

## Les sécrétions buccales peuvent-elles remplacer le sérum pour l'évaluation du niveau d'immunité d'une population ? Etude sur la rougeole, la rubéole et l'hépatite B dans une communauté rurale d'Ethiopie<sup>1</sup>

D. James Nokes, Fikre Enqueslassie, Wondatir Nigatu, Andrew J. Vyse, Bernard J. Cohen, David W. G. Brown et Felicity T. Cutts

**Objectif** Evaluer l'utilité des échantillons de sécrétions buccales pour déterminer la prévalence de l'immunité vis-à-vis d'infections évitables par la vaccination.

**Méthodes** Des échantillons appariés de sang et de sécrétions buccales ont été prélevés chez 853 personnes de tous âges dans une communauté rurale d'Ethiopie. Les échantillons de liquide gingival ont été soumis à une recherche des anticorps spécifiques de la rougeole et de la rubéole par titrage immuno-enzymatique (ELISA) avec capture d'IgG et amplification (GACELISA), et des anticorps anti-HBc au moyen d'un prototype de test GACELISA. Les IgG sériques vis-à-vis de la rougeole, de la

rubéole et du HBc ont été déterminés à l'aide de tests ELISA du commerce.

**Résultats** Par rapport aux résultats obtenus avec le sérum, la sensibilité et la spécificité des titrages réalisés sur les sécrétions buccales étaient de 98 % et 87 % pour la rougeole, 79 % et 90 % pour la rubéole et 43 % et 87 % pour les anticorps anti-HBc. Ces caractéristiques ont permis d'obtenir avec les sécrétions buccales des estimations de la prévalence d'une précision égale à celle obtenue avec le sérum pour la rougeole (tous âges) et la rubéole (moins de 20 ans).

**Conclusion** Nos résultats indiquent que les sécrétions buccales pourraient remplacer le sérum dans les enquêtes sur la prévalence des IgG. Il faudra maintenant évaluer les différences de performance des titrages d'une population à l'autre et pouvoir disposer de tests normalisés faciles à utiliser. ■

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, **79** (7): 588-595.

## Modélisation des épidémies de VIH/SIDA en Afrique subsaharienne à partir des données de séroprévalence des dispensaires de soins anténatals<sup>1</sup>

Joshua A. Salomon et Christopher J. L. Murray

**Objectif** Améliorer les bases méthodologiques de la modélisation de l'épidémie de VIH/SIDA chez l'adulte en Afrique subsaharienne, avec des exemples provenant du Botswana, d'Ethiopie, de République centrafricaine et du Zimbabwe. Il est indispensable de connaître l'ampleur et la trajectoire de l'épidémie de VIH/SIDA pour planifier et évaluer les stratégies de lutte.

**Méthodes** Des modèles mathématiques ont déjà été élaborés pour estimer les tendances épidémiques d'après les données de la surveillance sentinelle des femmes enceintes. Dans le présent projet, nous avons étendu ces modèles de façon à pouvoir exploiter au maximum les données disponibles. Nous avons mis au point une

approche selon la vraisemblance maximale pour l'estimation des paramètres du modèle et fait appel à une simulation numérique pour calculer les intervalles d'incertitude attachés aux estimations.

**Résultats** Dans les quatre pays dont nous avons analysé les données, les estimations étaient de 500 000 nouvelles infections par le VIH en 1999 chez l'adulte (intervalle : 260 000-960 000), 4,7 millions d'infections établies (intervalle : 3,0-6,6 millions), et 370 000 décès dus au SIDA chez l'adulte (intervalle : 266 000-492 000).

**Conclusion** Ce projet permet de répondre à certaines limitations des modèles existants, mais il reste d'importantes questions à résoudre, et il est en particulier nécessaire d'élucider la relation entre les données sentinelles sur les femmes enceintes et l'épidémiologie du VIH et du SIDA dans la population générale. ■

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, **79** (7): 596-607.

## Mortalité néonatale chez les nourrissons de faible poids de naissance au Bangladesh<sup>1</sup>

Sohely Yasmin, David Osrin, Elizabeth Paul et Anthony Costello

**Objectif** Evaluer le rôle du faible poids de naissance dans la mortalité néonatale dans un secteur périurbain du Bangladesh.

**Méthodes** Des nouveau-nés de faible poids de naissance ont été recrutés de façon prospective et suivis à l'âge d'un mois. Les nouveau-nés de la cohorte ont été inclus dans l'étude après leur naissance dans un hôpital de Dhaka (Bangladesh) et 776 d'entre eux ont pu être suivis à domicile ou, en cas de décès précoce, à l'hôpital.

**Résultats** Pour ces nourrissons, le taux de mortalité néonatale était de 133 pour 1000 naissances vivantes (intervalle de confiance à 95 % : 110-159). Les taux correspondants (et leurs intervalles de confiance) pour les décès néonataux précoces et tardifs étaient respectivement de 112 (91-136) et 21 (12-33) pour 1000 naissances vivantes. Le taux de mortalité néonatale pour

les nourrissons nés après moins de 32 semaines de grossesse était de 769 (563-910) pour 1000 naissances vivantes et il était de 780 (640-885) pour 1000 naissances vivantes chez ceux dont le poids de naissance était inférieur à 1500 g. Parmi les décès néonataux, 84 % survenaient au cours des 7 premiers jours et la moitié dans les 48 heures suivant la naissance. L'accouchement prématuré était impliqué dans les trois quarts des décès néonataux, mais n'était associé qu'au tiers des insuffisances pondérales à la naissance.

**Conclusion** Plusieurs observations sont intéressantes du point de vue des politiques de santé : le faible poids de naissance double pratiquement le taux de mortalité néonatale dans un secteur périurbain du Bangladesh ; les décès néonataux tendent à être précoces ; l'accouchement prématuré est le facteur qui contribue le plus au taux de mortalité néonatale. Le groupe de nourrissons qui devrait tirer le plus grand bénéfice d'une amélioration des soins de base peu coûteux destinés aux nouveau-nés représentait près de 61 % des décès néonataux dans la cohorte examinée. ■

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, **79** (7) : 608-614.

## Prévision et comparaison des profils d'anticorps antirougeoleux à long terme pour différentes politiques vaccinales<sup>1</sup>

Min-Shi Lee et D. James Nokes

**Objectif** Les flambées de rougeole, rares, sont localisées dans des régions où la couverture vaccinale antirougeoleuse est bonne. Il est donc nécessaire d'évaluer l'efficacité à long terme de cette couverture. Depuis 1991, aucune épidémie de rougeole touchant la totalité de l'île n'a sévi à Taïwan (Chine). Des modèles épidémiologiques ont été développés pour prévoir les profils d'anticorps antirougeoleux à long terme et comparer les avantages respectifs de différentes politiques vaccinales.

**Méthodes** La politique actuelle de vaccination antirougeoleuse à Taïwan (Chine) consiste en l'administration d'une dose de vaccin antirougeoleux à l'âge de 9 mois et une dose de vaccin ROR (contre la rougeole, les oreillons et la rubéole) à l'âge de 15 mois, plus un rattrapage chez les écoliers de 6 ans non vaccinés par le ROR. Ce schéma pourrait être perfectionné en une stratégie à deux doses. Cinq scénarios basés sur différentes stratégies ont été

comparés. Nous avons utilisé Microsoft Excel pour l'analyse des modèles.

**Résultats** Si l'on suppose que l'immunité induite par le vaccin antirougeoleux ne diminue pas, la séroprévalence prévue des IgG antirougeoleuses chez les enfants d'âge préscolaire va de 81 % (limite inférieure) à 94 % (limite supérieure), et atteint 97 à 98 % chez les enfants d'âge scolaire dans tous les scénarios. Les résultats dépendent des valeurs respectives de la couverture antirougeoleuse et de la couverture par le ROR entre la première et la deuxième dose de vaccin. Si l'on suppose au contraire que les titres d'anticorps induits par la vaccination diminuent, la séroprévalence des IgG antirougeoleuses à long terme dépendra du titre initial après la vaccination, de la vitesse de diminution des titres d'anticorps et du seuil retenu pour définir la séropositivité.

**Conclusion** S'il est possible d'obtenir une couverture de plus de 90 % par le vaccin ROR chez les enfants de 12 mois, il peut être utile de remplacer la politique actuelle par un schéma en deux doses, l'une à 12 mois et l'autre à six ans, afin d'induire des titres d'anticorps plus élevés. Les modèles épidémiologiques étudiés pourraient être appliqués partout où l'élimination de la rougeole a atteint un stade équivalent. ■

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, **79** (7) : 615-624.

## Essai d'efficacité du vaccin antityphoïdique polysidique Vi dans le sud-ouest de la Chine<sup>1</sup>

H. H. Yang, C. G. Wu, G. Z. Xie, Q. W. Gu, B. R. Wang, L. Y. Wang, H. F. Wang, Z. S. Ding, Y. Yang, W. S. Tan, W. Y. Wang, X. C. Wang, M. Qin, J. H. Wang, H. A. Tang, X. M. Jiang, Y. H. Li, M. L. Wang, S. L. Zhang et G. L. Li

**Objectif** Tester l'efficacité du vaccin antityphoïdique polysidique Vi de production locale sur une période de plus d'un an.

**Méthodes** Un essai de terrain randomisé en double aveugle a été réalisé dans la région autonome (province) de Guanxi Zhuang dans le sud-ouest de la Chine, au moyen de doses de 30 µg de polysidique Vi de production locale. Les sujets recrutés dans l'étude étaient âgés de 3 à 50 ans, mais étaient pour la plupart (92 %) des enfants d'âge scolaire, groupe qui présente le taux le plus élevé de fièvre typhoïde dans cette région. Au total, 131 271 personnes ont reçu systématiquement une dose unique de 30 µg de polysidique Vi ou un placebo (soluté physiologique). La population d'étude a été suivie pendant 19 mois dans le cadre d'une surveillance passive exercée par le

Ministère de la Santé et le Centre régional de la santé et de la lutte contre les épidémies (HAEC). Les suspicions cliniques de fièvre typhoïde ont été confirmées par hémoculture ou par réaction sérologique en présence d'antigène O (test de Widal).

