



SOCIÉTÉ  
FRANCOPHONE  
de MÉDECINE  
TROPICALE et SANTÉ  
INTERNATIONALE

# Journée scientifique de la SFMTSI 7 novembre 2024

## Maladies tropicales non transmissibles et gériatrie dans les pays à ressources limitées

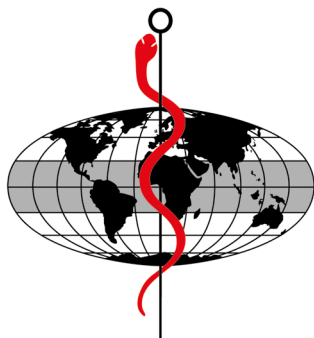


**Lieu: Croix-Rouge Française - 21/23 rue de la Vanne, 92 220 Montrouge  
en présentiel et distanciel**

**Comité scientifique :** Yves Buisson, Jacques Chandener, Pierre Gazin,  
Denis Malvy, Eric Pichard

**Comité d'organisation :** Paul-Henri Consigny, Jean-François Faucher,  
Pierre Gazin

Société francophone de médecine tropicale et santé internationale (ancienne SPE)  
Hôpital Pitié-Salpêtrière - Pavillon Laveran, 47-83 Boulevard de l'Hôpital  
F-75651 Paris cedex 13, France



SOCIÉTÉ  
FRANCOPHONE  
de MÉDECINE  
TROPICALE et SANTÉ  
INTERNATIONALE

La Société francophone de médecine tropicale et santé internationale (SFMTSI), reconnue d'utilité publique, a été fondée en 1907 par Alphonse Laveran, découvreur du parasite du paludisme et prix Nobel de physiologie et de médecine. Inscrite dans l'évolution de la santé internationale, elle regroupe des centaines de spécialistes francophones de la médecine tropicale, au Nord et au Sud.

La société est un lieu d'action, de réflexion et d'échange ouvert à tous les acteurs de la médecine et de la santé en milieu tropical, quelles que soient leurs formation, discipline et expérience, dans les pays du Nord et du Sud.

Les nouveaux statuts et le nouveau nom de la société ont été acceptés le 3 août 2022.

### **Conseil d'administration**

Membres du bureau

Président : Éric Pichard

Vice présidents : Jean-Paul Boutin, Jean-Philippe Chippaux

Secrétaire général : Pierre Gazin

Trésorière : Catherine Goujon

### **Administrateurs**

Olivier Bouchaud, Eric Caumes, Jacques Chandener,  
Paul-Henri Consigny, Ronan Jambou, Denis Malvy, Pierre Marty,  
Bienvenu Ossibi-Ibara, Philippe Solano, Jean Testa

### **Présidents d'honneur**

Jean Delmont, Yves Buisson, Jean Jannin

Secrétariat : Sylviane Le Gurun ([secretaire@societe-mtsi.fr](mailto:secretaire@societe-mtsi.fr))



Urbanisation, vieillissement, modification des modes de vie et alimentaires: ces facteurs en jeu dans la transition épidémiologique changent le faciès des pathologies dans les pays à ressources limitées et expliquent le poids croissant des maladies non transmissibles. La journée scientifique d'automne 2024 de la SFMTSI fait le point sur certaines d'entre elles, prioritaires, mais surtout présente les particularités et les innovations pour leur prise en charge dans un milieu géographique et socio-économique en rapide évolution.

## Programme

8h30 - 9h : Accueil

### 9h00 - 10h10: Les évolutions démographiques et leurs conséquences

Modérateurs: Éric Pichard, Jean-Philippe Chippaux

- Combien d'humains demain en Afrique? Les projections des Nations unies. Gilles Pison (INED Paris) [pison@ined.fr](mailto:pison@ined.fr), 30 mn
- Transition épidémiologique en Afrique au sud du Sahara. Pierre Gazin (SFMTSI Paris) [p.gazin@wanadoo.fr](mailto:p.gazin@wanadoo.fr), 10 mn
- Discussion 30 mn

