

LA SARCOÏDOSE AU CAMBODGE : UNE AFFECTION MÉCONNUE ?

Identifiée dans les pays occidentaux pendant le XIX^e siècle, la sarcoïdose n'est décrite en Asie du Sud-Est (ASE) que depuis 2 à 3 décades. Nous en rapportons la première observation chez une femme originaire du Cambodge.

Madame U., Cambodgienne âgée de 34 ans, sans antécédent, vivait en France depuis 4 années. Elle était hospitalisée pour un accident de la voie publique. Le bilan lésionnel était limité à une fracture du cadre obturateur gauche, mais le scanner corps entier réalisé à son entrée montrait au niveau thoracique des adénopathies hilaires et médiastinales. Chez cette femme asymptomatique et sans vaccination préalable par le BCG, l'intradermoréaction (IDR) à la tuberculine était mesurée à 2 mm. La fibroscopie bronchique était macroscopiquement normale. Des biopsies bronchiques systématiques étaient réalisées et montraient des granulomes épithélioïdes et giganto-cellulaires non nécrosants. La recherche de mycobactéries était négative dans le lavage broncho-alvéolaire avec une sonde génique négative pour *Mycobacterium tuberculosis*. Dans l'alvéolite lymphocytaire à 43 %, le rapport CD4/CD8 était égal à 4,5. L'enzyme de conversion de l'angiotensine et le bilan calcique étaient normaux. Les explorations fonctionnelles respiratoires, l'examen ophtalmologique et l'enregistrement Holter rythme étaient normaux. Il s'agissait d'une sarcoïdose de type 1, latente et non compliquée, ne relevant pas d'une corticothérapie.

La sarcoïdose est une granulomatose systémique d'origine indéterminée dont les premières descriptions en ASE sont récentes. Les données les plus importantes sont japonaises (1) et indiennes (2), mais d'autres pays sont aussi concernés (3,4,5). En ASE, cette affection présente des particularités par rapport aux formes rencontrées chez les caucasiens : incidence 10 fois supérieure (16,8/10⁵ habitants), prépondérance du type 2, fréquence accrue des atteintes extrathoraciques (notamment cardiaques) et des indications de corticothérapie (6). La réalité de la sarcoïdose dans les zones de haute endémie tuberculeuse a été parfois controversée et certains auteurs prétendaient que ces 2 granulomatoses ne pouvaient co-exister. Il semble en réalité plus probable que la sarcoïdose ait été longtemps méconnue dans ces régions (2). L'augmentation du taux d'incidence de la sarcoïdose en ASE témoigne davantage de l'amélioration du dépistage que d'un réel caractère émergent. Notre observation est certes anecdotique mais n'en demeure pas moins intéressante car elle illustre la réalité d'une affection encore discutée au Cambodge. Ainsi, la sarcoïdose ne figure pas au programme de l'enseignement de la pneumologie dans ce pays. Chez un patient porteur d'adénopathies médiastinales isolées, une IDR anergique est un bon argument d'orientation en faveur d'une sarcoïdose. Cette démarche diagnostique pourrait éviter le recours à un traitement antituberculeux présomptif inutile et potentiellement dangereux. « On trouve ce que l'on cherche, et on cherche ce que l'on connaît ».

J. MARGERIE, J. GUIGAY, D. JEANBOURQUIN, F. VAYLET, S. CHAN, P. L'HER

• Travail du Service de pneumologie (J.M., J.G., F.V., Médecins pneumologues) et du Service de radiologie (D.J., Médecin, radiologiste), HIA Percy, Clamart, France, du Service de pneumologie (S.C., Médecin pneumologue), Hôpital Norodom Sihanouk, Phnom Penh et de l'Organisation franco-cambodgienne de pneumologie, HIA Val de Grâce, Paris.

• Correspondance : J. MARGERIE, Service des Maladies Respiratoires, Hôpital d'Instruction des Armées Percy, 101 avenue Henri Barbusse, 92140 Clamart • Fax : 01 41 46 64 51 •

• Courriel : j.margery@wanadoo.fr •

- 1 - IWAI K, TACHIBANA T, HOSODA Y, MATSUI Y - Sarcoidosis autopsies in Japan. Frequency and trend in the last 28 years. *Sarcoidosis* 1988; **5** : 60-65.
- 2 - GUPTA SK, MITRA K, CHATTERJEE S, CHAKRAVARTY SC - Sarcoidosis in India. *Br J Dis Chest* 1985; **79** : 275-283.
- 3 - NANDI PL, AU MC, ONG GB - Sarcoidosis among Chinese. *Chest* 1981; **80** : 74-79.
- 4 - KIM DS - Sarcoidosis in Korea: report of the Second Nationwide Survey. *Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis* 2001; **18** : 176-180.
- 5 - LIAM CK, MENON A. Sarcoidosis : a review of cases seen at the University Hospital, Kuala Lumpur. *Singapore Med J* 1993; **34** : 153-156.
- 6 - EDMONDSTONE WM, WILSON AG - Sarcoidosis in Caucasians, Blacks and Asians in London. *Br J Dis Chest* 1985; **79** : 27-36.