**Résultats** Au bout de 19 mois, on a dénombré 23 cas de fièvre typhoïde confirmés par culture dans le groupe placebo contre 7 cas dans le groupe Vi (efficacité protectrice (EP) = 69 % ; intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %) : 28-87 %). La plupart des isollements ont été réalisés chez les enfants d'âge scolaire, avec 22 cas dans le groupe placebo contre 6 cas dans le groupe Vi (EP = 72 % ; IC 95 % : 32-82 %). Aucune réaction grave n'a été observée après l'injection. Le vaccin polysidique Vi de production locale a montré des taux d'efficacité protectrice similaires à ceux des vaccins produits dans les pays industrialisés.

**Conclusion** La dose légèrement plus forte de vaccin n'a pas semblé modifier l'efficacité de façon significative en Chine. ■

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, **79** (7) : 625-631.

## Efficacité comparée de l'azithromycine par voie orale et de la tétracycline en application locale dans le traitement de masse du trachome endémique<sup>1</sup>

Nicole Fraser-Hurt, Robin L. Bailey, Simon Cousens, Denise Mabey, Hannah Faal et David C. W. Mabey

**Objectif** Comparer l'impact d'un traitement de masse par l'azithromycine orale et la tétracycline en application locale sur la prévalence du trachome actif.

**Méthodes** Dans huit villages de Gambie, 1803 habitants appartenant à 106 ménages ont été répartis par tirage au sort dans deux groupes de traitement, l'un consistant en trois doses orales d'azithromycine à une semaine d'intervalle et l'autre en une application quotidienne de pommade à la tétracycline pendant six semaines. Des examens ophtalmologiques ont été réalisés avant le traitement et 2, 6 et 12 mois après celui-ci.

**Résultats** Avant le traitement, 16 % des participants présentaient un trachome actif. Deux mois après le

traitement, la prévalence du trachome était de 4,6 % dans le groupe traité par l'azithromycine et de 5,1 % dans le groupe traité par la tétracycline (odds ratio ajusté (OR) = 1,09 ; intervalle de confiance (IC) à 95 % : 0,53-2,02). Elle remontait ensuite à 16 % dans le groupe tétracycline mais restait à 7,7 % dans le groupe azithromycine (OR ajusté à 12 mois = 0,52 ; IC 95 % : 0,34-0,80). Au bout de 12 mois, on observait moins de nouveaux cas dans le groupe azithromycine et le taux de résolution du trachome y était significativement plus élevé (OR ajusté = 2,02 ; IC 95 % : 1,42-3,50).

**Conclusion** L'azithromycine par voie orale semble donc pouvoir offrir un moyen de lutte contre le trachome cécitant. Elle est facile à administrer et devrait permettre d'obtenir une meilleure couverture que ce qui a pu être réalisé jusqu'à maintenant. ■

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, **79** (7) : 632-640.

## Aspects opérationnels de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH-1 à Abidjan (Côte d'Ivoire)<sup>1</sup>

Philippe Msellati, Gepke Hingst, Fanta Kaba, Ida Viho, Christiane Wellfens-Ekra et François Dabis

**Objectif** Démontrer la faisabilité, du point de vue de la santé publique, de la prévention de la transmission mère-enfant du virus de l'immunodéficience humaine type 1 (VIH-1) en Afrique.

**Méthodes** Un conseil volontaire et un dépistage sérologique du VIH ont été proposés en routine pendant six mois dans quatre centres de santé d'Abidjan (Côte d'Ivoire) en 1998-1999. Un traitement péripartum par la zidovudine et des alternatives à l'allaitement maternel ont été offerts gratuitement aux femmes infectées par le VIH.

**Résultats** Sur les 4309 femmes enceintes recrutées dans l'étude et qui se présentaient pour leur première visite anténatale, 3756 ont bénéficié d'un conseil individuel et d'un pré-test (87,2 %) et 3452 (80,1 %) ont accepté de subir un test de dépistage sérologique du VIH. La prévalence globale du VIH était de 12,95 %, et chez les femmes de moins de 18 ans elle était de 5 %. Parmi les 2998 femmes VIH-négatives, 71 % sont revenues pour le résultat de leur test, contre 60 % seulement des 445 femmes VIH-positives. Au total,

124 femmes VIH-positives ont été informées de leur statut sérologique et de la possibilité d'éviter de transmettre le VIH à leur enfant ; 100 ont commencé une prophylaxie par la zidovudine et 80 l'ont suivie jusqu'au bout. A l'âge de six semaines, 36 des 78 nourrissons nés vivants étaient nourris au sein (46 %), 2 recevaient un allaitement mixte et 41 (52 %) un allaitement artificiel.

**Conclusion** A Abidjan, le conseil volontaire et le dépistage du VIH dans le but d'éviter la transmission mère-enfant du virus se sont révélés réalisables dans des services de soins anténatals et ont été bien acceptés par les femmes enceintes. Une proportion insuffisante de femmes sont toutefois revenues pour le résultat de leur test, en particulier parmi les femmes VIH-positives, qui constituent le groupe cible de la prévention de la transmission. Un personnel supplémentaire a été nécessaire pour assurer le conseil volontaire et les tests VIH chez les participantes. Une supervision étroite des agents de santé et un fort engagement de leur part étaient indispensables. Des alternatives à l'allaitement au sein ont été proposées avec succès aux femmes VIH-positives, avec un suivi actif des nourrissons et un soutien clinique, nutritionnel et social. ■

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, **79** (7): 641-647.

## Trois définitions de cas de paludisme et leur effet sur le diagnostic, le traitement et la surveillance dans le district de Cox's Bazar (Bangladesh)<sup>1</sup>

R. M. Montanari, A. M. Bangali, K. R. Talukder, A. Baqui, N. P. Maheswary, A. Gosh, M. Rahman et A. H. Mahmood

Dans les pays où le paludisme est endémique, l'examen en routine des lames de sang demeure la principale source de données pour le système de surveillance de la santé publique. Cette approche est toutefois devenue insuffisante car on met désormais l'accent non plus sur la surveillance des infections palustres confirmées au laboratoire mais sur la détection et le traitement précoces de la maladie. Il a en conséquence été préconisé de modifier radicalement les informations recueillies sur le paludisme et de les faire porter sur la surveillance de la morbidité et de la mortalité, les pratiques cliniques et la qualité des soins. Afin d'améliorer le diagnostic et le traitement précoces des cas de paludisme, trois définitions de cas ont été élaborées, avec des indications pour le traitement et la notification, et appliquées dans tous les établissements de santé fixes du district de Cox's Bazar au Bangladesh (1,5 million d'habitants). Les trois

définitions de cas concernaient le paludisme simple, l'échec thérapeutique et le paludisme grave. Le nombre de décès dus au paludisme a également été noté. Cet article examine la justification des définitions de cas et leur nécessité dans les programmes de lutte contre le paludisme et présente une analyse des informations de la surveillance intégrée recueillies sur la période de trois ans considérée, de 1995 à 1997. L'analyse conjointe des lames de sang et des données cliniques ainsi que de leurs indicateurs montre que l'examen des lames de sang n'est plus utilisé pour les investigations d'épisodes fébriles mais pour la détection précoce et le traitement immédiat des cas, en donnant la priorité aux cas de paludisme grave et d'échec thérapeutique. Les données indiquent une baisse de la valeur prédictive positive totale des trois définitions de cas à mesure que la prévalence du paludisme diminue. Elles permettent donc de chiffrer la façon dont le diagnostic essentiellement clinique du paludisme simple conduit à un surdiagnostic et à un surtraitement dans un contexte de conditions épidémiologiques changeantes. Les nouvelles données de la surveillance ont également montré une diminution de

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, **79** (7): 648-656.

moitié du taux de létalité parmi les cas de paludisme grave (de 6 % à 3,1 %), qui peut être attribuée à l'amélioration de la qualité des soins, et une proportion stable des échecs thérapeutiques (environ 7 %) par rapport à une population définie. Les modifications

intervenues au niveau de la détection et du traitement précoces des cas de paludisme et au niveau du système de surveillance ont été réalisées avec le personnel existant et en utilisant les structures de notification courantes. ■

## L'assurance-maladie des personnes appartenant au secteur informel : intérêt de la réassurance<sup>1</sup>

David M. Dror

En raison du financement insuffisant des services de santé dans les pays à faible revenu et de l'absence de couverture universelle par l'assurance-maladie, la plupart des personnes appartenant au secteur informel se trouvent totalement dépourvues de couverture médicale et ne peuvent donc pas assumer les conséquences financières de la maladie. Le rôle que peuvent jouer les communautés dans la solution de ce problème a été reconnu et de nombreuses initiatives sont en cours. Toutefois, le financement communautaire est rarement structuré comme une véritable assurance-maladie. Les communautés qui ont institué un partage des risques (ou qui offrent une assurance) ont été décrites comme des groupes

de micro-assurance. Les causes de leur instabilité financière et les solutions qui s'offrent pour y remédier sont expliquées dans l'article. Des données factuelles concernant l'Ouganda et les Philippines ainsi que des simulations de situations sont utilisées pour examiner les arguments avancés. L'article met l'accent sur le transfert de risque des groupes de micro-assurance à des systèmes de réassurance. Le principal enseignement de cette étude est que, lorsque les résultats financiers des groupes de micro-assurance peuvent être estimés, ils peuvent faire l'objet de traités de réassurance, ce qui permet de les stabiliser dès la première année. Le deuxième enseignement est qu'il faut parfois que le pool de réassurance fonctionne pendant plusieurs années avant que l'on puisse parvenir à équilibrer les recettes et les coûts. ■

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, **79** (7) : 672-678.

