



Les maladies respiratoires dans le monde

Les réalités d'aujourd'hui - Les perspectives pour l'avenir

Forum des sociétés pulmonaires internationales



Les maladies respiratoires dans le monde

Les réalités d'aujourd'hui - Les perspectives
pour l'avenir

Forum des sociétés pulmonaires internationales



Les maladies respiratoires dans le monde **Les réalités d'aujourd'hui - Les perspectives pour l'avenir**

ISBN: 978-1-84984-056-9; e-ISBN: 978-1-84984-057-6

Édité et composé par l'Office des publications de la Société Respiratoire Européenne, 442 Glossop Road, Sheffield, S10 2PX, Royaume-Uni.

Crédits l'image

Page couverture. Foule tentant de toucher un globe. ©Martin Barraud, Getty Images.

Pages 8/9. Parler à la mère d'un patient atteint de tuberculose. ©WHO/TBP/Gary Hampton, offert par World Lung Foundation.

Page 11. Homme souffrant de la MPOC. ©Christine Schmid, Creatim.

Page 13. Jeune homme avec chambre d'inhalation et inhalateur. ©LHIL/Gary Hampton, offert par World Lung Foundation.

Page 15. Quatre enfants au Mozambique. Le premier enfant, admis pour une pneumonie, est traité avec de l'oxygène. ©2006 Quique Bassat, offert par Photoshare.

Page 17. Patient souffrant de la tuberculose avec un masque. ©WHO/TBP/Davenport, offert par World Lung Foundation.

Page 19. Un homme fume une cigarette devant son domicile dans un village urbain à Jakarta, en Indonésie. ©2011 Colin Boyd Shafer, offert par Photoshare

Pages 24/25. Bébé pleurant. ©Christine Schmid, Creatim. Diffusion de médicaments. ©George Tsereteli/USAID. Pollution de l'air intérieur provenant de la cuisson. ©LHIL/Gary Hampton, offert par World Lung Foundation. Immunisation. ©Christine Schmid, Creatim. Alimentation saine. ©Pacopole/iStockphoto. Formation de professionnels de la santé respiratoire. ©Christopher Black/WHO. Scientifique travaillant pour le Centers for Disease Control (centre américain de contrôle et de prévention des maladies) examinant un flacon de culture contenant des cellules épithéliales (MDCK), et recherchant tout signe de croissance dans un stock de virus de la grippe. ©James Gathany, offert par Public Health Image Library.

Pages 24/29. Dans le cadre du programme de vaccination universelle, un travailleur de la santé publique administre un vaccin dans un centre de santé primaire dans un village du sud de l'Inde. ©2008 R. Rakshith Prasad, offert par Photoshare.

©2013 European Respiratory Society, au nom du Forum des sociétés pulmonaires internationales.

Tout le matériel (à l'exception des images créditées ci-dessus) est protégé par le Forum des sociétés pulmonaires internationales et ne peut être reproduit d'aucune manière, y compris par voie électronique, sans l'autorisation expresse du Forum des sociétés pulmonaires internationales.

Les demandes d'autorisations doivent être adressées à permissions@ersj.org.uk



Table des matières

Avant-propos	4
Préface: Forum des sociétés pulmonaires internationales (FIRS)	5
Introduction	6
Les principaux cinqs	8
MPOC	10
Asthme	12
Infections aiguës des voies respiratoires	14
Tuberculose	16
Cancer du poumon	18
Que peut-on faire pour lutter contre les maladies respiratoires ?	20
Résumé	23
Recommandations	24
Références	26
Remerciements	30
Appendice: Informations sur les membres et les participants observateurs du FIRS	31



Avant-propos

Lorsque nous sommes en bonne santé, nous tenons notre respiration pour acquise, nous n'apprécions jamais pleinement que nos poumons sont des organes essentiels à la vie. Toutefois, lorsque notre santé pulmonaire est altérée, rien d'autre ne compte que notre respiration. Il s'agit de la douloureuse réalité de ceux qui souffrent d'une maladie pulmonaire, qui affecte des personnes de tous les âges dans tous les coins du monde. Les maladies pulmonaires tuent des millions de personnes et causent des souffrances pour des millions d'autres. Les menaces contre la santé de nos poumons sont partout, et elles commencent à un âge précoce, lorsque nous sommes plus vulnérables. Heureusement, la plupart de ces menaces sont évitables et leurs conséquences sont traitables. En agissant maintenant, nous pouvons sauver des vies et prévenir de la souffrance dans le monde entier.

Le Forum des sociétés pulmonaires internationales (FIRS) est composé des principales sociétés respiratoires internationales au monde. Le but du FIRS est d'unifier et de renforcer les efforts visant à améliorer la santé pulmonaire dans le monde entier. Le but de ce document est d'informer, de sensibiliser et d'aider les partisans de la protection et de l'amélioration de la santé respiratoire. Il illustre l'ampleur des maladies respiratoires et les menaces contre la santé pulmonaire à travers le monde. Il n'est pas destiné à être un manuel exhaustif, mais plutôt un guide mettant l'accent sur les maladies les plus préoccupantes au présent. Il décrit des approches pratiques pour combattre les menaces à la santé respiratoire et des stratégies éprouvées pour améliorer considérablement les soins que nous fournissons aux personnes atteintes de maladies respiratoires dans le monde entier. Le document demande l'amélioration des politiques, des systèmes et de la prestation des soins de santé, en plus de donner une orientation pour la recherche future. En bref, il décrit comment faire une différence positive dans le secteur mondial de la santé respiratoire.

Nous souhaitons remercier toutes les personnes impliquées dans le développement de ce travail, en particulier Don Enarson et ses collègues qui composent le comité de rédaction. Nous tenons également à exprimer notre sincère gratitude à Dean Schraufnagel pour son examen attentif et expert. Nous avons l'intention de mettre à jour ce document régulièrement, et de recueillir des commentaires et des suggestions pour l'améliorer.

Au nom de ceux qui souffrent de maladies respiratoires et de ceux qui ont un risque de maladie respiratoire dans l'avenir, nous demandons votre aide pour faire une différence et un impact positif sur la santé respiratoire dans le monde.

Darcy Marciniuk, FIRS Chair 2013
American College of Chest Physicians (ACCP)

Arth Nana
Asian Pacific Society of Respirology (APSR)

Klaus Rabe
European Respiratory Society (ERS)

Heather Zar
Pan African Thoracic Society (PATS)

Tom Ferkol
American Thoracic Society (ATS)

Maria Montes de Oca
Asociación Latinoamericana de Tórax (ALAT)

Nils Billo
L'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires (L'Union)



FORUM DES SOCIÉTÉS PULMONAIRES INTERNATIONALES (FIRS)

Partout dans le monde, les spécialistes se réunissent pour créer des sociétés, mettant leur expertise en commun pour élaborer des politiques, des directives thérapeutiques et des recommandations sur les meilleures pratiques de lutte contre les maladies dans leur domaine. Lors des réunions de leurs sociétés, les leaders mondiaux possédant le plus de connaissances partagent et discutent de leurs dernières découvertes sur la nature, la prévalence, le fardeau, les causes, la prévention, le contrôle et le traitement de ces maladies.

Les sociétés respiratoires internationales ont formé un collectif en 2001, nommé le Forum des sociétés pulmonaires internationales (FIRS), pour souligner l'importance des maladies respiratoires pour la santé et la prospérité mondiales. Les journaux de ces sociétés publient la grande majorité des percées scientifiques respiratoires dans le monde. Leurs réunions annuelles offrent une tribune pour presque toutes les recherches dans le domaine. Leurs événements éducatifs enseignent ou forment la majorité des spécialistes respiratoires. Leurs membres comprennent plus de 70 000 professionnels qui consacrent leur vie professionnelle à certains aspects de la santé ou des maladies respiratoires.

Le but de chacune des sociétés FIRS est de promouvoir la santé respiratoire. Le but du FIRS est de parler d'une seule voix pour promouvoir la santé respiratoire dans le monde entier. Les sociétés membres du FIRS sont constituées des chefs de file mondiaux en matière de santé respiratoire et ils parlent pour l'ensemble du domaine. Les membres de ces sociétés couvrent le monde et touchent la plupart des personnes souffrant de maladies respiratoires graves. FIRS, ses sociétés, leurs membres et les patients qu'ils servent représentent des millions de voix harmonisées en une seule, appellent à l'action pour réduire, prévenir, guérir et contrôler le terrible fardeau des maladies respiratoires.

Darcy Marciniuk

Présidente, American College of Chest Physicians (ACCP)

Présidente, FIRS 2013

Arth Nana

Président, Asian Pacific Society of Respirology (APSR)

Francesco Blasi

Président, European Respiratory Society (ERS)

Heather Zar

Présidente, Pan African Thoracic Society (PATS)

Monica Kraft

Présidente, American Thoracic Society (ATS)

Maria Montes de Oca

Présidente, Asociacion Latinoamericana de Torax (ALAT)

E. Jane Carter

Président, L'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires (L'Union)



Introduction

Les maladies respiratoires entraînent un immense fardeau pour la santé dans le monde entier. On estime que 235 millions de personnes souffrent d'asthme [1], plus de 200 millions de personnes souffrent de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), 65 millions souffrent de façon modérée ou sévère de la MPOC [2], 1-6 % de la population adulte (plus de 100 millions de personnes) fait l'expérience de troubles respiratoires du sommeil [3], 8,7 millions de personnes par an développent la tuberculose (TB) [4], des millions vivent avec de l'hypertension pulmonaire [3] et plus de 50 millions de personnes sont aux prises avec des maladies pulmonaires professionnelles, totalisant plus de 1 milliard de personnes souffrant de maladies respiratoires chroniques [5]. Au moins 2 milliards de personnes sont exposées aux effets toxiques de la consommation de carburant de la biomasse, 1 milliard sont exposées à la pollution de l'air extérieur et 1 milliard sont exposées à la fumée de tabac. Chaque année, 4 millions de personnes meurent prématurément de maladies respiratoires chroniques [5].

