

Les pays en développement ont besoin de programmes de traumatologie

Monsieur – Les accidents et les traumatismes sont rapidement en train de devenir des causes majeures de morbidité et de mortalité en Asie du Sud-Est, où vit le quart de la population de la planète sur 5 % à peine de sa superficie. La population urbaine dans la Région est passée de 229 millions en 1980 à 389 millions en 1995 et devrait atteindre 460 millions en l'an 2000. En raison de l'urbanisation et de la technologisation croissantes sans renforcement des dispositifs de sécurité et de la protection sur le lieu de travail, les pays en développement de l'Asie du Sud-Est sont particulièrement exposés aux accidents, aux traumatismes et aux catastrophes dues à l'homme, sans pour autant échapper aux catastrophes naturelles.

Près de la moitié des traumatismes mondiaux surviennent dans les pays en développement d'Asie du Sud-Est : selon un rapport de 1993 (1), l'Inde à elle seule a perdu 26,7 millions d'années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) et la Chine 33,6 millions de DALY. En Inde, on estime qu'en 2001, 11 personnes seront tuées ou blessées chaque minute (2). Les systèmes de santé dans la Région ne sont pas assez préparés à la prise en charge des victimes de traumatismes ou d'accidents, car l'infrastructure essentielle fait défaut. Il s'agit donc fondamentalement de définir le problème et son ampleur afin de pouvoir planifier une prise en charge efficace.

Le Gouvernement indien prend des mesures concertées pour lutter contre les principales maladies transmissibles et non transmissibles. Il a donc appliqué des programmes nationaux visant à réduire la morbidité et la mortalité par ces causes, à améliorer la qualité de la vie des accidentés et à renforcer la fourniture de soins de santé primaires, secondaires et tertiaires. En raison du nombre des victimes de traumatismes que l'on rencontre aujourd'hui – notamment des jeunes et des personnes d'âge productif, avec toutes les conséquences que cela suppose –, il est particulièrement urgent de mettre au point des programmes analogues de traumatologie.

Un « système minimum de traumatologie » devrait clairement énoncer les moyens disponibles, du point de vue des ressources humaines et du matériel, pour assurer un

minimum de préparation face à une situation d'urgence éventuelle. Il est important de renforcer la capacité de préparation nationale par le renforcement des capacités au niveau national et par une convergence maximale entre les secours d'urgence, la réadaptation et les efforts de développement à long terme. Quelles que soient la cause et la nature des traumatismes, la préoccupation immédiate concerne avant tout la réanimation. Le manque de matériel et de personnel spécialisés continue de représenter une lacune majeure du système actuel de traumatologie et, pourtant, on ne saurait exagérer l'importance des moyens d'assurer la survie avant toute autre intervention. ■

Rajiv Chawla

Professeur associé
Department of Anaesthesiology
and Critical Care
University College of Medical Sciences
and Guru Teg Bahadur Hospital
Shahdara, Delhi 110095

Inde
Mél. : dbmi@ucms.ernet.in
Télécopie : (0091) 112290495

Bibliographie

1. **Banque mondiale.** *Rapport sur le développement dans le monde 1993 : Investir dans la santé.* Publié dans sa version originale en anglais sous le titre *World Development Report 1993* par Oxford University Press pour la Banque mondiale.
2. **Indrayan A.** Epidemiology of trauma in India. In: Kochar SK. *Principles and practice of trauma care.* New Delhi, Jaypee Brothers, 1998.

Effacité de la vaccination de masse par deux doses de vaccin anticholérique au cours d'une épidémie dans le district d'Adjumani, en Ouganda

Monsieur – A la suite de la campagne de vaccination anticholérique de masse dans les camps de réfugiés du district d'Adjumani, dans la région septentrionale de l'Ouganda, dont il est question dans le présent Recueil d'articles N° 2 du *Bulletin* (pp. 119-123) (1), nous tenons à décrire ci-dessous la situation qui s'est présentée lors d'une flambée cholérique dans le district une année après la campagne.

Le district d'Adjumani accueille des réfugiés soudanais depuis 1989. Les réfugiés, qui représentent 55 % environ de la population totale du district (125 000 personnes), sont répartis dans 35 camps distincts. A la demande de l'OMS, une campagne de vaccination pilote au moyen du vaccin anticholérique oral germes entiers/sous-unité B recombinante a été entreprise en octobre 1997 dans six camps. Il s'agissait de déterminer la faisabilité et l'acceptabilité d'une vaccination de masse dans une importante population de réfugiés (2). La couverture vaccinale était de 87,0 % et le nombre total des vaccinés de 27 607.

