

Dr Soumeth ABASSE

Journées périnatales de Mayotte

3 novembre 2021



Suivi des enfants vulnérables à Mayotte



RÉPÉMA
RÉSEAU PÉRINATAL DE MAYOTTE

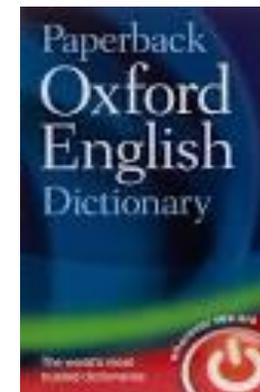
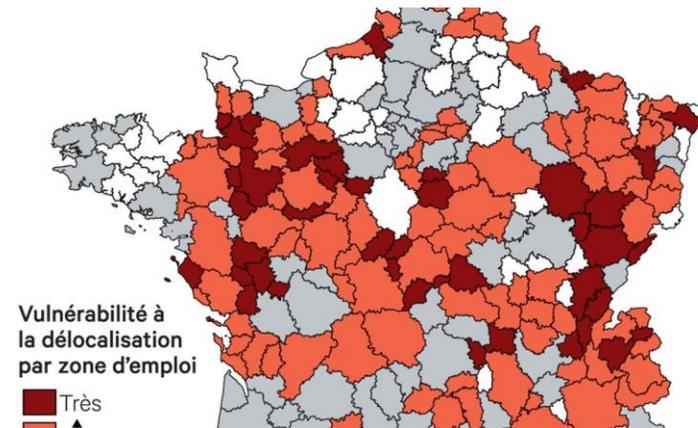
-
- Qui sont les enfants vulnérables ?
 - Etat des lieux à Mayotte ?
 - Quel suivi actuel à Mayotte ?
 - Peut on espérer la mise en place d'un réseau de suivi des enfants vulnérables?



RÉPÉMA
RÉSEAU PÉRINATAL DE MAYOTTE

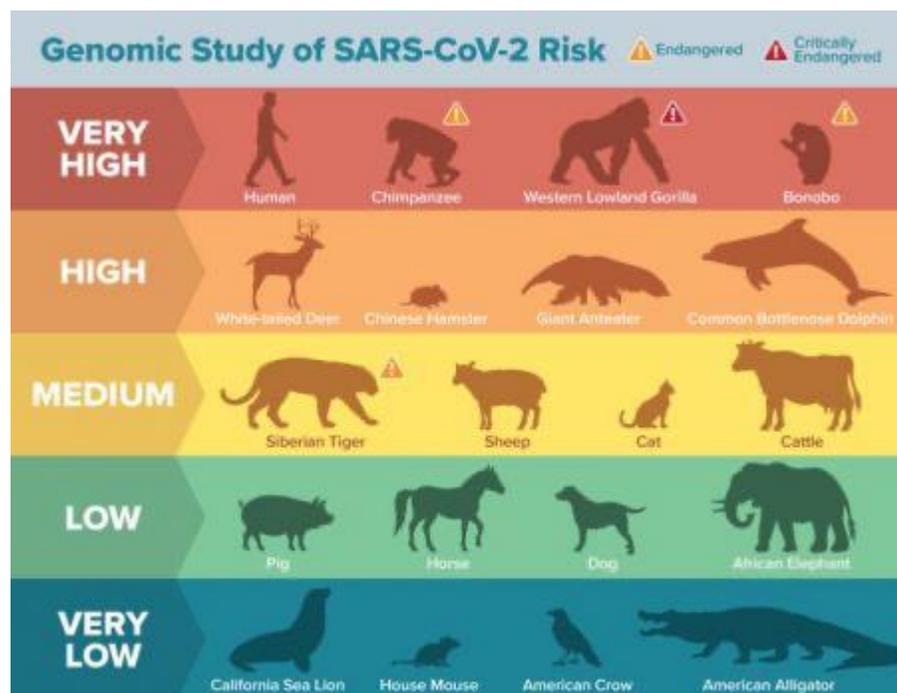
Définition Vulnérabilité

- Vulnérabilité: Terme omniprésent, concept utilisé dans une multitude d'espaces (Politique, économie, scientifique, médicale, informatique, médiatique, associative.....)
- vient du latin *vulnus* (blessure)
- Dictionnaire oxford : « l'état d'être exposé à la possibilité d'être attaqué ou blessé, que ce soit physiquement ou émotionnellement»



Covid-19 : à part l'être humain, quelles sont les espèces animales vulnérables au coronavirus ?