Les nourrissons et les jeunes enfants sont particulièrement sensibles. Neuf millions d'enfants de moins de 5 ans meurent chaque année et les maladies pulmonaires sont les causes les plus fréquentes de ces décès. La pneumonie est la principale cause de mortalité des jeunes enfants [6]. L'asthme est la maladie chronique la plus fréquente, touchant environ 14% des enfants dans le monde, et ce nombre est à la hausse [7].

La MPOC est la quatrième cause de décès dans le monde et les nombres augmentent [8]. Le cancer mortel le plus fréquent dans le monde est le cancer du poumon, qui tue plus de 1,4 million de personnes chaque année [9], et les nombres augmentent. Les infections des voies respiratoires causées par la grippe tuent 250 000 à 500 000 personnes et coûtent entre 71 et 167 milliards de dollars par an [10].

Les infections respiratoires sont classées comme le plus grand contributeur à la charge globale de maladie dans le monde, mesurée en année de vie ajustée en fonction de l'incapacité (DALY) perdue, qui estime la quantité de vie active et productive perdue en raison d'une condition. Le fardeau DALY est composé de deux mesures: les années de vie perdues (YLL), qui est le nombre d'années de vie potentielles perdues à la personne par leur mort prématurée et les années vécues avec une incapacité (YLD), qui est le nombre d'années de vie avec handicap. Le DALY est calculé en additionnant YLL et le YLD. Cette mesure est parfois nommée le fardeau de la maladie.

Aucun organe n'est plus vital et aucun organe n'est plus vulnérable que le poumon. Être incapable de respirer est l'une des sensations les plus pénibles qu'une personne peut ressentir. Les poumons sont le plus grand organe dans le corps et le seul organe interne qui est exposé en permanence à l'environnement extérieur. Toute personne qui respire est vulnérable aux agents infectieux et toxiques présents dans l'air. Bien que les maladies respiratoires entraînent la mort dans toutes les régions du monde et dans toutes les classes sociales, certaines personnes sont plus vulnérables aux expositions environnementales que les autres.

Au cours des dernières décennies, la médecine moderne a augmenté la longueur et la qualité de vie dans la plupart des pays, même si l'évolution des modes de vie et les infections, comme le VIH, ont créé de nouveaux défis. Au même moment, l'augmentation des coûts des soins de santé a menacé la santé financière de nombreuses nations, et l'effort nécessaire pour soigner les malades et les mourants affecte la productivité nationale. Il est maintenant clair que le développement économique d'un pays est étroitement lié à la santé de ses citoyens. Une mauvaise santé, à la fois individuelle et publique, ainsi que le manque d'éducation et le manque d'une structure politique favorable, constituent des obstacles majeurs au développement d'un pays et sont les racines de la pauvreté. Une mauvaise santé appauvrit les nations et la pauvreté entraîne une mauvaise santé, en partie liée à un accès insuffisant à des soins de santé de qualité. Encore plus inquiétant est l'énorme souffrance causée par la maladie. Les plus défavorisées souffrent le plus en raison de la mauvaise santé.

La plupart des plus grandes causes de la charge de la mauvaise santé sont les soi-disant « maladies non transmissibles » (MNT), qui incluent l'asthme, la MPOC et les cancers. Avec cette prise de conscience, en 2011, les Nations Unies ont convoqué une réunion de haut niveau sur les maladies non transmissibles pour élaborer un plan global pour la prévention et le contrôle [11]. Le FIRS a fait partie de cet effort. Il croit fermement que l'investissement dans la santé publique verse des dividendes à bien des égards.

Les dépenses de soins de santé pour les maladies respiratoires sont une charge croissante sur les économies de tous les pays. Par exemple, le coût annuel de l'asthme aux États-Unis est estimé à 18 milliards de dollars [12]. Si l'on considère la perte de productivité des membres de la famille et d'autres personnes qui s'occupent de ces personnes, le coût pour la société est beaucoup plus élevé.





LES PRINCIPAUX

5

Cinq troubles respiratoires représentent un lourd fardeau pour la société. Ce sont: 1) la MPOC; 2) l'asthme; 3) les infections respiratoires aiguës; 4) la TB et 5) le cancer du poumon.



Portée de la maladie

La MPOC touche plus de 200 millions de personnes et est la quatrième cause de décès dans le monde [5]. La MPOC est la seule maladie grave dont la prévalence augmente dans le monde entier et sur tous les continents [13-15]. De plus, les études montrent que le sous-diagnostic varie de 72 à 93 %, ce qui est plus élevé que celui rapporté pour l'hypertension, l'hypercholestérolémie et les troubles similaires. L'erreur de diagnostic est également commune [16].

Le facteur le plus important menant au développement de la MPOC est le tabagisme. La fumée du tabac entraîne la destruction des tissus pulmonaires et une obstruction des petites voies aériennes, conduisant à l'emphysème et la bronchite, qui sont les principales maladies de la MPOC.

La fumée à l'intérieur, l'exposition professionnelle par inhalation à travers l'agriculture, l'exploitation minière, la construction, le transport et la fabrication présentent des risques pour la MPOC partout dans le monde. D'autres risques pour la MPOC comprennent les syndromes génétiques, comme le déficit $\alpha 1$ -antitrypsine, la pollution de l'air extérieur et d'autres maladies qui impliquent les voies respiratoires, comme l'asthme chronique et la tuberculose [17]. L'exposition à la fumée pendant l'enfance peut prédisposer au développement d'une maladie pulmonaire chronique à l'âge adulte [18].

Prévention

La réduction du tabagisme est la première et la plus importante priorité lors de la prévention de la MPOC. Cette mesure permettra également de réduire considérablement la morbidité et la mortalité d'autres maladies pulmonaires. Les cheminées de cuisinières et autres appareils qui réduisent l'exposition à la fumée à l'intérieur réduisent le risque d'infections respiratoires chez les enfants et, potentiellement, l'incidence de la MPOC chez les non-fumeurs, en particulier les femmes. Contrôler l'exposition professionnelle aux poussières et fumées aura des retombées importantes pour réduire le fardeau de la MPOC.

Traitement

La spirométrie est nécessaire pour le diagnostic clinique de la MPOC, pour éviter les erreurs de diagnostic et pour évaluer la sévérité de la limitation du flux d'air. L'identification et la réduction de l'exposition aux facteurs de risque sont essentielles pour prévenir et traiter la maladie et éviter les autres facteurs déclenchants et la pollution de l'air est importante. Toutes les personnes qui fument devraient être encouragées à arrêter. Les bronchodilatateurs inhalés sont les principaux médicaments qui aident ces patients. Un traitement à long terme avec des corticostéroïdes inhalés ajoutés aux bronchodilatateurs à longue durée d'action peut aider les patients avec des exacerbations fréquentes et des obstructions plus graves des voies respiratoires.

Les patients avec de faibles niveaux d'oxygène dans le sang peuvent avoir besoin d'oxygène supplémentaire. Le maintien de la condition physique est essentiel parce que la difficulté à respirer peut conduire à un manque d'activité et un déconditionnement ultérieur. Par conséquent, la réadaptation pulmonaire basée sur des exercices est importante pour la plupart des personnes atteintes de MPOC. Le traitement des maladies coexistantes peut prolonger la vie de nombreux patients. La vaccination contre la grippe saisonnière peut réduire le risque d'exacerbations sévères provoquées par la grippe.

La Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) est une organisation qui a formulé des recommandations sur la gestion de la MPOC et a guidé de nombreux programmes nationaux et internationaux [5]. Malgré la disponibilité de lignes directrices, plusieurs études ont montré que la MPOC est sous-traitée pendant son stade précoce ainsi que lors de son stade avancé. En Amérique latine, environ un quart des personnes atteintes de MPOC ont été traitées conformément à ces normes [19].

Contrôle ou élimination

L'élément clé de la réduction et du contrôle de la MPOC est la réduction et le contrôle de l'usage du tabac. Ceci est mieux traité grâce à des initiatives politiques et de santé publique. Les efforts sociaux et de santé publique sont nécessaires pour réduire l'exposition à la fumée à l'intérieur et à l'élaboration de protocoles de gestion rentables pour la MPOC dans les milieux à faible revenu. La recherche pourrait conduire à une meilleure compréhension de la façon dont les facteurs de risque et les comorbidités interagissent pour influencer sur la gravité de la maladie et quels autres facteurs sont la de MPOC chez les fumeurs et non-fumeurs. D'autres questions de recherche portent sur la façon d'identifier et de traiter tôt la MPOC, et comment la gérer dans le contexte de conditions concomitantes, comme l'apnée du sommeil, les maladies cardiovasculaires, la dépression, l'ostéoporose, le diabète, le cancer du poumon, le vieillissement et la fragilité.





Asthme

Portée de la maladie

L'asthme touche environ 235 millions de personnes dans le monde [1] et ce nombre n'a cessé d'augmenter les au cours des trois dernières décennies dans les pays développés et en développement. Bien qu'il frappe tous les âges, races et ethnies, de grandes variations existent dans différents pays et dans différents groupes au sein d'un même pays. Il s'agit de la maladie chronique la plus fréquente chez les enfants et est plus sévère chez les enfants dans les pays démunis. Dans ces milieux, les sous-diagnostic et les sous-traitement sont fréquents, et les médicaments efficaces ne sont pas disponibles ou abordables. Le fardeau de l'asthme est plus répandu aussi dans les milieux urbains. C'est l'une des raisons les plus fréquentes pour les hospitalisations évitables chez les enfants [20, 21]. L'asthme provoque environ 180 000 décès dans le monde chaque année [22]. Dans certaines études, l'asthme est la cause de plus de 30 % de toutes les hospitalisations pédiatriques et de près de 12 % des réadmissions dans les 180 jours suivant la sortie [21].

