



WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

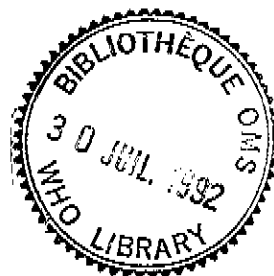
DISTR. : LIMITED
DISTR. : LIMITEE

40445

WHO/PDH/91.1

ORIGINAL : ANGLAIS

Rapport du Groupe de Travail informel
sur la Planification du Programme
de Prévention de la Surdit e
et de la D eficience auditive



Genève, 18-21 juin 1991

This document is not issued to the general public, and all rights are reserved by the World Health Organization (WHO). The document may not be reviewed, abstracted, quoted, reproduced or translated, in part or in whole, without the prior written permission of WHO. No part of this document may be stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means - electronic, mechanical or other - without the prior written permission of WHO.

The views expressed in documents by named authors are solely the responsibility of those authors.

Ce document n'est pas destin e   être distribu e au grand public et tous les droits y afférents sont r serv es par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il ne peut être comment e, r sum e, cit e, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, sans une autorisation préalable écrite de l'OMS. Aucune partie ne doit être charg e dans un système de recherche documentaire ou diffus e sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit - électronique, mécanique, ou autre - sans une autorisation préalable écrite de l'OMS.

Les opinions exprim es dans les documents par des auteurs cit es nommément n'engagent que lesdits auteurs.

TABLE DES MATIERES

	<u>Pages</u>
INTRODUCTION	1
1. DONNEES SUR LA SURDITE ET LA DEFICIENCE AUDITIVE	1
2. TECHNIQUES ET METHODES D'EVALUATION	4
3. BASE MONDIALE DE DONNEES	4
4. SOINS PRIMAIRES DE L'APPAREIL AUDITIF	4
5. DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES	9
6. ELABORATION ET DEVELOPPEMENT DE PROGRAMMES NATIONAUX	12
7. BESOINS ET OPPORTUNITES EN MATIERE DE RECHERCHE	12
8. MOBILISATION DE RESSOURCES	13
9. COLLABORATION AVEC CERTAINS PARTENAIRES ET PARTENARIAT	14
10. CHAMPS D'ACTION PRIORITAIRES	14
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	15
ANNEXE 1. LISTE DES PARTICIPANTS	18
ANNEXE 2. ALLOCUTION INAUGURALE DU DR N. P. NAPALOV, SOUS-DIRECTEUR-GENERAL .	20
ANNEXE 3. PORTEE ET OBJECTIFS	22
ANNEXE 4. ORDRE DU JOUR	23

INTRODUCTION

Un groupe de travail informel sur le Programme de Prévention de la Surdité et de la D ficiency auditive (PDH) s'est réuni au Siège de l'OMS,   Geneve, du 18 au 21 juin 1991. On trouvera à l'annexe 1 la liste des participants.

La réunion a été ouverte par le Dr N. P. Napalkov, Sous-Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé. Dans son allocution liminaire, celui-ci a évoqué le développement du Programme PDH et le rôle capital que les organisations non gouvernementales pourraient jouer dans son évolution future eu égard, en particulier, au climat actuel de restrictions budgétaires. Le texte de l'allocution du Dr Napalkov figure à l'annexe 2. La port e et les objectifs du groupe de travail font l'objet de l'annexe 3.

  l'unanimité, le Professeur P. W. Alberti et le Professeur Y. P. Kapur ont été respectivement élus Président et Vice-Président. Le Secrétariat de l'OMS a été chargé d'établir le rapport en consultation avec eux.

L'ordre du jour provisoire (annexe 4) a été adopté, après un léger remaniement de l'ordre des questions nécessité par le fait que quelques-uns des observateurs prévoyaient un départ anticipé.

1. DONNEES SUR LA SURDITE ET LA DEFICIENCE AUDITIVE

Les données épidémiologiques sur la prévalence et l'incidence de la surdité et des déficiences auditives sont incomplètes et fragmentaires, surtout dans les pays en développement. Faute d'une méthode d'évaluation épidémiologique universellement admise, elles ne se prêtent ni à une normalisation, ni à des comparaisons.

On cite largement un chiffre estimatif mondial de 42 millions de personnes de plus de 3 ans atteintes d'une d ficiency auditive mod r e à profonde (perte auditive correspondant à 42 dB ou davantage pour l'oreille la moins touch e). Il est cependant admis, sur la base d'enquêtes r alis es dans quelques pays développés, que ce chiffre est largement inférieur à la réalité. Au surplus, une perte auditive unilatérale peut avoir, surtout chez l'enfant, des conséquences dont on ne saurait se désintéresser.

La graduation des déficits auditifs actuellement utilis e a fait l'unanimité, sous réserve de quelques modifications pr sent es dans le tableau ci-après. Il conviendra cependant de préparer un protocole d'examen complété par un manuel, d'une utilisation ais e sur le terrain, et un ouvrage sur les méthodes d'enquête à appliquer pour l'évaluation épidémiologique des déficiences auditives.

Les participants ont estimé que les pertes d'audition d'origine neuro-sensorielle constituaient la principale cause de surdité et de d ficiency auditive dans le monde. Dans les pays en développement, où les infections de l'oreille moyenne continuent de sévir, les troubles de la conductivité consécutifs à des otites moyennes non trait es ou mal prises en charge pourraient nécessiter une action prioritaire tendant tant à prévenir l'installation d'un déficit auditif chez les malades nouvellement atteints qu'à s'occuper de tous les cas anciens d'otites chroniques de l'oreille moyenne.

DEGRES DE DEFICIT AUDITIF

Degré de déficit	Valeur audiométrique ISO correspondante (moyenne à 500, 1000 et 2000 Hz) ¹	Performance	Recommandations	Observations
0 Pas de déficit	* 25 dB ou plus (oreille la moins atteinte)	Trouble de l'audition absent ou très léger. Entend les chuchotements.		* Autre recommandation : 20 dB. Les sujets dont le niveau se situe entre 15 et 20 dB peuvent ressentir des troubles de l'audition. Ceux présentant un déficit auditif unilatéral peuvent également avoir de la peine à entendre, même si une oreille est normale.
1 Déficit léger	26-40 dB (oreille la moins atteinte)	Peut entendre et répéter des mots prononcés normalement à une distance d'un mètre.	Conseils. Eventuellement prothèses auditives.	Le sujet a quelque difficulté à entendre, mais est généralement capable de suivre une conversation à un niveau normal.