L'ÉDUCATION FORMELLE DANS LA LUTTE CONTRE L'EXCISION DES FILLES AU SÉNÉGAL

L'excision des filles, pratique profondément ancrée dans la tradition africaine, constitue un obstacle au développement car elle pose un double problème : de santé publique (1) et d'atteinte aux droits de l'homme (2). Au Sénégal, 20% de la population féminine est victime de l'excision (3). Pour contribuer à l'effort national d'éradication de ce fléau, le forum des éducatrices d'Afrique, *Forum for African Women Educationalists (FAWE)* a choisi l'intégration, dans l'éducation formelle, de la lutte contre la pratique de l'excision des filles.

Cette stratégie, appuyée par *Advance Africa* et financée par l'USAID, a permis à FAWE/Sénégal de mettre en oeuvre son réseau de *Clubs de l'Excellence* préexistant. Six des 11 régions où l'excision est la plus pratiquée (Kolda, Matam, Saint Louis, Thiès, Tambacounda, et Ziguinchor) ont été ciblées. Elle a couvert 59 écoles, pour un total de 357 classes de quatrième et troisième du secondaire. Elle a impliqué 21 formateurs (3 nationaux et 18 régionaux), 196 enseignants régionaux, et 18 917 élèves. Les trois formateurs nationaux comprenaient un consultant (gynécologue et médecin de santé publique), un conseiller pédagogique national en science de la vie et de la terre (SVT) et un contrôleur médical scolaire. Les 3 formateurs de chaque région regroupaient un conseiller pédagogique itinérant, et deux professeurs de SVT. Les enseignants régionaux étaient ceux des écoles appartenant au réseau des clubs de l'excellence FAWE/Sénégal.

Les formateurs nationaux ont élaboré un manuel de référence, un questionnaire (pré et post test), un guide du for-

mateur, un guide de l'enseignant, et un cahier de l'élève. Le programme de la formation a été organisé en huit modules :

- pratiques traditionnelles néfastes à la santé ;
- définition et fondements de l'excision ;
- rappel d'anatomophysiologie de l'appareil génital féminin ;
- contexte de la pratique de l'excision ;
- conséquences de l'excision ;
- engagement de l'état et de ses partenaires ;
- cadre juridique de la pratique de l'excision ;
- méthodes et techniques pédagogiques.

La durée des formations pour les formateurs et les enseignants était de cinq jours. La formation des formateurs régionaux a été faite du 19 au 23 mars 2003 à Dakar. Les formations des enseignants, au niveau des régions, se sont déroulées du 12 mars au 10 avril 2004. Chacune d'elles a été animée par l'équipe régionale, appuyée par un formateur national. La formation des élèves a été faite du 1^{er} avril au 31 mai, sous forme d'exposés, questions de rédaction, lectures de texte suivi de commentaires, films, conférences, « focus groupes », émissions radiodiffusées... Une conférence-bilan, a été organisée du 17 au 19 juin 2004, avec la participation de 18 journalistes représentant 14 organes de presse dont 7 journaux quotidiens, et 6 stations radio en plus de la télévision nationale. Les résultats exposés ont été tellement encourageants que le Ministère de l'éducation s'est engagé à poursuivre la stratégie.

Le projet d'intégration de l'excision dans le programme d'enseignement a été signé par le Ministre de l'Education le 27 juillet 2004 (4). L'approche éducative du phénomène est susceptible de marquer durablement les élèves. A force de persuasion, une telle pratique finira par être enrayée, tout comme le tatouage des lèvres a disparu. A terme, les élèves, informés et formés, pourront renoncer définitivement à la pratique l'excision sur leur descendance. Avec de tels partenariats, les partisans des mutilations sexuelles féminines d'il y a dix ans, commencent aujourd'hui à devenir des fervents opposants à l'excision des filles (5).

