
Memoranda/Mémorandums

Stratégie de lutte contre le rhumatisme articulaire aigu et les cardiopathies rhumatismales, prévention primaire notamment: Mémorandum d'une réunion conjointe OMS/SFIC*

Ce mémorandum résume le rapport d'une réunion qui s'est tenue à Genève du 7 au 9 septembre 1994. Des experts et des représentants de différents pays et régions, ainsi que de l'OMS, de la Société et Fédération internationale de Cardiologie, de l'UNESCO et du Conseil international des Infirmières, ont évalué l'expérience acquise en matière de lutte contre le rhumatisme articulaire aigu et les cardiopathies rhumatismales (RAA/CR), et fait le point sur les composantes principales de la prévention, notamment les nouveaux domaines de recherche en prévention primaire. Ces recommandations devraient être applicables dans tous les pays où les RAA/CR sont un problème de santé.

Introduction

Le rhumatisme articulaire aigu et les cardiopathies rhumatismales (RAA/CR) représentent la maladie cardio-vasculaire la plus répandue chez l'enfant et le jeune adulte, et restent un problème de santé publique majeur, en particulier dans les pays en développement. Ils entraînent non seulement des souffrances pour les patients et leur famille, mais également des dépenses considérables liées à des hospitalisations répétées (suivies fréquemment d'un décès prématuré ou d'une incapacité) et obligent à augmenter les ressources pour financer le

traitement médical et chirurgical de nombreux patients (1-6).^{a,b}

Les RAA/CR étaient au XIX^e siècle des maladies infantiles dévastatrices dans les pays économiquement développés. L'incidence du RAA a lentement mais régulièrement diminué depuis 1900, puis plus rapidement après les années 40 et enfin de manière spectaculaire à la fin des années 60. Sa fréquence de survenue actuelle est très faible, voire nulle, avec une incidence inférieure à 5,0 pour 100 000 habitants par an et une prévalence inférieure à 0,5 pour 1000 écoliers (1-3).^b Cependant, la résurgence récente du rhumatisme articulaire aigu et d'autres infections streptococciques graves dans certains pays industrialisés montre que le problème existe ailleurs que dans les pays en développement et met l'accent sur la nécessité d'une approche plus intensive des programmes préventifs de santé publique (1-3).^b

On estimait en revanche que les RAA/CR étaient rares au XIX^e siècle dans les pays tropicaux et subtropicaux. Depuis les années 40, ils constituent

* Ce mémorandum est tiré du rapport d'une réunion conjointe OMS/SFIC (Société et Fédération internationale de Cardiologie) sur le rhumatisme articulaire aigu et les cardiopathies rhumatismales, leur prévention primaire notamment, qui s'est tenue à Genève (Suisse) du 7 au 9 septembre 1994 (document non publié WHO/CVD/94.1). Participants: 17 conseillers temporaires dont le Professeur E.L. Kaplan, Etats-Unis d'Amérique (*Président*) et le Dr R. Talbot, Nouvelle-Zélande (*Rapporteur*); trois représentants d'autres organisations (SFIC, Conseil international des Infirmières et UNESCO); 10 membres du Secrétariat de l'OMS (Dr P. Nordet (*Secrétaire*)).

Tirés à part: Unité Maladies cardio-vasculaires, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27 (Suisse). L'article original est paru en anglais dans le *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1995, 73 (5): 583-587.

Tiré à part N° 5667

^a *Report of an Advisory Committee Meeting on streptococcal diseases complex, Geneva, 15-18 November 1983.* Document OMS non publié BVI/STREP/85.1, 1985.

^b *A joint WHO/ISFC global strategy to prevent rheumatic fever/rheumatic heart disease. Report of a Consultation, Geneva, February 1990.* Document OMS non publié WHO/CVD/90.3, 1990.

un problème de santé important dont les conséquences sont souvent très graves et semblables à celles qui s'observaient en Europe il y a un siècle. Actuellement, le taux de mortalité des cardiopathies rhumatismales varie de 0,9 à 8,0 pour 100 000 habitants dans les pays en développement pour lesquels on dispose de données. L'enfant et le jeune adulte meurent toujours de rhumatisme articulaire aigu; la prévalence chez les écoliers va de 1,0 à 10 pour 1000 et l'incidence de 10 à 100 pour 100 000, avec un taux élevé de rechutes et de formes graves. Les cardiopathies rhumatismales s'observent dans 12 à 65% des cardiopathies et 1,5 à 4% des hospitalisations (1-9). Dans la plupart des pays en développement, plus de 50% des patients atteints de RAA/CR ignorent leur maladie et plus de 70% ne bénéficient pas d'une prévention secondaire sous forme d'injections mensuelles de benzathine benzylpénicilline (1-5, 9-11).^c A partir de ces chiffres, on peut estimer qu'au moins 12 millions de personnes sont atteintes par les RAA/CR, que 400 000 meurent chaque année, et que plusieurs centaines de milliers, essentiellement des enfants et des adultes jeunes, ont une incapacité.