DEGRES DE DEFICIT AUDITIF (suite)

Degré de déficit	Valeur audiométrique ISO correspondante (moyenne à 500, 1000 et 2000 Hz) ¹	Performance	Recommandations	Observations
2 Déficit moyen	41-60 dB (oreille la moins atteinte)	Capable d'entendre et de répéter des mots proférés à haute voix à une distance d'un mètre.	Prothèses auditives généralement recommandées.	
3 Déficit sévère	61-80 dB (oreille la moins atteinte)	Capable d'entendre certains mots criés à l'oreille la moins atteinte.	Prothèses auditives nécessaires. Si elles ne sont pas disponibles, enseigner la lecture labiale et le langage des signes.	Noter les écarts entre les seuils purement tonals et le score du test de compréhension de la parole.
4 Déficit profond comprenant la surdité	81 dB ou plus (oreille la moins atteinte)	Incapable d'entendre et de comprendre, même lorsque l'interlocuteur crie.	Les appareils auditifs peuvent contribuer à la compréhension des mots. Réadaptation additionnelle requise. Lecture labiale et parfois langage des signes indispensables.	Distorsion du langage parlé, dont le degré dépend de l'âge auquel est survenue la perte auditive.

¹ Une bonne perception des fréquences élevées est nécessaire pour comprendre le langage sur un fond sonore. Il est donc recommandé d'inclure dans les études épidémiologiques des tests et des données concernant le seuil auditif à 4000 Hz.

Note : Le test destiné à déterminer les seuils de compréhension du langage parlé doit porter uniquement sur l'audition; toute indication visuelle doit donc en être bannie.

2. TECHNIQUES ET METHODES D'EVALUATION

L'évaluation épidémiologique des déficits auditifs nécessite un matériel approprié. Celui-ci doit être scientifiquement valable, mais d'une utilisation et d'un entretien simples et d'un prix abordable. Les techniques utilisées devraient prendre en compte les difficultés financières, les carences des infrastructures et la pénurie de personnels convenablement formés. Il faudra aussi tenir compte des conditions climatiques locales, des disponibilités en sources d'énergie ou en piles et des moyens de calibrage. Les mêmes conditions préalables s'appliqueraient aux prothèses auditives et aux dispositifs d'amplification.

Une certaine expérience a déjà été acquise avec des audiomètres portatifs simples, des pneumo-otoscopes bon marché, des otoscopes jetables et des prothèses auditives bon marché. Il conviendra de collationner ces expériences et d'affiner au besoin les technologies, particulièrement en vue de leur utilisation dans les pays en développement.

La recherche appliquée pourrait se révéler utile dans ce domaine.

3. BASE MONDIALE DE DONNEES

Bien qu'il existe actuellement des données provenant de sources diverses dans des pays développés ou en développement, les participants ont fait valoir la nécessité d'une centralisation de leur collecte et de leur analyse et notamment d'une méta-analyse de rapports, publiés ou non, concernant les divers aspects du programme. Une telle base de données permettrait de mieux connaître la prévalence mondiale et régionale des diverses causes et des différents facteurs de risque en matière de perte auditive, ainsi que leurs tendances, la situation dans les pays et les options gestionnaires. La mise en place d'une base de données suppose des connaissances spécialisées en épidémiologie et en biostatistique, ainsi que l'accès à des matériels informatiques et à des logiciels pour l'enregistrement, l'analyse et le rappel des données. Le mieux serait peut-être de confier ces diverses fonctions à un centre collaborateur OMS spécifié que l'on chargerait de mettre sur pied une base mondiale de données, en consultation avec d'autres parties intéressées. Il faudrait veiller, en particulier, à recueillir et analyser les données de telle sorte que les résultats aient une utilité non seulement clinique, mais aussi épidémiologique.

4. SOINS PRIMAIRES DE L'APPAREIL AUDITIF

Les principes de base des systèmes de soins de santé primaires présideraient à la prestation des soins de l'appareil auditif. Les interventions devraient être scientifiquement valables mais aussi accessibles, abordables et acceptables pour la communauté desservie. L'accent serait placé sur des services orientés vers l'utilisateur et la participation communautaire ferait partie intégrante du système.

Il a été admis que les soins de l'appareil auditif au niveau communautaire devraient s'appuyer sur des services de niveaux intermédiaire et tertiaire, dotés de moyens de plus en plus avancés qui permettent de faire face à des problèmes d'une complexité croissante. Un développement concomitant de ces divers échelons a été jugé souhaitable. Etant donné que des interventions simples, pratiquées dans le cadre des soins de santé primaires de base, permettent de prévenir ou d'éviter nombre de causes des pertes d'audition, il conviendrait de placer l'accent sur leur renforcement.

Traditionnellement, les stratégies de la prévention relèvent des trois catégories ci-après :

- Prévention primaire : elle vise à éviter l'apparition d'une maladie ou d'un traumatisme dans une population.
- Prévention secondaire : une fois que la maladie ou le traumatisme est survenu, on peut s'efforcer d'empêcher l'installation d'un déficit auditif permanent.
- Prévention tertiaire : elle consiste à lutter contre les troubles de l'audition et leurs séquelles grâce à certains enseignements et à des mesures de réadaptation.

Au point de vue opérationnel, les mesures de prévention des déficits auditifs et de la surdité comportent un ensemble de trois composantes auxquelles il faut ajouter la réadaptation.

i) Promotion de la santé et mesures de prévention

Entrent dans cette catégorie l'identification et le renforcement des mesures préventives et des campagnes prophylactiques existantes - vaccination, amélioration des soins prénatals, bonnes pratiques en matière d'accouchement, meilleure nutrition, prise en charge des infections respiratoires aiguës, lutte contre le bruit, etc.