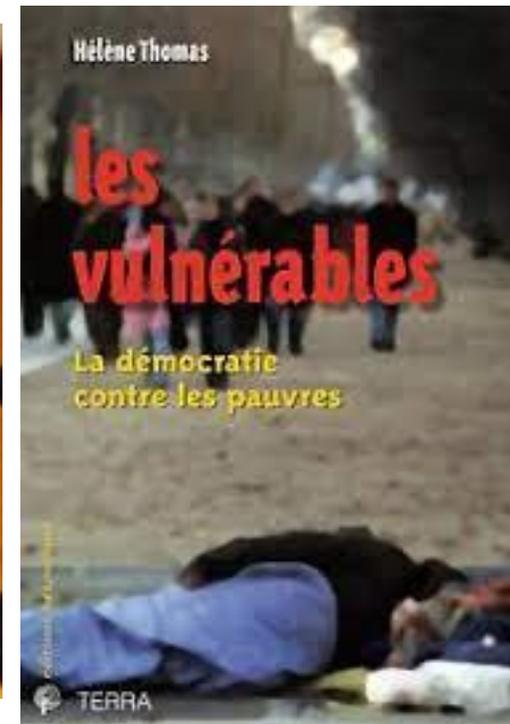
+ LUS + COMMENTÉS + PARTAGÉS SU



- Selon le Larousse : « le vulnérable est celui qui peut être blessé, qui se défend mal » d'ou synonyme de fragilité , précarité , incertitude
- Désigne donc un processus de fragilisation , une zone de bascule entre l'intégration sociale et l'exclusion (cas des personnes âgées par exemple...)
- Notion très étudiée en philosophie , sciences politiques (Hélène Thomas ,.....): catégorisation des populations défavorisées en population vulnérables

Sociologie de la vulnérabilité des populations

- *Essai détonnant , polémique et intéressant à lire :*
- *« guerre menée contre les pauvres » : catégorisation des populations défavorisées*
- *Nouveaux pauvres désignés par leur vulnérabilités.*
- *Discours compassionnel et qui les rend « responsables » de leur état.*
- *Indignité souvent attribuée aux vulnérables conduit à en faire des citoyens à part , à les disqualifier au sein de la communauté nationale , au point de les transformer en citoyens « palliatifs »*
- *« Institutions qui vont discipliner les « pauvres »*



Enfance et vulnérabilité

Caractéristiques de l'enfant:

- Pas un adulte en miniature , mais bien un adulte en devenir
- Croissance staturo pondérale
- Développement psycho moteur
- Environnement socio-familial

Quelle vulnérabilité potentielle?

- Répondre aux besoins les enfants présentant une situation de fragilité
- Fragilités d'ordre médical dès la naissance
- Fragilités d'ordre socio-économique +++

Suivi des enfants vulnérables

- ***Dans le suivi des nouveau-vulnérables , la vulnérabilité est désignée par un terme médical concernant les nouveau-nés à la naissance***

Vulnérabilité et nouveau-nés

- **Prématurés nés avant 33 SA**
- **Nouveau-nés quel que soit son terme de naissance avec un poids de naissance inférieur à 1500 grammes**
- **Nouveau-nés ayant présenté une encéphalopathie anoxo-ischémiques à la naissance**
- **Autres : Trisomie 21, syndrome dysmorphiques ,.....**

Les enfants prématurés

Etats des lieux et suivi actuel
à Mayotte



Prématurés

- Survie
- Morbidité (neurologique , respiratoire , digestive , cardiaque , sensorielle.....)