La pathogénie du rhumatisme articulaire aigu reste inconnue; toutefois, la survenue de la maladie requiert deux facteurs concomitants: une infection des voies respiratoires hautes à streptocoques bêta-hémolytiques de groupe A et une sensibilité individuelle particulière de l'hôte (1-3, 10, 11).^{c,d} Les efforts de prévention doivent donc être dirigés contre ces deux facteurs.

Les pharyngites ou angines sont fréquentes en communauté, et ubiquitaires, surtout chez l'enfant. On estime que chaque enfant fait au moins un épisode par an et qu'en situation d'endémie, des streptocoques bêta-hémolytiques de groupe A (SBHA) peuvent être isolés chez 20 à 35% des cas cliniques aigus, aussi bien dans les pays développés qu'en développement. Par contre, 0,3 à 3% seulement des sujets font un rhumatisme articulaire aigu après une pharyngite streptococcique aiguë (1-3, 10).^{c,d}

Une prise en charge correcte des angines à streptocoque symptomatiques est indispensable pour:

- diminuer l'incidence des complications suppurées et non suppurées;

- diminuer l'usage inapproprié des antibiotiques dans les infections des voies aériennes supérieures (quand l'information médicale et l'éducation pour la santé sur la prévention du RAA sont efficaces);
- diminuer l'incidence des angines à streptocoque symptomatiques et le titre moyen en anticorps anti-streptococciques au sein de la communauté;
- diminuer le taux de contagion;
- modifier la chaîne de transmission des streptocoques bêta-hémolytiques de groupe A, et ainsi réduire le risque d'augmenter leur virulence.

Aperçu des stratégies de lutte

L'OMS s'intéresse à la prévention des RAA/CR depuis 1954. La réunion de septembre 1994 a été organisée pour commémorer le 40^e anniversaire de la toute première réunion consacrée à ce sujet (8). Depuis lors, plusieurs comités d'experts de l'OMS ont concentré leur attention sur les pratiques de santé publique concernant l'étude et la lutte contre les infections streptococciques du groupe A et les RAA/CR (3).^e

Plusieurs programmes centrés sur la prévention secondaire — c'est-à-dire la prévention des rechutes de rhumatisme articulaire aigu — notamment au niveau communautaire, ont été mis en œuvre dans un certain nombre de pays; tous sont basés sur i) l'établissement d'un registre du rhumatisme articulaire aigu, ii) la surveillance, iii) la prévention secondaire, iv) l'incitation à la prévention des RAA/CR auprès des médecins, des personnels de santé et du grand public. Ces expériences ont confirmé l'efficacité et la faisabilité d'un programme de prévention secondaire. Récemment, le programme mondial de lutte contre le rhumatisme articulaire aigu et les cardiopathies rhumatismales de l'OMS, également basé sur la prévention secondaire, a connu un succès certain dans la majorité des pays participants et a permis d'améliorer la qualité de vie des patients et de prévenir des incapacités et des décès prématurés. Il est cependant clair que la prévention secondaire seule ne peut avoir qu'un impact indirect sur le nombre de nouveaux cas et sur le nombre total de cas de RAA/CR nécessitant une prophylaxie secondaire (1-3, 10-14).

Certains programmes complets de prévention, intégrant la prévention primaire — diagnostic et

^c Voir note a, page 13.

^d Réunion sur l'évaluation et le développement des programmes OMS de lutte contre les maladies à streptocoques et les infections à méningocoques, Genève, octobre 1988. Document OMS non publié WHO/MIM/STREP/CSM/89.2, 1989.

^e Voir notes a et b, page 13.

traitement précoces des pharyngites streptococciques — et la prévention secondaire dans le système de santé du pays et dans ses infrastructures, ont abouti à des réductions importantes de la mortalité, de la prévalence, de l'incidence, des hospitalisations et de la gravité des RAA/CR (1-3, 10, 11, 15-17).

Prévention primaire

Populations à risque

Les enfants d'âge scolaire doivent être la cible principale des programmes de prévention primaire. Les autres groupes à haut risque (enseignants, personnels de soins aux enfants, personnels de santé, etc.) seront recrutés dans le programme chaque fois que possible.

