

CO.MT.01

RECHERCHE MÉDICALE EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE : SES CONTRAINTES ET SES POTENTIALITÉS

Dumas M, Preux PM

*Institut de Neurologie Tropicale - Faculté de Médecine, Limoges, France
Correspondance : ient@unilim.fr*

Un nombre, non exhaustif, de constats sur la situation actuelle de la recherche médicale en Afrique subsaharienne est rapporté ; la prise en compte de ces constats pourrait en permettre un meilleur développement.

Des réflexions concernant l'organisation de la recherche, ses financements, la nécessaire sensibilisation des décideurs, le statut et le rôle du chercheur, ainsi que la structuration de la recherche, permettent de mieux cerner certains des freins actuels.

Des suggestions sont formulées ; chacune d'entre elles doit être adaptée au contexte de chaque pays. Il appartient aux seuls chercheurs du Sud de prendre les décisions adéquates et de les développer dans un respect mutuel, en partenariat étroit et égalitaire avec d'autres chercheurs. Le succès est à ce prix. Parmi les suggestions, citons :

- la potentialisation des moyens par le développement de réels Réseaux, régionaux et internationaux, de chercheurs ;
- la création, au Nord, de postes virtuels d'Attachés de Recherche à titre Etranger ;

- la publication d'une ou deux revues médicales africaines de haut niveau, et le développement de la banque de données africaines «Index Medicus» (<http://indexmedicus.afro.who.int/>).

CO.MT.02

FIBRILLATION AURICULAIRE AU CAMEROUN : CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES ET MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES

Ntep M, Ndobu P, Meiltz A, Kingue S, Zimmermann M

*Hôpital Central - Yaoundé, Cameroun et Hôpital de La Tour - Meyrin, Suisse
Correspondance : djoumessitabako@yahoo.fr*

La fibrillation auriculaire (FA) est l'arythmie cardiaque la plus fréquente mais il n'existe que peu de données concernant la FA en Afrique. Le but de ce travail était de déterminer le mode de présentation clinique et la prise en charge de la FA au Cameroun, avec un intérêt particulier pour l'anticoagulation.

Ce travail prospectif a été effectué par 10 cardiologues camerounais entre juin 2006 et juillet 2007. Les patients étaient inclus dans le registre si : a) >18 ans et b) une FA était documentée par un ECG lors de la consultation. Les données recueillies comprenaient le profil clinique, le mode de présentation et la stratégie thérapeutique adoptée.

Dans cette étude, 172 patients (75 hommes, 97 femmes ; âge moyen 66 +/- 13 ans) ont été inclus. Une cardiopathie était présente dans 90,7% des cas (156/172) : hypertensive dans 47,7%, valvulopathie rhumatismale dans 25,6%, cardiomyopathie dilatée dans 15,7%, maladie coronaire dans 6,4%. Des symptômes étaient présents dans 91,9% des cas (dyspnée 72%, insuffisance cardiaque congestive 49%, palpitations 47%, malaise et syncope 30%) ; 17,4% des patients présentaient une histoire d'accident vasculaire cérébral préalable. Le score de CHADS2 était de 1,93, et 55,8% des patients présentaient une FA permanente (96/172). Une échocardiographie a été pratiquée dans 82% des cas, montrant une dilatation de l'oreillette gauche (diamètre moyen 50 ± 10 mm) et une dysfonction ventriculaire gauche dans 68,8% des cas (96/141). Un contrôle de fréquence a été choisi dans 83,7% des cas (144/172) avec la digoxine (62,8%) ou l'amiodarone (28,5%). Une anticoagulation orale (ACO) a été introduite dans 32,6% des cas (56/172), et l'aspirine a été préférée dans 61,6% (106/172). L'ACO était prescrite



chez 45,6% des patients < 65 ans, chez 30,8% des patients entre 65 et 75 ans, et chez seulement 20% des patients > 75 ans. En fonction du score de CHADS2, 33,5% des patients (53/158) éligibles pour une ACO l'ont effectivement reçue et 21,4% des patients (3/14) sans facteur de risque ont bénéficié d'une ACO.

Au Cameroun, la FA traduit la présence d'une cardiopathie sévère, avec des manifestations cliniques graves. Le traitement consiste en un contrôle de fréquence et une ACO ne peut être prescrite, pour des raisons socio-économiques, que dans un tiers des cas malgré un risque thromboembolique élevé.