*10h10 – 10h30 Pause-café*

### 10 h 30 - 12 h 30: Nutrition, diabète, troubles métaboliques

- Transition pour la prise en charge des malnutritions dans les pays à ressources limitées. Léon Savadogo (Université Senghor Alexandrie) [directeur-sante@usenghor.org](mailto:directeur-sante@usenghor.org), 30 mn
- Épidémiologie et prise en charge du diabète dans les pays à ressources limitées (Santé diabète Paris) [contact@santediabete.org](mailto:contact@santediabete.org), 30 mn
- Facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires dans les pays tropicaux. Philippe Lacroix (Université de Limoges) [philippe.lacroix@unilim.fr](mailto:philippe.lacroix@unilim.fr), 30 mn
- Discussion 30 mn

*12 h 30 - 14 h: Pause déjeuner à la CRF*

### 14 h - 15 h 30 Prise en charge de maladies chroniques

Modérateur: Jean-Paul Boutin

- Épidémiologie et prise en charge des accidents vasculaires cérébraux au Bénin. Thierry Adoukonou. Université de Parakou. Bénin [adoukonouthierry@yahoo.fr](mailto:adoukonouthierry@yahoo.fr), 30 mn
- Crises et systèmes de protection sociale en Afrique subsaharienne. Bruno Boidin [bruno.boidin@univlille.fr](mailto:bruno.boidin@univlille.fr) et Léo Delpy [leo.delpy@univ-lille.fr](mailto:leo.delpy@univ-lille.fr) (Université de Lille), 30 mn.
- Discussion 30 mn

### 15 h 30 - 16 h 20: Infection par le VIH

- Prise en charge des personnes âgées vivant avec le VIH au Sénégal et au Cameroun. Laura Ciaffi (IRD) [lauraciaffi2002@yahoo.fr](mailto:lauraciaffi2002@yahoo.fr) 30 mn
- Discussion 20 mn

### 16 h 20 -17 h 10: Maladies neurologiques

- Maladies neurologiques chez les personnes âgées en Tunisie. Riadh Gouider (Service de neurologie. CHU de Tunis) [riadh.gouider@gnet.tn](mailto:riadh.gouider@gnet.tn), 30 mn
- Discussion 20 mn

*17 h 15 Clôture de la Journée*

# Livret des résumés

## Les évolutions démographiques et leurs conséquences

### Combien d'humains demain en Afrique ? Les projections des Nations unies

Gilles PISON (1,2)

1. Muséum national d'histoire naturelle, Laboratoire d'Eco-anthropologie - UMR 7206 CNRS-MNHN-Université de Paris

2. Institut national d'études démographiques, Unités Démographie des pays du Sud et mortalité santé épidémiologie

[pison@ined.fr](mailto:pison@ined.fr)

La population mondiale compte 8,2 milliards d'habitants en 2024. Elle n'en comptait qu'un milliard en 1800 et a donc été multipliée par plus de huit depuis. Elle devrait continuer à croître et pourrait atteindre environ 10 milliards à la fin du XXI<sup>e</sup> siècle d'après les projections moyennes des Nations unies. L'un des grands changements annoncés par ces mêmes projections est la forte croissance de la population de l'Afrique qui, Afrique du Nord comprise, pourrait presque tripler d'ici la fin du siècle, passant de 1,5 milliard d'habitants en 2024 à probablement 2,5 milliards en 2050 et près de 4 en 2100. Alors que près d'un humain sur cinq vit aujourd'hui en Afrique, ce sera probablement plus d'un sur trois dans un siècle. L'accroissement devrait être particulièrement important en Afrique au sud du Sahara où la population pourrait passer de 1,2 milliard d'habitants en 2024 à 2,1 milliards en 2050 et 3,3 milliards en 2100.

La communication examinera plusieurs questions concernant la population mondiale et celle de l'Afrique : pourquoi la croissance démographique devrait-elle se poursuivre ? La stabilisation est-elle envisageable à terme ? La décroissance tout de suite ne serait-elle pas préférable ? Au-delà de l'évolution du nombre des humains, quelles sont les perspectives en matière de vieillissement démographique, que ce soit pour l'humanité entière, ou pour la population de l'Afrique ? Enfin, que valent les projections démographiques ? Par un retour vers le futur, la communication examinera les projections démographiques mondiales passées.