Une telle stratégie repose avant tout sur une sensibilisation de la collectivité grâce à l'information, à l'éducation et à la communication, ainsi que sur des mesures générales de développement dont l'adduction d'eau et l'assainissement, la nutrition, ou l'hygiène environnementale et personnelle.

ii) Programmes de détection précoce des pertes auditives

Un diagnostic précoce - particulièrement chez le nourrisson atteint de troubles de l'audition - est indispensable si l'on veut éviter les effets nocifs du déficit auditif sur le développement de l'enfant, par exemple sur son aptitude à apprendre, à communiquer et à vivre en société. Ce dépistage précoce devrait pouvoir être assuré par les agents des services de santé familiale, communautaire et primaire, appuyés notamment par des personnels formés aux techniques de l'audiologie.

iii) Application de mesures correctives

Il conviendra de renforcer le système de soins de santé à différents niveaux, afin que les cas dépistés puissent bénéficier d'investigations plus poussées et d'une prise en charge appropriée.

Réadaptation

Parallèlement à la réadaptation médicale, il faut prévoir des mesures de réhabilitation sociale telles qu'un enseignement spécial et une formation professionnelle spécialisée, de préférence à base communautaire.

Le groupe a examiné les causes les plus courantes des troubles neuro-sensoriels ou de la conductivité entraînant un déficit auditif et a envisagé les interventions préventives possibles - primaires, secondaires et tertiaires - pour chacune de ces catégories d'affections.

Les interventions possibles sont résumées dans le tableau ci-après.

Troubles	Prévention primaire	Prévention secondaire	Prévention tertiaire
<u>Postnatals</u>			
i) Chez l'enfant :			
Otite externe	Education pour la santé Extraction des corps étrangers et du cérumen	Hygiène, éducation et traitement	Chirurgie dans les cas appropriés
Corps étrangers	Education	Extraction	Chirurgie
Otite moyenne :) Hygiène individuelle et environnementale) Education en vue d'un dépistage précoce de l'otite moyenne) Prothèses auditives et éducation spécialisée
- aiguë) Habitat) Traitement prompt et adéquat, actes chirurgicaux compris) Chirurgie dans les cas appropriés
- avec écoulement) Prise en charge appropriée des infections des voies respiratoires supérieures) Surveillance appropriée des cas))
- chronique))))))
Rougeole) Vaccination		
Oreillons)		
Méningite	Prophylaxie par antibiothérapie Vaccination	Prise en charge médicale appropriée	Prothèses auditives dans les cas appropriés Réadaptation et éducation spécialisée (implant cochléaire)*
Traumatismes	Législation : casques, ceintures de sécurité	Traitement prompt et adéquat, chirurgie comprise dans les cas appropriés	Prothèses auditives dans les cas appropriés. Réadaptation et éducation spécialisée (implant cochléaire)

* A l'heure actuelle, les implants cochléaires ne concernent qu'une très faible proportion des sourds. Leur utilisation serait limitée pour l'instant à des cas spécialement sélectionnés et ne pourrait être réalisée que dans des centres disposant d'un personnel chirurgical spécialement formé et d'instruments très perfectionnés, ainsi que d'excellentes équipes de rééducation.

Troubles	Prévention primaire	Prévention secondaire	Prévention tertiaire
Postnataux (suite)			
Ototoxicité	Non-utilisation ou usage rationnel des médicaments responsables		Réadaptation et éducation spécialisée. Prothèses auditives (implant cochléaire)
ii) Chez l'adulte :			
Ototoxicité	Non-utilisation ou usage rationnel des médicaments responsables		Réadaptation et éducation spécialisée. Prothèses auditives (implant cochléaire)
Bruit	Éducation Programme de protection de l'audition Législation	Changement d'environnement	Prothèses auditives Réadaptation
Métabolisme	Prise en charge de l'affection sous-jacente	Traitement de l'affection sous-jacente	Prothèses auditives Réadaptation
Presbycusie	Évitement des agents ototoxiques	Évitement des agents ototoxiques	Prothèses auditives Réadaptation
Otosclérose	Conseils génétiques dans les cas appropriés	Dépistage précoce chez l'enfant Traitement chirurgical	Réadaptation (implant cochléaire)
Traumatismes	Législation : casques, ceintures de sécurité		Prothèses auditives dans les cas appropriés Réadaptation et éducation spécialisée (implant cochléaire)
Syndrome de Menière		Traitement prompt et adéquat, actes chirurgicaux compris, dans les cas appropriés	Prothèses auditives Réadaptation

L'utilisation de certaines préparations à action locale a été jugée utile pour le traitement d'affections telles que l'otite externe dans le cadre des systèmes de soins de santé primaires.

La liste modèle des médicaments essentiels 1990¹ ne comprend pas de gouttes pour les oreilles.

Les médicaments suivants ont été jugés simples, utiles et sans danger :

- a) acide acétique à 2 %
- b) solution de bicarbonate de soude à 2,5 %

Il y aurait lieu d'envisager de les intégrer à la liste modèle des médicaments essentiels.

5. DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

La pénurie de personnels convenablement formés à tous les niveaux des systèmes de prestation de soins de santé constitue un problème majeur dans la plupart des pays où se pose le problème des déficiences auditives évitables. La formation devient dès lors une activité prioritaire du programme. Pour déterminer les niveaux auxquels il faudra former des personnels de santé et assimilés, ainsi que leur nombre et les compétences nécessitant des transferts de connaissances et de techniques, il a été jugé utile de fixer quatre échelons :

- a) Individuel, familial et communautaire
- b) Soins de santé primaires
- c) Intermédiaire
- d) Tertiaire

Les participants ont défini la composition actuelle et/ou souhaitable des effectifs de personnels qualifiés pour la prévention de la surdité et des déficiences auditives à chaque niveau. On en trouvera les détails dans le tableau ci-après.

¹ Sixième Liste, Série de rapports techniques, No. 796. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1990.