CO.MT.03

INTÉRÊTS ET LIMITES DE LA CHIRURGIE DIGESTIVE PALLIATIVE EN AFRIQUE

Montagliani L, Rüttimann M, Tramond B

Antenne chirurgicale aérotransportable, HIA Bégin, 69, avenue de Paris, Saint-Mandé, France.

Correspondance : mruttimann@yahoo.fr

La chirurgie palliative peut sembler un luxe en Afrique lorsque les possibilités thérapeutiques sont limitées ou dépassées, mais peut permettre de passer un cap et d'assurer une fin de vie acceptable pour le patient et son entourage. Le cas d'un patient de 35 ans présentant un syndrome occlusif sur une tumeur évoluée du bas rectum et chez qui une colostomie a été pratiquée mérite d'être discuté.

L'indication d'une colostomie de proche amont de décharge est posée après discussion avec l'équipe soignante et explication des conséquences au patient et à sa famille qui acceptent l'intervention. L'anesthésie comporte une induction à séquence rapide par l'association propofol-succinylcholine, l'entretien est assuré par du propofol en mode AIVOC, du sufentanyl et du vécuronium. A l'ouverture du péritoine, un épanchement liquidien séro sanglant est mis en évidence ainsi qu'une dilatation majeure du cadre colique avec notamment un caecum et un transverse préperforatif. Il n'y a pas de carcinose péritonéale. On retrouve une volumineuse lésion occlusive du rectum, le pelvis est blindé. Le sigmoïde est alors ouvert de manière punctiforme pour vidanger le cadre colique dont le diamètre revient à la normale. Après lavage abondant de la cavité péritonéale jusqu'à l'obtention d'un liquide clair, la brèche sigmoïdienne créée est extériorisée en colostomie sur une baguette iliaque gauche.

En l'absence de poche de colostomie, l'appareillage initial est constitué d'une poche à urine vidangeable simplement découpée et fixée à la peau par une bande collante. Le patient est extubé à la fin de l'intervention et transporté sur la structure d'hospitalisation de l'ONG à la 4^e heure post opératoire. Le lendemain, le personnel de l'ONG modifie le montage en utilisant une poche à urine à usage unique non vidangeable, fixée grâce à un socle constitué par un anneau de carton adhérent à la peau par une bande collante. Les suites post opératoires sont simples, le transit est rétabli dès J3 permettant le reprise d'une alimentation efficace. A J 25, le patient rentre dans son village. Il est parfaitement autonome et valide. Il s'alimente normalement et semble parfaitement satisfait de sa prise en charge.

Les contraintes de l'appareillage particulier d'une colostomie ne doit donc pas constituer un frein à la réalisation d'une chirurgie palliative en Afrique.

CO.MT.04

AFFLUX DE VICTIME A L'HÔPITAL DE MAMOU EN GUINÉE : ANTICIPATION ET PRÉORGANISATION NÉCESSAIRES

Mortreux F, Sow I, Kolié KI, Desmaretz JL

Centre Hospitalier Armentières, service Urgences-SMUR, Armentières. Urgences hôpital régional de Mamou, Conakry

Correspondance : mortreuxesc@orange.fr

En Guinée, la ville de Mamou distante de 265 Kms de la Capitale (Conakry), est située sur un axe routier incontournable. L'Hôpital Régional de Mamou (HRM) voit quotidiennement arriver des accidentés de la voie publique (23,7% de l'activité des urgences en 2006), et doit régulièrement faire face à des afflux de blessés occasionnés par des accidents graves et meurtriers. Le dernier recensé est celui du 13 mars 2008 à Tamagaly sur la route nationale reliant Conakry à Mamou, un car de 50 passagers ayant percuté en début de matinée un minibus surchargé transportant 22 personnes. Sur une distance de 30 kms, une noria de taxis s'est organisée, et a amené 25 blessés (6 urgences absolues et 19 urgences relatives) à la porte du service d'urgences de l'HRM, disposant de 5 lits d'examen, et aucun service de réanimation. Deux patients décéderont aux urgences. Le « retour d'expérience » de la prise en charge de ces accidentés, a démontré à la direction de l'établissement, ainsi qu'aux acteurs de l'urgence, que l'improvisation en situation de crise n'a pas sa place, et que pour être parfaitement efficace, l'urgence ne pouvait s'organiser dans l'urgence. Pour faire face efficacement à un tel afflux, il est impératif que l'HRM dispose d'un plan d'organisation préétablie connu de l'ensemble du personnel (triage, cellule de crise, circuits des patients, matériel dédié...). Ce plan devra être adapté aux réalités locales, tant sur le plan humain que logistique et technique. Il est parallèlement