---

## Transition épidémiologique en Afrique au sud du Sahara

Pierre GAZIN

SFMTSI

[p.gazin@wanadoo.fr](mailto:p.gazin@wanadoo.fr)

Les questions de santé ont été largement dominées en Afrique au sud du Sahara par les pathologies infectieuses, transmissibles, en particulier par des arthropodes vecteurs, étroitement liées à des environnements peu anthropisés. Une évolution marquée apparaît actuellement. Baisse de la mortalité infantile, urbanisation, vieillissement relatif de la population, observation croissante des maladies chroniques non transmissibles, accidents de la voie publique, amélioration des services de santé et de l'accès à des soins de qualité constituent les éléments de la transition épidémiologique. Cette transition concerne une population généralement urbaine ou péri-urbaine vivant dans des pays stables politiquement et socialement. Elle ne concerne encore que peu les ruraux et pas du tout ceux vivant dans des zones de conflits armés.

Les pathologies non transmissibles ont toujours été présentes en Afrique. Celles touchant les adultes de plus de 40 ans, chroniques, avec une onéreuse prise en charge sur le long terme, ont longtemps été peu prises en compte par les services de santé des pays. Elles apparaissent aujourd'hui au premier plan des besoins de santé et des défis pour les systèmes de santé. Défis par leurs relations avec le mode de vie et d'alimentation (diabète, maladies cardio-vasculaires), par la complexité et le coût de leurs traitements (cancers), par la technicité (accidents), par les difficultés d'acceptation (psychiatrie).

Un élément essentiel de cette évolution est l'amélioration de l'offre de soins publique ou privée dans les grandes villes. Les moyens de diagnostics, en particulier par l'imagerie, y sont désormais largement présents ainsi que les compétences humaines pour les utiliser. Leur coût ne permet pas à tous d'y accéder. Il en est de même pour les traitements sur le long terme. Les assurances santé sont des projets séduisants, mais qui restent embryonnaires. Cet état de fait et cette problématique sont les thèmes de la Journée scientifique du 7 novembre 2024.

---

# Nutrition, diabète, troubles métaboliques

## Transition pour la prise en charge des malnutritions dans les pays à ressources limitées

Léon SAVADOGO

Université Senghor Alexandrie, 1 place Ahmed Orabi, BP 415, Alexandria Governorate 21111, Égypte  
[directeur-sante@usenghor.org](mailto:directeur-sante@usenghor.org)

La nutrition est spécifiquement mentionnée dans l'Objectif de développement durable N° 2 des Nations unies. Dans les pays à faibles revenus, notamment en Afrique, les problématiques abordées en nutrition restent largement dominées par la dénutrition de l'enfant et de la femme enceinte. Le retard de croissance, l'insuffisance pondérale et l'émaciation dominant encore largement les programmes et interventions en matière de malnutrition en Afrique. Ainsi, les outils de dépistage, de diagnostic, de prise en charge et de prévention sont largement orientés vers la malnutrition par déficit de l'enfant et de la femme enceinte. Les prévalences de ces formes de malnutrition restent hautement préoccupantes et contribuent à la mortalité infanto-juvénile dans ces pays.

Cependant, dans les pays à ressources limitées, l'évolution des comportements alimentaires et la transition épidémiologique, en ce qui concerne notamment la chaîne de causalité des malnutritions, font apparaître l'émergence de différentes formes de malnutrition. Les profils de morbidités enregistrés par les systèmes de soins et de surveillance confirment la coexistence de plusieurs formes de malnutritions. La prévalence des malnutritions à type de surpoids, d'obésité et de carences en micronutriments est en constant accroissement.