P. NDIAYE, I. DIALLO

- *Travail du service de Médecine Préventive et Santé Publique (P.N., Gynécologue, maître assistant), Université Cheikh Anta DIOP de Dakar et d'Advance Africa (I.D., Professeur Agrégé en Santé Publique, Dr PH Director Advance Africa), 4301 N. Fairfax Drive, Suite 400, Arlington, VA 22203, USA.*
- *Correspondance : P. NDIAYE, Service de Médecine Préventive et Santé Publique, UCAD-DAKAR, BP 16 390, Dakar Fann, Sénégal • Fax : +221 824 98 78.*
- *Courriel: pndiaye@tulane.edu • pndiaye@ised.sn*

- 1 - OMS Sénégal - Non aux mutilations sexuelles féminines. Bulletin trimestriel du bureau de la représentation de l'OMS au Sénégal. *OMS* 1997; **10** : 4-7.
- 2 - BECKLEY, STANEALA M - Women as Agents/Recipients of Development Assistance : The Sierra Leone Case. *AFARD/AAWORD Occasional papers series Dakar* 1989; **4** : 41-64.
- 3 - UNFPA - Sénégal : la mutilation génitale féminine; résistance au changement fondée sur les croyances traditionnelles, surtout... www.fnuap.sn/sendata.htm - 38k

- 4 - MINISTÈRE DE L'EDUCATION DU SÉNÉGAL - Projet d'intégration de l'excision dans le programme d'enseignement, à titre expérimental. Dakar, 27 juillet 2004, n° 003855 ME/DC/JPN/J.M. p1.
- 5 - MIHAMLE JD - Cameroun, traditions d'hier, blasphème d'aujourd'hui. ANB-BIA Supplement, Issue/Edition, 388-15/04/2000, www.peacelink.it/anb-bia/nr388/f04.html

LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE AUX JNV CONTRE LA POLIOMYÉLITE À KANEL (SÉNÉGAL)

La poliomyélite constitue une priorité de santé publique du troisième millénaire (1). A fin d'arrêter la propagation du poliovirus en Afrique, une campagne de vaccination de masse synchronisée a été menée en octobre et novembre 2004 dans 22 pays dont le Sénégal. La participation communautaire (PC) dans ces JNV a été analysée dans le département de Kanel (Fig. 1), dans la région de Matam, au Nord-Est du Sénégal, par l'échelle en radar de Bichman adaptée (2).

Dans l'appréciation des besoins, la PC a été étroite (score=1). La communauté pense que les JNV, imposées par le niveau national, n'ont pas pris en compte ses préoccupations. Ces JNV sont cependant une occasion pour renforcer l'immunité de la population et faire face à un risque d'importation de cas de poliomyélite sauvage. Depuis juin 2004, le Sénégal constitue, avec le Burundi, la Gambie, la Guinée et la Tanzanie, les cinq premiers pays de la région africaine considérés désormais comme pays libérés de poliovirus sauvage autochtone (3).

Dans la détermination des activités, la PC a été étroite (score=1). Seulement trois personnes ont assisté à la micro planification effectuée par l'équipe cadre du district et les infirmiers chefs de poste. L'absence des autres organisations communautaires de base réduit l'ampleur de la PC qui devrait couvrir des activités préventives et curatives. Elle inclue la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de santé, tout en intégrant la participation financière de la communauté (4).

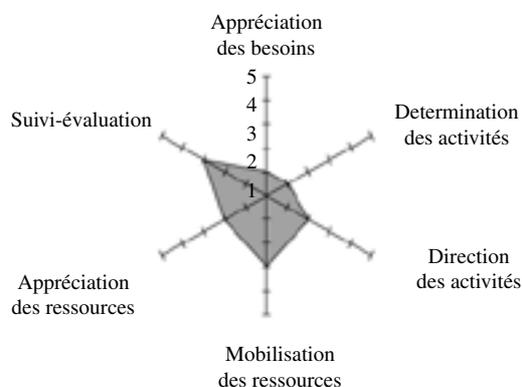


Figure 1 : Diagramme d'appréciation de la participation communautaire dans les JNV contre la poliomyélite de 2004 dans le département de Kanel, au Sénégal

Dans la direction des activités, la PC a été limitée (score=2). Le comité de pilotage, présidé par le président du comité de district, a suivi l'ensemble des activités dans 12 réunions. Cependant, seul le président et le trésorier du comité de santé du district et la coordinatrice d'une ONG ont été impliqués. Aucune femme n'en faisait partie, et l'implication des organisations communautaires de base a été partielle.