nécessaire d'agir sur la prévention routière, et de démarrer une réflexion entre les autorités sanitaires régionales et l'HRM, sur les possibilités de développer la prise en charge médicale des blessés en amont de l'hôpital, afin d'améliorer la qualité du transport des victimes et d'augmenter ainsi leur chance de survie. D'autre part, une formation concernant les gestes et techniques de l'urgence pour l'ensemble des soignants, et la réalisation de certains outils (fiche « bilan lésionnel traumatologique », fiche de surveillance...) doivent rapidement être mises en place, afin d'optimiser la qualité de prise en charge aux urgences. Cette formation devra être complétée par une sensibilisation à « la médecine de catastrophe », car outre l'accidentologie, l'HRM peut aussi être soumis à d'autres risques sanitaires régionaux, avec à tout moment la possible réémergence d'épidémies tels que le choléra ou la fièvre jaune, et voir son fonctionnement complètement désorganisé et déstabilisé s'il n'y est pas préparé.



Figure 1. Afflux de victimes à l'hôpital de Mamou en Guinée : anticipation et préorganisation nécessaire.

CO.MT.05

COMPLIANCE, ÉVOLUTION CLINIQUE ET INTÉGRATION SOCIALE DES ENFANTS TRAITÉS PAR ARV DE 2004 À 2007 À L'HÔPITAL NATIONAL PÉDIATRIQUE DE PNOM PENH (CAMBODGE)

Tat S, Reinharz D, Tran Hai N, Vibol U, Marcy O, Strobel M, René P, Barennes H

HDR, IFMT BP 9519 Vientiane Laos PDR,

Correspondance : hubert.barennes@auf.org

La prévalence du VIH sida chez les 15-49 ans au Cambodge est passé de 2,1 % en 2002 à 1,9 % (2003). Plus de 1700 enfants reçoivent des antirétroviraux (ARV) (2005). Cette population pose des problèmes spécifiques. Nous avons étudié la compliance au traitement, l'évolution du statut VIH, ainsi que l'intégration sociale des enfants sous ARV et leurs déterminants à l'hôpital National Pédiatrique de Phnom Penh (HNP).

De Février à juin 2007, tous les enfants (18 mois à <15 ans) séropositifs, traités par ARV à l'HBP de 2004 à 2007, inclus après consentement familial, ont été enquêtés en langue khmer: i) étude des dossiers médicaux et biologiques, ii) questionnaire par visite à domicile. Les données ont été saisies sur Epidata. L'analyse multivariée des déterminants de la compliance et de l'intégration sociale a été réalisée avec Stata 8.

Parmi les 183 enfants (M/F : 1,2, âge : 90 mois(40), 57 % étaient orphelins d'au moins un parent et 80 % étaient issus de familles pauvres (<1 \$/jour/personne).

73 % avaient eu une mère VIH positive (68 mères décédées) et 98,6 % avaient été allaités (de 1 à 48 mois). 2/183 mères avaient reçu un traitement prophylactique pendant la grossesse. 99 % des enfants étaient sous traitement de première ligne et 69 % recevaient du Cotrimoxazole et 8,7 % du fluconazole. La compliance globale était supérieure à 75 % et se traduisait par un accroissement régulier des CD4 à 6, 12 et 18 mois ($p < 0,001$) et une diminution de la charge virale à 6 mois ($p = 0,001$). 10 avaient présenté des infections opportunistes depuis la dernière visite. Près de 25 % des enfants déclaraient souffrir de discrimination malgré une participation élevée aux jeux en commun (85 %), aux loisirs (80 %), une scolarisation de 60 %. L'analyse multivariée ne permettait pas de bâtir de modèle avec les variables considérées pour la compliance, l'évolution clinique et l'intégration sociale.

Malgré une extrême précarité familiale, le traitement ARV est possible chez les enfants au Cambodge. Les projets doivent se focaliser sur le suivi des enfants présentant des problèmes de stigmatisation ou de compliance insuffisante.

