

TOWARDS HEALTH FOR ALL BY
THE YEAR 2000 IN THE EASTERN
MEDITERRANEAN REGION OF
THE WORLD HEALTH
ORGANIZATION

مؤتمنة الصحة العالمية لشرق
البحر الابيض المتوسط
في اقليم منظمة الصحة العالمية لشرق
البحر الابيض المتوسط

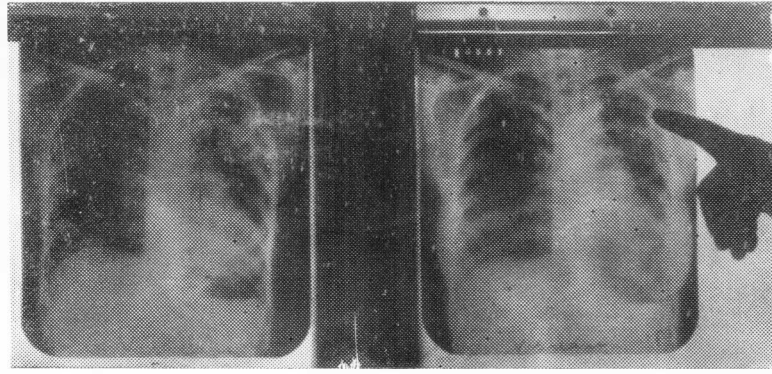
VERS LA SANTE POUR TOUS EN
L'AN 2000 DANS LA REGION DE
LA MEDITERRANEE ORIENTALE
DE L'ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTE

EMR Newsletter No. 17
mars 1982

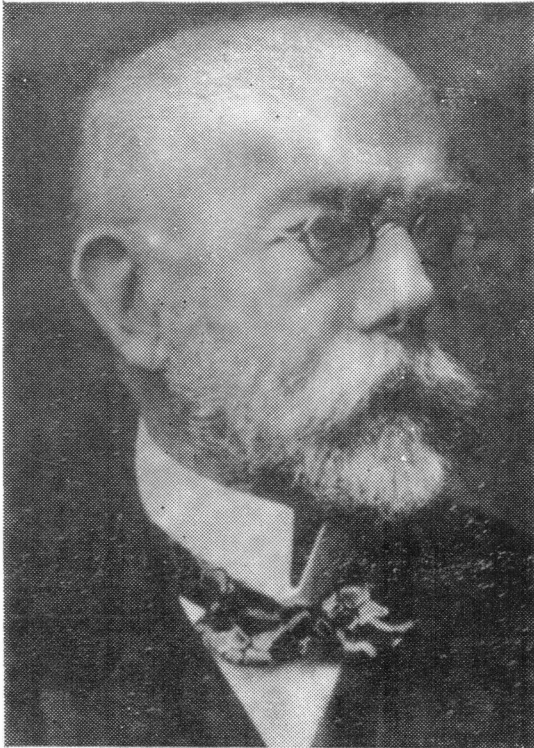
DANS CE NUMERO...

- CENTENAIRE DE LA DECOUVERTE PAR ROBERT KOCH
DU BACILLE DE LA TUBERCULOSE
... La marche du progrès contre la tuberculose.
... Revue de la situation de la tuberculose
dans la Région de la Méditerranée orientale.
... Ce que chacun devrait savoir de la
tuberculose.
- SOINS DE SANTE PRIMAIRES A DJIBOUTI
Réunion nationale sur les soins de santé
primaires organisée par le Ministère de
la Santé en collaboration avec l'OMS et
l'UNICEF.
- LA LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHEIQUES
EN AFGHANISTAN. La plus importante cause
de maladie et de mort parmi les jeunes
enfants.
- S.A.R. le Prince Talal Bin-Abdoul-Aziz
El Saoud signe un accord de 2,5 millions
de dollars avec l'OMS en faveur des pays
en développement.