Niveau des soins de santé primaires (communauté/district)

(population : environ 50 000 habitants)

Personnel exerçant une action sanitaire : enseignants, volontaires de santé communautaires, leaders religieux, tradipraticiens, accoucheuses traditionnelles

Agents de santé

Infirmières

Infirmières praticiennes

Médecins généralistes

Niveau intermédiaire (hôpital provincial/régional)

(population : 200 000 - 1 million d'habitants)

Personnel médical

Médecins généralistes

Chirurgiens généralistes

Spécialistes en médecine interne

Radiologues

Gynécologues/obstétriciens

Pédiatres

Oto-rhino-laryngologistes

Personnel paramédical et divers

Audiologistes/techniciens en audiométrie

Infirmières

Educateurs pour la santé

Niveau tertiaire

Oto-rhino-laryngologistes

Neurologues

Audiologistes - médecins
- non médecins

Spécialistes des troubles du langage

Dans un premier temps, le personnel de santé existant devrait recevoir des directives et une formation élémentaire aux aspects fondamentaux de la prévention de la surdité et de la d ficiency auditive, dans le cadre des programmes normaux. Les manuels actuellement en usage pourraient être révisés et complétés en cas de besoin.

Les participants ont jugé utile de préciser les tâches spécifiques qui seront confi es au personnel qualifié à chaque échelon, afin que sa formation puisse être orient e en conséquence et fond e sur les problèmes.

En ce qui concerne le personnel des soins primaires de l'appareil auditif, on pourrait classer ses attributions dans les grandes catégories suivantes :

- a) Promotion de la santé
- b) Activités cliniques

La première comprendrait un certain nombre des interventions en matière d'éducation pour la santé déjà prévues dans la section intitul e "Soins primaires de l'appareil auditif".

Les activités cliniques que les agents de santé devraient apprendre à exercer pourraient être subdivis es comme suit :

Affections exigeant :

- a) un dépistage et un traitement;
- b) un dépistage, un traitement et une orientation-recours;
- c) un dépistage et une orientation-recours.

Les attributions des agents de santé varieraient d'un pays à l'autre, en fonction de l'état d'avancement atteint par le système de prestation de soins de santé ainsi que des lois et réglementations régissant la pratique médicale. Les programmes de formation et les niveaux attendus de compétence seraient donc propres à chaque pays. La définition des critères et des règles en la matière est indubitablement une prérogative nationale.

Le manuel de formation aux soins primaires de l'appareil auditif préparé par le Centre collaborateur de l'OMS   Bangkok (Thaïlande) pourrait servir de base aux adaptations répondant aux diverses situations nationales.

Formation en audiologie

Le groupe a souligné la nécessité d'une formation de ce type. La catégorie de personnel à laquelle elle est dispens e varie suivant les pays; r serv e aux audiologistes qualifiés dans certains d'entre eux, l'audiologie peut être pratiqu e ailleurs par des agents ayant reçu une formation appropri e, mais ne possédant aucun diplôme médical.

Dans ce cas encore, il s'agit d'une décision nationale ou, mieux, régionale. Les participants ont estimé qu'un audiologiste pleinement qualifié et formé était le plus apte à assurer des services complets en audiologie, mais qu'un grand nombre de fonctions audiologiques, diagnostiques et thérapeutiques pouvaient être exerc es par un assistant en audiologie supervisé (parfois à distance).

Afin d'éviter tout hiatus entre la formation d'une part et les connaissances et les compétences attendues d'autre part, avec les frustrations et la perte de qualité qui en sont le corollaire, la formation des assistants ou techniciens en audiologie devrait également être orient e vers l'exécution de tâches.

Cours d'audiologie

a) Europe centrale et orientale/Etats baltes

Un besoin de formation en audiologie dans cette région a été constaté et l'opportunité d'y remédier appuyée par la Fédération internationale des Sociétés oto-rhino-laryngologiques. Le groupe a noté avec satisfaction que la Suisse et la Finlande étaient disposées à apporter leur concours dans ce domaine. La langue de travail de certains de ces cours pourrait être l'allemand. Pour que l'OMS puisse les reconnaître officiellement, leurs organisateurs devront respecter certaines procédures établies et satisfaire aux règles fixées par l'Organisation.

b) Centre de formation et de recherche en Italie

Il a été proposé de créer un tel centre et de l'intégrer au réseau de la Fédération internationale des Sociétés oto-rhino-laryngologiques. Il pourrait contribuer indirectement à la mise en oeuvre du Programme PDH, particulièrement si ses activités s'exerçaient également dans les pays en développement. Il convient toutefois de prêter attention à la distribution géographique. A long terme, il pourrait donc être souhaitable de respecter la structure régionale de l'OMS, afin de permettre l'intervention des bureaux régionaux.

Dans un premier temps, des centres tels que celui envisagé en Italie et éventuellement ailleurs pourraient s'intégrer aux programmes nationaux. Leur planification devrait tenir le plus grand compte des besoins et des mentalités locales.

6. ELABORATION ET DEVELOPPEMENT DE PROGRAMMES NATIONAUX

Les activités de prévention et de lutte contre la surdité et la déficience auditive devraient reposer dans chaque pays sur un plan d'action définitif. Celui-ci résulterait d'un besoin perçu et d'un engagement politique gouvernemental débouchant sur la formulation d'un programme national.

La rédaction de directives pour la mise au point de programmes nationaux constituera le principal objectif de l'atelier régional sur la formulation des directives pour la gestion des programmes de prévention de la surdité et de la déficience auditive qui se tiendra à New Delhi en septembre 1991; il n'en sera donc plus question dans le présent rapport.

La mise sur pied dans chaque pays d'un comité national pluridisciplinaire, généralement placé sous les auspices du ministère de la santé, avec la participation d'organisations non gouvernementales et du secteur privé, constitue un mécanisme utile pour la planification, la mise en oeuvre et l'évaluation des programmes nationaux. Sa promotion et son lancement à l'échelon national peuvent souvent être le fait d'organisations non gouvernementales et d'associations professionnelles.

7. BESOINS ET OPPORTUNITES EN MATIERE DE RECHERCHE

Le groupe de travail a reconnu la nécessité d'inclure dans le Programme PDH la recherche fondamentale biomédicale, ainsi que la recherche clinique, comportementale/sociale et sur les systèmes de santé. Ont été jugés prioritaires les domaines énumérés ci-après; certains feraient l'objet d'études de terrain, tandis que d'autres seraient confiés à des laboratoires de recherche spécialisés.