ANTHROPOLOGIE DE LA RECHERCHE CLINIQUE EN MILIEU RURAL OUEST AFRICAIN

Ouvrier MA

Centre Régional de Recherche et de Formation (CRCF) du CHU de Fann, Dakar, Sénégal.

Correspondance : ashleyouvrier@yahoo.fr

Depuis une vingtaine d'années, on constate un accroissement du nombre des recherches cliniques réalisées dans les pays à ressources limitées et pays émergents. La mise en place de recherches médicales au sud suscite, ceci dit, souvent des questionnements et des inquiétudes aussi bien de la part des promoteurs que des participants et provoque parfois des polémiques internationales. Depuis 2006, un groupe de recherche en anthropologie (Université Aix Marseille III, CreCSS, IRD-UMR145) s'est constitué afin d'organiser la production d'études et de réflexions en sciences sociales sur les enjeux de la recherche médicale dans les pays à ressources limitées. L'anthropologie propose ainsi d'étudier la recherche médicale en ce qu'elle réfère à un ensemble d'acteurs qui interagissent à différents niveaux, selon des normes sociales, des facteurs économiques, et en fonction de représentations idéologiques et symboliques. C'est dans ce cadre qu'a été initiée une étude anthropologique sur la recherche clinique sur le site de Niakhar au Sénégal. L'objectif principal de cette étude est de produire une connaissance sur les déterminants et les usages sociaux de la recherche médicale en milieu rural ouest-africain. A partir de l'analyse d'évènements se déroulant avant, pendant et après la recherche médicale, cette étude permettra d'offrir une meilleure compréhension des interactions entre les multiples acteurs de la recherche. Des thèmes comme le vécu des sujets participants aux études cliniques en milieu rural, l'insertion de la recherche dans le système local de soins et les différents modes de circulation de l'information dans la communauté de l'essai, seront entre autres abordés. Dans une perspective anthropologique, cette étude permettra de contribuer à la réflexion sur les dynamiques sociales autour des processus d'évaluation thérapeutique dans les pays du sud. Dans une perspective de santé publique, elle permettra d'améliorer l'acceptabilité des processus de recherche clinique et de faciliter leur mise en œuvre, au bénéfice de la population.



CO.MT.07

PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT (PTME) DU VIH EN AFRIQUE SUB-SAHARIENNE : ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE DE 269 SITES DANS 20 PROGRAMMES PTME

Ladner J¹, Audureau E¹, Khan J², Besson MH³, Saba J³

1. UFR de Médecine, Université de Rouen, Rouen (France)

2 Philip R. Lee Institute for Health Policy Studies, University of California, San Francisco (USA)

3. Axios International, Paris.

Correspondance : joel.ladner@chu-rouen.fr

L'objectif est d'étudier la performance des sites dans un même programme de PTME. Depuis juillet 2000, Boehringer Ingelheim offre la névirapine (NVP) dans le cadre de programmes PTME en Afrique sub-Saharienne. Chaque programme inclus était suivi tous les six mois par un rapport standardisé. Pour chaque site, il recueillait le nombre de femmes enceintes vues en consultation prénatale (CPN), le nombre de femmes pré et post-conseillées, le nombre de femmes VIH+ (prévalence observée) et le nombre de femmes et de nouveau-nés mis sous NVP. La performance des sites et des programmes a été évaluée par le ratio de couverture en NVP (RCN), défini par le nombre de femmes mises sous NVP sur le nombre attendu de femmes sous NVP (=prévalence VIH x nombre de femmes vues en CPN). Au total, 269 sites issus de 20 programmes mis en œuvre dans 17 pays d'Afrique sub-Saharienne ont été inclus. Ils cumulaient 2 374 mois de suivi (8,8 mois de suivi moyen par site). Le nombre moyen de sites par programme était de 13,5. Au total, 283 410 femmes ont été vues en CPN. Le RCN moyen était de 0,44. Par programme, le RCN s'étendait entre 0,94 et 0,07. Le RCN moyen était de 0,47 dans les structures de soins primaires et de 0,37 dans les établissements hospitaliers (p=0,01). Le RCN était de 0,45 dans les structures avec moins de 30 CPN/mois, de 0,36 dans les structures entre 30 et 100 CPN/mois et de 0,29 dans les structures avec plus de 100 CPN/mois (p=0,004). Le RCN était significativement corrélé au nombre de femmes testées (coefficient de corrélation des rangs de Spearman [rs]=0,65, p=0,01). En analyse multivariée (modèle linéaire généralisé), le RCN était associé significativement au programme (p=0,002), il n'était pas associé au niveau d'activité CPN (p=0,48), au type d'établissement de santé (p=0,93) et à la prévalence VIH observée (p=0,15). 1 - Le RCN est un indicateur de couverture des programmes PTME facilement utilisable en routine. 2 - Les programmes implantés dans des petites structures et dans des zones à forte prévalence semblent plus performants. 3 - Des qualités intrinsèques propres aux sites PTME (satisfaction des femmes dans l'accueil et la prise en charge, niveau de formation et de savoir-faire dans le counseling des professionnels de santé, suivi et gestion des programmes, etc.) pourraient expliquer les différences de couverture.