La cause de l'augmentation de la prévalence mondiale de l'asthme n'est pas bien comprise. La prédisposition génétique, l'exposition aux allergènes de l'environnement, la pollution atmosphérique, les facteurs alimentaires et les réponses immunologiques anormales sont tous des causes du développement de l'asthme. Le temps et le niveau d'exposition aux allergènes et aux irritants peuvent être des facteurs cruciaux menant au développement de la maladie. Les infections virales précoces et l'exposition passive à la fumée de tabac ont été associées avec le développement de l'asthme chez les jeunes enfants. Les allergènes et les irritants associés à l'asthme se produisent en milieu de travail et peuvent conduire à une maladie chronique et débilitante si l'exposition persiste.

Prévention

La cause de la plupart des types d'asthme est inconnue et sa prévention est donc problématique. Les personnes qui fument et souffrent d'asthme ont une baisse beaucoup plus rapide de la fonction pulmonaire que ceux qui ne fument pas. Éviter de fumer pendant la grossesse et éviter l'exposition passive à la fumée après la naissance peuvent réduire la sévérité de l'asthme chez les enfants. L'asthme professionnel nous a appris que le retrait précoce des allergènes ou irritants peut éliminer ou réduire la maladie.

Traitement

L'asthme est une maladie généralement chronique qui n'est pas curable, mais un traitement efficace peut soulager les symptômes. Les corticostéroïdes inhalés sont la pierre angulaire du traitement efficace de l'asthme. Lorsqu'ils sont utilisés de manière appropriée, c.-à-d. pris régulièrement avec une chambre d'inhalation ou un autre dispositif pour aider l'inhalation, ces médicaments peuvent diminuer la sévérité et la fréquence des symptômes de l'asthme. Ils réduisent également la nécessité des inhalateurs de secours (bronchodilatateurs à action rapide) et la fréquence des épisodes sévères (« exacerbations ») nécessitant des soins médicaux d'urgence, des visites aux salles d'urgence et des hospitalisations. Les bronchodilatateurs inhalés sont importants pour donner un soulagement rapide des symptômes d'asthme.

Malheureusement, de nombreuses personnes souffrant d'asthme n'ont pas accès à des médicaments efficaces contre l'asthme. Bien que les corticostéroïdes inhalés et les bronchodilatateurs inhalés soient sur la liste des médicaments essentiels de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ils sont indisponibles ou inabordables dans de nombreux pays à faible revenu. L'accès universel aux thérapies efficaces pour lutter contre l'asthme et pour traiter les exacerbations est une condition essentielle pour combattre cette maladie.

Le manque de disponibilité des médicaments n'est pas la seule raison pour laquelle les gens souffrant d'asthme ne reçoivent pas de soins efficaces. Les idées fausses au sujet de la nature de la maladie et son traitement empêchent souvent les gens d'utiliser les traitements les plus appropriés. Des campagnes de sensibilisation visant à encourager l'utilisation de corticoïdes inhalés et l'évitement des expositions qui déclenchent des crises d'asthme sont une partie importante des programmes efficaces de contrôle de l'asthme.

Contrôle ou élimination

La recherche est essentielle pour mieux comprendre les origines de l'asthme, les causes des exacerbations et les raisons de sa prévalence dans le monde entier. L'étude internationale de l'asthme et des allergies infantiles (étude ISAAC) a donné un aperçu sur la maladie et a facilité la recherche standardisée sur l'asthme chez les enfants qui a contribué à définir la prévalence, les tendances et les déterminants de l'asthme et des allergies dans le monde entier [23].

La Global Initiative for Asthma (GINA) a mis au point une stratégie factuelle pour la gestion de l'asthme. La diffusion et la mise en œuvre de cette stratégie permettront d'améliorer le contrôle de l'asthme. Augmenter la disponibilité à un prix abordable des corticostéroïdes inhalés, des bronchodilatateurs et des chambres d'inhalation, et éduquer les gens souffrant d'asthme sur la maladie et leur gestion sont des étapes clés pour améliorer les résultats pour les personnes souffrant d'asthme. Les responsables politiques devraient créer et appliquer des moyens efficaces d'assurance de qualité au sein des services de santé pour les maladies respiratoires à tous les niveaux. Les stratégies visant à réduire la pollution de l'air intérieur, l'exposition à la fumée et les infections respiratoires vont renforcer le contrôle de l'asthme.





Infections aiguës des voies respiratoires

Portée de la maladie

Les infections respiratoires représentent plus de 4 millions de décès chaque année et sont la principale cause de décès dans les pays en développement [24]. Puisque ces décès sont évitables avec des soins médicaux appropriés, une proportion beaucoup plus élevée d'entre eux survient dans les pays à faible revenu. La pneumonie est la principale infection respiratoire grave. Chez les enfants de moins de 5 ans, la pneumonie est responsable de 18 % de tous les décès, soit plus de 1,3 million par an [6]; la pneumonie tue beaucoup plus que le VIH ou le paludisme [24]. Les facteurs de risque pour la pneumonie comprennent le surpeuplement, la malnutrition, le manque de vaccination, le VIH et l'exposition au tabac ou à la fumée à l'intérieur.

En Afrique, la pneumonie est une des raisons les plus fréquentes d'admission à l'hôpital chez les adultes; une personne sur dix meurt de sa maladie. Ceci est plusieurs fois plus élevé chez les personnes âgées et les personnes infectées par le VIH. Le *streptococcus pneumoniae* continue d'être la cause bactérienne la plus fréquente de la pneumonie; l'infection par le VIH augmente le risque de pneumonie causée par cet organisme vingt fois [25]. La pneumonie peut aussi conduire à des maladies respiratoires chroniques, telle que la dilatation des bronches.

Les infections virales respiratoires peuvent se produire en cas d'épidémie et peuvent se propager rapidement au sein des communautés à travers le monde. Chaque année, la grippe provoque des infections des voies respiratoires chez 5-15 % de la population et une maladie grave pour 3 à 5 millions de personnes [10]. En 2003, le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), causé par un coronavirus non constaté antérieurement, s'est rapidement propagé dans le monde entier. Sa létalité a mobilisé les efforts internationaux qui ont rapidement identifié la cause et la méthode de propagation. Des mesures sévères de contrôle d'infections ont réduit sa propagation et ont été tellement efficaces qu'aucun autre cas n'a été identifié [26]. Ceci est en contraste frappant avec la pandémie de grippe de 1918 qui a coûté la vie à entre 30 et 150 millions de personnes.

Prévention

La vaccination est l'une des plus grandes réussites de la santé publique. Les stratégies de prévention primaire pour les infections respiratoires sont basées sur les programmes de vaccination qui ont été développés pour les virus et les bactéries. Les bactéries sont la cause la plus fréquente de pneumonie; *S. pneumoniae* and *Haemophilus influenzae* de type b cause la plus fréquemment de pneumonie sévère chez les enfants. Les vaccins sont efficaces contre ces agents, ainsi que la rougeole et la coqueluche (coqueluche). Le vaccin antigrippal est efficace lors de la prévention de la grippe chez les adultes et les enfants. Le vaccin conjugué *S. pneumoniae* est très efficace pour réduire les cas

de pneumonie chez les enfants, mais ce vaccin n'est pas encore disponible dans le cadre d'un programme national de vaccination dans de nombreux pays à faible revenu.

Les maladies respiratoires infantiles peuvent être évitées ou atténuées par plusieurs mesures de base: l'amélioration de la nutrition des enfants, la promotion de l'allaitement maternel; assurer la vaccination complète, l'amélioration des conditions de vie pour éviter l'encombrement; éviter l'exposition à la fumée de tabac, la réduction de la pollution de l'air intérieur, le traitement du VIH et la prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

Traitement

La plupart des infections respiratoires bactériennes peuvent être traitées avec des antibiotiques et la plupart des infections virales sont autolimitées. Pourtant, des millions de personnes meurent d'une pneumonie. L'échec de la prévention de ces décès résulte en grande partie du manque d'accès aux soins de santé ou de l'incapacité du système de santé à prendre soin de ces personnes.

La façon la plus efficace de gérer ces maladies est la gestion standard de cas. La gestion de cas est définie comme « un processus de collaboration d'évaluation, de planification, de facilitation, de coordination des soins et de sensibilisation pour que les options et les services répondent à un besoin de santé complet de l'individu et de la famille par la communication et les ressources disponibles pour promouvoir la qualité des résultats rentables » [27].

Pour la pneumonie infantile, cela implique une approche standard de diagnostic et de traitement, comme cela a été mis au point par l'OMS dans la gestion intégrée des programmes de maladies de l'enfance. La contribution de la gestion de cas est bien illustrée dans les services de santé pulmonaire des enfants développés au Malawi, en collaboration avec l'Union. Dans ce pays aux ressources limitées, l'adoption d'un programme de gestion de cas standardisée, la formation de travailleurs de la santé et le développement d'infrastructure pour mettre en œuvre le programme a constamment amélioré les résultats pour les enfants de moins de 5 ans atteints de pneumonie [28]. La pierre angulaire de la gestion de la pneumonie est le diagnostic et le bon usage des antibiotiques.

Contrôle ou élimination

Les vaccins sont indispensables pour le contrôle et l'élimination de la maladie. De nouveaux vaccins conjugués doivent être disponibles dans le cadre de programmes élargis de vaccination dans tous les pays. Le développement de vaccins améliorés avec une couverture plus large est nécessaire pour contrôler ou éliminer les infections spécifiques.

Les antibiotiques ont rendu curables la plupart des pneumonies bactériennes. Comme pour d'autres maladies où les causes sont connues et les remèdes sont disponibles, des efforts importants doivent mettre l'accent sur l'amélioration de la disponibilité et de la prestation de soins et de médicaments de qualité. Le diagnostic doit être fait plus tôt, ce qui entraîne une plus grande sensibilisation de la communauté. De meilleurs tests de diagnostic comprennent des procédures d'échantillonnage plus efficaces et de meilleures méthodes de détection rapide en laboratoire des agents infectieux ou des molécules microbiennes dans les expectorations, le sang et l'urine.