L'obésité, par exemple, est un fléau en pleine augmentation en Afrique, chez les enfants et chez les adultes (en 2022, on rapporte entre 13,6 % et 31 % d'obésité chez les adultes, et entre 5 % et 16,5 % chez les enfants). Les populations concernées par les types de malnutrition s'élargissent : enfants de moins de cinq ans, jeunes adolescents, femmes (femmes enceintes), adultes, personnes âgées, patients atteints de pathologies chroniques (diabète, cancer, AVC, etc.). La dénutrition se rencontre de plus en plus chez d'autres populations, notamment les personnes âgées et les patients atteints de maladies chroniques. À titre d'exemple, la prévalence de la dénutrition chez les personnes âgées vivant à domicile varie de 13,1 % à 36,1 % et l'ampleur est plus importante en milieu hospitalier, alors que

les outils de prise en charge sont limités.

Ces évolutions, à la fois épidémiologiques (population, prévalence, facteurs d'expositions et de risque) et sanitaires (profil pathologique), rappellent aujourd'hui les limites des sources de données actuelles encore fortement dominées par l'action centrée sur quelques-unes des formes de malnutrition. Ils indiquent les défis posés au système de santé en général et de soins en particulier, tant en termes de dépistage, diagnostic et de prise en charge de qualité.

En fonction de la réalité des pays, il est nécessaire d'élaborer des stratégies de dépistage, de diagnostic et de prise en charge adaptées aux formes de malnutrition, dans la cadre de la couverture sanitaire universelle.

---

## Épidémiologie et prise en charge du diabète dans les pays à ressources limitées

Stéphane BESANÇON

ONG Santé Diabète, 5 rue Federico Garcia Lorca - 38100 Grenoble - France

[stephane.besancon@santediabete.org](mailto:stephane.besancon@santediabete.org)

### Situation épidémiologique

Le diabète est une maladie non transmissible (MNT) chronique qui progresse mondialement de manière très significative. Selon les dernières estimations de la Fédération Internationale du diabète (FID), plus de 537 millions de personnes sont aujourd'hui affectées dans le monde, dont près de 80 % vivent dans des pays à faibles ou moyens revenus. La progression de la maladie, au cours des prochaines années, va se poursuivre, puisque près de 783 millions de personnes seront atteintes du diabète en 2045. Avec une prévalence avoisinant les 5 % de la population adulte (20-79 ans), le continent africain est déjà très fortement frappé par l'épidémie de diabète.

### Les difficultés pour les systèmes de santé des pays à ressource limitées dans la prise en charge du diabète : l'exemple du Mali

Au Mali, une expertise réalisée en 2004 par l'ONG Santé Diabète, confirmait cette difficulté d'accès aux soins pour les patients atteints de diabète. En effet, il n'y avait que trois structures spécialisées situées à Bamako pour le traitement et le suivi du diabète. Le Mali comptait uniquement deux médecins spécialisés (un endocrinologue et un diabétologue). À ceci se rajoutait la quasi-absence d'outils de diagnostic et le coût extrêmement élevé des moyens de prise en charge. Ces difficultés rencontrées au Mali avant l'intervention de Santé

Diabète sont celles que l'on retrouve dans une majorité des pays du continent.

### Face à ce défi une réponse possible

Face à ce défi, le service d'endocrinologie de l'hôpital du Mali et l'ONG Santé Diabète, en collaboration étroite avec le ministère de la Santé, ont développé un vaste programme visant à apporter des soins de qualité aux personnes atteintes de diabète. Cette approche est basée sur le renforcement du système de santé à travers cinq axes stratégiques :

1. Renforcement des ressources humaines ;
2. Disponibilité du médicament ;
3. Accessibilité au médicament ;
4. Analyses et bilans biologiques ;
5. Prévention primaire et éducation thérapeutique.

En plus de 15 ans, cette approche a permis de transformer la prévention et la prise en charge du diabète dans les différentes régions du Mali.

Cette offre de soins disponible a permis de développer autour de ces 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 ces pathologies associées.

### Dans cette situation, quels enjeux spécifiques pour les personnes âgées ?

La prise en charge des personnes âgées atteintes de diabète présente de nombreuses difficultés. Les défis spécifiques à cette population restent à combler pour poursuivre le renforcement du système de santé et lui apporter les soins de qualité dont elle a besoin.