## Hémoglobinopathies congénitales : un problème de santé publique d'importance croissante<sup>1</sup>

D. J. Weatherall et J. B. Clegg

Malgré les avancées majeures dans le domaine de la pathologie moléculaire et de la physiopathologie des hémoglobinopathies congénitales ainsi que dans la lutte contre ces maladies et leur prise en charge, des milliers de nourrissons et d'enfants qui en sont atteints meurent faute de soins médicaux appropriés. Ce problème ira très probablement en s'aggravant au cours des 20 prochaines années car, la mortalité de l'enfant due aux

infections et à la malnutrition diminuant, un plus grand nombre de nourrissons atteints d'hémoglobinopathies survivront et auront besoin d'un traitement. Bien que l'OMS et diverses organisations bénévoles aient déjà tenté d'attirer l'attention des autorités sanitaires sur ces maladies, celles-ci sont rarement jugées assez importantes pour figurer parmi les futures priorités de santé publique. Comme il faut un temps considérable pour acquérir les compétences nécessaires à l'élaboration de programmes de lutte contre les hémoglobinopathies et de prise en charge des cas, les acquisitions des pays développés devront être transmises rapidement aux pays où ces maladies sont très fréquentes. ■

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, **79** (8) : 704-712.

## Partenariats public-privé pour la santé : cibles, diversité et orientations futures<sup>1</sup>

Roy Widdus

La charge mondiale de morbidité, notamment la partie imputable aux maladies infectieuses, touche de manière

disproportionnée les populations des pays en développement. L'accès insuffisant aux produits pharmaceutiques contribue à pérenniser cette disparité. Les difficultés d'accès aux médicaments et vaccins peuvent être dues à la faiblesse des infrastructures de distribution ou au fait que le développement des produits voulus a été relégué

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, **79** (8) : 713-720.

au second plan. Mais il est possible de remédier à cette situation par des stratégies dissuasives (*push interventions*) visant à réduire, pour l'industrie, les coûts et les risques afférents au développement de produits, par des stratégies incitatives (*pull interventions*) prévoyant des incitations économiques et commerciales, et par la création des infrastructures nécessaires. Correctement motivées, les sociétés pharmaceutiques peuvent apporter aux partenariats leurs connaissances techniques pour le développement de produits, la mise au point de méthodes de production, la fabrication, la commercialisation et la distribution, autant d'aspects dans lesquels le secteur public n'a guère d'expérience. Un vaste éventail de partenariats public-privé s'est créé, réunissant les compétences et les ressources d'une grande variété de collaborateurs dans les domaines du développement de produits, de la lutte contre la maladie par des dons ou la distribution de produits, ou encore du

renforcement général ou la coordination des services de santé. Sur le plan administratif, ces partenariats peuvent soit comporter une affiliation à des organisations internationales – c'est-à-dire être essentiellement des programmes du secteur public avec une participation du secteur privé – soit être des organismes à but non lucratif juridiquement indépendants. Ces partenariats doivent être considérés comme des expériences sociales : ils sont prometteurs mais il ne faut pas en attendre des miracles. Les nouveaux projets doivent reposer sur l'appréciation des besoins, être adaptés au contexte et profiter des leçons tirées de l'expérience pour ce qui est des pratiques à adopter. L'article se termine par des suggestions concernant les activités du secteur public, du secteur privé ou des secteurs public et privé, qui puissent contribuer à améliorer l'accès des populations pauvres aux produits pharmaceutiques et aux services de santé dont elles ont besoin. ■

## Investissement privé dans la mise au point d'un vaccin contre le SIDA : obstacles rencontrés et solutions proposées<sup>1</sup>

Amie Batson et Martha Ainsworth

La mise au point de vaccins destinés à la prévention du SIDA, du paludisme, de la tuberculose et d'autres maladies exige des investissements à la fois publics et privés. Cependant, l'investissement privé a été bien inférieur à ce que l'on aurait pu espérer vu le grand nombre de personnes victimes de ces maladies, en particulier dans les pays les plus pauvres. Pour mieux comprendre la situation et chercher d'éventuelles solutions, le groupe spécial Vaccin contre le SIDA de la Banque mondiale a commandé une étude sur les perspectives qu'offrent les secteurs de la biotechnologie, des vaccins et des produits pharmaceutiques concernant l'investissement dans les travaux de recherche et de développement d'un vaccin contre le SIDA. On s'est ainsi

aperçu que différents obstacles venaient entraver la mise au point d'un vaccin contre le SIDA au cours du cycle de développement des produits. Pendant les premières phases, c'est-à-dire avant d'obtenir confirmation de l'intérêt que présente le produit, les principaux obstacles sont scientifiques. L'absence de consensus sur la méthode susceptible d'être efficace a multiplié les incertitudes et augmenté les risques qu'il y avait à investir dans des essais cliniques coûteux. Dans les phases suivantes, qui consistent à adapter, à tester et à produire à grande échelle le vaccin pour différentes populations, ce sont des aspects liés au marché qui ont pris le pas. Pour pouvoir augmenter le niveau des contributions privées consacrées à la recherche et au développement d'un vaccin contre le SIDA, il faudra probablement associer des mesures dissuasives (*push strategies*), visant à réduire le coût et le risque scientifique de l'investissement, à des mesures incitatives (*pull strategies*), qui garantissent un marché. ■

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, **79** (8) : 721-727.

## Les premières leçons des partenariats public-privé concernant la mise au point de médicaments et de vaccins<sup>1</sup>

Craig Wheeler et Seth Berkley

Ces dernières années, les méthodes du capital-risque ont donné des résultats spectaculaires dans l'identification et le financement de recherches prometteuses pour la santé ainsi que dans le développement des découvertes jusqu'à leur commercialisation. Un tel succès a inspiré au secteur public des expériences recourant aux techniques du capital-risque social pour faire face à

l'absence de moyens financièrement abordables pour le traitement et la prévention des maladies des pays en développement. Accordant la même importance aux objectifs bien définis et mesurables et utilisant le même type de relations pour réunir et déployer les ressources que leurs homologues à but lucratif, les capital-risqueurs sociaux s'efforcent d'appliquer les outils et les incitations du capitalisme pour trouver une solution à l'un de ses plus grands échecs : l'absence de médicaments et de vaccins pour traiter les maladies endémiques dans les populations à faible revenu. Dans le cadre d'une

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, **79** (8) : 728-734.

tendance plus large des nouveaux partenariats concernant les dons et la distribution des produits de santé, les partenariats public-privé pour le développement pharmaceutique ont conduit les actions de recherche et développement (R & D) à la fabrication de produits plus accessibles et plus efficaces pour le traitement de maladies comme le paludisme, la tuberculose et le SIDA.

Dans cet article, trois partenariats centrés sur la recherche et développement sont examinés : l'Initiative internationale pour le vaccin contre le SIDA, l'Opération médicaments antipaludiques et l'Alliance mondiale pour la mise au point d'antituberculeux récemment créée. L'article met en lumière les éléments essentiels au succès de ces entreprises. ■

## Stimuler dans l'industrie pharmaceutique la recherche-développement concernant les maladies infectieuses négligées : perspectives<sup>1</sup>

David Webber et Michael Kremer

Cet article fait le point des réflexions récentes sur la manière de stimuler dans l'industrie pharmaceutique la recherche-développement concernant les maladies infectieuses négligées. Il souligne qu'il est essentiel d'augmenter la valeur du marché pour les médicaments et les vaccins contre ces maladies en créant, par exemple, des fonds mondiaux d'achat. Les principaux obstacles économiques à la recherche-développement tiennent au fait que les marchés commerciaux sont restreints et que le pouvoir d'achat des particuliers demeure limité, même si les patients peuvent être très nombreux. Compte tenu du coût élevé de la recherche-développement pour toutes les maladies, le retour sur investissement devient très aléatoire.

Divers mécanismes ont été proposés pour tenter de remédier à ce déséquilibre économique – étant entendu qu'il faudra s'occuper aussi des autres obstacles. Les mesures économiques qui permettent de réduire les coûts de la recherche-développement – ce que l'on appelle les mesures dissuasives (*push factors*) – sont utiles, mais l'étude tend à démontrer que les coûts

élevés n'expliquent pas à eux seuls l'insuffisance de la recherche-développement. Les interventions visant à remédier à l'absence de marchés viables – ce que l'on appelle les mesures incitatives (*pull factors*) – ont pour but de créer ou de s'assurer un marché pour améliorer les perspectives de retour sur investissement. L'un de ces mécanismes incitatifs consiste à s'engager par avance à acheter un produit répondant à des critères spécifiques si ce produit est inventé. Ce pré-engagement d'achat présente plusieurs avantages : il permet, par exemple, de ne « récompenser » que les efforts aboutis au lieu d'appuyer des recherches qui peuvent échouer. Les programmes incitatifs se calquent sur le marché et amènent les laboratoires à privilégier des recherches dont ils estiment qu'elles déboucheront sur des produits commercialisables.

Globalement, une association de mécanismes incitatifs et dissuasifs peut offrir une solution intéressante : on peut, par exemple, décider d'accroître le financement des laboratoires publics, de développer des partenariats public-privé pour la recherche-développement et d'acheter des produits existants sous-utilisés tout en s'engageant par avance à acheter de nouveaux produits et de nouveaux vaccins lorsqu'ils auront été mis au point. ■

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, **79** (8) : 735-741.

## Création de capacités de recherche et développement locales pour la prévention et le traitement des maladies négligées : cas de l'Inde<sup>1</sup>

Hannah E. Kettler et Rajiv Modi

L'objet du présent article est d'examiner la proposition de création de capacités de recherche et développement (R&D), dans le but de s'attaquer aux maladies infectieuses et tropicales négligées dans les pays où elles sévissent sur le mode endémique, et de disposer d'un moyen potentiellement efficace en temps et en coût pour combler l'écart entre la fourniture et le besoin en nouveaux médicaments. Considérant la situation en Inde, nous tenons compte des compétences et des incitations nécessaires pour que les firmes puissent modifier leur stratégie et passer de l'ingénierie inverse des produits existants à l'investissement dans la R&D de nouveaux produits. Des réformes complexes s'imposent,

les accords sur les droits de propriété intellectuelle n'étant que l'une d'entre elles. Nous examinons également la question de savoir si les firmes indiennes capables de conduire la recherche et développement sont susceptibles de s'intéresser aux maladies négligées. Les modalités du droit des brevets et de la recherche et développement, ainsi que les indications tirées des entretiens réalisés donnent à penser que les firmes indiennes, comme les firmes multinationales, risquent de s'intéresser aux maladies mondiales, en raison des perspectives de rentabilité bien supérieure. Des études complémentaires sont nécessaires pour connaître la manière dont les firmes indiennes répondraient aux mesures dissuasives et incitatives (*push and pull strategy*) conçues à l'origine pour convaincre les firmes multinationales d'effectuer plus de R&D sur les maladies négligées. ■

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, **79** (8) : 742-747.