L'amélioration du diagnostic permet une thérapie ciblée. L'utilisation plus intelligente des antibiotiques diminue l'énorme problème de la résistance aux médicaments antimicrobiens. La mauvaise utilisation des antibiotiques conduit à l'émergence et à la sélection de bactéries résistantes. Les médecins dans le monde entier sont maintenant confrontés à des situations où les patients infectés ne peuvent pas être traités de manière adéquate parce que la bactérie responsable est totalement résistante aux antibiotiques disponibles. Trois domaines stratégiques d'intervention sont les suivants: 1) l'utilisation prudente des antibiotiques disponibles, les donner seulement quand ils sont nécessaires, avec le bon diagnostic et dans le bon dosage, les bons intervalles de dose et les bonnes durées 2) les précautions d'hygiène pour contrôler la transmission de souches résistantes entre les personnes, y compris l'hygiène des mains, le dépistage du portage de souches résistantes et l'isolement des patients positifs; et 3) la recherche et le développement d'antibiotiques efficaces avec de nouveaux mécanismes d'action [29].



Tuberculose

Portée de la maladie

En 2011, il y avait environ 8,7 millions de nouveaux cas de tuberculose, 13 % étaient aussi infectés par le VIH [4]. La tuberculose a tué 1,4 million de personnes, spécialement dans certaines parties de l'Afrique. Environ 80 % des cas mondiaux de tuberculose-VIH a eu lieu en Afrique, où la tuberculose est la principale cause de mortalité liée au VIH [30]. La tuberculose est contagieuse (aéroportée) et se regroupe donc dans des pays et des régions; 22 pays représentent 80% des cas existants de tuberculose dans le monde [4]. La tuberculose multirésistante est en augmentation et a approché 60 000 cas en 2011 [4]. L'Europe de l'Est a été particulièrement touchée par la maladie résistante aux médicaments.

La bonne nouvelle est que les efforts multinationaux intenses de contrôle de la tuberculose de la dernière décennie ont porté leurs fruits. De nouveaux cas sont abaissés à un rythme d'environ 2,2 % par an et la mortalité a chuté de 41 % depuis 1990 [4]. De nouveaux tests de diagnostic et médicaments sont désormais disponibles et des progrès considérables ont été réalisés dans la compréhension de la bactérie et le développement de vaccins. Malheureusement, ce chiffre masque d'autres problèmes graves persistants et des variations régionales.

Les individus sont infectés par l'inhalation de bactéries tuberculeuses. La tuberculose se développe normalement de façon subtile de sorte qu'au début, les gens ne savent pas qu'ils sont infectés. Environ une personne sur 10 qui est infectée, mais autrement en bonne santé, développe une maladie symptomatique, bien que ce taux soit beaucoup plus élevé chez les jeunes enfants et les personnes vivant avec le VIH ou certaines autres maladies. La maladie sommeille parce que l'infection est contenue par le système immunitaire du corps, mais elle peut devenir active à n'importe quel moment pendant la vie de la personne. La maladie active se développe généralement lentement, de sorte que les individus peuvent tousser et propager la maladie sans le savoir. Avec la facilité et la fréquence des voyages internationaux, il est facile de propager la maladie à d'autres personnes. Personne n'est à l'abri de la tuberculose jusqu'à ce que le monde soit à l'abri de la tuberculose.

La tuberculose est un problème particulier chez les enfants, car le diagnostic est plus difficile. Les nourrissons et les jeunes enfants sont particulièrement susceptibles de développer la tuberculose sévère ou diffusée. La tuberculose peut être un fardeau pour les systèmes de santé nationaux en raison de l'effort et des fonds nécessaires pour le dépistage et la recherche de traitement, en particulier si les bactéries sont résistantes aux médicaments couramment utilisés.

Prévention

L'expression « le traitement est la prévention » est spécialement vraie avec la tuberculose. Les facteurs qui favorisent la propagation de l'infection se rapportent à la possibilité qu'une personne non infectée soit exposée à ceux atteints de tuberculose: plus il y a de cas dans la communauté, plus il est probable qu'un individu soit infecté. Les facteurs favorisant le développement de la maladie chez les personnes infectées sont reliés à la fonction du système immunitaire. Le facteur le plus puissant est l'infection par le VIH, mais d'autres conditions qui affectent l'immunité, comme certains médicaments et la présence d'un diabète mal contrôlé, augmentent le risque de développer une maladie active.

Des programmes de santé publique globaux qui localisent les cas et les contacts et pour traiter efficacement la tuberculose réduisent la présence de la bactérie dans la société et préviennent donc sa propagation. Le traitement des contacts des patients atteints de tuberculose active et de tuberculose latente qui sont à risque élevé de développer la maladie active, tels que ceux avec le VIH, réduit le nombre de cas de tuberculose active. Le traitement du VIH réduit également la tuberculose.

Le vaccin actuel, Bacille-Calmette-Guérin (BCG), est largement inefficace pour la tuberculose pulmonaire, mais il offre une certaine protection contre la tuberculose disséminée. Toutefois, les centres de recherche à travers le monde travaillent au développement de nouveaux vaccins contre la tuberculose.

Traitement

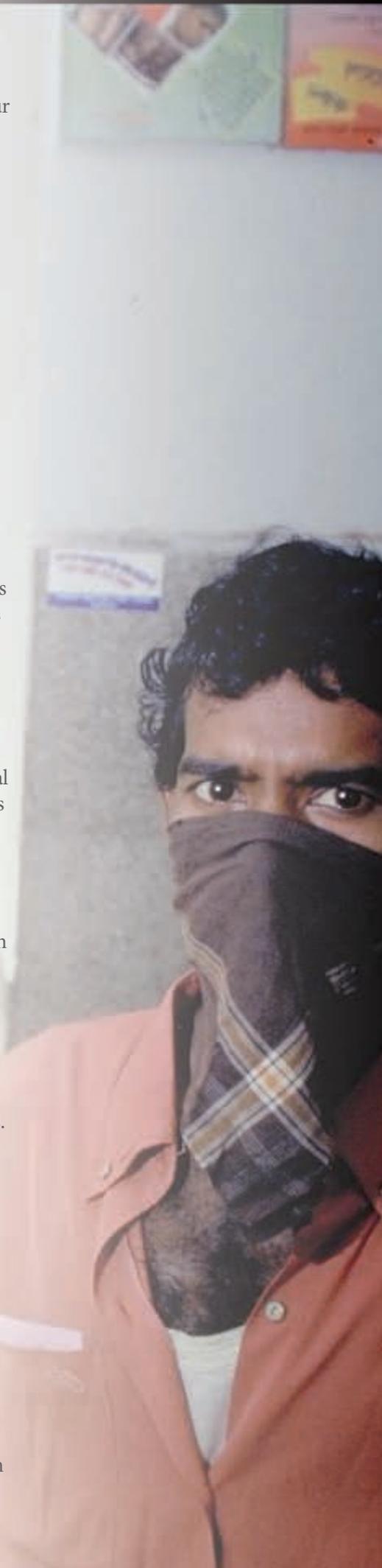
La plupart des cas de tuberculose peuvent être guéris s'ils sont diagnostiqués tôt et traités de façon appropriée. Cependant, la tuberculose est une maladie complexe qui peut être difficile à diagnostiquer et à traiter, sa gestion possède beaucoup de nuances. La tuberculose est mieux gérée par une approche normalisée qui est basée sur des preuves provenant d'essais cliniques. La longue durée du traitement (en général 6 mois avec trois ou quatre médicaments dans les cas simples) rend difficile l'observance du traitement, en particulier chez les personnes qui prennent d'autres médicaments pour les maladies chroniques, telles que le VIH. Ne pas suivre le cours complet des médicaments prescrits peut conduire à une rechute de la maladie résistante aux médicaments, ce qui est plus difficile à traiter et pose un risque pour les autres qui pourraient être infectés par cette personne. Pour cette raison, la thérapie supervisée ou directement observée est recommandée pour veiller au respect du traitement de la tuberculose.

Pour compléter la prise en charge standard promue par l'OMS à travers son département de lutte contre la tuberculose, Stop TB, la Tuberculosis Coalition for Technical Assistance a élaboré un document pour engager tous les fournisseurs dans les meilleurs soins pour les patients atteints de tuberculose partout où ils peuvent être trouvés [31].

Contrôle ou élimination

De nombreux domaines de recherche sur la tuberculose produisent des résultats encourageants. Le diagnostic est souvent difficile, car il a surtout misé sur l'observation microscopique des bactéries dans les expectorations. Les nouvelles technologies de diagnostic, comme GeneXpert MTB/RIF, qui analysent l'ADN des mycobactéries dans les crachats, sont nettement plus sensibles que l'examen des frottis de crachats au microscope. En outre, la technologie d'ADN est capable de détecter la résistance aux médicaments. Ces outils sont désormais disponibles pour les pays à forte prévalence, où la résistance aux médicaments est un problème majeur. L'intensification de cette technologie et le traitement de la résistance aux médicaments sont des enjeux majeurs.

Si les médicaments antituberculeux de première ligne (standard) ne peuvent pas être utilisés en raison de la résistance aux médicaments, l'intolérance au médicament ou les interactions médicamenteuses, le traitement doit durer beaucoup plus longtemps. Traiter la maladie résistante aux médicaments coûte beaucoup plus cher et les chances de guérison sont beaucoup plus faibles. Heureusement, plusieurs nouveaux médicaments sont à l'horizon pour la maladie résistante aux médicaments. Le besoin de thérapie à terme plus court pour la tuberculose sensible et résistante est urgent pour réduire davantage sa prévalence. La réduction de la durée de la thérapie est également nécessaire pour la tuberculose latente. Une étude récente a montré que le traitement avec seulement 12 doses hebdomadaires, directement observées pendant 3 mois, était aussi bon que le régime quotidien actuel de 9 mois [32]. Les efforts de la santé publique visant à réduire le fardeau de la tuberculose comprennent l'initiative « 3I » de l'OMS (dépistage de cas intensification, traitement préventif à l'isoniazide et un meilleur contrôle de l'infection) [4].