---

## Facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires dans les pays tropicaux

Philippe LACROIX\*, Lucie CHASTAINGT

1. Service de médecine vasculaire et de chirurgie vasculaire, CHU Dupuytren 2, Limoges, France
  2. Inserm, U1094, EpiMaCT - Epidemiology of chronic diseases in tropical zone, Limoges, France
  3. IRD, U270, EpiMaCT - Epidemiology of chronic diseases in tropical zone, Limoges, France
- [philippe.lacroix@unilim.fr](mailto:philippe.lacroix@unilim.fr)

Les facteurs de risque cardiovasculaire (FRCV) favorisent l'expression des maladies non transmissibles (MNT). Dans les prospectives

de la *Global Burden Disease*, en 2050 les quatre premières causes de décès seront les cardiopathies ischémiques, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète et les broncho-pneumopathies obstructives ; toutes ces pathologies sont en rapport avec les FRCV. L'impact d'une maladie en année de vie perdue s'exprime au travers d'indicateurs dont le *Disability Adjusted Life Year* (DALY). En 2022, en Afrique subsaharienne (ASS), 60 % de ces DALY étaient en rapport avec des affections transmissibles, des causes maternelles, néonatales ou nutritionnelles. En 2050, on estime que près de 65 % de ces DALY seront en rapport avec les MNT. Ces données peuvent être expliquées en partie par l'évolution du profil des populations des pays tropicaux, en particulier d'ASS, qui s'est profondément modifié avec une explosion démographique et une augmentation des espérances de vie. Les MNT apparaissent le plus souvent au terme d'une exposition prolongée à partir de la quatrième et la cinquième décennie. En complément, on note des particularités épidémiologiques propres à ces populations. La prévalence de certains FRCV est plus élevée que dans les pays à revenu élevé, celle de l'hypertension en population générale est de l'ordre de 30 % bien que celle-ci soit plus jeune, celle du diabète s'élève à 5-6 %. La consommation tabagique est faible chez les femmes, mais il est probable que l'effet sur le long terme des complications gravidiques à type de diabète ou hypertension soit important. Certaines particularités génétiques pourraient intervenir. Parmi les autres FRCV, la pollution pourrait exercer une influence délétère de plus en plus importante avec le développement de l'urbanisation. L'enjeu de la prévention est considérable. La plupart de ces FRCV sont méconnus des sujets, et, lorsqu'ils sont connus, ils sont rarement traités et encore moins contrôlés. Les modèles de prise en charge doivent intégrer les dimensions culturelles des différentes sociétés, en particulier la représentation des symptômes et des maladies. En dernier lieu, la prise en charge de ces FRCV doit prendre en compte les disponibilités économiques des individus et les particularités des systèmes de santé avec des ressources réduites. En complément des mesures chez les individus, il faudra développer des interventions au niveau des sociétés tant pour optimiser le fonctionnement des systèmes de santé, que pour promouvoir une alimentation et une hygiène de vie saines et améliorer l'environnement.

# Prise en charge de maladies chroniques

## Épidémiologie et prise en charge des accidents vasculaires cérébraux au Bénin

Thierry ADOUKONOU

Unité d'enseignement et de recherche de neurologie, Faculté de médecine, Université de Parakou, CDE Rd, Parakou, Bénin

EPIMACT, IENT, U1098 INSERM, Université de Limoges, France

[adoukonouthierry@yahoo.fr](mailto:adoukonouthierry@yahoo.fr)

Les accidents vasculaires cérébraux constituent un problème de santé publique au Bénin. Les indicateurs épidémiologiques en population générale indiquent une prévalence de 460 à 1 300 pour 100 000 habitants et une fréquence hospitalière dans les services de neurologie de près de 50%. La mortalité est élevée de l'ordre de 25 % à un mois et 33 % à un an. Les facteurs de risque sont assez fréquents, avec notamment l'hypertension artérielle et le diabète. Des comorbidités telles l'épilepsie, la dépression et la démence viennent alourdir le fardeau. Des efforts de structuration de la prise en charge sont mis en place avec des unités neurovasculaires et la formation du personnel ont permis une réduction du fardeau. D'importantes structurations de la filière post-AVC avec une bonne réorganisation de la réhabilitation et des travaux novateurs sur la réduction du handicap sont en cours.