CENTENAIRE DE LA DECOUVERTE PAR ROBERT KOCH DU BACILLE DE LA TUBERCULOSE

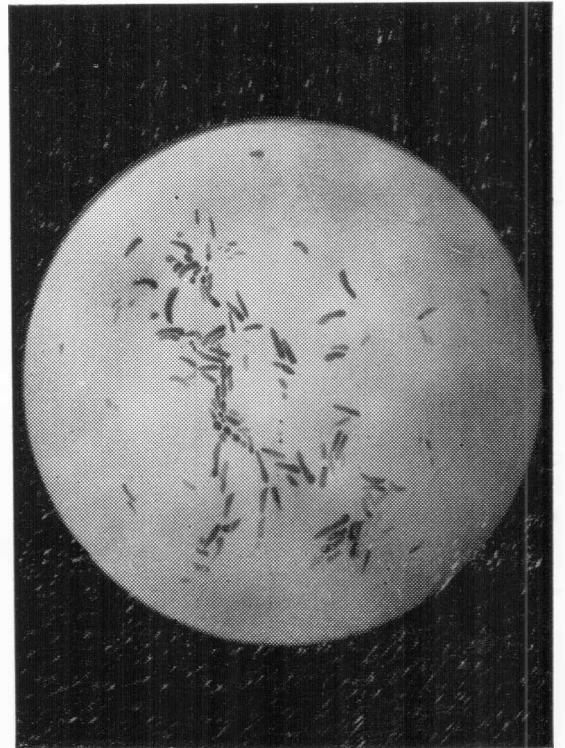


L'ombre révélatrice sur un poumon tuberculeux vue aux rayons X



Robert Koch (1843-1910)

Les taudis urbains engendrent la tuberculose



le bacille de la tuberculose sous le microscope

Afghans en traitement ambulatoire



24 MARS 1982, CENTENAIRE DE LA DECOUVERTE DU BACILLE DE LA TUBERCULOSE PAR
ROBERT KOCH

LA MARCHE DU PROGRES CONTRE LA TUBERCULOSE

Des traces de lésions tuberculeuses ont été trouvées sur des momies égyptiennes datant de 3000 ans.

- 1882: Le médecin allemand Robert Koch annonce la découverte du bacille de la tuberculose le 24 mars.
- 1890: Koch met au point la tuberculine, extrait de bacilles tués, qui permet de diagnostiquer l'infection tuberculeuse. L'emploi sur une grande échelle du test tuberculinique permet de mesurer l'étendue de l'infection à travers le monde.
- 1895: Röntgen découvre les rayons X, qui permettent l'examen de la cage thoracique. La radiographie de masse, autrefois populaire, n'est plus recommandée aujourd'hui. C'est une méthode de dépistage coûteuse et inefficace. C'est l'examen bactériologique du crachat qui permet de vraiment confirmer le diagnostic.
- 1921: Les Français A. Calmette et C. Guérin mettent au point le vaccin dit BCG à partir du bacille atténué de la tuberculose bovine. BCG veut dire Bacille Calmette-Guérin. Le vaccin BCG protège les enfants contre la tuberculose. Il coûte entre deux et cinq cents USA par dose, et lorsqu'il est lyophilisé, il demeure stable pendant un mois à la température ambiante, même dans les climats chauds et tropicaux.
- 1944: La streptomycine, premier antibiotique efficace contre la tuberculose, est découverte aux Etats-Unis.
- 1946-1952: De nouveaux médicaments apparaissent, notamment l'acide para-amino-salicylique (PAS) et l'isoniazide (INH). Ces produits sont très efficaces et bon marché.
- 1956-1960: Plusieurs études démontrent que le traitement à domicile est aussi efficace que celui en sanatorium. Ce qui est essentiel, c'est que le patient prenne très régulièrement ses médicaments. Désormais, la lutte contre la tuberculose n'exige plus de lits d'hôpitaux.
- 1964: Introduction d'un traitement par médicaments bi-hebdomadaire au lieu de quotidien, ce qui facilite le contrôle du traitement.
- 1966: La rifampicine s'avère un médicament de choix contre la tuberculose. Avec la pyrazinamide, elle permet de réduire la durée du traitement. Comme les patients ont tendance à arrêter de prendre leurs médicaments dès qu'ils se sentent mieux, les nouveaux médicaments qui n'ont besoin d'être pris que pendant six mois (au lieu d'une année) représentent un grand progrès en chimiothérapie.