Cancer du poumon

Portée de la maladie

Le cancer du poumon est le cancer le plus fréquemment diagnostiqué dans le monde, représentant 12,7 % du total des cancers signalés et il affecte plus de 1,61 million de personnes chaque année. Le cancer du poumon est la cause la plus fréquente de décès par cancer, tuant 1,37 million par an, soit environ 18 % de la mortalité totale par cancer [9]. Le cancer du poumon a le taux de mortalité le plus élevé de tous les principaux cancers; son ratio de mortalité à l'incidence est de 0,86 [9]. Aux États-Unis, le cancer du poumon provoque plus de décès que le cancer du sein, du côlon et de la prostate réunis.

La fumée de tabac est la cause de la plupart des cas de cancer du poumon. De nombreux composants de la fumée de tabac mutent l'ADN et sont cancérigènes. Ces effets sont en corrélation avec la quantité et la durée du tabagisme. Puisque les dommages s'accumulent au fil du temps, le cancer du poumon survient des ans après que les gens commencent à fumer. Alors que les taux de tabagisme augmentent, les taux de cancer du poumon augmentent aussi.

Bien que la plupart des cancers du poumon soient associés au tabagisme, il peut survenir chez les non-fumeurs, en particulier chez ceux qui sont passivement exposés à la fumée de tabac. Parmi ceux qui ne fument pas et ne vivent pas avec ceux qui fument, l'exposition à la fumée des combustibles de la biomasse est une cause du cancer du poumon. L'exposition au radon, l'amiante et d'autres éléments de l'environnement et du travail causent également le cancer du poumon. Bien que l'amiante soit désormais interdit dans 52 pays, il est encore présent dans l'environnement des bâtiments et des sites de production plus anciens. Certains pays où son utilisation est interdite continuent de le produire et de le commercialiser pour les pays pauvres - cela doit cesser.

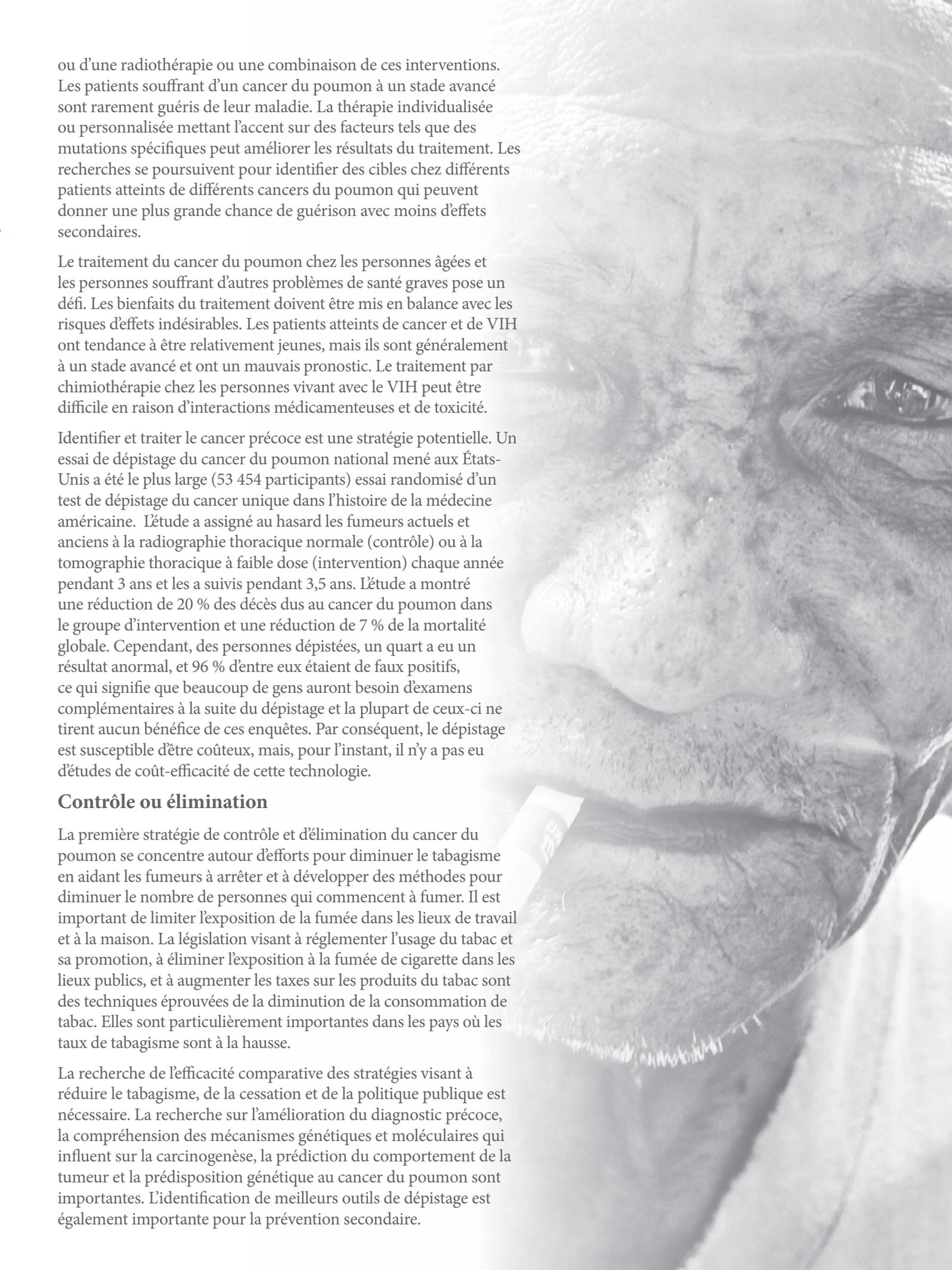
Prévention

Le cancer du poumon est largement évitable avec la prévention et la cessation du tabagisme. Au début du 20e siècle, le cancer du poumon et le tabagisme étaient rares. Avec l'augmentation du nombre de fumeurs, le nombre de cas de cancer du poumon a augmenté environ 20 ans plus tard. Le tabagisme a commencé à diminuer dans le dernier tiers du 20e siècle dans certains pays et le cancer du poumon est en train de diminuer lentement dans ces pays. Les programmes publics visant à réduire le tabagisme sont nécessaires pour cesser la hausse des cancers des voies respiratoires dans les pays où le tabagisme a augmenté, car l'incidence du cancer du poumon augmentera également dans ces pays.

Les causes environnementales du cancer du poumon, comme le radon et l'amiante, peuvent être contrôlées et réduites. Le cancer du poumon peut également survenir chez les non-fumeurs sans exposition environnementale connue. La recherche est nécessaire pour déterminer les autres causes du cancer du poumon.

Traitement

Le traitement des patients atteints de cancer du poumon est complexe. Pour orienter le traitement et déterminer le pronostic, les patients souffrants du cancer du poumon sont soumis à un processus d'étapes. Le cancer du poumon à un stade précoce est traité avec la chirurgie. Des stades plus avancés peuvent bénéficier d'une chimiothérapie



ou d'une radiothérapie ou une combinaison de ces interventions. Les patients souffrant d'un cancer du poumon à un stade avancé sont rarement guéris de leur maladie. La thérapie individualisée ou personnalisée mettant l'accent sur des facteurs tels que des mutations spécifiques peut améliorer les résultats du traitement. Les recherches se poursuivent pour identifier des cibles chez différents patients atteints de différents cancers du poumon qui peuvent donner une plus grande chance de guérison avec moins d'effets secondaires.

Le traitement du cancer du poumon chez les personnes âgées et les personnes souffrant d'autres problèmes de santé graves pose un défi. Les bienfaits du traitement doivent être mis en balance avec les risques d'effets indésirables. Les patients atteints de cancer et de VIH ont tendance à être relativement jeunes, mais ils sont généralement à un stade avancé et ont un mauvais pronostic. Le traitement par chimiothérapie chez les personnes vivant avec le VIH peut être difficile en raison d'interactions médicamenteuses et de toxicité.

Identifier et traiter le cancer précoce est une stratégie potentielle. Un essai de dépistage du cancer du poumon national mené aux États-Unis a été le plus large (53 454 participants) essai randomisé d'un test de dépistage du cancer unique dans l'histoire de la médecine américaine. L'étude a assigné au hasard les fumeurs actuels et anciens à la radiographie thoracique normale (contrôle) ou à la tomographie thoracique à faible dose (intervention) chaque année pendant 3 ans et les a suivis pendant 3,5 ans. L'étude a montré une réduction de 20 % des décès dus au cancer du poumon dans le groupe d'intervention et une réduction de 7 % de la mortalité globale. Cependant, des personnes dépistées, un quart a eu un résultat anormal, et 96 % d'entre eux étaient de faux positifs, ce qui signifie que beaucoup de gens auront besoin d'examen complémentaires à la suite du dépistage et la plupart de ceux-ci ne tirent aucun bénéfice de ces enquêtes. Par conséquent, le dépistage est susceptible d'être coûteux, mais, pour l'instant, il n'y a pas eu d'études de coût-efficacité de cette technologie.

Contrôle ou élimination

La première stratégie de contrôle et d'élimination du cancer du poumon se concentre autour d'efforts pour diminuer le tabagisme en aidant les fumeurs à arrêter et à développer des méthodes pour diminuer le nombre de personnes qui commencent à fumer. Il est important de limiter l'exposition de la fumée dans les lieux de travail et à la maison. La législation visant à réglementer l'usage du tabac et sa promotion, à éliminer l'exposition à la fumée de cigarette dans les lieux publics, et à augmenter les taxes sur les produits du tabac sont des techniques éprouvées de la diminution de la consommation de tabac. Elles sont particulièrement importantes dans les pays où les taux de tabagisme sont à la hausse.

La recherche de l'efficacité comparative des stratégies visant à réduire le tabagisme, de la cessation et de la politique publique est nécessaire. La recherche sur l'amélioration du diagnostic précoce, la compréhension des mécanismes génétiques et moléculaires qui influent sur la carcinogenèse, la prédiction du comportement de la tumeur et la prédisposition génétique au cancer du poumon sont importantes. L'identification de meilleurs outils de dépistage est également importante pour la prévention secondaire.