Les naissances de moins de 33SA en 2020 (Rapport DIM 2020)

Répartition par semaine d'aménorrhée des nourrissons hospitalisés en NN

UF	< 28SA	[28-29]	[30-32]	[33-41]	>41	>30j	Total
2018	37	34	93	583	13	5	765
2019	46	32	99	569	12	13	773
2020	39	35	73	558	8	0	713

Survie des grands et très prématurés

Région Mayotte Reunion

Tableau XI: Mortalité par tranches d'âge gestationnel ou de poids de naissance pour les GP accueillis dans les services de Néonatalogie de niveau III, Ile de la Réunion, 2008-2013 et Mayotte en 2011-2013

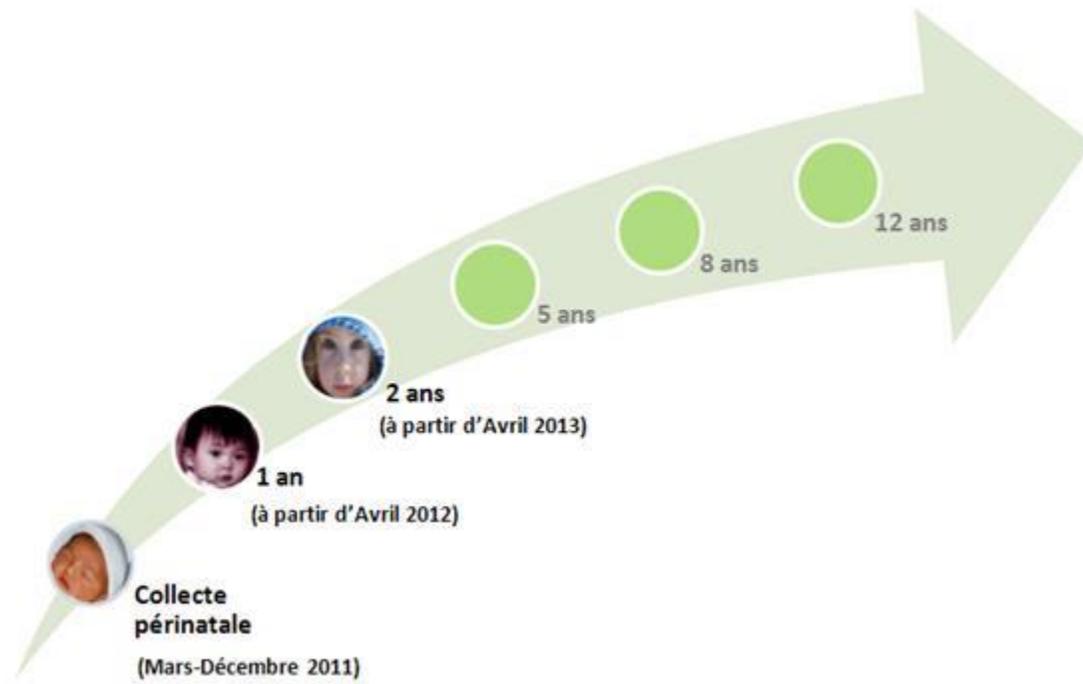
Pronostic vital (n, %)	24 – 25 SA (n= 124)	26 – 27SA (n= 303)	28 – 30 SA (n= 709)	31 – 32 SA (n= 805)
Survie	43 (35,0%)	220 (75,9%)	626 (91,6%)	739 (95,0%)
Décès	80 (65,0%)	70 (24,1%)	57 (8,4%)	39 (5,0%)
	< 700 gr. (n= 129)	700 – 999 gr. (n= 408)	1000–1499 gr. (n= 795)	> 1500 gr. (n= 627)
Survie	51 (41,5%)	284 (76,1%)	707 (91,9%)	585 (96,2%)
Décès	72 (58,5%)	89 (23,9%)	62 (8,1%)	23 (3,8%)