- a) Incidence et prévalence des troubles de la communication (audition et langage), particulièrement ceux liés à des causes héréditaires, à l'otite moyenne, au bruit et à la presbycusie.

- b) Mise au point d'un vaccin contre l'otite moyenne.
- c) Stratégies pour le dépistage précoce des troubles de l'audition chez le nouveau-né, destinées à permettre l'identification des groupes à risque, en milieu tant rural qu'urbain et dans les pays en développement comme dans les pays développés.
- d) Evaluation et perfectionnement des méthodes de criblage et de contrôle des pertes auditives.
- e) Proposition de technologies appropriées, notamment dans les domaines de l'audiométrie, de l'otoscopie et des prothèses auditives.
- f) Essais thérapeutiques concernant l'otite moyenne.
- g) Etudes de génétique moléculaire sur les déficits auditifs d'origine génétique.
- h) Etudes socio-anthropologiques dans les pays en développement concernant les attitudes et la compréhension, au niveau communautaire, concernant les troubles de l'audition, leurs causes et leur prise en charge traditionnelle.
- i) Evaluation de programmes de formation en matière de prévention de la surdité et de la déficience auditive destinés à divers groupes de personnels de santé.

Il faudra mobiliser des ressources pour le programme de recherche. L'industrie pourrait prêter son appui aux études sur la mise au point de technologies appropriées, dans les domaines tant des instruments que des vaccins.

8. MOBILISATION DE RESSOURCES

Lorsqu'elle a mis sur pied le Programme PDH, l'OMS savait que sa réalisation nécessiterait des ressources extrabudgétaires en raison tant du choix du moment de sa création par rapport au cycle budgétaire que des difficultés financières globales de l'Organisation.

Les membres du groupe ont reconnu la nécessité d'explorer toutes les sources possibles de financement, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'OMS. Un poste de directeur de programme et un soutien administratif se placent au premier rang des priorités. Compte tenu des aspects techniques spécialisés du programme, le groupe a estimé que son directeur devrait être un spécialiste de la surdité et de la déficience auditive. Il a été proposé d'explorer les possibilités suivantes :

- a) Fonds du budget ordinaire.
- b) Fonds extrabudgétaires.
- c) Détachement d'un expert approprié par un pays ou une institution intéressé(e).

En ce qui concerne les activités programmatiques, la Fédération internationale des Sociétés oto-rhino-laryngologiques, son agence et d'autres organisations devront mobiliser des ressources. Il faudra également poursuivre la recherche de fonds bilatéraux, tant par l'intermédiaire de l'OMS que directement entre pays.

9. COLLABORATION AVEC CERTAINS PARTENAIRES ET PARTENARIAT

i) Une collaboration du Programme PDH avec d'autres unités techniques et programmes de l'OMS (lutte contre les infections respiratoires aiguës (ARI), santé des personnes âgées, réadaptation, santé maternelle et infantile, médecine du travail, etc.) pourrait présenter un intérêt mutuel et favoriser la réalisation d'objectifs communs. Le programme de l'ARI a pour mission principale de prévenir et de maîtriser les infections respiratoires aiguës de l'enfant. Il vise spécifiquement la pneumonie dans l'enfance, particulièrement dans les pays où le taux de mortalité infantile dépasse 40 décès pour 1000 naissances vivantes. Or, une prise en charge adéquate des infections aiguës des voies respiratoires supérieures est susceptible d'abaisser l'incidence des séquelles de l'otite moyenne aiguë telles que la perte auditive. Le programme de l'ARI a préparé un manuel (WHO/ARI/90.5), adopté par 30 pays, sur la prise en charge de l'otite moyenne aiguë dans les petits hôpitaux des pays en développement. Il a également mis au point des pneumo-otoscopes de faible coût, distribués par l'UNICEF. Le groupe s'est félicité des initiatives prises par ce programme pour lutter contre l'otite moyenne aiguë. Il a estimé que des liens étroits entre le Programme PDH et l'unité de l'ARI, particulièrement au niveau du terrain, revêteraient une importance critique dans les pays à forte incidence d'otites moyennes aiguës.

ii) IMPACT est une initiative internationale lancée conjointement en 1981 par le PNUD, l'UNICEF et l'OMS pour lutter contre les incapacités évitables. Les handicaps évitables d'origine sensorielle sont l'un de ses champs d'action prioritaires, et la prévention de la surdité ainsi que des déficiences auditives entrent très exactement dans son champ d'intérêt et d'activités. La stratégie d'IMPACT met l'accent sur la participation communautaire, l'engagement du secteur privé et la collaboration étroite avec les organisations tant gouvernementales que non gouvernementales, ainsi qu'avec les institutions des Nations Unies parrainantes. Des relations étroites avec le Programme PDH sont envisagées pour l'évaluation des besoins, le soutien technique et la mobilisation des ressources; la mise en oeuvre des activités s'enrichira ainsi d'une complémentarité mutuelle.

iii) Les organisations non gouvernementales, tant nationales qu'internationales, ont un rôle capital à jouer dans la sensibilisation des décideurs politiques aux incidences et aux effets des pertes auditives évitables, ainsi qu'à la nécessité absolue de les prévenir. Ces organisations non gouvernementales - professionnelles ou non - sont particulièrement bien placées non seulement pour mobiliser des ressources pour les activités programmatiques, mais aussi pour assurer la promotion.

La Fédération internationale des Sociétés oto-rhino-laryngologiques ainsi que son agence et d'autres organisations similaires s'intéressent particulièrement au programme et devraient renforcer leur collaboration avec le Programme OMS à tous les niveaux de l'Organisation.

10. CHAMPS D'ACTION PRIORITAIRES

Le groupe a estimé que la perte auditive d'origine neuro-sensorielle constitue, dans le domaine considéré, le principal problème au niveau mondial. Cependant, les déficits de transmission consécutifs à des infections restent un problème majeur dans les pays en développement, particulièrement là où les services de soins de santé sont insuffisants et où les conditions socio-économiques et environnementales prédisposent à ce type d'infections. En pareil cas, priorité devrait être conférée à la prévention et à la maîtrise de l'otite moyenne aiguë.