REVUE DE LA SITUATION DE LA TUBERCULOSE DANS LA REGION DE LA MEDITERRANEE ORIENTALE

La tuberculose meurtrière a été connue de temps immémoriaux dans la Région de la Méditerranée orientale. Les médecins égyptiens, grecs, arabes, persans et ayourvédiens savaient reconnaître les symptômes et étaient au courant de l'issue souvent fatale de la maladie. Après que Koch eût découvert le bacille de la tuberculose, la nature infectieuse de la maladie fut confirmée. Cependant, aucun traitement n'était disponible et seule la contagion pouvait être évitée.

Les efforts organisés pour la lutte contre la maladie commencèrent dans les pays de la Région avec l'isolement des malades et l'amélioration de leur condition de vie, particulièrement leur régime alimentaire. Des institutions spéciales anti-tuberculeuses (sanatoria) furent créées dans plusieurs pays déjà dans les années 1920 et 1930. Puis tout au long des ans les services de santé s'efforcèrent de faire bénéficier de soins anti-tuberculeux la plus grande population possible, d'abord chronologiquement à la suite de la découverte du vaccin BCG, puis de celle des médicaments efficaces et de la stratégie de traitement des patients à domicile ou en dispensaire (dite ambulatoire).

Toujours un gros problème de santé

La tuberculose continue d'être un des principaux problèmes de santé publique dans plusieurs pays. Dans quelques-uns d'entre eux, la situation s'améliore progressivement, tandis que dans d'autres elle est toujours sérieuse et exige des efforts continus.

Des études épidémiologiques basées sur l'examen à la tuberculine (voir encadré), les rayons X et l'examen des crachats, ont été entreprises dans la plupart des pays dans les années 1950 et 1960. Depuis les années 1950, l'OMS a collaboré avec la presque totalité des pays dans la lutte contre la tuberculose, mettant l'accent sur les enquêtes destinées à estimer l'ampleur du problème, la vaccination des enfants au BCG, et la mise sur pied de programmes nationaux de lutte, y compris la formation professionnelle et les bourses d'études.

Le pourcentage de la population couverte par des services anti-tuberculeux dans la Région varie de 30% à 100%. Dans les pays pourvus d'une infrastructure sanitaire adéquate, tels que Bahreïn, Chypre, Israël, Koweït, Lybie et Qatar, des services anti-tuberculeux étendus sont offerts à tout le monde, tandis que dans les pays à population plus nombreuse et dont l'infrastructure est moins développée, les activités anti-tuberculeuses sont progressivement intégrées et liées au développement des services de santé de base, surtout les soins de santé primaires (SSP).

Activités anti-tuberculeuses

Les activités préventives et curatives entreprises au niveau du public, à la fois urbain et rural, varient d'un pays à l'autre. Les pratiques les plus fréquentes sont:

- La vaccination au BCG des nouveaux-nés et des petits enfants dans le cadre du Programme Elargi de Vaccination (PEV);
- Le dépistage des cas, surtout par l'examen microscopique du crachat des patients qui se présentent pour consultation dans les hôpitaux;
- Le traitement ambulatoire des cas, sur place et à domicile.

En plus des services intégrés au niveau de la communauté, des centres anti-tuberculeux spéciaux, souvent établis en collaboration avec l'OMS, ainsi que des hôpitaux équipés de lits réservés aux tuberculeux, là où ces établissements existent, ont continué de fonctionner en tant qu'institutions spéciales, prenant soin des nouveaux patients et de ceux qui leur sont envoyés par les hôpitaux généraux et les centres de santé. On ne construit plus de nouveaux sanatoria ni autres établissements spéciaux.