---

## Crises et systèmes de protection sociale en Afrique subsaharienne

Bruno BOIDIN, Léo DELPY

Clersé, Université de Lille, CNRS UMR 8019, Villeneuve d'Ascq, France

[bruno.boidin@univlille.fr](mailto:bruno.boidin@univlille.fr) et [leo.delpy@univ-lille.fr](mailto:leo.delpy@univ-lille.fr)

**Contexte et enjeux.** La protection sociale constitue l'un des enjeux majeurs dans de nombreux pays en Afrique subsaharienne (ASS). La multiplication des crises climatiques, économiques, sanitaires et sociales constitue un défi pour les systèmes de protection sociale. L'objectif de cette présentation est de proposer un état des lieux des avancées en termes de protection sociale et une mise en évidence des enjeux actuels et futurs.

**Méthode.** Cette présentation s'appuie sur les nombreux travaux effectués depuis plus de 20 ans sur les avancées en termes de protection sociale et de mutuelles en Afrique.

**Plan.** En premier lieu, la présentation mettra en évidence la diversité des régimes de protection sociale présents en ASS (régime d'insécurité sociale, régime hybride, proto *welfare state*) et les principaux mécanismes mis en œuvre (mutuelle, assurance sociale, assistance sociale). Ensuite, sera proposé un état de l'avancée des dispositifs de protection sociale en ASS dans une perspective d'élargissement de la couverture sociale prônée depuis les années 2010. Finalement, la présentation analysera l'adaptabilité des dispositifs de protection sociale face aux enjeux contemporains : crise climatique, vieillissement de la population, pandémies. En prenant des exemples empiriques de l'échec ou de la réussite de certains projets ou politiques, l'idée de cette dernière partie est d'ouvrir la discussion quant à l'évolution des politiques de santé et de protection sociale face à l'intensification et la complexification des risques sociaux.

**Résultats attendus.** La présentation aboutira à montrer que la mise en œuvre d'une protection sociale élargie en ASS, qu'elle s'appuie sur les mutuelles ou d'autres mécanismes, se heurte à des obstacles majeurs liés aux défis environnementaux, climatiques et sanitaires actuels et futurs. Ces défis commencent à peine à être pris en compte dans les politiques mises en œuvre, comme l'illustre la diffusion encore superficielle du concept *One health* pourtant porteur d'une nouvelle approche des besoins humains.

---

# Infection par le VIH

## Prise en charge des personnes âgées vivant avec le VIH au Sénégal et au Cameroun

Laura CIAFFI\* (1), Benjamin CUER (1), El Hadji Bara DIOP (2), Géraldine MANIRAKIZA MBERYO (3), Saidou MODIBO (4), Col. Christian DANWE (5), Souley YAMEN (6), Ndeye Fatou NGOM GUEYE (7), Régine CHEUKA (8), Madjiguene GUEYE (9), Gabriele LAVORDE BALEN (2), Bernard TAVERNE (2)

1. TransVIHMI, Univ Montpellier, INSERM, IRD, Montpellier, France

2. Centre régional de recherche et de formation à la prise en charge clinique de Fann (CRCF), Dakar, Sénégal

3. Projet Viheillir, Yaoundé, Cameroun

4. Comité National de Lutte contre le sida (CNLS), Yaoundé, Cameroun

5. Centre de traitement agréé (CTA), Hôpital Militaire Yaoundé, Cameroun

6. Hôpital de district De Bafia, Cameroun

7. Centre de traitement agréé (CTA), Hôpital de Fann, Dakar, Sénégal

8. Positive Generation, Cameroun

9. Réseau national d'associations de PVVIH (RNP+), Dakar, Sénégal

[lauraciaffi2002@yahoo.fr](mailto:lauraciaffi2002@yahoo.fr)

**Introduction.** En Afrique, grâce à l'efficacité des antirétroviraux, les personnes vivant avec le VIH vieillissent et développent d'autres maladies et des complications liées à l'âge. Au Cameroun comme au Sénégal, les personnes âgées de 50 ans et plus vivant avec le VIH (PAvVIH) constituent au moins 25 % des files actives.