Dans les pays de ce type, il existe déjà une importante population atteinte d'otites moyennes chroniques consécutives à des otites moyennes aiguës non traitées ou incorrectement prises en charge et justiciable d'un traitement chirurgical et d'une correction auditive. Les moyens disponibles à cet effet sont souvent limités. Dans les pays en développement, leur renforcement serait prioritaire.

Il importe d'intensifier dans le monde entier les efforts visant au dépistage précoce et à la prise en charge appropriée de toutes les formes de perte auditive d'origine neuro-sensorielle. A cet effet il conviendrait d'identifier les sujets à risque, et de mettre en place des méthodes de criblage adéquates ainsi que des moyens d'évaluation diagnostique et de réadaptation des déficits auditifs. L'idéal serait d'instituer un dépistage des nouveau-nés à risque, des enfants d'âge préscolaire et des adultes exposés à des niveaux sonores dangereux.

En raison de la concurrence pour l'obtention de ressources et du caractère limité de ces dernières, certaines des activités citées sont plus facilement réalisables à court terme dans les pays développés que dans ceux en développement. Lors de l'élaboration de plans nationaux d'action, il conviendra toutefois de se souvenir de leur importance au regard de l'objectif global de la réduction des troubles de la communication, même dans les pays en développement.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

La déficience auditive constitue l'incapacité sensorielle la plus courante et l'ouïe est le sens dont dépend la communication parlée. Tout trouble dans ce domaine a donc des incidences d'une grande portée, sociale, économique et concernant la qualité de la vie.

On considère qu'environ la moitié des handicaps auditifs - d'origine neuro-sensorielle, de transmission ou mixte - sont évitables. Des stratégies de prévention ont été définies et sont réalisables en tant que partie intégrante des soins de santé primaires.

STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

1. Le Programme OMS de Prévention de la Surdité et de la Déficience auditive (PDH) est issu des préoccupations de l'ensemble des Etats Membres de l'OMS, lesquels ont reconnu la possibilité de prévenir et de maîtriser ce problème. Sous sa forme actuelle, il relève de la Division de la Protection et de la Promotion de la Santé (HPP); au point de vue gestionnaire, il est relié au Programme de Prévention de la Cécité (PBL). Eu égard aux besoins et aux problèmes particuliers auxquels s'adresse PDH, il est fortement recommandé de le constituer dès que possible en programme indépendant doté d'une identité propre.
2. Pour pouvoir poursuivre le développement de ses activités, le programme a besoin d'urgence d'un personnel à plein temps. Il est donc vivement recommandé que toutes les possibilités soient envisag es, à titre prioritaire, pour mobiliser les fonds nécessaires à la création au Siège d'un poste de directeur du programme, doté du soutien administratif nécessaire.

EVALUATION EPIDEMIOLOGIQUE

3. Une analyse globale des données épidémiologiques disponibles sur l'ampleur et les causes des déficiences auditives s'impose. Il est recommandé d'entreprendre cette tâche par le truchement du réseau de centres collaborateurs OMS, en collaboration avec d'autres institutions int ress es.
4. Des méthodologies comparables sont nécessaires pour évaluer les aspects épidémiologiques des déficits auditifs et de leurs causes. Il est recommandé de les élaborer dès que possible, en collaboration avec des institutions et organisations int ress es, sans omettre la mise au point de matériels didactiques appropriés pour l'évaluation sur le terrain.

5. Il est recommandé de créer une base mondiale de données sur la surdité et les déficiences auditives. Sa mise sur pied pourra être confiée à l'OMS ou à un centre collaborateur qui communiquera, sur demande, des informations à jour et publiera des rapports à intervalles réguliers.

LES SOINS DE L'APPAREIL AUDITIF EN TANT QUE PARTIE INTEGRANTE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

6. Les systèmes de soins fondés sur le principe des soins de santé primaires (SSP) se prêtent facilement à la prestation de soins primaires de l'appareil auditif à caractère éducatif, prophylactique et clinique. En raison des variations dans la structure et le degré de développement atteint par le système de SSP dans les différents pays, il est recommandé de définir et de développer le concept de la prestation de soins primaires de l'appareil auditif dans le contexte de chaque situation locale.

DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

7. Il existe une grave pénurie de personnels professionnels capables de procéder à des tests de l'audition ainsi que d'assurer l'enseignement aux malentendants et leur réadaptation. Il est donc recommandé de mettre en place des programmes de formation en audiologie, en pathologie du langage et en éducation spécialisée, aux niveaux tant professionnel que technique, en plaçant initialement l'accent sur les besoins de l'Europe centrale et orientale ainsi que des pays en développement.
8. Les conférences tant nationales qu'internationales d'oto-laryngologie et de disciplines connexes devraient faire une large place à la prévention de la surdité et de la déficience auditive, de manière à sensibiliser les professionnels à cette cause et à favoriser leur engagement.
9. Une bonne part des activités de prévention et de prise en charge des maladies de l'oreille et des pertes auditives pourrait être assurée par les professionnels existants de la santé, à condition que des directives et une formation appropriées leur soient fournies. Il est donc recommandé d'organiser des cours de formation et de perfectionnement dans le domaine des soins primaires de l'appareil auditif à l'intention des pourvoyeurs de soins tels que les infirmières, les médecins généralistes et les pédiatres.

DEVELOPPEMENT DE PROGRAMMES NATIONAUX

10. La formulation d'une politique et d'un programme nationaux pourraient constituer la condition préalable de la mise en oeuvre des activités conçues pour prévenir les déficiences auditives. Il est recommandé de formuler des principes directeurs pour faciliter cette mise au point de programmes nationaux. Les organisations intergouvernementales et non gouvernementales devraient appuyer ces efforts.

MOBILISATION DE RESSOURCES

11. Le programme a besoin d'urgence de fonds qui lui permettent de développer ses activités. Il est donc recommandé que la Fédération internationale des Sociétés oto-rhino-laryngologiques mobilise, en consultation avec d'autres organisations non gouvernementales et entités diverses, les ressources nécessaires pour lancer cette action.