Une épidémie de choléra provoquée par *Vibrio cholerae* El Tor sérotype Ogawa a atteint le nord de l'Ouganda en avril 1998. Dans le district d'Adjumani, les premiers cas ont été signalés en août, et l'épidémie a atteint son pic en octobre 1998. Entre le 17 août et le 8 novembre, 358 cas de choléra ont été signalés par 60 postes distincts couvrant l'ensemble du district. Le taux d'atteinte global était de 0,3 % et le taux de létalité de 4,2 % (15 décès). L'épidémie a touché l'ensemble du district, et tous les réfugiés, y compris ceux qui vivaient dans les camps vaccinés, étaient exposés au risque de choléra. Au total, 28 cas sur 358 (7,8 %) concernaient des réfugiés, mais aucun de ceux-ci n'avait été vacciné lors de la campagne de 1997. Les taux d'atteinte étaient plus élevés dans la population ougandaise que chez les réfugiés (0,59 % contre 0,04 % ; risque relatif : 14,4 (intervalle de confiance à 95 % : 9,8-21,2)). Les moyens d'approvisionnement en eau et d'assainissement étaient analogues dans les camps vaccinés et non vaccinés, mais meilleurs dans les camps que dans les villages ougandais, ce qui explique peut-être en partie le taux d'atteinte plus faible observé chez les réfugiés.

Aucun cas de choléra n'ayant été signalé chez les sujets vaccinés, il n'est pas possible de mesurer l'efficacité du vaccin sur la base des études épidémiologiques classiques (3). Pour déterminer si la vaccination anticholérique a eu un effet protecteur, nous avons donc comparé les incidences globales de diarrhée courante (non sanglante) entre les camps vaccinés et non vaccinés en octobre 1998. Nous avons également analysé l'évolution de l'incidence de la diarrhée courante dans quatre camps vaccinés

d'octobre 1997 (date de la vaccination) à octobre 1998 (date de la flambée).

Les incidences médianes de la diarrhée courante en octobre 1998 étaient plus faibles dans les camps vaccinés (2,8 pour 1000) que dans les camps non vaccinés (10,0 pour 1000) et dans la population ougandaise (4,3 pour 1000) utilisant les mêmes unités de santé, mais les différences n'étaient pas significatives du point de vue statistique. Les tendances concernant le nombre d'épisodes de diarrhée courante depuis octobre 1997 dans quatre camps vaccinés n'indiquaient aucune augmentation marquée pendant la période de l'épidémie de choléra (Figure 1).

S'il n'a pas été possible de mesurer l'efficacité sur le terrain du vaccin anticholérique utilisé au cours de l'épidémie, les éléments suivants semblent indiquer qu'il a bien un effet protecteur :

- Les camps vaccinés n'ont pas signalé de cas de choléra, alors qu'ils sont proches des camps non vaccinés et des camps touchés par la maladie.
- L'incidence médiane de la diarrhée courante était plus faible dans les camps vaccinés que dans les camps non vaccinés et dans la population ougandaise utilisant les mêmes unités de santé au cours de la période de l'épidémie.
- L'incidence de la diarrhée courante dans les camps vaccinés est restée stable pendant la période de l'épidémie.

Ces éléments tendent à montrer que le vaccin utilisé peut contribuer à prévenir la diarrhée dans une communauté de réfugiés exposée au risque de choléra. Ces données, et d'autres, ont été examinées par un groupe

d'experts convoqué par l'OMS en mai 1999. Les participants ont reconnu que le vaccin oral tué germes entiers/sous-unité B recombinante pouvait être un instrument utile de santé publique pour certaines situations spécifiques d'urgence ayant fait l'objet d'une évaluation attentive, et qu'il convient d'envisager l'utilisation préalable du vaccin anticholérique dans les populations à haut risque (4). Les vaccinations pilotes de masse, qui doivent maintenant être encouragées dans des situations appropriées, offriraient des occasions d'évaluer plus avant la faisabilité et l'impact des stratégies de lutte anticholérique. Toutefois, il convient d'approfondir les facteurs qui empêchent encore l'utilisation de ce vaccin à des fins de santé publique, comme l'approvisionnement insuffisant ou l'incertitude quant au prix. ■

**Fabienne Dorlencourt,
Dominique Legros,
Christophe Paquet**

Epicentre
8 rue Saint-Sabin
75011 Paris
France

Maria Neira, Bernard Ivanoff

Organisation mondiale de la Santé
1211 Genève 27
Suisse

Elisabeth Le Saout

Médecins sans Frontières
Paris
France

Remerciements

C'est grâce à la collaboration de toutes les agences travaillant sur le terrain qu'il a été possible de réaliser cette évaluation. Nous souhaitons remercier particulièrement Médecins Sans Frontières, Action Contre la Faim USA, Africa Humanitarian Action et la Fédération luthérienne mondiale.