VIheillir a été la première expérience au Cameroun et au Sénégal de prise en charge intégrée des cinq principales comorbidités – HTA, diabète, hépatites B et C et cancer du col – dans les consultations VIH, pour les PAvVIH, avec continuité des soins dans la communauté, où les acteurs communautaires proposent des activités de prévention/éducation et suivi à long terme.

Après 45 mois d'activité, nous allons présenter les résultats de ce projet dans les domaines cliniques et communautaires.

**Méthodes.** Cinq sites de prise en charge du VIH ont intégré aux visites de routine des PAvVIH l'offre du dépistage des 5 comorbidités. Les données sont collectées et saisies sur tablette pendant la visite dans une base REDCap. Le volet communautaire a été documenté par une évaluation externe, du matériel audiovisuel et les témoignages des bénéficiaires.

**Résultats.** L'inclusion effective des patients a commencé en juin 2021. Les données présentées sont celles collectées jusqu'au 30 juin 2024.

Au cours de cette période, 1 742 PAvVIH ont été enregistrées dans le cadre du projet, soit 1 369 au Cameroun et 373 au Sénégal, 67,8 % étaient des femmes. L'âge moyen était de 58 ans (50-84 ans). Environ la moitié des participants avaient été

diagnostiqués pour l'infection à VIH au stade asymptomatique. La durée médiane de mise sous traitement antirétroviral était de 12 ans. Les prévalences des comorbidités étaient de 55 % pour l'HTA, 8,9 % pour le diabète, 5,7 % pour l'hépatite B, 4,9 % pour l'hépatite C et 4,4 % pour les lésions dysplasiques du col de l'utérus.

Parmi les 1 742 participants, 365 ont bénéficié d'une évaluation complète des capacités intrinsèques. Parmi les personnes évaluées, 63 % (231/365) avaient une baisse de capacités intrinsèques. Il n'y avait pas de différence significative entre les hommes (57 %) et les femmes (65 %). Le nombre de troubles observés augmente avec l'âge. La mise en œuvre des activités en milieu communautaire a été organisée par 14 associations qui ont proposé des activités de prévention, dépistage et accompagnement. À cet effet, 4 288 activités ont été menées et ont permis de toucher 5 763 personnes.

**Conclusion.** La prise en charge des comorbidités dans les consultations VIH est faisable et permet une meilleure prise en charge des PVVIH. Le volet communautaire assure les activités de prévention et d'accompagnement.

## Maladies neurologiques

### Maladies neurologiques chez les personnes âgées en Tunisie

Riadh GOUIDER\* (1,2), Dr Youssef ABIDA (1,2)

1. Service de neurologie, LR18SP03, Centre d'Investigation Clinique « Neurosciences et santé mentale » - CHU Razi, La Mannouba, Tunis, Tunisie

2. Faculté de médecine de Tunis, Université Tunis El Manar

[riadh.gouider@gnet.tn](mailto:riadh.gouider@gnet.tn)

#### Introduction

Les maladies neurologiques chez les personnes âgées constituent un problème de santé publique mondial, en raison du vieillissement croissant de la population. La Tunisie, qui traverse une transition démographique, n'échappe pas à cette tendance. L'objectif est de présenter les données épidémiologiques et les caractéristiques cliniques des principales affections neurologiques chez les personnes âgées en Tunisie, afin de promouvoir des stratégies de prévention et de prise en charge appropriées.

#### Maladie d'Alzheimer et pathologies apparentées

Au début de la décennie 2010, un peu moins de 5 % des Tunisiens âgés de plus de 65 ans souffraient de démence, avec une majorité atteinte par la maladie d'Alzheimer. Ce chiffre a considérablement augmenté au cours des dernières années. Les projections pour la prochaine décennie indiquent

une hausse importante du nombre de personnes concernées par ces maladies. Face à cette situation, des initiatives publiques et privées ont été implémentées visant à améliorer le diagnostic, le traitement et la recherche dans ce domaine.