Le poids de la très grande prématurité



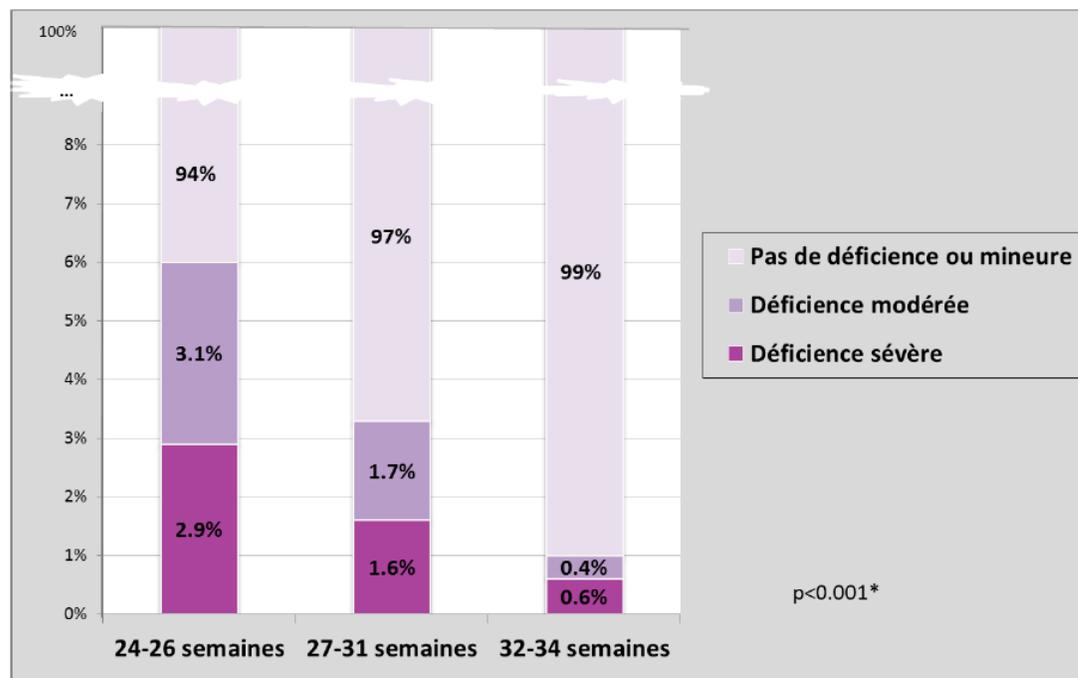
Tableau VIII : Complications par tranche d'âge gestationnel pour les nouveau-nés grands prématurés accueillis dans les services de Néonatalogie de niveau III de l'île de La Réunion en 2008-2011 et Mayotte en 2011

	24 – 25 SA (n=73)	26 – 27 SA (n=203)	28 – 30 SA (n=461)	31 – 32 SA (n=508)	Total (n=1245)
Pathologie respiratoire (n, %)					
Maladie des membranes hyalines	71 (97,3%)	156 (76,8%)	214 (46,4%)	103 (20,3%)	544 (43,7%)
Dysplasie broncho-pulmonaire	16 (32,6%)	54 (30,0%)	42 (11,3%)	24 (7,4%)	136 (14,7%)
Pathologie cardiovasculaire (n, %)					
Canal artériel patent [¶]	27 (37,0%)	63 (31,0%)	43 (9,3%)	7 (1,4%)	140 (11,2%)
Infection néonatale certaine (n, %)					
Tardive	26 (35,6%)	84 (41,4%)	75 (16,3%)	29 (5,7%)	214 (17,2%)
Pathologie neurologique (n, %)					
Hémorragies intraventriculaires [¶] QI	27 (37,0%)	42 (20,7%)	52 (11,3%)	32 (6,3%)	153 (12,3%)
Hémorragies intraventriculaires [¶] II/IV	16 (21,9%)	13 (6,4%)	12 (2,6%)	5 (1,0%)	46 (3,7%)
Leucomalacie	3 (4,1%)	13 (6,4%)	14 (3,0%)	7 (1,4%)	37 (3,0%)
Informations manquantes	5	19	47	29	100



