

Edito

Le premier médecin généraliste communautaire du Bénin, le Dr Alidou Sani, s'est installé le 15 novembre 2009 dans le cadre d'un programme piloté par Santé Sud et l'Université de Parakou, soutenu par le Ministère de la Santé. Au Mali, l'évaluation OMS de notre programme de médicalisation des aires de santé rurales a été validée au cours de l'Atelier qui s'est tenu à Bamako en septembre 2009, confirmant ainsi la pertinence de notre approche, la nécessité de poursuivre et d'étendre cette stratégie avec la méthodologie que nous avons mise au point au fil des années pour fidéliser les médecins dans leurs postes. A Madagascar, le programme va se poursuivre grâce à des concours internes et externes qui le soutiennent malgré un contexte très difficile depuis an.

Cette reconnaissance, basée sur des résultats tangibles, doit nous mobiliser encore davantage car rien n'est jamais définitivement gagné. Le rôle des MGC dans leurs associations respectives devient fondamental pour relayer Santé Sud, promouvoir entre pairs la qualité de leur pratique, défendre leur autonomie dans un cadre contractuel, être des partenaires compétents et loyaux.

Une nouvelle étape commence. Celle qui devrait voir notre concept – celui du médecin généraliste communautaire – se propager vers de nouveaux pays en lien avec les expériences existantes, dans une dynamique inter-professionnelle qui reste à inventer. Un nouveau défi qui est devant nous !

Dominique Desplats



Actualités médicales

Coma hypoglycémique

Conduite à tenir

Il s'agit d'un coma d'apparition brutale, sans déshydratation, avec hypersudation, agitation, hyper-réflexie ostéo-tendineuse et parfois Babinski bilatéral.

La glycémie basse (inférieure à 0,40 g/L) confirme le diagnostic. C'est une urgence encore plus grande que le coma acidocétonique. En effet, les séquelles d'hypoglycémie prolongée peuvent être redoutables.

Après l'injection de sérum glucosé hypertonique, il faut installer une perfusion de sérum isotonique et faire absorber des boissons sucrées (si le malade est bien sorti du coma).

Si l'injection de sérum glucosé ne peut être faite immédiatement, l'injection intramusculaire de 1 à 3 amp. de Glucagon permet une ascension de la glycémie.

Si le diagnostic de coma hypoglycémique est douteux, l'injection de glucosé hypertonique (ou de Glucagon) doit toujours être faite, car :

- elle fait le preuve de l'hypoglycémie en ramenant la conscience aussitôt ;
- elle n'aggrave pas un coma hyperglycémique.

Il ne faut jamais faire d'injection d'insuline si le coma hypoglycémique est possible.

Conjonctivite bactérienne, l'avis du spécialiste :

Signes cliniques :

Pas de douleur, pas de baisse de l'acuité visuelle, rougeur diffuse, sécrétions abondantes, larmoiement, cils qui collent. C'est la cause la plus fréquente d'œil rouge.

Le traitement antiseptique ou antibiotique local comprend :

- collyre : 1 goutte 6 fois/j ;
- pommade antibiotique : application locale le soir ;
- rappeler au patient et au personnel soignant les règles d'hygiène élémentaire. Lavage des mains quand on se frotte les yeux ou après les soins.

Pronostic :

Le pronostic est toujours favorable. La conjonctivite est une affection bénigne.

Quelques cas particuliers :

Chez le nouveau-né on peut observer :

- La conjonctivite gonococcique : elle atteint le plus souvent le nouveau-né par contamination, lors de l'accouchement, parfois l'adolescent ou l'adulte jeune. C'est une conjonctivite aiguë, purulente bilatérale. Les sécrétions purulentes, épaisses, abondantes s'accumulent derrière les paupières fermées. Chez le nouveau-né, elle survient entre le 2^e et le 3^e j. Sans traitement, elle évolue rapidement vers l'ulcération et la perforation cornéenne.
- La conjonctivite chlamydiennne : elle survient chez le

nouveau-né dans les mêmes conditions, mais elle est plus tardive vers le 8^e j avec des sécrétions moins purulentes et une évolution favorable.