Deux grands problèmes

Le dépistage et l'observation suivie des malades sont les deux grands problèmes rencontrés dans la lutte contre la tuberculose. Tandis que l'examen aux rayons X, souvent entrepris par des équipes mobiles, était très populaire en tant qu'instrument de dépistage au début, surtout par amour de la technologie et du prestige, cette pratique est maintenant considérée comme insuffisamment efficace et surtout trop coûteuse. Elle a été remplacée par l'examen microscopique du crachat des personnes présentant des symptômes de toux persistante, une perte de poids, ou de la fièvre. Toutefois, les installations permettant la culture des crachats ne sont pas encore disponibles partout. On peut aussi dire que seuls les gens qui se présentent d'eux-mêmes dans les hôpitaux ou les centres de santé sont en fait examinés, sans considération pour le reste de la communauté.

Comme le traitement doit être absolument régulier pour être effectif, ce qui veut dire que le patient doit prendre les doses prescrites pendant une période de six à douze mois, le dépistage et le suivi de ceux qui font défaut sont indispensables au succès de tout programme. Dans bien des pays, cependant, le problème de ces "défecteurs" est d'importance et les mesures prises pour les suivre sont insatisfaisantes par manque de personnel de santé.

Néanmoins, avec l'avènement des nouveaux médicaments anti-tuberculeux et des nouveaux protocoles de traitement, on espère que le problème des défecteurs sera réduit au minimum.

Le traitement

Un large éventail de médicaments anti-tuberculeux, y compris des antibiotiques, sont utilisés pour le traitement des tuberculeux dans les pays de la Région. Les deux plus fréquemment employés sont la streptomycine et l'isoniazide (INH), d'habitude disponibles gratuitement dans les services de santé gouvernementaux.

La plupart des pays suivent plus ou moins le même régime de traitement, établi par l'OMS, et divisé en deux phases: une phase initiale intensive de deux à trois et parfois quatre mois, suivie par une phase de consolidation. Dans certains pays, particulièrement ceux qui ont des installations adéquates, les patients sont généralement hospitalisés pour la durée du traitement initial. Dans d'autres pays, où les lits d'hôpitaux pour les tuberculeux sont limités, le traitement initial est généralement ambulatoire. Dans la majorité des cas, le patient en traitement ambulatoire s'administre lui-même des médicaments et n'est pas surveillé, surtout pendant la seconde phase (suivi). Ceci est dû, naturellement, au nombre insuffisant du personnel de santé. Un système de suivi devrait par conséquent être mis sur pied pour ces patients qui négligent leur traitement, provoquant ainsi des cas de résistance du bacille au médicament employé et répandant des germes résistants dans leur entourage.

La vaccination par le BCG

Presque tous les pays de la Région ont fait des campagnes de masse au moyen du BCG et des millions d'enfants ont été ainsi vaccinés. Au cours des quelques dernières années, la vaccination au BCG a été intégrée au Programme Elargi de Vaccination (PEV), l'accent étant mis sur l'immunisation des nouveaux-nés et des enfants de moins d'un an. En général, la vaccination par le BCG se déroule bien et la couverture atteinte est satisfaisante.

Des vaccins lyophilisés ont été introduits presque partout, évitant ainsi le difficile problème de la chaîne du froid. A l'heure qu'il est, trois pays de la Région produisent leurs propres vaccins, qui sont de qualité comparable aux normes internationales.

Formation du personnel

Depuis les années 1950, la formation du personnel de santé a été une partie intégrante du programme de collaboration de l'OMS dans la lutte contre la tuberculose. Les activités de l'OMS comprennent l'établissement de centres de démonstration et de formation au niveau national, ainsi que des bourses d'étude pour la formation à l'étranger. Le nombre de personnes formées grâce à ces programmes est très appréciable.