## Prise en charge de la maladie : définitions, difficultés et orientations futures<sup>1</sup>

Alison Pilnick, Robert Dingwall et Ken Starkey

Au cours des dix dernières années, des expériences très variées ont été tentées dans le domaine de la réforme des soins de santé pour endiguer les coûts et renforcer l'efficacité des soins. Aux Etats-Unis d'Amérique, la gestion des soins et la prise en charge de la maladie ont constitué à cet égard des stratégies de premier plan : on a prétendu que les bons résultats obtenus avaient eu un profond retentissement sur la réforme des soins de santé dans d'autres pays ; mais dans cet article, les auteurs se

demandent s'il est réellement si facile d'exporter ces stratégies. Ils décrivent les concepts en jeu et l'élaboration des programmes de gestion des soins et de prise en charge de la maladie dans le contexte des Etats-Unis. Ils identifient, puis étudient les éléments inhérents à la prise en charge de la maladie qu'ils examinent du point de vue des principales parties prenantes au Royaume-Uni, signalant les différences entre les modèles de soins de santé du National Health Service du Royaume-Uni et de celui des Etats-Unis. Les évaluations des programmes de prise en charge de la maladie et des faiblesses qu'ils soulignent sont analysées, de même que les perspectives de prise en charge de la maladie en Europe. ■

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, **79** (8) : 755-763.

## Phénomène psychogénique de masse après administration de vaccin antidiphthérique-antitétanique en Jordanie<sup>1</sup>

Saad Kharabsheh, Haidar Al-Otoum, John Clements, Adnan Abbas, Najwa Khuri-Bulos, Adel Belbesi, Taky Gaafar et Nora Dellepiane

En septembre 1998, plus de 800 enfants et adolescents ont cru souffrir d'effets secondaires de l'administration de vaccin antidiphthérique-antitétanique en milieu scolaire en Jordanie ; 122 d'entre eux ont été hospitalisés. Dans la très grande majorité des cas, les symptômes n'étaient pas dus au vaccin mais traduisaient un phénomène psychogénique de masse.

Le rôle des médias, des parents et du corps médical dans l'amplification de cette réaction a semblé au premier abord inhabituel, et même unique dans le contexte de l'époque en Jordanie. Un examen de la littérature médicale a toutefois montré que cette réaction

était similaire par bien des aspects à des phénomènes de ce type survenus ailleurs, même si les facteurs déclenchants en étaient différents. On connaît environ 200 descriptions de réactions psychogéniques collectives impliquant des intoxications supposées ou d'autres événements. Comme de telles réactions sont relativement rares et font suite à des facteurs déclenchants très divers, il est vraisemblable que les personnes qui y sont confrontées n'auront aucune expérience de la façon d'y répondre et ne sauront pas prendre les mesures énergiques qui en stopperont l'escalade. En fait, peut-être ignoreront-elles même que de tels événements ont déjà été observés. Les leçons de l'incident survenu en Jordanie pourront aider d'autres responsables de programmes de vaccination à mieux faire face à des situations de crise qui pourraient survenir ailleurs. ■

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, **79** (8) : 764-770.

## Etiologie des décès maternels dans les pays en développement : quelle est la valeur des autopsies verbales ?<sup>1</sup>

Nancy L. Sloan, A. Langer, B. Hernandez, M. Romero et B. Winikoff

**Objectif** Réévaluer la valeur pratique des données recueillies par autopsie verbale et qui, en l'absence d'informations plus définitives, sont utilisées pour décrire les causes des décès maternels et identifier les priorités des programmes visant à sauver des vies féminines dans les pays en développement.

**Méthodes** Nous avons réanalysé les données d'autopsie verbale tirées d'une étude de 145 décès maternels survenus en 1995 à Guerrero, Querétaro et San Luis Potosí (Mexique), en tenant compte des autres causes de décès et

en appliquant le système de classification de l'OMS. Les résultats ont aussi été comparés avec les informations figurant sur des certificats de décès imparfaits.

**Résultats** La reclassification a montré d'importantes différences dans l'imputation des décès maternels à une cause médicale unique.

**Conclusion** La méthodologie de l'autopsie verbale a ses propres limites en tant que moyen d'anamnèse. Au mieux, elle peut confirmer ce que l'on sait déjà, c'est-à-dire que la mortalité chez les femmes pauvres et n'ayant qu'un accès limité à des soins médicaux est plus forte que chez les femmes plus aisées, qui ont un meilleur accès à ces soins. ■

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, **79** (9) : 805-810.

## Comparaison de l'innocuité et de l'immunogénicité d'un vaccin antityphoïdique polysidique Vi et d'un vaccin tué à germes entiers chez des recrues de l'armée de l'air malaisienne<sup>1</sup>

Vijayaretnam Panchanathan, Senthil Kumar, Wynie Yeap, Shamala Devi, Raman Ismail, Samiran Sarijan, Salleh Mohd Sam, Zahari Jusoh, Salleh Nordin, Didier Leboulleux et Tikki Pang

**Objectif** Réaliser une étude comparative de l'innocuité et de l'immunogénicité d'un vaccin antityphoïdique polysidique Vi et d'un vaccin antityphoïdique tué à germes entiers.

**Méthodes** L'étude a été réalisée chez de jeunes recrues (18-25 ans) de l'armée de l'air malaisienne, dont 125 ont reçu le vaccin polysidique Vi et 114 le vaccin tué.

**Résultats** Le vaccin Vi était nettement moins réactogène que le vaccin tué du point de vue des réactions locales et générales. Après administration du vaccin Vi, des taux de séroconversion (pourcentage de sujets présentant un quadruplement du taux d'anticorps pré vaccinal) de 75,5 % au bout de 2 semaines et de 67 % au bout de 6 semaines ont été observés, contre 25 % et 31,3 % respectivement chez les sujets ayant reçu le vaccin tué. Sur les 110 sujets vaccinés par le vaccin Vi pour lesquels on disposait de données

sérologiques, 21 (19 %) avaient déjà des taux séroprotecteurs d'anticorps anti-Vi (=1 µg/ml) avant la vaccination. La plupart d'entre eux provenaient d'une région de Malaisie où la fièvre typhoïde est fortement endémique. Il est intéressant de noter que la vaccination induisait une élévation considérable de ces taux d'anticorps (multiplication par 5), davantage que chez les sujets qui avaient un faible taux d'anticorps au départ. En revanche, les taux de séroconversion après administration du vaccin Vi étaient plus élevés chez les sujets ayant un faible taux d'anticorps anti-Vi avant la vaccination (76-84 %) que chez ceux qui avaient déjà des taux protecteurs (48-57 %).

**Conclusion** L'étude a permis de réaffirmer l'innocuité et l'efficacité du vaccin polysidique Vi et a mis en évidence un avantage méconnu jusqu'alors, à savoir une forte immunogénicité qui renforce considérablement les taux d'anticorps protecteurs chez une proportion significative de sujets déjà sensibilisés vivant dans des régions où la fièvre typhoïde est endémique. ■

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, **79** (9): 811-817.

## Mondialisation et santé : résultats et options<sup>1</sup>

Giovanni Andrea Cornia

Ces vingt dernières années ont vu l'émergence et le renforcement d'un paradigme économique qui met l'accent sur la dérégulation des marchés intérieurs et la suppression des obstacles commerciaux et financiers au niveau mondial. Bien gérée, cette approche peut conduire à des gains perceptibles en termes de santé. Lorsque les marchés ne sont pas exclusifs, que les organes de réglementation sont solides et qu'il existe des dispositifs de sécurité, la mondialisation améliore les performances des pays qui possèdent une bonne infrastructure humaine et matérielle mais dont le marché intérieur est limité. Les avantages en termes de santé constatés en Chine, au Costa Rica, dans les « tigres » d'Asie orientale et au Viet Nam peuvent être en partie attribués à l'accès croissant de ces pays aux marchés mondiaux, à l'épargne et à la technologie. Cependant,

pour la plupart des autres pays, notamment en Afrique, en Amérique latine et en Europe orientale, la mondialisation n'a pas tenu ses promesses du fait de la conjonction de facteurs tels qu'une situation intérieure médiocre, une répartition inégale des investissements étrangers et l'imposition de nouvelles conditions qui limitent encore plus l'accès de leurs produits aux marchés de l'OCDE. Au cours de ces vingt dernières années, ces pays en développement ont connu une croissance lente, instable et inéquitable assortie d'une stagnation des indicateurs sanitaires. L'autarcie ne constitue pas une réponse à cette situation, non plus qu'une mondialisation prématurée, aveugle et anarchique. La libéralisation unilatérale, si elle se poursuit, ne les aidera probablement pas à améliorer leurs résultats économiques ni l'état de santé de leur population. Pour ces pays, une intégration progressive et sélective dans l'économie mondiale, liée à une réduction de l'inégalité des marchés mondiaux et à la création d'institutions démocratiques de gouvernance mondiale est préférable à une mondialisation immédiate. ■

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, **79** (9): 834-841.

## La mondialisation de la santé publique : les cent premières années de la diplomatie sanitaire internationale<sup>1</sup>

David P. Fidler

Ce sont les menaces qui pesaient sur la santé publique dans le monde au XIX<sup>e</sup> siècle qui ont suscité l'apparition d'une diplomatie sanitaire internationale. De nombreux régimes internationaux applicables à la santé publique

ont été instaurés entre le milieu du XIX<sup>e</sup> et le milieu du XX<sup>e</sup> siècle. Cet article analyse les risques mondiaux dans ce domaine et l'ensemble de dispositions juridiques mises en place pour y faire face au niveau international entre 1851 et 1951, ainsi que les éléments de la diplomatie sanitaire internationale dont on pourrait s'inspirer dans les efforts déployés actuellement face à la mondialisation de la santé publique. ■

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, **79** (9) : 842-849.