Que peut-on faire pour lutter contre les maladies respiratoires ?

Prévention

La première étape pour la santé respiratoire est de prévenir la maladie avant qu'elle ne survienne. L'identification et l'amélioration des facteurs qui causent ou favorisent les maladies respiratoires peuvent les empêcher, en particulier parce que les maladies respiratoires sont souvent liées à l'environnement. Les affections respiratoires sont plus évitables que les maladies dans tout autre système. Le coût de la prévention est seulement une fraction du coût du traitement. Parce que la prévention et la lutte contre les maladies respiratoires sont tellement rentables, cibler les maladies respiratoires représente un « Best Buy », tel que décrit par la OMS [33].

Respirer de l'air malsain cause ou contribue à la plupart des conditions respiratoires. Les sources les plus courantes d'air malsain sont la fumée de tabac, la pollution de l'air intérieur causée par des combustibles solides, l'air malsain au travail, la pollution de l'air à partir de sources de trafic et industrielle, l'air contenant des microbes, et l'air contenant des particules ou des fumées toxiques.

La première étape dans la prévention des maladies du poumon est la réduction de l'usage du tabac. Il est estimé que le tabagisme est responsable d'une mort sur sept chez les hommes et d'une mort sur 15 chez les femmes dans le monde en 2004. Il est prévu que près de 1 milliard de personnes mourront de l'usage du tabac pendant le 21^e siècle [34]. Parmi ces décès, la plus grande partie est due à des maladies respiratoires, y compris les cancers du poumon. Aux États-Unis, les fumeurs actuels sont 25 fois plus susceptibles de mourir d'un cancer du poumon que ceux qui n'ont jamais fumé [35]. Le taux de décès de toutes les causes confondues est trois fois plus élevé chez les fumeurs que les non-fumeurs et l'espérance de vie des fumeurs est raccourcie de 10 [36]. En Europe, le coût de santé total du tabagisme est d'environ 544 milliards € par an, ce qui représente environ 5 % du PIB de l'Union européenne [37].

Le tabagisme est un problème mondial qui peut être résolu. Des campagnes intensives en Europe occidentale et en Amérique du Nord et du Sud ont diminué le nombre de fumeurs dans plusieurs pays, mais l'industrie du tabac a déplacé son objectif de populations sensibles vers l'Europe orientale, l'Asie et dans les pays en développement pour augmenter les ventes de ses produits. On estime que 350 millions de chinois fument en moyenne 11 cigarettes par jour, un niveau de tabagisme qui n'a pas été vu dans les pays occidentaux en 50 ans. L'exposition passive à la fumée conduit aussi à une maladie respiratoire. Les enfants ou les nourrissons qui sont exposés à la fumée de tabac avant la naissance (d'une mère enceinte fumeuse) ont un risque accru de développer des maladies associées à la respiration sifflante, la pneumonie et l'asthme.

Le premier traité international élaboré à des fins de santé était le Framework Convention on Tobacco Control par l'OMS [38]. Il s'agit d'un mécanisme important par lequel les gouvernements peuvent contrôler l'industrie du tabac à l'aide de lois, de règlements, de décisions administratives et de mesures d'exécution. Des stratégies efficaces, appelées MPOWER [34], ont été mises au point par la Tobacco-Free Initiative de l'OMS pour soutenir la mise en œuvre du cadre pour prévenir et réduire le tabagisme et la demande de produits du tabac. FIRS invite tous les gouvernements, toutes les communautés, tous les professionnels de la santé et tous les particuliers à promouvoir ces mesures préventives efficaces qui ont réduit la consommation de tabac dans de nombreux pays. Beaucoup, cependant, reste à faire, en particulier dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, pour atténuer l'impact néfaste du tabagisme.

La mauvaise qualité de l'air intérieur est un facteur important de maladies respiratoires. Environ 50 % des ménages dans le monde et 90 % des ménages ruraux utilisent des combustibles solides, exposant de 2 à 3 milliards de personnes à la fumée nocive [39]. L'OMS estime que 1,6 million de morts et 38,5 millions de DALY par an peuvent être attribués à la fumée à l'intérieur. La plupart des maladies et des décès attribuables à l'exposition à la mauvaise qualité de l'air intérieur surviennent chez les femmes et les enfants, surtout dans les familles à faible revenu [40]. L'exposition à la fumée intérieure utilisée pour le chauffage et la cuisine mène à la MPOC, le cancer du poumon et, chez les enfants, la pneumonie et l'asthme [41].

Les personnes atteintes de maladies pulmonaires sont particulièrement sensibles aux effets de la pollution de l'air extérieur. L'augmentation des concentrations atmosphériques de particules fines est associée à une augmentation des hospitalisations et des décès [42-44]. Il est estimé que la mauvaise qualité de l'air en Europe conduit à une perte moyenne de 8,6 mois d'espérance de vie [45]. Il y a un nombre croissant de preuves que la pollution de l'air affecte le fœtus, conduisant à une susceptibilité accrue aux maladies infectieuses, respiratoires et cardio-vasculaires [46]. Les enfants, en particulier ceux avec une maladie pulmonaire chronique, sont aussi plus sensibles aux effets néfastes de la pollution de l'air [47]. Les risques environnementaux sont plus importants dans les pays à faibles et moyens revenus et parmi les secteurs socio-économiques défavorisés de la société. Les sociétés respiratoires du monde croient que tout le monde a le droit de respirer un air pur [45] et nous demandons aux législateurs d'adopter et de faire appliquer des normes de pureté de l'air dans tous les pays. Les avantages pour la santé de la politique de qualité de l'air ont beaucoup d'impacts. Dans une large région urbaine, il a été estimé que le respect des normes actuelles permettrait de réduire le nombre annuel de décès par 1 200 décès par an, de réduire les hospitalisations pour maladies cardiaques et pulmonaires par 600 par an, de réduire les cas de bronchite chronique chez les adultes par 1 900 par an, de réduire les cas de bronchite aiguë chez les enfants de 12 100 par an et de réduire les crises d'asthme chez les enfants et les adultes de 18 700 par an [48]. Une plus grande amélioration de la qualité de l'air offrirait de plus grands avantages. Selon l'OMS, « il a été prouvé que la réduction de la pollution de l'air au cours des deux dernières décennies est associée à une augmentation de l'espérance de vie aux États-Unis et à l'amélioration de la santé respiratoire » [45]. La législation et l'action politique sur l'air pur font une différence.

La nutrition adéquate et l'activité physique sont essentielles pour la santé. La malnutrition et l'obésité contribuent aux maladies respiratoires. Dans les sociétés occidentales, l'obésité est liée à l'apnée obstructive du sommeil, l'asthme, les maladies cardiaques et le diabète. La malnutrition est un facteur de risque important pour la pneumonie infantile et des maladies graves.

La prévention des maladies respiratoires entraîne le renforcement des systèmes de santé, en utilisant les directives établies pour la promotion de la santé et la prévention des maladies, la formation du personnel médical et l'éducation de la population.

Traitement et guérison

Une fois que la maladie survient, l'objectif est de réduire ses effets et d'y remédier, si possible. Il est possible de réduire ses effets avec la détection précoce, le diagnostic rapide et un traitement précoce efficace. Le succès du traitement est basé sur des données médicales fiables, est rentable et est généralement en accord avec les directives normalisées. Les patients et les travailleurs de la santé peuvent mieux gérer les maladies s'ils sont correctement formés et si les ressources sont disponibles. L'OMS, les membres du FIRS et d'autres sociétés respiratoires ont élaboré des recommandations pour la qualité des soins pour les conditions cliniques spécifiques. Malheureusement, l'exécution, la promotion et le respect de ces normes efficace et uniforme ont fait défaut. De grandes percées médicales ne sont pas significatives si elles n'atteignent pas les communautés et les patients qui en ont besoin. La prestation de soins de santé peut être facilement améliorée avec la recherche programmatique, l'éducation, une main-d'œuvre qualifiée, le financement, de l'infrastructure et un système efficace. Les obstacles économiques

limitent l'accès aux soins, même dans de nombreux endroits riches en ressources. Beaucoup de gens ne peuvent tout simplement pas se permettre d'obtenir des soins de bonne qualité. Dans les milieux pauvres en ressources, beaucoup de gens ne cherchent pas de soins du système public, car il fait défaut, est de mauvaise qualité ou est inaccessible. Dans de nombreux pays, les systèmes de soins de santé publics sont considérés comme une ponction sur les coffres publics. Ils sont vulnérables au brusque changement de financement, qui dépend du climat politique et économique. Dans certains pays, il existe des systèmes d'assurance maladie qui limitent les médicaments ou les services. Ailleurs, les gouvernements ont défini un ensemble essentiel de soins, mais les soins ne sont pas suffisants. Les restrictions des soins de santé devraient être fondées sur les normes de soins basées sur des preuves.

La lutte contre les maladies et la réduction ou l'élimination mondiale

La vision du FIRS de contrôler et d'éliminer les maladies respiratoires nécessite l'utilisation d'outils efficaces et de recherche supplémentaire. Les antibiotiques peuvent guérir la plupart des pneumonies ou tuberculoses et les programmes de renoncement du tabac peuvent être efficaces, mais d'énormes problèmes subsistent dans la gestion de ces maladies. Au cours des dernières années, l'application de ce qui est disponible, soutenue par la recherche, a réduit le taux de pneumonie et de tuberculose dans le monde [4] ainsi que l'utilisation du tabac dans certains pays. Ces succès doivent stimuler le monde à consolider et à étendre ces gains vers d'autres pays et régions. Ce ne peut pas être une justification à court terme pour réduire l'effort.