La formation en matière de tuberculose des travailleurs en soins de santé primaires (SSP) est envisagée dans quelques pays, mais il est encore trop tôt pour évaluer l'influence de cette formation sur le rôle que les SSP peuvent jouer dans les activités de lutte contre la tuberculose.

A l'avenir, les agents de santé communautaires devraient être capables de passer de la surveillance passive à la surveillance active, qui consiste non seulement à examiner les personnes qui présentent des symptômes et qui recherchent un traitement, mais aussi les cas positifs qui se trouvent parmi une population apparemment saine.

Quelques pays, spécialement ceux qui font usage d'un large quotient de travailleurs immigrants en provenance de pays où la tuberculose est fortement endémique, procèdent à l'examen radiologique de tous ceux qui viennent chercher du travail.

Obstacles

Les obstacles rencontrés le plus fréquemment dans l'élaboration d'un programme efficace et intégré sont le manque de personnel et les difficultés soulevées par la longueur du traitement nécessaire à la guérison de la tuberculose et la nécessité du suivi, spécialement des patients qui font défection. Il existe également des difficultés dans le transport, particulièrement dans les pays où les populations sont largement dispersées et où les services de santé n'atteignent pas les populations périphériques, ni dans les villes ni à la campagne, un problème qui ne peut être résolu que par l'introduction ou l'extension des soins de santé primaires.

Enfin, et comme dans presque tous les problèmes pour lesquels le public est pour le moins en partie responsable, le manque de prise de conscience chez les gens, dû à l'insuffisance des programmes d'information et d'éducation pour la santé, est également un obstacle essentiel.

CE QU'IL FAUT SAVOIR
DE
LA TUBERCULOSE

C'est principalement dans l'atmosphère que se transmet l'infection. Si un malade atteint de tuberculose pulmonaire tousse, éternue ou même parle, il projette dans l'air des gouttelettes contenant le bacille.

Heureusement, l'infection n'entraîne que rarement la maladie, mais le risque persiste toute la vie.

Avant 1946, la seule façon de protéger la collectivité était d'isoler les malades dans des sanatoria. Depuis, on a mis au point des médicaments puissants qui les rendent très rapidement non contagieux et les guérissent complètement.

Ce qui est essentiel pour le malade l'est donc aussi pour la collectivité: un diagnostic précoce et un traitement efficace.

Le moyen le plus simple et le plus pertinent de diagnostic est l'examen des crachats au microscope. Les symptômes usuels de la tuberculose pulmonaire sont une toux persistante, une perte de poids et de la température.

Le traitement consiste à prendre régulièrement un médicament, une fois par jour ou deux fois par semaine, pendant 12 mois. Récemment, des traitements plus courts (6 ou 9 mois) ont été mis au point et appliqués dans un certain nombre de pays.

On recommande la vaccination par le BCG chez les enfants. Elle est administrée quelques jours après la naissance ou lorsque le bébé a 2 ou 3 mois, en même temps que les autres vaccins.

LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES A DJIBOUTI

Une réunion nationale sur les soins de santé primaires, organisée par le Ministère de la Santé en collaboration avec l'OMS et l'UNICEF, a eu lieu en République de Djibouti - le dernier-né parmi les Etats Membres de la Région - du 13 au 18 février dernier.

Dans son allocution d'ouverture, S.E. le Premier Ministre M. Barkat Gourad Hamadou a déclaré que cette réunion était un témoignage éclatant de la coopération internationale et il a remercié les représentants de l'OMS et de l'UNICEF "pour leur intervention efficace par laquelle nous pouvons espérer une évolution vers des conditions de vie meilleures pour nos familles et pour tout le peuple djiboutien."

Dans son message adressé aux participants, le Dr A.H. Taba, Directeur régional de l'OMS, a dit que "la présence des plus hautes personnalités du pays à cette séance d'ouverture est un témoignage...de la volonté du Gouvernement de Djibouti de s'attaquer résolument à la recherche concertée de solutions pour résoudre les problèmes qui se posent dans le domaine de la santé publique."