## Santé et technologies de l'information et de la communication dans les pays à faible revenu : potentiel et difficultés<sup>1</sup>

C. P. Chandrasekhar et J. Ghosh

Cet article décrit les avantages potentiels des technologies de l'information et de la communication (TIC) en ce qui concerne le secteur de la santé dans les pays en développement, donne des exemples d'expériences positives réalisées en Inde et examine les difficultés qui freinent ce potentiel. Le développement des TIC peut contribuer à améliorer la santé de trois façons au moins : en tant qu'outil de formation continue, elles permettent aux personnels de santé de se tenir informés des progrès de la connaissance ; elles peuvent améliorer la prestation des services de santé et la gestion des catastrophes dans les régions pauvres et reculées ; et elles peuvent aussi améliorer la transparence et l'efficacité de l'administration, avec comme conséquence un meilleur fonctionnement des services de santé publics et un meilleur accès à ces services. Ces avantages potentiels ne supposent pas nécessairement que tous les bénéficiaires puissent être directement

atteints, d'où une réduction des coûts correspondant à un effet donné. Quelques expériences en cours en Inde, comme l'utilisation d'ordinateurs de poche par les agents de santé ruraux au Rajasthan, le projet de gestion des catastrophes naturelles dans le Maharashtra et l'informatisation des bureaux de village dans l'Andhra Pradesh et à Pondichéry sont autant d'exemples de moyens créatifs d'utilisation des TIC pour améliorer l'état de santé de la population locale. Il existe cependant des difficultés, telles que l'insuffisance de l'infrastructure matérielle, l'accès insuffisant de la majeure partie de la population au matériel informatique, et le manque de compétences techniques des utilisateurs potentiels. Nous soulignons le coût élevé de l'amélioration de l'accès à ces technologies et le problème de la répartition des ressources dans des pays pauvres manquant encore des équipements de base en matière de santé et d'éducation. En formant les professionnels de santé aux utilisations possibles des TIC et en leur offrant accès et « connectivité », on pourrait élargir le cercle des bénéficiaires et contribuer ainsi à réduire la fracture numérique. ■

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, **79** (9) : 850-855.

## Biens publics et santé : faire avancer le programme d'action mondial<sup>1</sup>

Inge Kaul et Michael Faust

Nous avons examiné des initiatives récentes visant à combattre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose, et formulons quatre recommandations de politique générale pour en améliorer la viabilité. Tout d'abord, la coopération internationale en matière de santé devrait être envisagée comme une question touchant aux biens publics mondiaux et intéressant aussi bien les pays pauvres que les pays riches. Puis il faudrait faire appel

aux budgets nationaux de la santé et d'autres secteurs, en commençant par les pays industrialisés, pour assurer que les questions sanitaires d'importance mondiale bénéficieront d'un financement suffisant et sûr. Ensuite, un conseil mondial de la recherche devrait être créé pour encourager une gestion plus efficace des connaissances dans le domaine de la santé. Enfin, on devrait nommer des responsables chargés des questions spécifiques aux diverses maladies afin de faciliter les partenariats. Des changements de politique dans ces divers domaines ont déjà eu lieu et pourraient servir de point de départ pour une réforme plus poussée. ■

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, **79** (9) : 869-874.

## La campagne australienne de lutte contre la rougeole, 1998<sup>1</sup>

Fiona M. Turnbull, Margaret A. Burgess, Peter B. McIntyre, Stephen B. Lambert, G. Lyn Gilbert, Heather F. Gidding, Ros G. Escott, Helen M. Achat, Brynley P. Hull, Han Wang, Greg A. Sam et Cathy L. Mead

La campagne australienne de lutte contre la rougeole réalisée en 1998 avait pour but l'amélioration de la couverture vaccinale des enfants de 1 à 12 ans et, à long terme, la prévention des épidémies de rougeole. Elle comportait la vaccination de masse en milieu scolaire des enfants de 5 à 12 ans par le vaccin antirougeoleux-antiourlien-antirubéoleux, ainsi qu'un programme de

rattrapage destiné aux enfants d'âge préscolaire. Plus de 1,33 million d'enfants de 5 à 12 ans ont été vaccinés à l'école : le contrôle sérologique montre que 94 % de ces enfants ont été protégés après la campagne, alors que 84 % seulement avaient été protégés antérieurement. La protection des enfants d'âge préscolaire de 1 à 3,5 ans était respectivement de 89 % et 82 %. Pendant les six mois qui ont suivi la campagne, le nombre de cas de rougeole chez les enfants des groupes cibles était considérablement réduit. ■

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, **79** (9) : 882-888.

## Evolution des facteurs de risque cardio-vasculaire à Singapour à la suite d'un programme national d'intervention<sup>1</sup>

Jeffery Cutter, Bee Yian Tan et Suok Kai Chew

**Objectif** Evaluer l'impact du National Healthy Lifestyle Programme, un programme d'intervention contre les maladies non transmissibles axé sur les principaux facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire à Singapour, mis en œuvre en 1992 dans le but de promouvoir des modes de vie favorables à la santé.

**Méthodes** L'évaluation a été réalisée en 1998 dans le cadre d'une enquête nationale sur la santé (Singapore National Health Survey). La population de référence, multiraciale, se composait de 2,2 millions d'habitants de Singapour âgés de 18 à 69 ans. Pour l'enquête en population, un échantillon ( $n = 4723$ ) a été constitué selon une méthode d'échantillonnage systématique de type stratifié non proportionnel. Les paramètres

anthropométriques et la tension artérielle ont été mesurés sur tous les sujets et des prélèvements de sang ont été réalisés pour les analyses biochimiques.

**Résultats** Les résultats de 1998 laissent à penser que le National Healthy Lifestyle Programme a réduit de façon significative le tabagisme régulier et augmenté la pratique régulière de l'exercice physique par rapport aux valeurs de 1992, et stabilisé la prévalence de l'obésité et du diabète sucré. En revanche, la prévalence de l'hypercholestérolémie (cholestérol total) et de l'hypertension a augmenté. Des différences interethniques au niveau de la prévalence du diabète sucré, de l'hypertension et du tabagisme ainsi qu'au niveau du profil lipidique et de l'exercice physique ont également été observées.

**Conclusion** Six ans après le début de l'intervention, les résultats sont variables. Les stratégies réussies seront poursuivies et renforcées. ■

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, **79** (10) : 908-915.

## Perception du risque de maladie de Lyme par les résidents d'une communauté infestée par des tiques étoilées américaines<sup>1</sup>

Philip M. Armstrong, Laura Rosa Brunet, Andrew Spielman et San R. Telford III

**Objectif** La tique étoilée américaine (*Amblyomma americanum*) a été incriminée en tant que vecteur de l'agent de la maladie de Lyme (*Borrelia burgdorferi* sensu lato) aux Etats-Unis d'Amérique, sur la base d'associations avec une infection se manifestant principalement par un érythème chronique migrateur. Cependant, les tiques de cette espèce se sont révélées incapables de transmettre *B. burgdorferi* sensu stricto lors d'expériences de laboratoire.

**Méthodes** Lors de la présente étude, réalisée de 1994 à 1996, nous avons déterminé la séroprévalence de *B. burgdorferi* (1,2 %), *Ehrlichia chaffeensis* (7 %), *E. phagocytophila* (0 %), *Rickettsia rickettsii* (0 %), *R. typhi* (0 %), *Coxiella burnetii* (0 %), *Francisella tularensis* (0 %) et *Babesia microti* (0 %) par des méthodes sérologiques classiques chez 325 résidents (97 % de la population totale) de Gibson Island, sur la côte du Maryland (Etats-Unis d'Amérique), où 15 % des résidents avaient déclaré avoir été atteints de maladie de Lyme au cours d'une récente période de cinq ans.

**Résultats** Parmi les 167 résidents séronégatifs, qui ont fait l'objet d'un suivi prospectif sur 235 personnes-

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, **79** (10) : 916-925.

années d'observation, seuls 2 (0,85 %) ont présenté une séroconversion vis-à-vis de *B. burgdorferi*. Sur 1556 tiques apportées par les résidents, 95 % ont été identifiées comme tiques étoilées américaines (*Amblyomma americanum*); 3 % seulement étaient des tiques de l'espèce *Ixodes dammini* (tique du cerf), principal vecteur américain de la maladie de Lyme. *B. burgdorferi* s.s. était présente chez 20 % des jeunes tiques du cerf à la recherche d'un hôte, et d'autres *Borrelia* (« *B. lonestari* ») ont été détectées chez 1 à 2 % des tiques étoilées américaines. Un érythème chronique migrateur a été noté dans 65 % des cas chez les résidents ayant rapporté des épisodes de maladie de Lyme, mais un grand nombre de ces rapports mentionnaient la présence d'une éruption alors même que la tique étaient encore fixée à la peau, ce qui semble indiquer une réaction à la piqûre

de tique plutôt qu'une maladie de Lyme proprement dite. En général, le sérum des personnes faisant état d'une maladie de Lyme ne réagissait ni avec *B. burgdorferi* ni avec des antigènes d'autres agents pathogènes.

**Conclusion** Les résidents de Gibson Island avaient une perception exagérée du risque de maladie de Lyme en raison d'une infestation massive de leur environnement par une tique piqueuse agressive et irritante, mais non vectrice. De plus, une affection simulant la maladie de Lyme, d'étiologie inconnue (appelée maladie de Masters) semble associée à la tique étoilée américaine et peut fausser les données de la surveillance. L'approche épidémiologique et entomologique adoptée dans cette étude pourrait être utilement mise en œuvre partout où l'on découvre l'émergence récente de zoonoses transmises par des tiques. ■

## Elaboration d'une échelle de mesure des obstacles à l'utilisation du préservatif au Nigéria<sup>1</sup>

Adegbenga M. Sunmola

**Objectif** Décrire l'élaboration d'une échelle de mesure des obstacles à l'utilisation du préservatif au Nigéria et en évaluer le contenu, l'applicabilité, la fiabilité et la validité.