Bibliographie

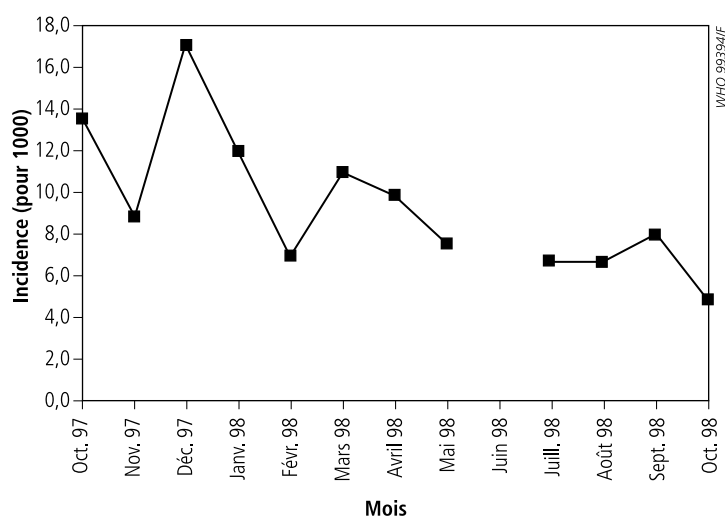
1. **Legros D et al.** Vaccination de masse par deux doses de vaccin anticholérique oral dans un camp de réfugiés. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, Recueil d'articles N° 2, 2000 : 119-123.
2. **Marty I et al.** Use of a two-dose oral cholera vaccine in refugee and displaced populations. Report on a feasibility study conducted in Uganda. Paris, Epicentre, 1998.
3. **Orenstein et al.** Field evaluation of vaccine efficacy. [Evaluation sur le terrain de l'efficacité des vaccins]. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1985, **63** :1055-1068 (résumé en français).
4. *Potential use of oral cholera vaccines in emergency situations. Report of a WHO meeting, 12-13 May 1999, Geneva* (document WHO/CDS/CSR/EDC/99.4 non publié, disponible sur demande au Département Maladies transmissibles : surveillance et action, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).

L'aide humanitaire ne doit pas négliger ce qui a trait à la sexualité

Monsieur – L'article récent d'Antequera et Suarez-Varela montre bien comment une organisation non gouvernementale peut agir face aux besoins sanitaires de personnes déplacées au Rwanda (1). Nous avons toutefois constaté avec surprise que les aspects santé génésique n'étaient pas mentionnés – à part une allusion à la possibilité de pratiquer des césariennes.

La situation particulière des femmes réfugiées est depuis longtemps prise en compte par le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés, et les besoins en santé génésique des personnes déplacées figurent en bonne place dans les programmes qui leur sont destinés. Mais ils doivent aussi être inclus dans toute analyse de la situation sanitaire des victimes de catastrophe et dans tout plan d'action de secours. La Convention des Nations Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes exige que tous les Etats aident « à assurer la santé et le bien-être des familles, y compris l'information et des conseils relatifs à la planification familiale » (2). Les personnes

Fig. 1. Incidence de la diarrhée courante dans quatre camps vaccinés, octobre 1997-octobre 1998, district d'Adjumani (Ouganda) (Note : pas de données pour juin 1998 dans trois camps)



déplacées doivent elles aussi pouvoir bénéficier de ces services. On peut même dire qu'elles en ont plus besoin que les autres car, selon toute vraisemblance, les couples auront moins envie d'avoir un enfant et préféreront attendre des temps meilleurs.

Par suite de la rupture de la trame sociale en situation d'urgence ou lors d'une catastrophe, le risque de grossesse non désirée, de violences sexuelles ou de maladie sexuellement transmissible est très élevé.

Un éditorial paru dans *Lancet* en 1993 soulignait que, quelles que soient les circonstances, la sexualité reste un aspect important de la vie, y compris parmi les réfugiés (3). Il ne nous appartient pas de dicter aux réfugiés leur comportement ; leur dénier l'accès à des services de santé génésique, c'est limiter leurs possibilités de choix en matière de sexualité.

L'expérience que nous avons faite avec le Groupe Santé génésique, une organisation non gouvernementale qui travaille dans le sud de la Guinée avec quelque 300 000 réfugiés de la Sierra Leone et du Libéria, confirme que ces services sont des plus nécessaires. Dès leur mise en place, la demande a augmenté de façon spectaculaire. C'est pourquoi nous insistons pour que les services de santé génésique fassent partie intégrante des secours assurés aux réfugiés ou d'autres personnes déplacées car ils sont indispensables au bien-être d'individus confrontés à des difficultés extrêmes. ■

Sarah Kollie

Coordonnatrice
Groupe Santé génésique
Guéckedou
Guinée

Franz von Roenne et David Blankhart

Projet Santé rurale, GTZ
Faranah
Guinée
Mél. : dmblankhart@mirinet.net.gn

Bibliographie

1. **Antequera MG, Suárez-Varela MM.** L'aide humanitaire bien pensée. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, Recueil d'articles N° 2, 2000 : 167-169.
2. Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, article 10 h). New York, Organisations des Nations Unies, 1979.
3. Reproductive freedom for refugees. *Lancet*, 1993, **341** : 929-930.