En plus des mesures de santé publique, le développement des capacités de soins de santé nécessite la formation des cliniciens et des chercheurs. Plusieurs sociétés membres du FIRS ont créé des programmes de formation. Il y a près de deux décennies, l'American Thoracic Society a développé le programme Methods in Clinical and Operational Research (MECOR) en Amérique latine pour accroître le nombre de leader académiques et cliniques de la santé publique, afin de faciliter la recherche et son application à la santé publique et aux soins de santé liés aux maladies des voies respiratoires. Ces cours sont maintenant également disponibles en Asie et en Afrique, et le programme a formé plus de 1000 travailleurs de la santé dans le monde entier. L'Asociacion Latinoamericana de Torax a maintenant repris les cours en Amérique latine. La Pan African Thoracic Society a développé des cours similaires opérés depuis 2007. L'Union dispose de nombreux programmes de recherche opérationnelle et de formation en gestion. L'administration est un élément important du système de santé qui est souvent ignoré. La European Respiratory Society a cherché à améliorer les soins respiratoires en Europe en développant un curriculum et un examen à l'échelle européenne, Harmonised Education in Respiratory Medicine for European Specialists (HERMES), qui est maintenant utilisé par de nombreux pays comme un examen d'études supérieures autorisé en médecine respiratoire. L'American College of Chest Physicians offre des cours spécialisés à des participants venus du monde entier, spécialement conçus pour enrichir les compétences nécessaires à la certification de sous-spécialité en médecine pulmonaire.

L'autre outil principal de réduction des maladies respiratoires est la recherche. La santé publique et la recherche clinique améliorent et favorisent la santé d'une population en améliorant la capacité des systèmes de santé à faire face à la maladie et à établir des normes et des lignes directrices améliorées pour les soins des patients. La recherche fondamentale a pour but de découvrir le mécanisme de la maladie et de développer des outils de diagnostic nouveaux et meilleurs pour soulager ou guérir les maladies.

L'investissement dans la recherche en santé respiratoire a versé d'énormes dividendes. Les gens vivent plus longtemps et en meilleure santé, et nous sommes au seuil d'avancées encore plus grandioses. De nombreuses maladies ont désormais des profils génétiques et les scientifiques s'efforcent de découvrir les processus de base qui ne fonctionnent pas dans la maladie. Le réseau complexe de cellules, de signaux et de structures est identifié et utilisé pour identifier les individus susceptibles, développer de meilleurs tests de diagnostic et trouver de nouveaux traitements. Tout aussi importante est la recherche sur la façon d'appliquer les résultats des recherches pour aider à contrôler la maladie. Les résultats des essais cliniques sont distillés dans les directives sur la meilleure façon de gérer la maladie. Ces recommandations fondées sur des preuves peuvent être des outils puissants pour assurer des soins médicaux uniformes de haute qualité dans le monde entier. Il a été prouvé que la recherche médicale respiratoire représente un retour sur investissement de six cents pour cent [49]. Les connaissances issues de la recherche sont multiculturelles et durables.



Résumé

Les maladies respiratoires sont un énorme défi pour la vie, la santé et l'activité humaine productive. La prévention, le traitement et le contrôle de ces maladies et la promotion de la santé respiratoire doivent être les priorités dans le contexte mondial de la prise de décision dans le secteur de la santé. L'investissement dans la santé respiratoire paie de multiples dividendes de longévité, de jours de vie sains et d'économies nationales.

La sensibilisation et le contrôle de l'environnement public sont des étapes importantes dans la prévention des maladies respiratoires. Les facteurs contrôlables principaux sont la réduction de la consommation de tabac et l'amélioration de la qualité de l'air, ce qui comprend la réduction de la fumée de tabac secondaire, la fumée des feux intérieurs, et l'air malsain en public et dans les milieux de travail. Le renforcement des programmes de vaccination des enfants et une plus grande disponibilité des vaccins conjugués contre le pneumocoque doivent être priorisés dans les pays à faible revenu. L'amélioration de la nutrition, en particulier chez les femmes enceintes et les enfants, peut avoir des bénéfices à long terme. La prévention et le traitement rapide du VIH peuvent avoir un impact majeur dans la réduction du fardeau de la maladie respiratoire.

Une formation efficace des travailleurs de la santé et offrir des médicaments et des diagnostics appropriés sont les clés d'une meilleure santé pulmonaire. La tuberculose et la pneumonie sont deux maladies respiratoires qui peuvent être guéries et contrôlées, si les ressources qui leur sont consacrées sont augmentées.

Enfin, la recherche sur les maladies respiratoires est l'espoir d'aujourd'hui et la promesse pour demain. La recherche doit répondre à plusieurs questions: comment les maladies pulmonaires surviennent-elles, comment se propagent-elles, qui est vulnérable, et quelles actions peuvent être utilisées pour les contrôler ou les guérir, pour n'en nommer que quelques-unes. La recherche doit aussi nous aider à comprendre ce qui maintient les gens en bonne santé. Les mesures élaborées à partir de la recherche doivent être rentables et largement applicables. L'augmentation du financement pour soutenir la recherche respiratoire est nécessaire.



Recommandations

Le FIRS demande ces mesures essentielles pour réduire le fardeau des maladies respiratoires et pour améliorer la santé mondiale.



1. Accroître la sensibilisation du public et des décideurs politiques au fait que la santé respiratoire est essentielle à la santé mondiale et que son amélioration permettra d'améliorer les économies nationales



2. Accroître la sensibilisation du public et des décideurs politiques au fait que les maladies respiratoires de l'enfance sont une cause majeure des maladies de l'enfance et ont des conséquences négatives à long terme sur la santé des adultes



3. Demander que les décideurs politiques permettent l'accès universel aux soins de santé de qualité, y compris la disponibilité des médicaments essentiels pour tous ceux qui ont une maladie respiratoire



4. Réduire puis éliminer l'utilisation de tous les produits de tabac



5. Réduire la pollution de l'air intérieur et ambiant au travail



6. Fournir une couverture universelle pour les vaccinations des enfants et des adultes, y compris de nouveaux vaccins conjugués



7. Améliorer le diagnostic précoce des maladies respiratoires



8. Reconnaître l'impact de la malnutrition, de l'obésité et de l'activité physique sur les affections respiratoires et mettre en œuvre des plans pour corriger ces préoccupations



9. Améliorer l'éducation et la formation des professionnels de la santé des maladies respiratoires partout dans le monde



10. Accroître la recherche respiratoire pour élaborer des programmes, des outils et des stratégies pour mieux prévenir et traiter les maladies respiratoires



Références

1. Organisation mondiale de la santé. Chronic respiratory disease, Asthma. www.who.int/respiratory/asthma/en/.
2. Organisation mondiale de la santé. Chronic Respiratory Diseases, Burden of COPD. www.who.int/respiratory/copd/burden/en/index.html.
3. Organisation mondiale de la santé. Chronic respiratory diseases. www.who.int/gard/publications/chronic_respiratory_diseases.pdf.
4. Organisation mondiale de la santé. Global Tuberculosis Report 2012. www.who.int/tb/publications/global_report/en/.
5. Global Alliance against Chronic Respiratory Disease. www.who.int/gard/news_events/1-3.GARD-06-07-K1.pdf.
6. Walker CL, Rudan I, Liu L, *et al.* Global burden of childhood pneumonia and diarrhoea. *Lancet* 2013; 381: 1405–1416.
7. Pearce N, Ait-Khaled N, Beasley R, *et al.* Worldwide trends in the prevalence of asthma symptoms: phase III of the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). *Thorax* 2007; 62: 758–766.
8. Organisation mondiale de la santé. Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases, a comprehensive approach. www.who.int/gard/publications/GARD%20Book%202007.pdf.
9. Ferlay J, Shin HR, Bray F, *et al.* Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer* 2010; 127: 2893–2917.
10. Organisation mondiale de la santé. Influenza. www.who.int/mediacentre/factsheets/2003/fs211/en/. Date de la dernière mise à jour : Mars 2003.
11. Organisation mondiale de la santé. Noncommunicable disease and mental health, United Nations high-level meeting on noncommunicable disease prevention and control. www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/en/.
12. Asthma and Allergy Foundation of America. www.aafa.org/display.cfm?id=8&sub=42#_ftnref18
13. Buist AS, Vollmer WM, McBurnie MA. Worldwide burden of COPD in high- and low-income countries. Part I. The burden of obstructive lung disease (BOLD) initiative. *Int J Tuberc Lung Dis* 2008; 12: 703–708.
14. Menezes AM, Jardim JR, Pérez-Padilla R, *et al.* Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease and associated factors: the PLATINO Study in Sao Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica* 2005; 21: 1565–1573.
15. Mehrotra A, Oluwole AM, Gordon SB. The burden of COPD in Africa: a literature review and prospective survey of the availability of spirometry for COPD diagnosis in Africa. *Trop Med Int Health* 2009; 14: 840–848.