Résultats épipage2 à 2 ans d'AC

Déficiences neuro-motrices ou sensorielles à 2 ans AC par groupe d'AG



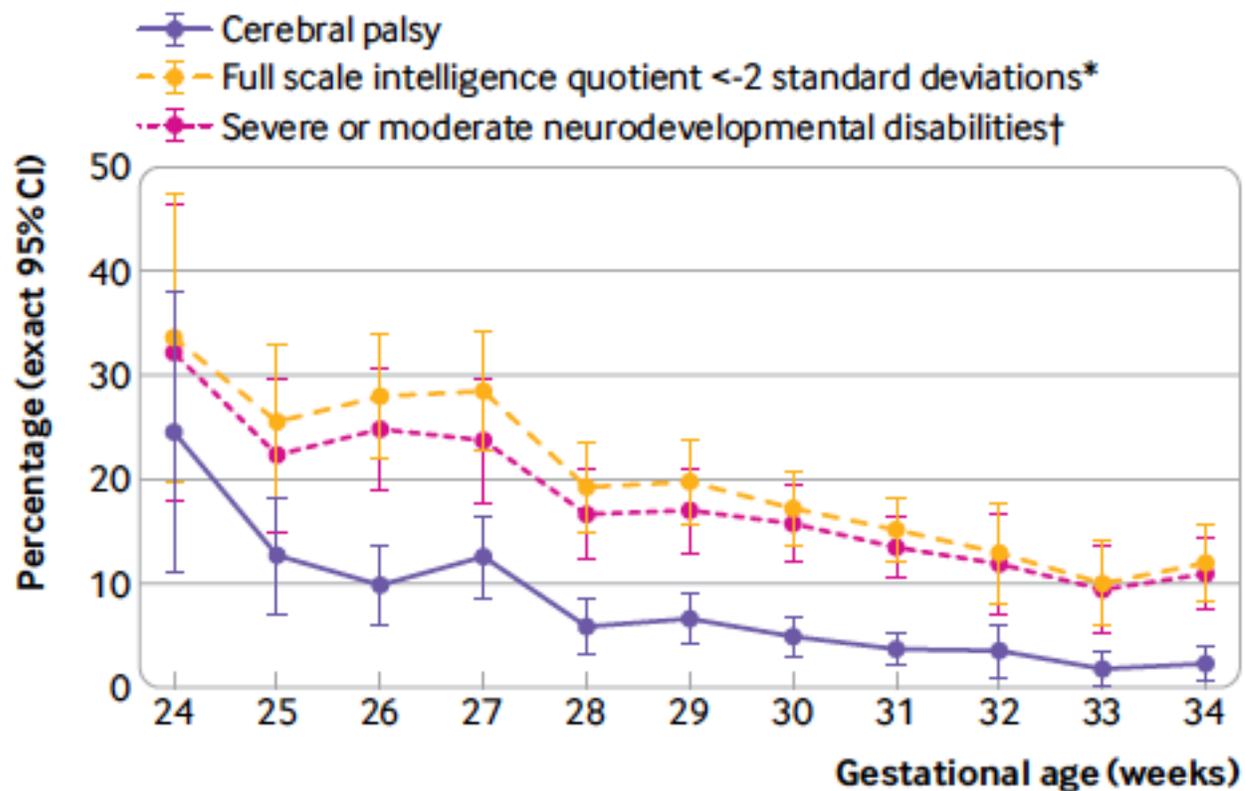
* Comparaison entre les groupes d'AG 24-26 semaines / 27-31 semaines / 32-34 semaines

Sévère= Paralyse cérébrale GMFCS niveau 3-5 ou surdité bilatérale ou cécité bilatérale.

Modérée= Paralyse cérébrale GMFCS niveau 2 ou surdité unilatérale ou cécité unilatérale.

Neurodevelopmental outcomes at age 5 among children born preterm: EPIPAGE-2 cohort study

Véronique Pierrat,^{1,2} Laetitia Marchand-Martin,¹ Stéphane Marret,^{3,4} Catherine Arnaud,^{5,6,7} Valérie Benhammou,¹ Gilles Cambonie,⁸ Thierry Debillon,^{9,10} Marie-Noëlle Dufourg,¹¹ Catherine Gire,¹² François Goffinet,^{1,13} Monique Kaminski,¹ Alexandre Lapillonne,¹⁴ Andrei Scott Morgan,^{1,15} Jean-Christophe Rozé,^{16,17} Sabrina Twilhaar,¹ Marie-Aline Charles,^{9,18} Pierre-Yves Ancel,^{1,19} on behalf of the EPIPAGE-2 writing group



Qu'en est il à Mayotte ?