**Méthodes** L'échelle comprend 22 rubriques et est structurée selon trois aspects de l'utilisation du préservatif: préservatif et plaisir sexuel, préservatif et dangers pour la santé, préservatif et intérêt sexuel. Elle a

été évaluée sur un échantillon de 786 étudiants de l'Université d'Ibadan (Nigéria).

**Résultats** L'échelle s'avère facile à utiliser, acceptable et fiable.

**Conclusion** L'échelle semble convenir pour avoir une estimation de l'expérience personnelle des sujets interrogés en matière d'utilisation du préservatif y compris dans un but de contraception. De plus, elle peut être employée pour évaluer les facteurs qui font obstacle à l'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels et est utile pour déterminer la propension du sujet à recourir au préservatif lors de futures rencontres. ■

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, **79** (10): 926-932.

## Augmentation séculaire de l'incidence des fractures du col du fémur en Belgique entre 1984 et 1996: nécessité d'une stratégie concertée de santé publique<sup>1</sup>

Jean-Yves Reginster, Pierre Gillet et Christiane Gosset

**Objectif** Déterminer l'incidence des fractures du col du fémur en Belgique de 1984 à 1996.

**Méthodes** Nous avons utilisé les informations de la base de données nationale sur les fractures d'hôpital, qui couvre la totalité des séjours hospitaliers annuels dans le pays.

**Résultats** L'incidence annuelle moyenne des fractures du col du fémur est passée de 107,8 à 140,5 pour 100 000 habitants entre 1984 et 1996. L'incidence des

fractures de la diaphyse fémorale, prise comme témoin, est restée stable. Les fractures du col du fémur touchaient 2,3 femmes pour 1 homme. Si l'incidence par classe d'âge était la même chez les hommes et les femmes, les fractures survenaient environ sept ans plus tôt chez les femmes. L'évolution démographique constatée en Belgique pendant cette période n'intervenait que pour 10 % dans l'augmentation du nombre de fractures du col du fémur.

**Conclusion** Si aucune politique globale de prévention n'est mise en œuvre rapidement, l'incidence des fractures du col du fémur sera multipliée par sept d'ici 2050 en Belgique. ■

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, **79** (10): 942-946.

## Maladies non transmissibles en Afrique subsaharienne : où se situent-elles sur l'agenda de la recherche en santé ?<sup>1</sup>

Nigel Unwin, Philip Setel, Seif Rashid, Ferdinand Mugusi, Jean-Claude Mbanya, Henry Kitange, Louise Hayes, Richard Edwards, Terry Aspray et K. G. M. M. Alberti

Il ne fait aucun doute que les maladies transmissibles resteront le principal problème de santé publique pour les populations d'Afrique subsaharienne, y compris les adultes, dans les 10 à 20 prochaines années. Des craintes ont été exprimées quant à la réduction des ressources qui peuvent leur être consacrées du fait de l'importance croissante accordée aux maladies non transmissibles. Ces dernières représentent certes déjà un fardeau non négligeable car globalement leurs taux par âge sont plus élevés chez les adultes d'Afrique subsaharienne que parmi les populations des économies de marché bien établies. Il apparaît également que la prévalence de certaines maladies non transmissibles, comme le diabète et l'hypertension, augmente rapidement, surtout dans les zones urbaines, et que les

patients atteints de ces maladies font peser une charge importante sur les services de santé. Ne pas tenir compte des maladies non transmissibles conduirait inévitablement à en augmenter le fardeau ; les prestations des services de santé qui les concernent ne seraient plus guidées par des considérations d'efficacité clinique et de rapport coût/efficacité, et leur traitement ainsi que leur prévention seraient livrés aux intérêts commerciaux locaux voire mondiaux. Une meilleure surveillance de toutes les maladies en Afrique subsaharienne est nécessaire pour replacer correctement les maladies non transmissibles dans le contexte de la charge générale de morbidité. Il est de même nécessaire d'entreprendre des recherches qui contribueront à améliorer l'efficacité clinique et le rapport coût/efficacité des ressources actuellement consacrées à la prise en charge des maladies non transmissibles, et qui serviront également à orienter et évaluer les mesures préventives. ■

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79 (10) : 947-953.

## Interventions communautaires contre les maladies non transmissibles : l'expérience des pays développés au service des pays en développement<sup>1</sup>

Aulikki Nissinen, Ximena Berrios et Pekka Puska

Les programmes communautaires de prévention et de lutte contre les maladies cardio-vasculaires ont débuté en Europe et aux Etats-Unis d'Amérique au début des années 70. La forte mortalité par maladies cardio-vasculaires en Finlande a conduit au lancement du projet de Carélie du Nord. Depuis, de très nombreuses publications ont été consacrées à la discussion de l'expérience acquise dans ce domaine. Les résultats indiquent que les programmes de santé cardiaque sont parfaitement généralisables, ont un bon rapport coût/efficacité et peuvent infléchir les politiques de santé. Au cours des années 80, ces programmes ont élargi leur cible aux maladies non transmissibles, car il existe pour

toutes ces maladies des facteurs de risque communs avec les maladies cardio-vasculaires. On s'attache maintenant à promouvoir cette approche dans les pays en développement, où la prévalence des maladies non transmissibles est en augmentation. Aussi bien la théorie que l'expérience montrent que les programmes communautaires de lutte contre ces maladies doivent être planifiés, conduits et évalués selon des principes clairs, et qu'il faut collaborer avec tous les secteurs de la communauté et maintenir un contact étroit avec les autorités nationales. Etant donné la charge que représentent ces maladies, et compte tenu de la mondialisation, la collaboration internationale est une nécessité. Des réseaux pratiques disposant de lignes directrices communes mais adaptables de façon souple aux cultures locales se sont révélés d'une grande utilité. ■

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79 (10) : 963-970.

## La prévention des maladies cardio-vasculaires est-elle possible dans les pays à revenu faible ou moyen ?<sup>1</sup>

Claude Lenfant

Les cardiopathies ischémiques, principale cause de décès dans le monde, constituent une menace en aggravation rapide dans les pays à revenu faible ou moyen. Des expériences menées dans diverses populations ont montré qu'en réduisant certains facteurs de risque,

comme l'hypertension et l'hypercholestérolémie, on peut limiter les maladies et les décès dus aux maladies cardio-vasculaires. Une double approche est recommandée : dépistage et intervention dans les cas à risque relativement élevé, et promotion d'activités de prévention à l'échelle de la population. Cette approche est à la fois réalisable et d'un coût abordable. Il est maintenant temps de passer à l'action. ■

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, **79** (10) : 980-987.

## Un registre national pour la surveillance des affections héréditaires : la $\beta$ -thalassémie au Royaume-Uni<sup>1</sup>

Bernadette Modell, Maren Khan, Matthew Darlison, Anita King, Mark Layton, John Old, Mary Petrou et Lysandros Varnavides

**Objectif** Montrer la valeur d'un registre national pour la surveillance des services concernant une affection héréditaire.

**Méthodes** Les données de l'United Kingdom Thalassaemia Register et de l'United Kingdom Register of Prenatal Diagnosis of Haemoglobin Disorders ont été regroupées dans une base de données ; ces registres portent sur tous les fœtus chez qui un diagnostic de  $\beta$ -thalassémie majeure, de  $\beta$ -thalassémie intermédiaire ou d'hémoglobine E/ $\beta$ -thalassémie a été posé au Royaume-Uni. Des données ont été extraites pour indiquer l'issue de la grossesse (avortement thérapeutique ou naissance vivante) pour tous les fœtus et la situation de ceux qui sont nés avec une anomalie (vivant, décédé, transplantation de moelle osseuse réussie, ou perdu de vue) par région de résidence des parents et appartenance ethnique.

**Résultats** A la fin de 1999, le registre comprenait 1074 patients, dont 807 étaient en vie et résidaient au

Royaume-Uni. Une transplantation de moelle osseuse avait été tentée avec succès chez 117 patients sur 581 (20 %) nés après 1975. Les résidents d'origine pakistanaise constituent maintenant le principal groupe à risque au Royaume-Uni, supplantant les résidents d'origine chypriote et entraînant un transfert sensible de la demande de services du sud-est de l'Angleterre vers les Midlands et le nord de l'Angleterre. Malgré l'acceptabilité du diagnostic prénatal, la proportion de nouveaux atteints reste 50 % plus élevée que ce qu'on pourrait attendre, ce qui traduit une incapacité largement répandue à fournir à temps un dépistage et un conseil aux porteurs. Même s'il existe des traitements efficaces, le nombre annuel de décès est en augmentation, ce qui indique la nécessité de traitements mieux tolérés.

**Conclusion** Un registre national des diagnostics est un outil puissant de surveillance du traitement et de la prévention des affections héréditaires et permet de mettre en évidence les carences que l'on peut corriger. Etant donné le développement des possibilités de dépistage génétique, il existe de solides arguments en faveur d'un financement central de telles bases de données dans le cadre de services de santé modernes. ■

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, **79** (11) : 1006-1013.

## Comparaison de deux stratégies de formation en matière de soins essentiels aux nouveau-nés au Brésil<sup>1</sup>

Suely Arruda Vidal, Luca Ronfani, Suzana da Mota Silveira, Maria J. Mello, Erlene R. dos Santos, Roberto Buzzetti et Adriano Cattaneo

**Objectif** Comparer l'efficacité de deux stratégies de formation pour améliorer les soins essentiels aux nouveau-nés dans l'Etat de Pernambuco (Brésil)

**Méthodes** Huit hôpitaux ont été choisis, répartis en deux groupes de quatre et appariés d'après leur

localisation géographique, leur structure et leur fonctionnement. Les médecins et le personnel infirmier des hôpitaux du groupe 1 ont reçu un cours de formation classique de cinq jours. Ceux du groupe 2 ont reçu le même manuel que ceux du groupe 1, mais le cours consistait en un auto-apprentissage, les participants ayant cinq semaines pour terminer le programme. Un contrôle des connaissances a été effectué peu avant le début du cours, immédiatement après et 3 à 6 mois

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, **79** (11) : 1024-1031.

après. Dans chaque hôpital, les pratiques des participants ont été observées avant la formation et 3 à 6 mois après sur 20 naissances et en interrogeant les mères avant leur sortie.