CO.MT.08

RÉALISATION D'UNE CERTIFICATION INTERNATIONALE ISO 9001 VERSION 2000 EN PRÉ HOSPITALIER : EXPÉRIENCE DE SOS MÉDECIN SÉNÉGAL

Diop MS, Regnault K, Diop IB, Sorge F, Boukoulou F, Signaté B, Diop Y, Fall M

Correspondance : sosmeddk@orange.sn

La certification ISO qui a été créée à l'origine dans les pays anglo-saxons pour l'industrie nous paraissait éloignée des préoccupations d'un système pré hospitalier d'urgence. Cependant, une démarche de qualité en médecine d'urgence ne pourrait-elle pas tirer partie de la méthodologie d'une certification ISO ?

De la norme ISO 9001 version 2000 nous retiendrons deux points essentiels : elle spécifie les exigences relatives au système de management de la qualité et vise :

- « à démontrer son aptitude à fournir régulièrement un service conforme aux exigences des patients et aux exigences réglementaires applicables » ;

- « à accroître la satisfaction des patients par l'application efficace du système y compris les processus d'amélioration continue.

Nous avons entrepris de certifier la visite médicale, le transport médicalisé, le transport para médicalisé, le rapatriement sanitaire. La section catastrophe a été volontairement exclue de la certification. Dans le cadre de la norme, avec l'aide d'un « qualicien », nous avons défini une politique qualité. Quatre axes prioritaires ont été développés pour permettre d'atteindre ce niveau de performance souhaité : - améliorer les compétences du personnel - le niveau d'équipement - les délais d'intervention - Augmenter les activités. Sur ces axes nous avons défini des objectifs avec des indicateurs pour les mesurer. Ces indicateurs ont été comparés, mesurés avant et après la certification. L'activité de SOS Médecin a été déclinée en 3 processus opérationnels et 3 processus supports. La satisfaction du patient est un élément essentiel de notre système de qualité.

L'accueil standard : amélioration de la prise des informations avec évaluation sur chaque appel (8,5 % → 0,47 % p=0,0000001)
Les délais d'arrivée sur intervention : visites : 51min → 39 min, transports médicalisés : 21 min → 17min (p=0,00001) sur deux périodes comparables de 6 mois

Fiabilisation de la gestion du stock. Matériel-vigilance : respect des normes constructeurs, de la planification, le taux d'indisponibilité du matériel passant de 7,8 % à 3,7 %. Taux d'impayés règlements différés passant de 73 % à 43,3 % (hors gratuité). La communication interne : 96 % du personnel ressent une meilleure écoute de la direction. Taux de réalisation de la formation continue : pour les para médicaux évoluant de 50 % à 90 % et pour les médecins de 77 % à 92 %. Réalisation d'une enquête satisfaction patients : note globale = 2,6/3. 84 % de l'équipe est prête à recommencer alors que 35 % seulement avait une bonne image de la certification avant sa réalisation.

Ce processus de certification a renforcé la solidarité du groupe, l'organisation et la qualité du travail, la matériel-vigilance, la fiabilité de notre système pré hospitalier et la sécurité du patient, l'image et enfin la visibilité de la structure pour la direction. L'absence de référence ou la non application de certaines réglementations dans les pays en développement rend encore plus nécessaire une démarche de certification ISO permettant de hisser toute structure au meilleur niveau sur le plan international et de trouver les motivations pour s'y maintenir. Enfin, l'Afrique peut aussi être pionnière en menant à son terme depuis le 15 juillet 2005 la première la certification ISO (AFAQ-AFNOR) en pré hospitalier.