COORDINATION

12. Le programme mondial en cours d'élaboration nécessite une coopération entre l'OMS - en qualité d'organe coordonnateur - et des associations professionnelles dans le monde entier. Il est donc recommandé qu'une coopération et une communication étroites soient maintenues entre les unités compétentes de l'OMS, la Fédération internationale des Sociétés oto-rhino-laryngologiques, son agence et d'autres parties intéressées.

FIXATION DES PRIORITES

13. La perte auditive d'origine neuro-sensorielle constitue la principale cause de surdité et de troubles de l'audition dans le monde, tant chez l'enfant que chez l'adulte. Environ la moitié des cas sont évitables. Il est donc recommandé de prendre des mesures dans ce domaine. Dans les pays en développement, on observe en outre de très nombreux cas de déficits auditifs consécutifs à des infections de l'oreille. L  où ce problème se pose, il conviendra donc d'affecter en priorité les ressources disponibles à la prévention et à la prise en charge précoce de ces maladies.

CENTRES

14. Il est recommandé de mettre progressivement en place un réseau mondial d'institutions de soutien au Programme OMS.

RECHERCHE

15. Il importe de conduire d'urgence des travaux de recherche sur une vaste gamme de problèmes liés au Programme PDH. Il est recommandé de s'inspirer des priorités définies dans le présent rapport et de rechercher le soutien d'institutions int ress es.

ANNEXE 1

LISTE DES PARTICIPANTS

Professor P. W. Alberti, Department of Otolaryngology, Faculty of Medicine,
200 Elizabeth Street, 7-219 Eaton North, Toronto, Ontario M5G 2C4, Canada (Président)

Professor Y. P. Kapur, Division of Otolaryngology, Department of Surgery, Michigan State
University, B424 Clinical Center, East Lansing, Michigan 48824-1315, Etats-Unis
d'Amérique (Vice-Président)

Dr S. Prasansuk, Otological Centre, Bangkok Unit, Department of Oto-Rhino-Laryngology,
Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700, Thaïlande
(Centre collaborateur OMS)

Dr A. Smith, Hearing Impairment Research Group, Department of International Community
Health, Liverpool School of Tropical Medicine, Pembroke Place, Liverpool L3 5QA,
Royaume-Uni (Centre collaborateur OMS - désignation attendue)

Dr J. B. Snow, National Institute on Deafness and Other Communication Disorders,
Building 1, Room 201, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland 20892,
Etats-Unis d'Amérique

REPRESENTANTS DE LA FEDERATION INTERNATIONALE DES SOCIETES OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUES

Dr J. J. Barajas, Perez de Rozas N° 8, Santa Cruz, Ténériffe, Iles Canaries

Professor G. Grisanti, President, International Association of Physicians in Audiology,
Department of Audiology, University of Palermo, Policlinico, via del Vespro,
90127 Palerme, Italie

Professor T. Lundborg, Président du Comité permanent et Président de l'Agence de la
Fédération internationale des Sociétés oto-rhino-laryngologiques, Ringen 11,
S-182 74 Stocksund, Suède

Professeur A. Muller, avenue de la Gare 6, 1003 Lausanne, Vaud, Suisse

Professeur A. Quaranta, Département d'Oto-rhino-laryngologie, Université de Bari,
70124 Bari, Italie

Professor O. Ribari, Chairman, Department of Oto-Rhino-Laryngology, Head and Neck
Surgery, Semmelweis University Medical School, Szigony u. 36, Postbox 109, Budapest,
Hongrie 1431

Dr A. Salmivalli, Department of Audiology, Turku University Hospital, Turku, Finlande

Mr H. Seitsonen, Kuulolaitekeskus Oy, Espoo, Finlande

Dr M. Sorri, Head, Hearing Centre, Department of Otolaryngology, Oulu University Central
Hospital, Oulu, Finlande

REPRESENTANTS D'IMPACT

Mr A. Rotival, Directeur, Initiative internationale contre les Invalidités évitables (IMPACT), aux bons soins de l'Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse

Mlle C. Davis, Directeur adjoint, IMPACT, aux bons soins de l'Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse

SECRETARIAT

Dr H. Campbell, Médecin, Lutte contre les Infections respiratoires aiguës, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse

Dr R. Pararajasegaram, Médecin, Programme de Prévention de la Cécité, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse

Dr B. Thylefors, Directeur par intérim, Programme de Prévention de la Surdité et de la D ficiency auditive, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse
(Secrétaire)

ANNEXE 2

ALLOCUTION INAUGURALE DU DR N. P. NAPALOV
SOUS-DIRECTEUR GENERAL

Mesdames, Messieurs,

Au nom du Dr Nakajima, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, je suis heureux de vous souhaiter la bienvenue à Genève et de vous remercier d'avoir accepté notre invitation à prendre part à la réunion de ce groupe de travail informel sur la planification du Programme de Prévention de la Surdité et de la D ficiency auditive.

Cette réunion a lieu à un moment particulièrement opportun de l'évolution et des activités tendant à mettre sur pied des programmes nationaux de prévention de la surdité dans plusieurs pays en développement, notamment en Asie. Le rôle potentiel des organisations non gouvernementales est capital dans ce contexte, et tant les pays concernés que l'Organisation et d'autres organismes techniques souhaitent vivement poursuivre la collaboration dans ce domaine.

Le Programme de Prévention de la Surdité et de la D ficiency auditive est issu de la résolution WHA38.19, adopt e en 1985 par l'Assemblée mondiale de la Santé, qui cherchait à donner un aperçu du problème au niveau mondial. En 1987, la Quarantième Assemblée mondiale de la Santé a fait un pas de plus en approuvant un rapport mis à jour pour servir de base à l'action de l'OMS. Ce document évaluait à 42 millions au moins le nombre des personnes atteintes dans le monde d'un déficit auditif modéré, sévère ou profond. Il cernait en outre les principales causes possibles de perte auditive et soulignait la nécessité d'un renforcement de l'action tant préventive que curative.