- On prévient ces affections par l'installation dans chaque œil à la naissance de 2 gouttes d'un collyre antibiotique (tétracycline, érythromycine).
- Le traitement curatif de la conjonctivite gonococcique est urgent et utilise les mêmes antibiotiques locaux en collyre puis en pommade jusqu'à disparition des symptômes.

La conjonctivite diphtérique :

- C'est une conjonctivite unilatérale isolée ou associée à un croup.
- Il y a présence d'une fausse membrane au niveau de la conjonctive, adhérente, qui saigne lorsqu'on la détache.
- Il y a une adénopathie prétragienne constante.

Limbo-conjonctivite endémique tropicale :

- Elle atteint les enfants de 6/15 ans. Elle est prurigineuse et caractérisée par des papilles très volumineuses au niveau de la conjonctive juxta-limnique et tarsale et peut atteindre la cornée (la plaque vernale).
- Elle évolue par poussées et guérit classiquement à la puberté, sans » séquelle le plus souvent. Son contrôle nécessite parfois l'installation de collyre corticoïde avec des risques d'automédications et complications iatrogènes redoutables (glaucome, ulcère cornée, cataracte).

Réponses courtes :

- ▶ **Les six grandes causes de fièvre d'allure palustre :** paludisme, borréliose à tiques, fièvres du réservoir biliaire, fièvres du réservoir urinaire, abcès et autres suppurations profondes, bactériémie/septicémie.
- ▶ **Les deux signes cliniques essentiels du syndrome méningé :** fièvre et raideur méningée.
- ▶ **Cinq circonstances pouvant faire penser à une primo-infection à VIH :**
 - Un symptôme grippal ;
 - Un syndrome mononucléosique ;
 - Une éruption morbiforme ;
 - Une paralysie faciale ;
 - Une méningo-encéphalite.
- ▶ **Trois étiologies à évoquer chez un patient séropositif VIH présentant un tableau respiratoire fébrile :**
 - Pneumopathie bactérienne ;
 - Tuberculose pulmonaire ;
 - Pneumocytose.
- ▶ **Principales étiologies du collapsus :**
 - Collapsus hypovolémique (par diminution du volume sanguin circulant) : hémorragies, pertes hydriques, choc hémolytique ;
 - Collapsus par défaillance cardiaque ou choc cardiogénique : infarctus du myocarde, tamponnade péricardique, embolie pulmonaire, trouble du rythme ou de la conduction, anévrisme disséquant de l'aorte, décompensation cardiaque d'une endocardite pariétale chronique, de myocardopathies primitives ou secondaires évoluées, de valvulopathie sévère ou de cardiopathies congénitales ;
 - Collapsus vasoplégique par désadaptation du contenant et du contenu avec une volémie normale : exemple collapsus infectieux (chocs septiques), anaphylactique ...

Les causes du tétanos :

► Circonstances fréquentes favorisant le tétanos de l'adulte :

- Avortement, accouchement, intervention chirurgicale ;
- Injection intramusculaire avec du matériel non stérile notamment quinine ;
- Plaie, même minime, par morsure d'animal, blessure notamment des pieds et des jambes, ou plaie secondaire à des pratiques traditionnelles (circoncision, excision, scarifications, percement d'oreille ou de narines, pansement de boue ...) ;
- Otite suppurée ;
- Ulcère chronique des membres inférieurs ;
- Fracture ouverte, brûlure, infection sous plâtre ;
- Parasitoses avec effraction cutanée (puce chique, ver de Guinée).

► Circonstances fréquentes favorisant le tétanos néonatal :

- Les modalités de l'accouchement : hors d'une structure sanitaire, vaccination antitétanique incomplète ou inexistante chez la mère ;
- Les modalités de section du cordon : section septique avec du matériel non stérilisé, un tesson de bouteille, un bout de bois, une tige de bambou, etc. ;
- Les soins du cordon : pansement traditionnel, utilisation de boue, beurre de karité, poudre de roche, poudre d'argile, talc, sel, feuilles écrasées, henné, cendre, etc. ;
- Une circoncision récente ou une excision.