"La République de Djibouti," a ajouté le Dr Taba, "à l'instar d'autres pays de la Région, a entrepris avec courage l'étude de la meilleure approche pour apporter des solutions appropriées à ses problèmes de santé, mettant l'accent sur le développement des soins de santé primaires."

Le Dr Absieh Warsama, Directeur Général de la Santé Publique, présidait le séminaire qui rassemblait quelque 80 participants en provenance de différents secteurs et disciplines tels que la santé, l'agriculture, l'élevage, l'éducation, les affaires sociales, etc. Bien des sujets différents furent traités au cours de la réunion, y compris l'éducation et la formation du personnel de santé, la protection maternelle et infantile, la planification familiale, l'éducation pour la santé, la vaccination, la lutte contre les maladies endémiques et leur prévention, la promotion de la santé mentale, les statistiques sanitaires, les médicaments essentiels, et par-dessus tout l'élaboration d'une stratégie nationale pour l'organisation des soins de santé primaires au niveau du pays.

Les résultats des discussions et des travaux du séminaire seront soumis aux dirigeants politiques nationaux pour décision, dans le but de mettre en pratique les solutions proposées et d'améliorer la prestation des soins de santé afin d'en faire bénéficier la totalité de la population. On s'attend à ce que, par la suite, le séminaire aide à mettre sur pied le plan de santé de Djibouti pour les années à venir.

* * * * *

LA LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHEIQUES EN AFGHANISTAN

Les maladies diarrhéiques, liées à un environnement nocif, sont la plus importante cause de maladie et de mort parmi les jeunes enfants en Afghanistan, s'élevant à quelque 40 pour cent de toutes les maladies dans le groupe d'âge des moins de cinq ans.

En Afghanistan, comme dans beaucoup d'autres parties du monde en développement, les diarrhées sont plus fréquentes et plus sévères parmi les enfants mal nourris. En se perpétuant l'une l'autre, l'une causant l'autre et réciproquement, la diarrhée et la malnutrition contribuent au taux élevé de maladie et de mort parmi les enfants.

Etant associé à différentes causes, le problème des maladies diarrhéiques est complexe et nécessite une approche multiple comprenant une meilleure politique nutritionnelle; l'amélioration de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement; ainsi qu'une éducation pour la santé et une information du public conduisant à de meilleurs soins infantiles et à des habitudes plus hygiéniques, toutes pratiques qui ne peuvent aboutir que dans le contexte des soins de santé primaires.

./.

La lutte contre les maladies diarrhéiques est basée sur la réhydratation orale

Le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques en Afghanistan est principalement centré sur la réhydratation orale, un traitement qui consiste à réhydrater le patient au moyen d'une solution contenant des sels et du sucre, et qu'il avale dans un biberon, une tasse, un verre, ou avec une cuiller. La réhydratation orale a été introduite en Afghanistan en 1979 au cours d'une opération soutenue par l'OMS et l'UNICEF, dont le but était de rendre ce nouveau et simple remède accessible à 25 pour cent au moins des enfants en-dessous de l'âge de cinq ans d'ici 1985. L'OMS et l'UNICEF ont fourni un nombre suffisant de sachets. L'UNICEF a également procuré une installation en permettant la production, afin de parvenir à l'auto-suffisance de ce produit vital.

Développement des personnels de santé

De concert avec la fourniture de sels de réhydratation orale, la formation du personnel de santé et la préparation de matériaux d'éducation pour la santé ont été entrepris par l'Institut de Santé publique de Kaboul. En tout, une dizaine de séminaires de formation, de cours de répétition et de réunions sur les maladies diarrhéiques se sont tenus à l'Institut en 1979-1980 pour tenter de persuader le personnel médical et auxiliaire de l'efficacité et des avantages de ce système.

Afin de renforcer les activités du programme de lutte contre les maladies diarrhéiques en Afghanistan, deux centres de formation et de démonstration de réhydratation orale ont été établis à Kaboul en 1981. Néanmoins, tout développement futur du programme nécessiterait une large extension des services de santé de base, particulièrement au niveau des soins de santé primaires, qui sont encore très rares dans les zones rurales.