### **Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques**

Au début des années 1990, la prévalence de la maladie de Parkinson en Tunisie était relativement faible. Cependant, le nombre de décès associés à cette maladie a augmenté au fil des ans. Une mutation génétique, la *LRRK2-G2019S*, présente chez une part significative des patients, est associée à une évolution plus rapide de la maladie. Les syndromes parkinsoniens atypiques, dont la démence à corps de Lewy, la paralysie supranucléaire progressive, l'atrophie multisystématisée et la dégénérescence cortico-basale, sont également notables dans la population âgée.

### **Accidents vasculaires cérébraux (AVC)**

Les AVC représentent un enjeu de santé publique majeur en Tunisie. Leur incidence a progressivement augmenté, en particulier après

65 ans. Bien que les facteurs de risque comme l'hypertension aient moins d'impact avec l'âge, l'inactivité physique devient un facteur majeur chez les plus âgés. Les patients âgés souffrent souvent de séquelles plus graves et présentent une mortalité immédiate plus élevée.

### **Épilepsie**

L'incidence de l'épilepsie augmente avec l'âge, touchant particulièrement les personnes âgées de plus de 65 ans. Les principales causes incluent les séquelles d'AVC et les maladies neurodégénératives, avec des présentations cliniques souvent atypiques, ce qui complique le diagnostic.

### **Conclusion**

Les troubles neurologiques deviennent de plus en plus fréquents avec l'âge, représentant la première cause de handicap et la seconde cause de mortalité chez les personnes âgées. Avec le vieillissement des populations, il est crucial de comprendre les spécificités de ces maladies chez les personnes âgées afin d'élaborer des stratégies de prévention et de prise en charge adaptées.



LA REVUE de la SOCIÉTÉ  
FRANCOPHONE de MÉDECINE  
TROPICALE et SANTÉ  
INTERNATIONALE

La revue *Médecine Tropicale et Santé Internationale (MTSI)* fait suite au *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique* et à *Médecine et Santé Tropicales*. *MTSI* est une revue en accès libre qui publie désormais ses articles en français et en anglais (les deux langues apparaissant en vis-à-vis sur la même page). Son contenu est disponible gratuitement pour l'utilisateur ou son institution. *MTSI* est sous licence Creative Commons Attribution (CC BY 4.0).

Les articles de la revue *MTSI* sont référencés chez Medline. En outre, la publication est gratuite pour les auteurs (Open Access Diamond).

Organe international multidisciplinaire d'expression francophone, *MTSI* s'inscrit dans la continuité des revues précédentes en reprenant leurs objectifs scientifiques et pédagogiques, en facilitant la publication de travaux issus des pays en développement, en offrant une large vision et une expertise contemporaine de la santé tropicale et internationale. Elle est ouverte à tous les médecins, pharmaciens, vétérinaires, personnels de santé, anthropologues, chercheurs et praticiens travaillant dans le domaine de la médecine tropicale humaine et animale, la santé publique dans les pays en voie de développement et la santé internationale. Dépassant le cadre tropical, elle s'intéresse à toutes les maladies ou questions de santé tropicales ou cosmopolites, quelle que soit la discipline, dès lors que les spécificités tropicales sont abordées dans le manuscrit proposé.

### Comité de rédaction

Rédacteur en chef

Jean-Philippe Chippaux (Institut de recherche pour le développement - Santé publique, envenimations)

Rédacteurs

Jean-Paul Boutin (Professeur agrégé du Val de Grâce - Épidémiologie, santé publique, prévention, santé dans les armées)

Michel Develoux (Pathologie tropicale, mycologie tropicale)

Alain Epelboin (Attaché honoraire MNHN - Anthropologie médicale, épidémiologie, santé publique)

Pierre Gazin (Parasitologie, santé publique tropicale)

François Moutou (Médecine vétérinaire, épidémiologie, zoonoses)

Jean-François Pays (Parasitologie, médecine tropicale, médecine interne)

Éric Pichard (Épidémiologie, diagnostic, traitement et prévention des pathologies tropicales transmissibles et non transmissibles)

Secrétaire de rédaction : Isabelle Borloz ([revue@societe-mtsi.fr](mailto:revue@societe-mtsi.fr))

PUBLIER

<https://revuemtsi.societe-mtsi.fr/>