**Résultats** Les participants n'ont pas tous subi la totalité des tests. Les résultats du contrôle des connaissances se sont davantage améliorés parmi les participants du groupe 2 que parmi ceux du groupe 1 lorsque les réponses étaient classées en bonnes ou mauvaises, mais il n'y avait pas de différence entre les groupes lorsqu'une autre méthode de notation était utilisée, avec classement des réponses en correctes, partiellement correctes, incorrectes ou manquantes. Les pratiques concernant

le contrôle de la température du nouveau-né à la naissance se sont améliorées chez les participants du groupe 2 après la formation, mais les pratiques relatives au contrôle ultérieur de la température se sont dégradées. La promotion de l'allaitement maternel s'est améliorée dans les deux groupes.

**Conclusion** Il n'y avait pas de différence entre les deux stratégies, même si l'auto-apprentissage était moins coûteux que la formation classique. Aucune des stratégies n'a apporté les améliorations attendues en ce qui concerne la qualité des soins. Pour améliorer celle-ci, d'autres interventions pourraient être nécessaires en plus de la formation. ■

## Réponse immunitaire au vaccin antirougeoleux chez des enfants péruviens<sup>1</sup>

Norma L. Bautista-López, Abraham Vaisberg, Rosa Kanashiro, Herminio Hernández et Brian J. Ward

**Objectif** Evaluer la réponse immunitaire chez des enfants péruviens après vaccination antirougeoleuse.

**Méthodes** Cinquante-cinq enfants péruviens ont été vaccinés contre la rougeole par le vaccin de souche Schwarz (environ  $10^3$  unités formant plaque) vers l'âge de 9 mois. Des prélèvements de sang ont été réalisés une fois avant la vaccination puis deux fois après la vaccination, la première au bout de 1 à 4 semaines et la deuxième au bout de 3 mois, pour l'évaluation du phénotype des cellules de l'immunité et de la réponse lymphoproliférative aux antigènes rougeoleux et non rougeoleux. Les anticorps spécifiques de la rougeole ont été mesurés selon la méthode de neutralisation par réduction des plaques.

**Résultats** La réponse humorale se développait rapidement après la vaccination, puisque seuls 4 enfants sur 55 (7 %) avaient un titre en anticorps <200 mUI/ml au bout de 3 mois. Néanmoins, seuls 8

enfants sur 35 (23 %) présentaient une réponse lymphoproliférative aux antigènes rougeoleux 3 à 4 semaines après la vaccination. Les enfants ayant une faible réponse lymphoproliférative aux antigènes rougeoleux avaient des réponses lymphoprolifératives facilement détectables vis-à-vis d'autres antigènes. L'analyse des mononucléaires du sang périphérique par cytométrie de flux a mis en évidence chez la plupart des enfants une activation diffuse du système immunitaire au moment de la vaccination. La capacité à opposer une réponse lymphoproliférative aux antigènes rougeoleux était associée à l'expression de CD45RO à la surface des cellules T CD4<sup>+</sup>.

**Conclusion** Les 55 enfants péruviens étudiés avaient une excellente réponse en anticorps à la suite de la vaccination antirougeoleuse, mais seuls 23 % (8 sur 35) avaient une réponse lymphoproliférative détectable vis-à-vis des antigènes rougeoleux (contre 55-67 % chez les enfants des pays industrialisés). Cette différence peut expliquer la réussite inégale des programmes de vaccination antirougeoleuse dans les pays en développement. ■

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, **79** (11) : 1038-1046.

## Prévalence des déficiences, incapacités, handicaps et de la faible qualité de vie dans la population générale : revue des publications récentes<sup>1</sup>

Eric Barbotte, Francis Guillemin, Narkasen Chau et le Groupe Lorhandicap<sup>2</sup>

**Objectif** Déterminer les taux de prévalence de la morbidité dans la population générale au moyen de recherches bibliographiques.

**Méthodes** Les articles traitant des déficiences, des incapacités, des handicaps, de la faible qualité de vie et de leur prévalence dans la population générale, publiés entre janvier 1990 et mars 1998, ont été sélectionnés dans la base de données MEDLINE.

**Résultats** Les 20 articles retenus sur les 443 trouvés utilisaient 41 indicateurs différents. Les indicateurs de déficience, d'incapacité, de handicap et de faible qualité de vie montraient des taux de prévalence de 0,1-92 %, 3,6-66 %, 0,6-56 % et 1,8-26 %, respectivement, selon l'âge et l'exactitude de l'indicateur. L'hétérogénéité du

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, **79** (11) : 1047-1055.

<sup>2</sup> N. Chau ; S. Guillaume ; C. Otero-Sierra ; A. Caria ; M. D. Wagnon ; P. Redos ; J. P. Michaely ; J. M. Mur ; F. Guillemin ; J. M. Andre ; J. Sanchez ; J. F. Ravaut ; B. Legras ; L. Mejean ; M. Choquet ; J. P. Meyer ; J. C. Cnockaert ; M. Ticheur ; A. Dazord ; N. Tubiana-Rufi ; Y. Schleret.

cadre conceptuel de l'étude et une prise en compte insuffisante de l'importance de l'exactitude de l'indicateur, du facteur âge et des caractéristiques socio-économiques des populations étudiées empêchent toute comparaison internationale fiable.

**Conclusion** Une standardisation plus poussée des indicateurs est nécessaire. La révision de la Classification internationale des handicaps (déficiences, incapacités et désavantages) pourrait permettre de résoudre certains des problèmes rencontrés. ■

## Réponse en anticorps après administration de vaccin anti-amaril 17D chez des nourrissons ghanéens<sup>1</sup>

Mubarak Osei-Kwasi, S. K. Dunyo, K. A. Koram, E. A. Afari, J. K. Odoom et F. K. Nkrumah

**Objectif** Évaluer la réponse sérologique à la vaccination anti-amaril pratiquée à l'âge de 6 mois ou de 9 mois; évaluer tout effet indésirable du vaccin anti-amaril 17D chez le nourrisson, en particulier à l'âge de 6 mois.

**Méthodes** Après tirage au sort, 420 nourrissons déjà vaccinés par le BCG, le VPO et le DTC ont reçu le vaccin anti-amaril à l'âge de 6 mois ou de 9 mois. Le vaccin était administré par injection sous-cutanée d'une dose unique de 0,5 ml de vaccin reconstitué. Pour déterminer le taux d'anticorps anti-amarils chez les nourrissons vaccinés, on a effectué chez chacun d'entre eux un prélèvement de 1 ml de sang total avant la vaccination et trois mois après. Les échantillons de sérum ont été titrés sur cellules Vero en présence de virus vaccin.

**Résultats** Les réactions indésirables les plus couramment rapportées consistaient en fièvre, toux, diarrhée et réaction locale bénigne au point d'injection. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative d'incidence des réactions entre les deux groupes. Aucun des sérums pré-vaccinaux ne contenait d'anticorps anti-amarils décelables. Le taux de séroconversion était de 98,6 % chez les nourrissons vaccinés à 6 mois et de 98 % chez ceux vaccinés à 9 mois. Le titre moyen géométrique d'anticorps était de 158,5 dans le premier groupe et 129,8 dans le deuxième.

**Conclusion** D'après les résultats, la réponse sérologique à la vaccination anti-amaril pratiquée à l'âge de 6 ou de 9 mois et déterminée par le titre moyen géométrique d'anticorps est identique. Étant donné la bonne réponse sérologique obtenue à l'âge de 6 mois sans effets indésirables notables, le vaccin anti-amaril 17D pourrait être recommandé pour la vaccination des nourrissons de 6 mois lors d'épidémies ou dans les zones d'endémie à haut risque. ■

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, **79** (11): 1056-1059.

## Résistance au malathion et prévalence du mécanisme de la malathion carboxylestérase dans des populations de moustiques vecteurs de maladies à Sri Lanka<sup>1</sup>

S. H. P. P. Karunaratne et J. Hemingway

**Objectif** Déterminer les taux de résistance au malathion et la prévalence du mécanisme de la malathion carboxylestérase chez les moustiques à Sri Lanka.

**Méthodes** Des tests biologiques ont été effectués selon les méthodes recommandées par l'OMS sur des échantillons des moustiques vecteurs suivants présents à Sri Lanka: *Culex quinquefasciatus*, *C. tritaeniorhynchus*, *C. gelidus*, *Anopheles culicifacies* B, *A. subpictus*, *Aedes aegypti* et *A. albopictus*.

**Résultats** Des mécanismes faisant intervenir une carboxylestérase spécifique du malathion ont été trouvés chez *A. culicifacies* et *A. albopictus*, espèces qui

métabolisent fortement les insecticides. En revanche, la résistance au malathion chez *C. quinquefasciatus* et *C. tritaeniorhynchus* est liée à une résistance à large spectre aux organophosphorés due à un taux élevé d'estérases qui séquestrent le malaoxon tout en étant incapables de métaboliser le malathion.

**Conclusion** La résistance chez *Anopheles* spp. est probablement le résultat direct des activités de lutte antipaludique, car l'utilisation du malathion à Sri Lanka se limite aux traitements effectués aux fins de santé publique. En revanche, la résistance chez *Culex* spp. résulte de l'utilisation à grande échelle des insecticides du groupe des organophosphorés en tant que larvicides pour la lutte contre la filariose, et pour le traitement agricole des rizières, principaux gîtes larvaires de *C. tritaeniorhynchus*. ■

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, **79** (11): 1060-1064.