Infections à SBHA

Biologie

a) La prise en charge optimale des pharyngites à streptocoque de groupe A requiert une confirmation au laboratoire, pour que les cas authentiques puissent être traités et que des antibiotiques ne soient pas administrés par erreur à des patients non porteurs de streptocoques de groupe A.

b) A l'heure actuelle, nombreuses sont les régions du monde où les laboratoires de microbiologie manquent. Le diagnostic doit alors parfois être posé sur des critères cliniques bien définis et les antibiotiques sont prescrits sans confirmation microbiologique.

c) Les examens de laboratoire sont obligatoires à des fins épidémiologiques et/ou cliniques, notamment pour étudier l'épidémiologie régionale des streptocoques.

d) Les tests de recherche rapide de l'antigène streptococcique représentent un progrès encourageant en permettant d'identifier le streptocoque de groupe A sans avoir à le cultiver. Il est cependant peu probable qu'ils seront utilisés en routine dans de nombreux pays en raison de leur coût élevé et de leur relativement grande spécificité et faible sensibilité.

e) Les centres collaborateurs OMS de référence et de recherche sur les streptocoques peuvent aider les autorités nationales de santé publique à mettre en place et à évaluer des projets nationaux de surveillance et de prévention des infections à SBHA et de leurs séquelles.¹

Diagnostic et prise en charge. Les symptômes classiques de pharyngite ou d'amygdalite à streptocoque de groupe A sont rarement tous présents. Le diagnostic clinique est donc fréquemment incertain. Le personnel de santé doit cependant connaître les signes cliniques plus fiables que sont la pharyngite ou l'amygdalite exsudatives et les adénopathies cervicales antérieures sensibles, et chaque fois que possible les utiliser au mieux. La prise en charge optimale exige pour bien faire une confirmation au laboratoire par culture; la recherche directe de l'antigène peut être utilisée en complément quand elle est appropriée.

La pénicilline (de préférence une injection unique de benzathine benzylpénicilline G ou un traitement complet de 10 jours par pénicilline V orale) reste le traitement de choix des infections respiratoires à streptocoque de groupe A. En cas d'allergie à la pénicilline, on remplacera cette dernière par l'érythromycine orale pendant 10 jours. Il ne faut pas utiliser les tétracyclines ni les sulfamides pour traiter les pharyngites à streptocoque de groupe A.

Faisabilité selon le contexte socio-économique

a) Plusieurs éléments régissent la possibilité de mettre en place un programme de prévention primaire:

- la présence de signes cliniques suffisants d'infection respiratoire streptococcique pour permettre un diagnostic relativement fiable, qui pourra être documenté par du personnel correctement formé;
- l'existence d'une infrastructure de santé publique appropriée;
- la présence de ressources humaines et la possibilité de les former facilement à la réalisation du programme. L'éducation pour la santé est le point crucial.

b) Il est recommandé que tout programme de prévention primaire fasse partie intégrante des politiques nationales de santé ou soit compatible avec elles, et puisse être intégré dans le système national de santé.

Coût/efficacité

a) Le rhumatisme articulaire aigu et les cardiopathies rhumatismales sont à l'origine d'une mortalité et d'incapacités importantes, ainsi que d'une morbidité chronique chez l'enfant et le jeune adulte, avec pour conséquences:

¹ Pour de plus amples informations, s'adresser au Programme de Lutte contre les Maladies bactériennes et virales et d'Immunologie, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27 (Suisse).

i) des consultations et des hospitalisations fréquentes qui contribuent à grever des ressources familiales déjà limitées;

ii) une diminution de l'accès à l'éducation.

b) Le traitement médical de ces affections n'a pas de pouvoir curatif et doit en général être poursuivi indéfiniment, alors que son coût augmente progressivement. Le traitement chirurgical est encore plus coûteux et souvent inabordable ou inaccessible.

c) Le traitement précoce des pharyngites streptococciques prévient le rhumatisme articulaire aigu et les cardiopathies rhumatismales ainsi que les complications diverses, suppurées ou non, et évite ainsi les coûts afférents aux familles et à la société.

Rôle des médecins, des infirmières et des agents de santé

L'organisation efficace des ressources humaines pour pouvoir réaliser un programme de prévention primaire du rhumatisme articulaire aigu reste un défi permanent dans de nombreux pays en développement où le besoin est précisément le plus grand. Ces pays se heurtent notamment à un manque chronique de personnel médical. Les médecins assument généralement la direction et ont la lourde charge de former l'équipe de santé. Des capacités gestionnaires sont indispensables à la mise en œuvre optimale du programme.

