 8 policiers. Les patients étaient de nationalité afghane dans 149 cas, française dans 17 cas, et autre dans 100 cas. 29 patients ont été rapatriés. 64 patients étaient traités pour blessures (21 liées au combat), 202 pour maladie. La durée moyenne d'hospitalisation était de 4,14 jours (0-75), Les spécialités étaient représentées comme suit : médecine 95 patients, or-

thopédie 58 patients, chirurgie viscérale 51 patients, chirurgie tête et cou 27 patients, ophtalmologie 17 patients, neurochirurgie 13 patients, psychiatrie 5 patients. 43 (16 %) patients présentaient une pathologie infectieuse : 14 infections intra-abdominales (9 appendicites aiguës, 2 sigmoïdites, 1 péritonite post-opératoire, 1 surinfection de kyste hydatique, 1 amibiase hépatique), 9 infections entériques, 8 infections respiratoires basses, 5 infections ostéo-articulaires, 3 infections cutanées, 3 infections urinaires hautes, 2 infections ORL, 1 suspicion de kyste hydatique. 21 infections étaient documentées dont 7 infections à entérobactéries BLSE. L'évolution était dans tous les cas favorable, sous réserve du peu de recul lié aux conditions d'exercice.

CONCLUSION

Cette série illustre la polyvalence de l'activité hospitalière en opérations extérieures. Près de un patient sur cinq présente une pathologie d'origine infectieuse. Le spectre des pathologies infectieuses est étendu. L'émergence des infections à BMR (BLSE en particulier) compliquant les blessures de guerre est une situation nouvelle et inquiétante.



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 2015
Les maladies évitables
par la vaccination
en milieu tropical



ACTUALITÉS DU PHARO 2014

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Miloud BELKAID – Jean DELMONT – Jean-Francois 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.