## Contribution des problèmes de santé génésique à la charge totale de morbidité telle qu'elle est perçue chez les femmes en Inde du Sud<sup>1</sup>

Jagdish Bhatia et John Cleland

**Objectif** Étudier la perception de la charge totale de morbidité parmi un échantillon de femmes en Inde du Sud.

**Méthodes** Un échantillon de 421 jeunes femmes mariées a été sélectionné parmi la communauté d'un sous-district situé à environ 70 km de Bangalore dans l'Etat de Karnataka (Inde) et interrogé une fois par mois pendant un an. A chaque visite, des informations sur les symptômes de toutes maladies quelles qu'elles soient ont été recueillies à l'aide d'une liste de contrôle, ainsi que des détails sur la durée des épisodes, le comportement de recours aux soins et les coûts. Les symptômes ont été

ultérieurement codés selon la Classification internationale des maladies.

**Résultats** Les problèmes de santé génésique représentaient la moitié des jours de maladie et 31 % du total des coûts de traitement. L'étude de 1990 sur la charge de morbidité dans le monde avait estimé que 27,4 % des années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) perdues chez les femmes indiennes de 15-44 ans étaient imputables à des problèmes de santé génésique.

**Conclusion** D'après notre étude, cette dimension de la morbidité, mesurée par l'expérience subjective des femmes interrogées, contribue davantage à la charge de morbidité que ne l'indique l'approche selon les DALY, et justifie la priorité accordée à la santé génésique en Inde. ■

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, **79** (11): 1065-1069.

## Poids de la maladie et des traumatismes en Australie<sup>1</sup>

Colin D. Mathers, E. Theo Vos, Christopher E. Stevenson et Stephen J. Begg

Cet article donne un aperçu des résultats de l'étude australienne sur la charge de morbidité (étude ABD). Cette étude était la première à appliquer la méthodologie élaborée pour l'étude sur la charge mondiale de morbidité à la mesure du poids de la maladie et des traumatismes dans un pays développé. En 1996, les troubles mentaux étaient les principales causes de la charge d'incapacité avec près de 30 % du nombre total d'années de vie vécues avec une incapacité (YLD). La

dépression était à l'origine de 8 % du total des YLD. Les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux étaient les principaux responsables de la charge de morbidité (années de vie ajustées sur l'incapacité – DALY), contribuant à eux deux pour près de 18 % à la charge totale de morbidité. Les facteurs de risque tels que le tabagisme, la consommation d'alcool, la sédentarité, l'hypertension, l'hypercholestérolémie, l'obésité et la consommation insuffisante de fruits et de légumes étaient responsables d'une grande partie de la charge globale de morbidité en Australie. Les leçons de l'étude ABD sont passées en revue ainsi que les questions de méthodologie qui doivent être approfondies. ■

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, **79** (11): 1076-1084.

## Riposte internationale à l'épidémie de VIH/SIDA : planifier pour réussir<sup>1</sup>

Peter Piot et Awa Marie Coll Seck

L'engagement politique de plus en plus marqué en ce qui concerne la riposte mondiale face au SIDA aussi bien dans les pays pauvres que dans les pays riches a atteint son point culminant en juin 2001 lors de la session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée au SIDA. Les délégués y ont pris d'importants engagements et ont adopté un cadre stratégique mondial visant à modifier la dynamique de l'épidémie en réduisant simultanément le risque, la vulnérabilité et l'impact. Ces engagements montrent la voie à suivre pour réaliser des progrès tangibles dans la lutte contre le VIH/SIDA. Les succès enregistrés dans la

lutte contre la propagation du SIDA viennent de divers secteurs de programme, dont le travail avec les professionnels du sexe et leurs clients, les usagers de drogues injectables et les jeunes. Les données proviennent également de divers pays dont la Fédération de Russie, l'Inde, la République-Unie de Tanzanie, le Sénégal, la Thaïlande et la Zambie. On retrouve dans chaque cas une association d'approches ciblées tenant compte du contexte social de l'existence d'un risque. De même, l'établissement de synergies entre la prévention et les soins a été un facteur de réussite au Brésil et offre de bonnes perspectives en Afrique subsaharienne, où l'on a obtenu une baisse de 90 % du prix des antirétroviraux disponibles. Les succès enregistrés portent aussi sur le recul de la stigmatisation des malades, qui entravait l'action communautaire et

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, **79** (12): 1106-1112.

bloquait l'accès aux services. Le travail contre la stigmatisation et la discrimination a été efficacement mené à la fois dans le secteur de la santé et dans les milieux professionnels. Outre l'intérêt accordé aux conditions du succès de la lutte contre le VIH/SIDA, il existe un consensus quant à la nécessité de ressources supplémentaires. L'estimation détaillée des dépenses liées au SIDA qui seraient nécessaires dans les pays à revenu faible et moyen est de US \$9,2 milliards par an, contre les 2 milliards actuellement dépensés. Les fonds

nécessaires devraient être mobilisés par le nouveau fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, mais devraient aussi être complétés par des efforts supplémentaires des gouvernements et du secteur privé, grâce notamment à l'allègement de la dette des pays. L'engagement et la capacité à faire passer la prévention et les soins en matière de VIH à la vitesse supérieure n'ont jamais été aussi importants. Il faut saisir cette occasion pour empêcher une catastrophe mondiale. ■

## Efficacité de la prévention du VIH et contexte épidémiologique<sup>1</sup>

Nicholas C. Grassly, Geoff P. Garnett, Bernhard Schwartländer, Simon Gregson et Roy M. Anderson

La planification d'une intervention destinée à la prévention des infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) doit être guidée par les conditions épidémiologiques et socio-économiques locales. Le contexte socio-économique et la capacité des services publics existants détermineront si une intervention peut avoir un impact significatif en termes de réduction d'un risque déterminé. Le contexte épidémiologique déterminera si une telle réduction du risque est susceptible d'avoir un impact mesurable sur l'incidence du VIH. La mesure des paramètres décrivant le contexte épidémiologique peut être utilisée pour déterminer si une

intervention peut convenir au niveau local, et guidera les planificateurs et les décideurs dans leur choix. Ces mesures permettront également de procéder à l'analyse rétrospective de l'impact des interventions là où l'incidence du VIH n'a pas été enregistrée. Le contexte épidémiologique a été défini pour quatre catégories d'interventions dont l'efficacité dans les pays à faible revenu a été démontrée lors d'essais contrôlés randomisés. Des indicateurs appropriés pour le contexte épidémiologique sont proposés avec des directives méthodologiques pour leur mesure. Leur application au transfert d'une intervention réussie d'un contexte à un autre et au passage à une plus grande échelle de lutte contre l'infection à VIH est explorée. Ces indicateurs devraient constituer un outil précieux pour les responsables des choix politiques. ■

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79 (12): 1121-1132.

## Un vaccin contre le VIH : quand et comment ?<sup>1</sup>

José Esparza

Le meilleur espoir à long terme pour la lutte contre la pandémie de virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/SIDA) serait de disposer d'un vaccin préventif sans danger, efficace et abordable, mais le développement d'un tel vaccin s'est heurté à des difficultés techniques sans précédent. Le premier essai de phase I d'un vaccin anti-VIH a été réalisé en 1987. Par la suite, plus de 30 vaccins candidats ont été testés au cours de plus de 60 essais de phase I/II sur environ 10 000 volontaires sains. La plupart des essais ont été réalisés aux Etats-Unis d'Amérique et en Europe, mais plusieurs ont également

eu lieu dans des pays en développement. Les premiers essais de phase III ont débuté aux Etats-Unis d'Amérique en 1998 et en Thaïlande en 1999 afin d'évaluer l'efficacité de la première génération de vaccins anti-VIH (dirigés contre la protéine d'enveloppe gp120); les résultats seront connus d'ici un à deux ans. Pour accélérer la mise au point d'un vaccin contre le VIH, d'autres vaccins candidats devront être évalués en parallèle dans les pays industrialisés et dans les pays en développement, ce qui nécessitera une collaboration et une coordination internationales ainsi que l'examen de questions éthiques fondamentales. Pour assurer que les futurs vaccins anti-VIH contribueront à l'effort global de prévention du VIH/SIDA, nous devons dès maintenant commencer à réfléchir à la manière dont ils seront le mieux utilisés. ■

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79 (12): 1133-1137.

---

## Traitement communautaire des stades avancés de l'infection à VIH : introduction du DOT-HAART (traitement antirétroviral hautement actif sous surveillance directe)<sup>1</sup>

Paul Farmer, Fernet Léandre, Joia Mukherjee, Rajesh Gupta, Laura Tarter et Jim Yong Kim

En 2000, le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) l'a emporté sur la tuberculose en tant que principale cause infectieuse de décès chez l'adulte à l'échelle mondiale. Dans les pays riches, la mortalité par SIDA a toutefois fortement baissé grâce aux thérapies antirétrovirales hautement actives (HAART). Les anti-rétroviraux ne sont pas encore considérés comme médicaments essentiels par les experts internationaux de santé publique et sont peu utilisés dans les pays pauvres, où le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) fait le plus de victimes. Les arguments contre l'utilisation de ces médicaments reposent essentiellement sur leur coût élevé et sur l'absence des infrastructures nécessaires à une utilisation judicieuse.

Nous réexaminons ici ces arguments dans le contexte de l'augmentation de la mortalité par SIDA dans les pays en développement et de la baisse considérable des prix des médicaments, et décrivons un programme à petite échelle de traitement communautaire utilisant les acquis de la lutte contre la tuberculose. Avec la collaboration d'agents de santé communautaires haïtiens expérimentés dans la délivrance du traitement à domicile sous surveillance directe pour la lutte contre la tuberculose, un projet de prévention du SIDA a été étendu à la délivrance de HAART à un sous-groupe de patients infectés par le VIH et jugés les plus susceptibles d'en tirer profit. Les critères d'inclusion dans l'étude et les résultats préliminaires sont présentés ici. Nous concluons que le traitement sous surveillance directe (DOT) par des antirétroviraux hautement actifs (HAART), le « DOT-HAART », peut être délivré efficacement en milieu pauvre sous réserve d'un approvisionnement continu en médicaments de bonne qualité. ■

---

<sup>1</sup> Résumé de l'article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, **79** (12) : 1145-1151.