Flash sur les hémoptysies :

► Ce qui peut simuler une hémoptysie :

- Une hématomèse accompagnée de toux, mais on trouve du sang noir dans les selles ;
- Un saignement rhino-pharyngé ou nasal ;
- Plus rarement de la salive colorée par du chocolat, du cola...

► Les signes de gravité d'une hémoptysie sont :

- Abondance du saignement : plus d'un verre ;
- Signes de détresse respiratoire : polypnée, battement des ailes du nez, tirage, cyanose, râles crépitants. Le malade est anxieux, couvert de sueurs ;
- Signes d'anémie aiguë : pâleur, agitation, pouls filant.

► Les quatre causes broncho-pulmonaires les plus fréquentes :

- tuberculose,
- cancer,
- dilatation des bronches,
- aspergillome.

► Les causes cardiovasculaires sont :

- le rétrécissement mitral,
- l'embolie pulmonaire,
- l'insuffisance ventriculaire gauche.

Attention : l'embolie pulmonaire nécessite un traitement anticoagulant à l'inverse des causes pulmonaires.

Ces actualités médicales sont tirées du livre « Urgences Médicales en Afrique, ouvrage coordonné par le Pr Edmond Bertrand, publié en 2005 Editions Estem.

CAS CLINIQUE : que faire ?

« Une femme de 35 ans présente de violentes douleurs lombo-abdominales droites accompagnées de vomissements, de constipation et d'une fièvre à 39,5°C précédée de frissons. Elle a eu ses règles il y a quelques jours. Elle est sujette aux épisodes de cystite fébrile. Elle a été soignée à plusieurs reprises dans le passé pour bilharziose urinaire. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ? Que faites-vous en pratique ? »

Hypothèses diagnostiques :

La symptomatologie que présente cette jeune femme est en faveur d'une colique néphrétique compliquée car fébrile. Un diagnostic de pyélonéphrite aiguë doit être envisagé. Il faut évoquer aussi une salpingite aiguë. Dans les deux cas, ces manifestations peuvent être favorisées par des sténoses séquellaires ou correspondant à une schistosomose à *S. haematobium* encore évolutive.

Conduite pratique en situation isolée :

- Examen des urines : troubles++, bandelette (protéine, sang). Uroculture si possible.
- Rechercher une grossesse en cours (clinique + test de grossesse).
- Calmer la douleur par les AINS.
- Commencer une antibiothérapie probaliste. En l'absence de grossesse, privilégier les fluoroquinolones IV, dans le doute, utiliser l'amoxicilline.
- Selon l'évolution, envisager un bilan avec hospitalisation.
- Prévoir secondairement le bilan d'évolutivité d'une bilharziose urinaire.

Axiome du MGC

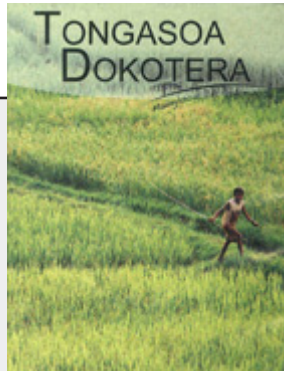
Au cabinet médical, la sécurité des actes à l'égard des malades est garantie. Il existe des procédures pour l'entretien et l'hygiène/asepsie du matériel et des locaux.



Actualités du réseau

Tangasoa Dokotera

Un nouveau film, intitulé «bienvenue docteur !» en malgache, vient d'être réalisé par l'ARRAV (l'association réunionnaise des réalisations audio-visuelles). On y suit la tournée du Dr Clément Razakarison, coordinateur du projet, ce qui permet de rencontrer plusieurs MGC dans leurs villages. C'est l'occasion de découvrir, à la fois, l'intérêt du projet et les magnifiques paysages de Madagascar. (envoi du film sur simple demande).



Un chargé de mission pour l'Afrique de l'Ouest

Le Dr Seydou Coulibaly qui vient de terminer un master de Santé Publique à Anvers, a accepté un poste de « chargé de mission pour le développement de la MGC en Afrique de l'Ouest » créé par Santé Sud. Basé à la Faculté de Médecine Seydou Coulibaly a une double mission : être en appui auprès du DER de Santé Publique pour la formation en MGC et concevoir un projet inter-pays qui permettra la diffusion régionale de cette thématique, le partage d'expérience, la mutualisation de certaines activités (ex : formation, recherche-action, stages etc).