Les infirmières sont les plus polyvalents des personnels de santé, et constituent souvent la pierre angulaire de nombreux programmes de lutte contre les maladies. Leur rôle dans la prévention primaire du rhumatisme articulaire sera redéfini et élargi, pour inclure la responsabilité générale du diagnostic et du traitement médicaux, l'éducation des patients et si possible la supervision. Le Comité estime que l'implication et le soutien du Conseil international des Infirmières sont indispensables pour que la conception et la mise en œuvre de cet élargissement de leur rôle soient réussies.

Les agents de santé communautaires et villageois et les auxiliaires médicaux ruraux ont une formation plus limitée et travaillent généralement sous la responsabilité d'une infirmière. Ils ont cependant un rôle important à jouer en matière de visites à domicile, d'éducation, de recueil des données et d'orientation des malades en vue d'un traitement plus sophistiqué quand c'est possible.

Education et information sanitaires

Les activités d'éducation pour la santé conduites par les médecins, les infirmières ou les enseignants peuvent être destinées aux patients, à leur famille,

aux écoliers et au grand public, et consister en conférences, séances d'éducation sanitaire, interventions dans les médias (radio, télévision, journaux), affiches dans les écoles, les centres de santé et les lieux publics, ou encore distribution de brochures ou de prospectus adaptés au langage et au contexte socioculturel de la région.

Le directeur du programme et les autres membres du personnel mettront au point et/ou distribueront des informations médicales comme les protocoles, les directives, le matériel d'éducation sanitaire, etc. aux services et/ou aux personnels participant au programme. Il faut accorder une priorité absolue aux programmes d'information des personnels de santé et d'éducation sanitaire de la communauté, en matière de pharyngite à streptocoque de groupe A et de prévention du rhumatisme articulaire aigu et des autres complications suppurées et non suppurées.

Ces programmes auront pour but de faire prendre conscience à la communauté de l'importance et de la possibilité de réaliser un diagnostic et un traitement précoces des pharyngites streptococciques et de lutter contre les RAA/CR.

Nouveaux domaines de recherche

Immunologie de la protéine M et mise au point d'un vaccin anti-streptococcique sûr et efficace. Si un tel vaccin représente un espoir pour l'avenir, rien ne permet de penser qu'un vaccin anti-streptococcique A sûr et efficace autorisant la vaccination de masse sera bientôt disponible.

Marqueurs génétiques pour l'identification des sujets à haut risque pour les RAA/CR. Il semble qu'il existe un facteur génétique intervenant dans l'apparition du RAA, mais on ignore encore avec précision quels sont les sujets les plus sensibles et quels sont les streptocoques de groupe A qui ont le plus de chances de déclencher le processus pathogénique. On ne dispose actuellement d'aucun marqueur génétique permettant de repérer les sujets à haut risque d'apparition des RAA/CR.

Prévention secondaire

Critères diagnostiques

Un consensus s'est établi sur le fait que les critères diagnostiques du rhumatisme articulaire aigu présentés en 1988 par un groupe d'étude de l'OMS (3) et repris dans une déclaration médico-scientifique de l'American Heart Association (7)

sont toujours appropriés et n'ont pas besoin d'être modifiés. L'échocardiographie est un instrument diagnostique précieux pour évaluer l'anatomie et la fonction cardiaques; elle ne permet toutefois pas à l'heure actuelle de documenter suffisamment la valvulite du rhumatisme articulaire aigu en l'absence de signes auscultatoires.

Prophylaxie secondaire

Le protocole de prophylaxie secondaire présenté en 1988 a été adopté (3). Il est recommandé que le contrôle de qualité de la benzathine benzylpénicilline fasse partie de tout programme national en raison des variations, suivant le fabricant, de la concentration plasmatique et de la durée de l'action bactéricide.

Recommandations

Le groupe de travail a vivement approuvé les recommandations suivantes:

1. L'OMS soutiendra une approche plus directe du problème du rhumatisme articulaire aigu et de ses séquelles cardiaques invalidantes, en mettant l'accent sur les mesures de lutte primaires en plus du programme de prévention secondaire.
2. Il y a un besoin urgent d'un document d'information destiné aux décideurs et aux responsables des politiques, consacré aux buts et aux objectifs du programme mondial OMS/SFIC, aux connaissances actuelles en matière de rhumatisme articulaire aigu, de cardiopathies rhumatismales et d'infections streptococciques, ainsi qu'aux données concernant l'efficacité et les coûts respectifs de la prévention primaire et secondaire.
3. Ces recommandations concernant la prévention du rhumatisme articulaire aigu et des cardiopathies rhumatismales (surtout la prévention primaire) seront mises en œuvre sous forme de programmes de prévention primaire communautaires, rentables et efficaces, chaque fois que cela sera possible.
4. La création et la mise en œuvre de ces programmes de santé publique requièrent une coopération locale, nationale et régionale, et un soutien, non seulement des organismes et des planificateurs publics (et de l'industrie privée le cas échéant), mais aussi de tous les prestataires de soins médicaux, existants ou potentiels, au niveau communautaire (médecins, infirmières de santé publique et agents de santé communautaires). L'accent sera mis sur l'éducation pour la santé et sur la prestation effective de soins.