CO.MT.09

AUTONOMIE EN OXYGÈNE, À FAIBLE COÛT, POUR L'HÔPITAL SCHWEITZER DE LAMBARÉNÉ

L'her P^{1,3}, Ninteretse B², Adzoda G², Martin F^{3,4}, Pauli G², Tchoua R¹, Mougin D², Pirlot De Corbion D², Hoffmann F⁵

1. HIA Omar Bongo Ondimba, Libreville, Gabon. 2. Fondation Schweitzer. 3. Association SPI. 4. SPAR. 5. UGB

Correspondance : plher@hotmail.com

Dans les hôpitaux des PED, l'oxygène (O₂) est fourni par bouteilles d'O₂ gazeux, achetées à la capitale, déplacées d'un lit à l'autre selon les besoins, ou disposées en rampes alimentant des prises murales. Ce système, coûteux, entraîne, vu les distances et l'état des routes, d'énormes problèmes de transport.

La production sur site par adsorption réversible de l'azote de l'air par Zéolithe, permet une utilisation d'O₂, sans restriction, sans rupture de stock, sous réserve d'alimentation électrique. Les concentrateurs, meubles de 25Kg sur roulettes, faciles d'emploi, peu coûteux, produisant jusqu'à 5l/min d'O₂ à pression atmosphérique, rendent de grands services, mais ne font pas fonctionner les respirateurs. Le générateur PSA (Pressure Swing Adsorption), produit de l'O₂ à 5 Barr, et permet ce fonctionnement. Système d'alimentation autonome, économique, pouvant dispenser de forts débits, il permet d'alimenter un circuit mural et, couplé à un compresseur, de remplir des bouteilles.

L'O₂, c'était pour l'Hôpital Albert Schweitzer (HAS) distant de 235 Km de Libreville, d'importants soucis logistiques et financiers : 76 voyages/an, sur une route difficile ; un coût de 17 Millions de Francs CFA (26 000€), dont 5 Millions pour le seul transport.

Pour aider l'HAS, l'association SPI, Soutien Pneumologique International, a apporté en 2006, deux concentrateurs neufs, dons de «Vitalaire» et «Santé Plus». En mai 2007, l'HIA OBO et la SPAR, Société Picarde des Affections Respiratoires, ont organisé un congrès pneumologique au Gabon. Une des sessions se déroulait à l'HAS. Deux sociétés prestataires d'oxygène participantes, «ADEP» et «France Oxygène», se sont engagées à fournir 18 concentrateurs, recyclés, livrés en février 2008 par un container de la Fondation Schweitzer. Ces concentrateurs permettent la délivrance facile d'oxygène aux hospitalisés des différents services de cet hôpital pavillonnaire étendu. Un atelier de maintenance est en projet.



Figure 2. Booster pour remplissage de bouteilles.

Un générateur d'O₂ (OxyPlus, Novair) de 20 l/min, couplé à un «booster» pour remplir les bouteilles, don de l'Union Gabonaise de Banque (filiale du Crédit Agricole), d'une valeur de 19 000 €, alimente depuis mars 2008 les urgences et les blocs opératoires.

L'opération d'autonomie en oxygène pour l'Hôpital Schweitzer, avec deux composantes, concentrateurs aux lits des patients, générateur PSA pour deux blocs opératoires et les urgences, d'un coût inférieur à la dépense d'une année d'achat de bouteilles, peut servir d'exemple à tous les hôpitaux de brousse. Permises ici par une chaîne de solidarité internationale, elle doit intéresser les pouvoirs publics des PED, car l'investissement d'un générateur est amorti en 12 à 18 mois.



Figure 1. Générateur d'oxygène 20l/min.



Figure 3. Concentrateur d'O₂ alimentant une couveuse.