Mali

L'atelier de restitution du rapport d'évaluation du programme de médicalisation des zones rurales au Mali, organisé conjointement par l'OMS et le Ministère de la Santé du Mali, s'est tenu à Bamako du 15 au 18 septembre 2009. Il a réuni, durant ces 3 jours, plus de 90 participants : institutionnels, associations et ordres professionnels, universitaires, agences internationales, coopérations bilatérales et, bien sûr, les évaluateurs Henri Dubois et Françoise Jabot (Laurence Codjia n'ayant pu venir). Santé Sud et l'AMC furent bien représentées avec, pour Santé Sud, le Pr Ogobara Doumbo, le président Guy Farnarier, Diminique Desplats, Cheik Mansour Sy, Hamidou Coulibaly, et pour l'AMC le président Karamoko Nimaga, Kardigué Camara, Moussa S. Coulibaly, Ousman Camara.

Cet atelier avait comme but de présenter le rapport d'évaluation (voir Clinicien n° 20, résumé des conclusions), de discuter les recommandations et d'étudier les perspectives d'avenir dans le cadre de la politique nationale des ressources humaines en santé. A l'issue des travaux en groupes thématiques, un document d'orientation résume les principales recommandations en termes d'action qui devront faire l'objet d'un plan d'action avec un calendrier.

Citons quelques exemples :

- sensibiliser les étudiants lors des études médicales ;
- créer au Département de Santé Publique de la Faculté de médecine une filière de formation en médecine générale communautaire (certificat et master) ;
- prendre en compte l'expérience professionnelle dans le recrutement de la fonction publique ;
- impliquer davantage l'équipe soignante des CSCOMs, ...

L'un des principes directeurs de cet atelier était de « faciliter un partenariat entre les secteurs publics et privés au Mali » qui tienne compte « de leur complémentarité et interactions ». Logiquement, ce travail collectif devrait aboutir à la création d'une structure paritaire pour la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du plan d'orientation. En sera-t-il ainsi ? Rien, pour l'instant, ne permet de l'affirmer. Affaire à suivre...

Bénin

Le Dr Alidou Sani s'est installé à Tamarou, dans la région de Parakou, le 15 novembre 2009. Une jeune consœur, le Dr Sandrine Takam, vient de s'installer à son tour, dans la même région, à Sonon, le 19 février 2010. Quatre autres candidats de la même promotion, diplômés en janvier dernier de la Faculté de Parakou, sont en cours d'installation. Nous souhaitons à ces pionniers de la MGC au Bénin tous nos vœux de réussite.



Madagascar

Le programme d'installations se poursuit avec 10 nouveaux médecins communautaires en 2009 et 7 en 2010, en cours d'installation. En novembre se sont tenues les Assises de la MGC, à Tana durant 3 jours, qui ont réuni 46 médecins sur 49. La réflexion collective a porté sur le dossier médical, les échanges de pratiques en groupe de pairs qui ont lieu dans chaque région de façon régulière, les méthodes de structuration de la consultation (ECOS) et la résolution des problèmes. A l'issue des Assises, l'AG de l'AMC-MAD s'est donné un nouveau président, le Dr Maminirina Rabenoavy qui remplace désormais le Dr Herizo Mamisoa élu vice-président de l'Ordre National des Médecins. Félicitations à tous les deux.

Faites circuler le Clinicien, n'hésitez pas à le photocopier !

SANTE SUD

200 bd National, Le Gyptis Bt. N
13003 Marseille – France
Tél : 33 (0) 4 91 95 63 45
Fax : 33 (0) 4 91 95 68 05
contact@santesud.org
www.santesud.org

SANTE SUD MALI

B.P. E 686
Bamako
Mali
Tél / fax : 223.22.20.227
santesud@afribone.net.ml

SANTE SUD MADAGASCAR

Lot IVC 31 4
Ambatomitsangana
101 Antananarivo
Madagascar :
Tél / Fax : 261.20.22.35.956
sante-sud@moov.mg

AIMS

BP 584 Parakou
Bénin
Tél : 229.23.10.06.92
aims_mas@yahoo.fr