5. La planification des futurs programmes de lutte contre le rhumatisme articulaire aigu sera conforme aux directives spécifiques élaborées lors de la présente réunion,⁹ avec l'assistance de l'OMS.

6. La communauté scientifique intensifiera ses efforts de recherche pour mettre au point un vaccin anti-streptococcique sûr et efficace et pour identifier un marqueur génétique permettant de repérer les sujets à haut risque pour l'apparition d'un rhumatisme articulaire aigu.

7. L'implication et le soutien de la SFIC et du Conseil international des Infirmières, ainsi que des sociétés nationales, faciliteront la mise en œuvre de ces programmes.

Bibliographie

1. **Kaplan E et al.** Understanding group A streptococcal infections in the 1990s: Proceedings of a symposium. *Pediatric infectious disease journal*, 1994, **13**: 556-583.
2. **Markowitz M, Kaplan E.** Reappearance of rheumatic fever. *Advances in pediatrics*, 1989, **36**: 39-66.
3. *Rhumatisme articulaire aigu et cardiopathies rhumatismales. Rapport d'un Groupe d'étude de l'OMS.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1988 (OMS, Série de Rapports techniques, N° 764).
4. **Jaiyesimi F.** Chronic rheumatic heart disease in childhood: its cost and economic implications. *Cardiologie tropicale*, 1982, **8** (30): 55-59.
5. **Bertrand E.** The burden of the rheumatic heart disease in Africa. What could be done? *Cardiologie tropicale*, 1987, **13** (49): 7-8.
6. **Muños S.** Present role and limitations of surgery in the treatment of rheumatic heart disease. *Cardiologie tropicale*, 1987, **13** (52): 135-141.
7. **American Heart Association.** Guidelines for the diagnosis of rheumatic fever: Jones' criteria, updated 1992. *Circulation*, 1993, **87**: 303-307.
8. **Comité d'experts des maladies rhumatismales. Premier rapport du Comité d'experts.** Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1954 (OMS, Série de Rapports techniques, N° 78).
9. **Grover A et al.** Epidemiology of rheumatic fever and rheumatic heart disease in a rural community of North India. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1993, **71**: 59-66.
10. **Taranta A, Markowitz M.** *Rheumatic fever*, Deuxième édition. Boston/Londres, Kluwer Academic Publishers, 1990.
11. **Kaplan E.** Global assessment of rheumatic fever and rheumatic heart disease at the close of the century. Influences and dynamics of population and patho-

⁹ Joint WHO/SFC Meeting on Rheumatic Fever/Rheumatic Heart Disease, with Emphasis on Primary Prevention, Geneva, 7-9 September 1994. Document OMS non publié WHO/CVD/94.1, 1994.

Mémorandum d'une réunion conjointe OMS/SFIC

- gens: a failure to realise prevention. *Circulation*, 1993, **88** (4, part 1): 1964–1972.
12. **Strasser T et al.** The community control of rheumatic fever and rheumatic heart disease: report of a WHO international cooperative project. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1981, **59**: 285–294.
 13. **Majeed HA et al.** Acute rheumatic fever and the evolution of rheumatic heart disease: a prospective 12-year follow-up report. *Journal of clinical epidemiology*, 1992, **45**: 871–875.
 14. **WHO Cardiovascular Diseases Unit and principal investigators.** WHO programme for the prevention of rheumatic fever/rheumatic heart disease in 16 developing countries: report from Phase I (1986–90). *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1992, **70**: 213–218.
 15. **Nordet P et al.** [Rhumatisme articulaire aigu à La Havane: prévalence et caractéristiques. Cuba, 1972–87]. *Revista Cubana de pediatría*, 1989, **61**: 228–237 (en espagnol).
 16. **Gordis L.** The virtual disappearance of rheumatic fever in the United States: lessons in the rise and fall of diseases. *Circulation*, 1985, **72**: 1155–1162.
 17. **Arguedas A, Mohs E.** Prevention of rheumatic fever in Costa Rica. *Journal of pediatrics*, 1992, **121**: 569–572.