MÉNINGITES À MÉNINGOCOQUES ET VACCINATIONS AU NORD-CAMEROUN : SITUATION EN 2008

Massenet D¹, Inrombe J², Nicolas P³

1. Centre Pasteur du Cameroun Annexe de Garoua. 2. Délégation Provinciale de la Santé, Province du Nord, Garoua, Cameroun
3. CCOMS - IMTSSA, Marseille, France

Correspondance : denis.massenet@laposte.net

Le Nord-Cameroun est situé dans la ceinture de la méningite : les provinces du Nord et de l'Extrême-Nord déclarent environ 500 cas de méningites chaque année. Des flambées épidémiques surviennent régulièrement et touchent plusieurs milliers de personnes comme en 1992, 1993 et 1998. Les données biologiques sont rares. En 1993, 28 méningocoques du groupe A et un du groupe C avaient été isolés, et en 1995, les études génétiques avaient établies la circulation du méningocoque A:4:P1.9/clone III-1. Le méningocoque du groupe W135 a été retrouvé à partir de 2002 et régulièrement depuis cette date. En 2008, la surveillance biologique des méningites a été intensifiée sur une zone de plus de 150 000 Km², soit le tiers du Cameroun. 43 cas de méningites à méningocoques du groupe W135, provenant de 15 districts, ont été confirmés par la culture et/ou la recherche de l'antigène soluble. L'unité du méningocoque de l'IMTSSA (CCOMS) a montré que les souches isolées en culture appartenaient principalement au génotype ST-2881, heureusement peu épidémiogène (c'est un méningocoque W135 de génotype ST-11 qui a été responsable de la grande épidémie du Burkina Faso en 2002). Aucun méningocoque des groupes A ou C n'a été mis en évidence depuis plus de deux ans au Nord-Cameroun.

L'OMS ne recommande pas la vaccination systématique par le vaccin polysaccharidique A+C, mais préconise une recherche active des cas avec vaccination des sujets à risques en cas de franchissement du seuil épidémique. Ce fut le cas au Nord-Cameroun en 1992, 1993, 1996 et 1998 où plus de 400 000 doses furent administrées chaque année. Cependant, depuis cette date, des campagnes de vaccination sont régulièrement organisées et 30 à 40 000 personnes se font vacciner chaque année.

Avec ces données épidémiologiques et vaccinales, les remarques suivantes sont émises :

1. Le taux de couverture vaccinale, pour une population de 6 millions d'habitants, reste trop faible pour expliquer à lui seul la disparition, au moins temporaire, du méningocoque A dans la pathologie régionale.

2. La vaccination individuelle reste un acte volontaire, guidé par la crainte de contracter une maladie redoutable, mais souvent prise en charge par l'employeur. Lorsque l'aspect financier passe au second plan et compte tenu des résultats bactériologiques actuels, il semble logique de conseiller le vaccin quadrivalent (ACWY) plutôt que le bivalent.

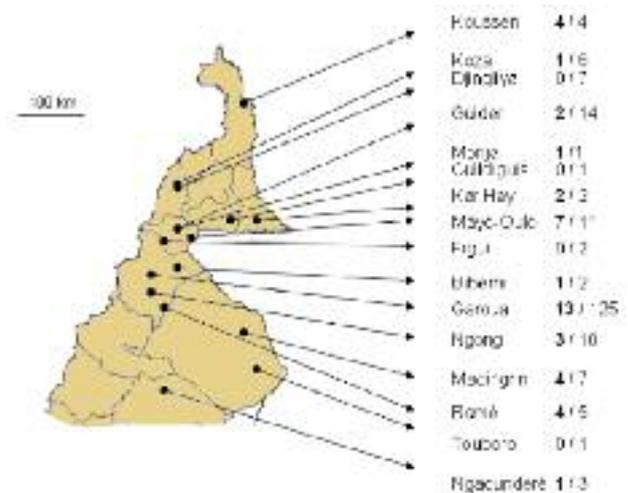


Figure 1. Répartition géographique des cas de méningites à Méningocoque groupe W135 (1er chiffre gras) et nombre de LCR prélevés (2d chiffre).

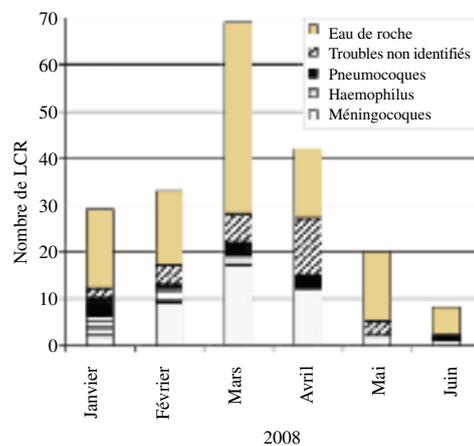


Figure 2. Répartition mensuelle des cas de méningites - Janvier à juin 2008.