Education du public pour la santé

Dans un même temps, un programme étendu d'éducation publique a été lancé au moyen d'affiches, de tracts, de brochures, d'articles de journaux et de magazines, ainsi qu'à la radio et à la télévision. Les enfants des écoles sont également convertis en propagateurs actifs des messages de santé publique, non seulement en relation avec les maladies diarrhéiques, mais aussi avec tous les autres sujets importants tels que la vaccination ou la nutrition.

* * * * *

./.

*S.A.R. LE PRINCE TALAL BIN-ABDOUL-AZIZ EL SAOUD
SIGNE AVEC L'OMS UN ACCORD POUR L'OUVERTURE D'UN CREDIT DE \$ 2 500 000
EN FAVEUR DES PAYS EN DEVELOPPEMENT*

Vingt-neuf pays en développement dans le monde, y compris le Yemen démocratique, le Pakistan, la Somalie, le Soudan, la Tunisie et la République Arabe Yéménite, seront bénéficiaires d'un accord ouvrant un crédit de \$2 500 000 signé à Genève le 26 février dernier par S.A.R. le Prince Talal Bin-Abdoul-Aziz El Saoud et le Dr Halfdan Mahler, Directeur de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Le Prince, qui est le frère du roi d'Arabie Saoudite, a signé l'accord au nom de l'AGFUND, le programme des pays du Golfe pour les organisations de développement des Nations Unies. Ce fonds, créé conjointement par l'Arabie Saoudite, Bahreïn, l'Irak, le Koweït, Oman et le Qatar, appuie des activités humanitaires et de développement entreprises en faveur des pays en développement, et en particulier de ceux qui sont le moins avancés.

Dix-neuf pays parmi les moins avancés figurent dans le premier accord entre l'AGFUND et l'OMS. Le projet s'attache à la lutte contre les maladies diarrhéiques et intéressera 108 millions d'enfants de moins de cinq ans en 1982 et 1983. Les crédits seront consacrés au renforcement des programmes nationaux de lutte antidiarrhéique, y compris la lutte contre le cholera. Ces activités comprendront notamment le traitement des cas aigus par l'administration de sels de réhydratation par voie buccale, l'éducation des mères à une bonne alimentation de leurs enfants, ainsi qu'à l'amélioration de l'hygiène de l'environnement par une éducation favorisant une bonne utilisation et l'entretien des installations d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement.

Dans la brève allocution prononcée au cours de la cérémonie qui s'est tenue au siège de l'OMS, S.A.R. le Prince Talal a déclaré que "si nous élevons nos voix et unissons tous nos efforts pour aider les déshérités, je suis certain que nous verrons naître une nouvelle ère de stabilité, de paix et de bien-être pour tous les peuples du monde".

Soulignant que "la pauvreté, la mort, la faim et la maladie ne font pas de distinction de sexe, de race ou de religion", le Prince Talal a ajouté que "la société doit soutenir les organisations humanitaires et les organisations de développement d Nations Unies pour les aider à faire face à leurs devoirs et à assumer pleinement les responsabilités pour lesquelles elles ont été créées".

S'adressant au Prince saoudien, le Directeur général a déclaré: "Depuis votre nomination en tant que Président de l'AGFUND, vous vous êtes consacré à la tâche noble et humanitaire consistant à aider les déshérités, les malades, les affamés, les réfugiés et, en général, tous ceux qui sont dans le besoin. Il n'est donc pas surprenant que les mass media vous aient surnommé le "Prince des pauvres"... Je désire remercier très sincèrement Votre Altesse Royale et, à travers vous, les sept pays membres de l'AGFUND, de la collaboration extrêmement précieuse qu'ils ont apportée à l'OMS pour financer certains de ses programmes humanitaires dans le monde en développement."

* * * * *