- Effectivement environ 150 à 170 enfants grands prématurés naissent par an à suivre par an à Mayotte
- Sans compter les enfants de moins de 1500 grammes (et bien sûr agés de plus de 32SA): environ 50 cas par an

Quel est l'état du suivi actuel à Mayotte pour les enfants prématurés?

- Pour les enfants prématurés et enfants de moins de 1500 grammes : Suivi médical standard avec un RDV avec un médecin hospitalier pédiatre 1 à 3 mois après la sortie d'hospitalisation en fonction des créneaux de consultation, + suivi par PMI (vaccinations, croissance....)
- Lien avec CAMSP fait pour les prématurés ayant un développement suspect , mais délai prise en charge au CAMSP...
- Absence de psychomotricien , d'orthophoniste dans le pole enfants du CHM donc pas d'évaluation pluridisciplinaire de ces enfants
- Pas de coordination pour le suivi de ces enfants.

Conséquences

- Suivi non standardisé
- Pas de consultation pluridisciplinaire associant neuropsychologue, psychomotricien, orthophoniste, pédiatre.....
- Cloisonnement du suivi qui reste « hospitalier » , pas de suivi de proximité
- Fluidité CAMSP /Hôpital à améliorer
- Perdues de vue +++
- Pas de données médicales exploitables

Enfants présentant une encéphalopathie anoxo-ischémique à la naissance



Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale ou IMOC

(CEREBRAL PALSY des anglo-saxons et PARALYSIE CERBRALE des Canadiens)

Syndrome associant trouble du **mouvement** et trouble de la **posture**

dû à une **lésion cérébrale** survenue sur un **cerveau en voie de**

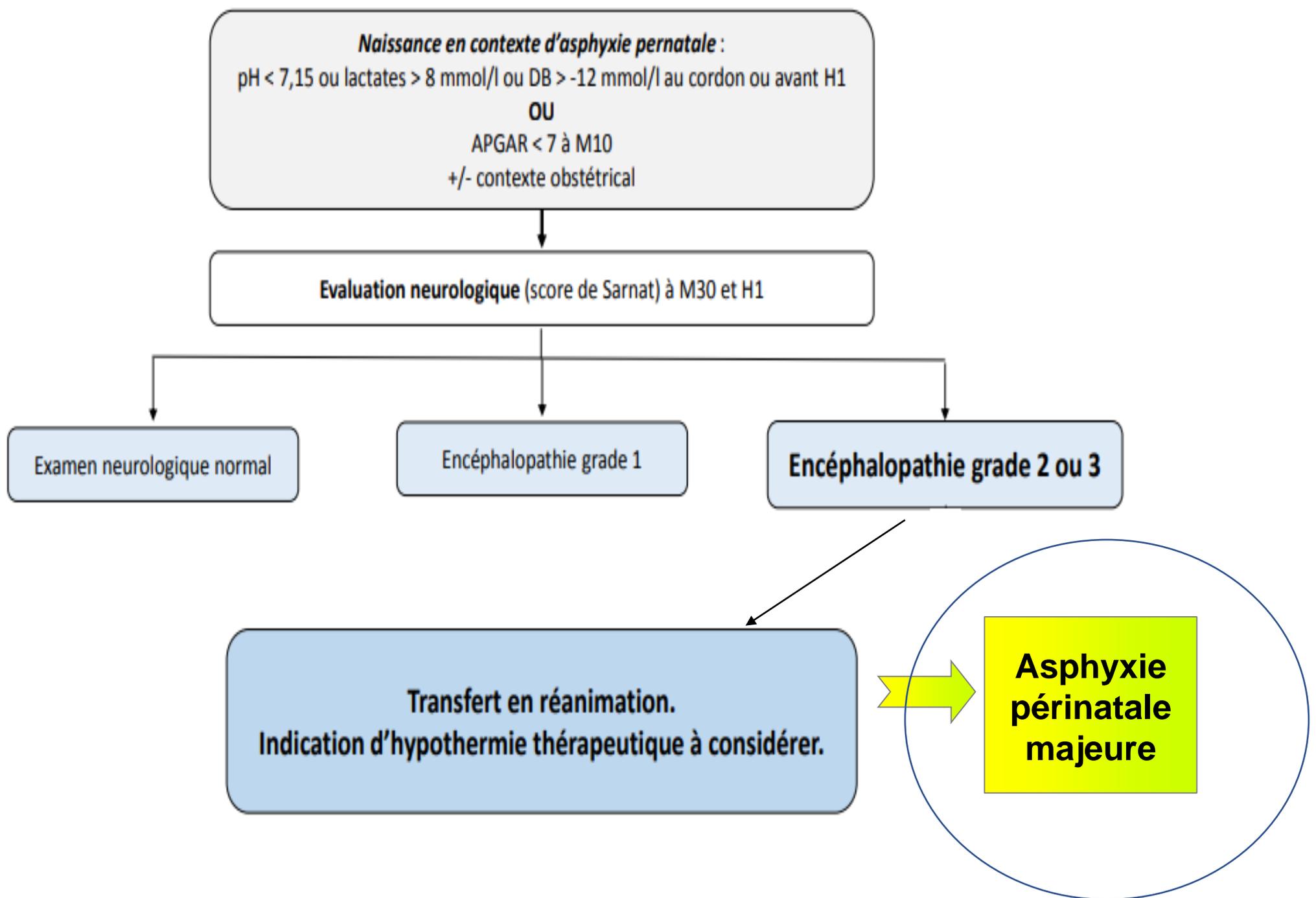
Développement non progressive fixée et **définitive**