Toutefois, la création du Programme de Prévention de la Surdité et de la D ficiency auditive s'est heurt e à un problème majeur, à savoir la situation financière puisqu'il n'a été possible de lui réserver dans le budget ordinaire qu'un montant symbolique. Il ne pourra donc déployer les activités prévues que dans la mesure où des ressources extrabudgétaires seront mises à sa disposition et cette situation se maintiendra pendant toute la durée du Huitième Programme de Travail de l'OMS, c'est-à-dire jusqu'en 1995. Les difficultés rencontr es dans la recherche de fonds extrabudgétaires pour ce programme expliquent la lenteur de son démarrage et le caractère apparemment limité de ses activités. Cependant, tout le travail administratif de base a été effectué. Le programme dispose d'un plan à moyen terme, d'un tableau consultatif d'experts et de l'amorce d'un réseau de centres collaborateurs.

A présent, il s'agit bien évidemment de lancer des opérations, de faire connaître le programme aux Etats Membres et de réaliser les préparatifs nécessaires pour pouvoir présenter aux pays intéressés une stratégie et une méthodologie programmatiques pratiques. Il faudra beaucoup travailler au cours des prochaines années si l'on veut atteindre l'objectif fixé, à savoir la mise en route d'au moins 20 programmes nationaux d'ici 1995.

Dans ce contexte, il faudra s'attaquer aux problèmes suivants :

- Mise au point de méthodes et de techniques d'évaluation permettant d'obtenir des données appropri es sur le problème de la surdité et de ses diverses causes dans une variété de contextes.
- Définition, sous l'angle de la gestion pratique, du contenu d'un système de soins primaires de l'appareil auditif dans les pays en développement.

- Détermination des besoins et des possibilités en matière de développement des personnels.
- Enfin - et ce n'est pas là le moins important - préparation d'un modèle approprié pour les services de soins de l'appareil auditif à divers échelons.

Toutes ces composantes devront ensuite être intégrées au concept d'un programme national de prévention reposant sur les soins de santé primaires et adapté aux besoins et aux ressources locales. La tâche est loin d'être facile et il n'existe pas de solutions simples à certains des problèmes qui se posent.

La présente réunion a pour objet de servir de cadre à des discussions entre parties intéressées en vue de la planification du Programme. Comme il s'agit de l'une des premières réunions de groupe de travail pour ce programme, vous devrez naturellement faire le point des activités passées et de la situation actuelle de PDH, puis assigner des tâches spécifiques en vue d'une action prioritaire. A l'évidence, les fonds très limités disponibles ne permettront pas de tout faire immédiatement. Nous espérons toutefois que les centres collaborateurs et des organisations telles que la Fédération internationale des Sociétés oto-rhino-laryngologiques seront en mesure de partager avec nous la charge de travail.

Au point de vue administratif, le Programme PDH sera pour l'instant géré conjointement avec le Programme de Prévention de la Cécité dans le cadre de la Division de la Protection et de la Promotion de la Santé, de création récente. Ce Programme PDH conservera son identité; il y a lieu d'espérer qu'il se fera la réputation d'un programme qui mérite la coopération technique des Etats Membres et le soutien de donateurs intéressés. De la manière dont il y réussira au cours des prochaines années dépendront la visibilité et la priorité conférées à la surdité et à la déficience auditive dans les pays en développement, où la concurrence est de plus en plus vive pour l'obtention de ressources qui ne cessent de s'amenuiser.

Votre réunion devrait déboucher sur un rapport contenant vos conclusions et recommandations, destinées à servir de principes directeurs pour l'avenir. Nous attendons avec un vif intérêt les résultats de vos travaux qui revêtiront une grande importance dans la mise en forme de ce nouveau programme.

J'exprime le voeu que vos efforts des quatre prochains jours soient couronnés de succès et je vous souhaite un agréable séjour à Genève.

Merci de votre attention.

PORTEE ET OBJECTIFS

Bien qu'on manque de données précises, on estime à 42 millions le nombre des personnes souffrant dans le monde de déficiences auditives, modérées à profondes (perte d'audition correspondant à 42 dB ou plus).

Les déficits auditifs et la surdité représentent donc l'un des principaux problèmes de santé publique dans le monde. Ils sont largement évitables, ce qui rend la prévention et le traitement impératifs.

Le Programme de Prévention de la Surdité et de la Déficience auditive (PDH) a pour objectif déclaré de :

"Promouvoir le développement des technologies, l'éducation pour la protection de l'audition et le renforcement des services en vue de la prévention de la surdité et de la déficience auditive, compte tenu des particularités des systèmes nationaux de soins de santé."

A ce stade initial du programme global, il faut tenter de résoudre divers problèmes pertinents pour la formulation des politiques et des programmes : définitions opérationnelles des déficits auditifs dans le cadre de programmes à orientation communautaire, méthodes d'évaluation, stratégies de prévention et techniques d'intervention. Il conviendra, par ailleurs, de traiter des questions programmatiques et notamment du développement des ressources humaines, de la mise en place d'une infrastructure, de la réalisation du programme, de la collaboration avec des organisations non gouvernementales, de la mobilisation de ressources et de la définition des besoins en recherche.

Le présent groupe de travail informel devra donc étudier ces problèmes prioritaires, tout en planifiant les activités futures et la coordination des activités dans ce domaine.

ORDRE DU JOUR

Ouverture de la réunion

Election du Bureau

Adoption de l'ordre du jour

1. Données sur les déficits auditifs :
 - statistiques existantes sur la prévalence et les causes des déficits auditifs
 - définition des degrés de déficit
 - techniques et méthodes d'évaluation
 - base mondiale de données
2. Soins primaires de l'appareil auditif : concepts et évolution actuelle
3. Problèmes de développement des personnels, y compris la préparation de matériels pédagogiques
4. Formulation et développement de programmes nationaux
5. Besoins et opportunités en matière de recherche
6. Mobilisation de ressources
7. Coordination des activités du programme
8. Champs d'action prioritaires :
 - dans les pays en développement
 - dans les pays développés

Conclusions et recommandations

Clôture de la réunion

* * *