Dans la mobilisation des ressources, la PC a été moyenne (score=3). Les ressources humaines regroupaient 472 agents, 6% étatiques et 94% communautaires. La communauté a pris en charge le transport des vaccinateurs, la chaîne du froid, et la restauration des équipes mobiles. Les ressources financières s'élevaient à 3 355 000 francs CFA : 81% de l'Etat et 19% de la communauté. La collecte a été faite par le comité de pilotage, à l'écart du bureau du comité de santé dont le rôle est de promouvoir les soins de santé primaires (4).

Dans la gestion des ressources, la PC a été limitée (score=2). La gestion des ressources a été assurée par l'équipe cadre du district et les infirmiers chefs de poste. Cela pourrait s'expliquer par l'absence d'outils de gestion et d'agent comptable dans le district. Aussi, les justificatifs des états financiers doivent parvenir le plus vite possible au niveau de la région médicale de Matam pour être acheminés au niveau national.

Dans le suivi d'évaluation des JNV, la PC a été moyenne (score=3). Les critères de réussite étaient déterminés par l'équipe cadre du district, avec l'appui de membres du comité de pilotage. Toutes les organisations communautaires de base étaient présentes durant l'évaluation à mi-parcours et l'évaluation finale. Ces évaluations ont été des occasions de dialogue entre les acteurs techniques et communautaires sur la mise en œuvre des activités promo-

tionnelles de santé, et une source de motivation pour accroître leur implication dans les activités.

Dans le département de Kanel, la pérennité de cette PC dans les JNV nécessite :

- la mise en place d'une équipe communautaire de santé (ECS) dans chaque collectivité locale ;
- la représentation dans chaque ECS de toutes les couches sociales de la communauté ;
- la formation de ces ECS pour une meilleure PC.

P. NDIAYE, B. CISSÉ, I. SECK, I. WONE, A. FAYE, A. TAL-DIA

• *Travail du service de Médecine Préventive et Santé Publique (MP/SP), (P.N., Gynécologue, maître assistant ; I.W., Médecin de santé publique, maître assistant au service de MP/SP, UCAD) Université Cheikh Anta DIOP (UCAD) de Dakar, du District sanitaire de Kanel (I.S., Assistant ; B.C., Docteur en médecine, médecin en chef), Région médicale de Matam, Institut de Santé Et Développement (ISED) (A.F., Médecin de santé publique, assistant à UCAD ; A.T-D., Maître de conférence agrégé, chef du service de MP/SP, et directeur des études de l'ISED), Dakar, Sénégal.*

• *Correspondance : P. NDIAYE, Service de Médecine Préventive et Santé Publique, UCAD-DAKAR, BP 16 390, Dakar Fann, Sénégal • Fax : +221 824 98 78.*

• *Courriel: pndiaye@tulane.edu • pndiaye@ised.sn*

1 - OMS (aide-mémoire) - L'alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI). *Cahiers Sante* 2001 ; **11**.

2 - BICHMANN V, RIFKIN SB, SHRESTA M - Peut-on mesurer le degré de participation communautaire? *Forum mondial de la sante* 1989 ; **10** : 467-472.

3 - MINISTÈRE DE LA SANTÉ DU SÉNÉGAL - Décret 92-118 du 17 janvier 1992 fixant les obligations particulières auxquelles sont soumis les comités de santé et portant les statuts-types des dits comités.

4 - NDIAYE P, TAL-DIA A, SAMBOUR R et Coll - Bilan et perspectives de la participation communautaire au centre hospitalier régional de Ziguinchor (Sénégal). *Cahiers Sante* 2002 ; **12** : 383-387.

■ Visite du ministre de la coopération française au Pharo

Le jeudi 28 avril 2005, l'Institut de médecine tropicale du Service de santé des armées a reçu la visite de Monsieur Xavier Darcos, ministre délégué à la coopération, au développement et à la francophonie, accompagné de Monsieur Guy Teissier, député-maire du 5^e secteur de Marseille et président de la Commission de la Défense et des forces armées, et de Monsieur Alojs Peterle, député européen et ex-Premier ministre Slovène.

Après une présentation dans l'amphithéâtre Yersin des activités des unités par leurs chefs de service, le ministre a visité l'unité de virologie. Cette présentation a permis de montrer à la délégation ministérielle les méthodes de confinement utilisées en laboratoire P3 pour étudier les arbovirus, particulièrement les virus Dengue et West Nile, dans le cadre du Centre national de référence.

S'arrêtant au Centre de documentation, la revue *Médecine Tropicale* lui a été présentée, et le ministre a relevé la qualité des travaux qui y sont publiés. Le ministre a conclu cette visite en déclarant : « ... vous vous inscrivez dans la lignée de vos glorieux prédécesseurs... en travaillant à la construction d'un monde moins injuste... » ■