(vers l'âge de 2 ans)



Physiopathologie

- **Beaucoup d'asphyxie périnatale à Mayotte : mauvais suivi des grossesses , morbidité.....?**
- **Asphyxie périnatale** : altérations des échanges gazeux maternofoœtaux conduisant à une acidose métabolique et à une hyperlactacidémie



Encéphalopathie anoxo-ischémique néonatale (EAI)

•Prévalence :

- 1 à 2 ‰ naissances vivantes , mais vraisemblablement 2 à 3 ‰ à Mayotte soit environ 30 cas annuels

•Signes cliniques:

- - Mauvaise adaptation néonatale, manœuvres de réanimation
- - Encéphalopathie
- - +/- convulsions

•Données biologiques :

- - Marqueurs d'acidose (hyperlactacidémie)
- - Marqueurs d'inflammation, de stress oxydatif

•Electroencéphalographie /Imagerie cérébrale (IRM) 15-20% : décès

- 15-25% : séquelles neurologiques graves

•Pronostic: 20% de décès , 25% de séquelles neurologiques graves (IMOC....)



Pour les enfants encephalopathies anoxo ischémiques

- RDV 1 à 2 mois en consultation de pediatrie pour le suivi médical
- Suivi PMI également (vaccinations, croissance staturo-pondéral....)
- RDV non systématique
- Pas d'évaluation par un psychomotricien en systématique.....

Les autres pathologies

- Trisomie 21 : environ 40 par enfants ?
- les syndromes dysmorphiques : ...?
- Pathologies cardiaques complexes....?

Souhais

- Mettre en place un réseau spécialisé pour suivi de ces enfants avec des dates « clefs » pour l'évaluation du développement psychomoteur avec recueil impératif des données
- RSEV : ces réseaux existent dans d'autres régions de notre pays.
(nous pouvons apprendre de leurs expériences)
- Inclusion des enfants dès leur sortie du service de néonatalogie
- Former des médecins référents pour le suivi (hospitalier, PMI, CAMSP, cabinet libéral....)
- Les médecins référents peuvent exercer en cabinet libéral, en PMI, en CAMSP ou à l'hôpital.