16. Talamo C, de Oca MM, Halbert R, *et al.* Diagnostic labeling of COPD in five Latin American cities. *Chest* 2007; 131: 60–67.
17. Eisner MD, Anthonisen N, Coultas D, *et al.* An official American Thoracic Society public policy statement: Novel risk factors and the global burden of chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2010; 182: 693–718.
18. Grigg J. Particulate matter exposure in children: relevance to chronic obstructive pulmonary disease. *Proc Am Thorac Soc* 2009; 6: 564–569.
19. Lopez Varela MV, Montes de Oca M. Variability in COPD: the PLATINO study viewpoint. *Arch Bronconeumol* 2012; 48: 105–106.
20. Mannino DM, Homa DM, Akinbami LJ, *et al.* Surveillance for asthma — United States, 1980–1999. *MMWR Surveill Summ* 2002; 51: 1–13.
21. Wallace JC, Denk CE, Kruse LK. Pediatric hospitalizations for asthma: use of a linked file to separate person-level risk and readmission. *Prev Chronic Dis* 2004; 1: A07.
22. Organisation mondiale de la santé. Bronchial asthma Fact sheet 206. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs206/en.
23. International Study of Asthma and Allergies in Childhood. <http://isaac.auckland.ac.nz/>.
24. World Lung Foundation. The Acute Respiratory Infections Atlas. New York, World Lung Foundation, 2010.
25. Scott JA, Hall AJ, Muyodi C, *et al.* Aetiology, outcome, and risk factors for mortality among adults with acute pneumonia in Kenya. *Lancet* 2000; 355: 1225–1230.
26. Centers for Disease Control and Prevention. www.cdc.gov/sars.
27. Case Management Society of America. Standards of Practice for Case Management. Little Rock, Case Management Society of America, 2010.
28. Enarson PM, Gie R, Enarson DA, *et al.* Development and implementation of a national programme for the management of severe and very severe pneumonia in children in Malawi. *PLoS Med* 2009; 6: e1000137.
29. European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial resistance. www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/antimicrobial_resistance/Pages/index.aspx.
30. Getahun H, Gunneberg C, Granich R, *et al.* HIV infection-associated tuberculosis: the epidemiology and the response. *Clin Infect Dis* 2010; 50: Suppl 3, S201–207.
31. Organisation mondiale de la santé. International Standards for Tuberculosis Care, Diagnosis, Treatment and Public Health. www.who.int/tb/publications/2006/istc_report.pdf.
32. Sterling TR, Villarino ME, Borisov AS, *et al.* Three months of rifapentine and isoniazid for latent tuberculosis infection. *N Engl J Med* 2011; 365: 2155–2166.
33. Organisation mondiale de la santé. From burden to “best buys”: reducing the economic impact of non-communicable disease in low- and middle-income countries. www.who.int/nmh/publications/best_buys_summary.pdf.
34. Organisation mondiale de la santé. Tobacco Free Initiative, MPOWER. www.who.int/tobacco/mpower/en/.
35. Thun MJ, Carter BD, Feskanich D, *et al.* 50-year trends in smoking-related mortality in the United States. *N Engl J Med* 2013; 368: 351–364.
36. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, *et al.* 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *N Engl J Med* 2013; 368: 341–350.
37. DG Sanco. A study on liability and the health costs of smoking. http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/tobacco_liability_en.pdf.
38. Organisation mondiale de la santé. Framework Convention on Tobacco Control. <http://www.fctc.org/>.
39. Organisation mondiale de la santé. Indoor air pollution and health Fact sheet 292. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs292/en/index.html.
40. Torres-Duque C, Maldonado D, Pérez-Padilla R, *et al.* Biomass fuels and respiratory diseases: a review of the evidence. *Proc Am Thorac Soc* 2008; 5: 577–590.
41. Fullerton DG, Suseno A, Semple S, *et al.* Wood smoke exposure, poverty and impaired lung function in Malawian adults. *Int J Tuberc Lung Dis* 2011; 15: 391–398.

42. Bell ML, Ebisu K, Peng RD, *et al.* Hospital admissions and chemical composition of fine particle air pollution. *Am J Respir Crit Care Med* 2009; 179: 1115–1120.
43. Katsouyanni K, Samet JM, Anderson HR, *et al.* Air pollution and health: a European and North American approach (APHENA). *Res Rep Health Eff Inst* 2009; 142: 5–90.
44. Organisation mondiale de la santé. Environment and health risks: A review of the influence and effects of social inequalities. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/78069/E93670.pdf.
45. Brunekreef B, Annesi-Maesano I, Ayres JG, *et al.* Ten principles for clean air. *Eur Respir J* 2012; 39: 525–528.
46. Cohen AJ, Ross Anderson H, Ostro B, *et al.* The global burden of disease due to outdoor air pollution. *J Toxicol Environ Health A* 2005; 68: 1301–1307.
47. Schwartz J. Air pollution and children's health. *Pediatrics* 2004; 113, Suppl. 4, 1037–1043.
48. Centre de Recerca en Epidemiologia Ambiental (CREAL). The public health benefits of reducing air pollution in the Barcelona metropolitan area. www.creal.cat/media/upload/arxiu/assessorament/Informe_contaminacio_eng.pdf.
49. European Respiratory Society. European Respiratory Roadmap: Health Policy Makers version. www.ersroadmap.org/health-policy-makers.html.





Remerciements

Comité de direction

Klaus Rabe (Chair)
Eric Bateman
Ali Ben Kheder
Victorina Lopez Varela
Nils Billo

Comité de rédaction

Donald Enarson (Chair)
Ross Anderson
Bart Celli
Stephen Gordon
Guy Marks
Yves Sibille
David Strachan
Heather Zar

Réviseur principal

Dean Schraufnagel

Contributing Consultants

O. Alassia
Jane Ardrey
Stephen Aston
Peter Burney
Daniel Feikin
Steve Graham
Emilia Jumbe-Marsden
Ana Maria B. Menezes
Kevin Mortimer
Hugo E. Neffen
Danny Obaseki
Ileana Palma
Rogelio Pérez-Padilla
Silvia Quadrelli

Alejandra Ramírez
Alejandra Rey
Oscar E. Rizzo
Mark J. Rosen
Miguel Salazar
Gerard A. Silvestri
Derk Sloan
Grant Theron
Juan-Carlos Vázquez-García

Examineurs de l'extérieur

Craig Hersh
Frank Leone
David Mannino
Guy Marks
Kent Pinkerton
Alexander White

Forum of International Respiratory Societies (FIRS)

*American College of Chest
Physicians (ACCP)*
Darcy Marciniuk, Président (and
FIRS Chair)
Paul Markowski, Directeur général

American Thoracic Society (ATS)
Monica Kraft, Président
Steve Crane, Directeur général

*Asian Pacific Society of
Respirology (APSR)*
Arth Nana, Président
Yasutomi Yamanaka, Directeur
général

*Asociación Latinoamericana de
Tórax (ALAT)*

Maria Montes de Oca, Président
Mariela Rodriguez, Secrétaire

European Respiratory Society (ERS)

Francesco Blasi, Président
Fernando Martin, Directeur
général

*L'Union internationale contre la
tuberculose et les maladies
respiratoires (The Union)*

Dean Schraufnagel, FIRS
Representative
Nils Billo, Conseiller principal

*Pan African Thoracic Society
(PATS)*

Heather Zar, Président

Participants observateurs

*Global Initiative for Asthma
(GINA)*
Mark Fitzgerald, Président
Claude Lenfant, Directeur général

*Global Initiative for Chronic
Obstructive Lung Disease (GOLD)*
Marc Decramer, Président
Claude Lenfant, Directeur général



Appendice

INFORMATIONS SUR LES MEMBRES ET LES PARTICIPANTS OBSERVATEURS DU FIRS

Membres du FIRS

American College of Chest Physicians (ACCP)

Site Web: www.chestnet.org

Siège social : 3300 Dundee Road, Northbrook, Illinois, 60062-2348, É.-U.

Coordonnées: Paul Markowski, Vice-président directeur et PDG; pmarkowski@chestnet.org

Nombre de membres: 18 700

Revues/publications: *CHEST*, *Chest Physician*, Board Review Course Textbooks, SEEK

Fondée en 1935, l'ACCP favorise la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies pulmonaires à l'aide de l'éducation, de la communication et de la recherche. En adoptant une composition multidisciplinaire de plus de 100 pays ainsi que des techniques pédagogiques innovantes, l'ACCP est un leader mondial dans la fourniture de formation clinique de médecine pulmonaire, de soins intensifs et de médecine du sommeil. La publication évaluée par les pairs de l'ACCP, *CHEST*, met en valeur des recherches cliniques de pointe et ainsi que des revues dans la presse écrite, en ligne et en éditions mobiles. L'ACCP publie également *CHEST Physician*, le journal mensuel officiel de l'ACCP, et l'ACCP NewsBrief, un bulletin électronique hebdomadaire, qui offre diverses ressources pour l'éducation et la gestion de la pratique continue. Les cliniciens connaissent aussi l'ACCP pour ses lignes directrices cliniques face aux antithrombotiques, à la toux, au cancer du poumon et plus encore. En plus de la conférence CHEST annuelle, l'ACCP fournit également des commissions de révision et de l'éducation en simulation pour le secteur de la médecine pulmonaire, des soins intensifs, du sommeil et de la médecine pulmonaire pédiatrique, tous conçus pour permettre aux cliniciens de fournir les meilleurs soins possible à leurs patients.

Asian Pacific Society of Respirology (APSR)

Site Web: www.apsresp.org

Siège social: 2F Hongo Asakaze Bldg, 2-9-8, Hongo, Bunkyo-ku, Tokyo 113-0033, Japon

Coordonnées: Bureau du secrétariat de l'APSR; KYU00671@nifty.com

Nombre de membres: 14 520 membres

Revue: *Respirology*

L'APSR a été créé en 1986. Les objectifs de la Société sont l'avancement et la promotion de la connaissance du système respiratoire dans la santé et la maladie. Elle vise à encourager la recherche, améliorer la pratique clinique à l'aide de l'enseignement, accroître la sensibilisation aux problèmes de santé et promouvoir l'échange de connaissances entre les pneumologues de la région de l'Asie-Pacifique. Les objectifs spécifiques de la

Société sont les suivants: promouvoir et coordonner les activités dans le domaine de la médecine respiratoire; favoriser les activités de recherche dans le domaine de la médecine respiratoire; organiser et coordonner régulièrement des congrès et des réunions occasionnelles, et la production de publications régulières, y compris un bulletin, l'APSR Respiratory Updates and *Respirology*.

L'APSR a de nombreux programmes et bourses d'enseignement, y compris des séminaires de formation de l'APSR (ESAP) et des bourses tels que APSR Research Awards, APSR Medal et APSR Travel Awards, notamment pour les jeunes scientifiques participant à la réunion annuelle APSR et aux assemblées annuelles des autres sociétés internationales.

Asociación Latinoamericana De Tórax (ALAT)

Site Web: www.alatorax.org and www.congresosalat.org

Siège social : Mario Cassinoni 1689, 11200 Montevideo, Uruguay

Coordonnées: Mariela Rodriguez, Secrétariat de l'ALAT; secretaria.alat@gmail.com

Nombre de membres: 6 439

Revue: *Archivos de Broconeumología*

ALAT est une organisation à but non lucratif, fondée en 1996. Il s'agit d'une association médicale internationale couvrant l'ensemble de l'Amérique latine et d'autres pays hispanophones et lusophones, dont l'Espagne et le Portugal. La mission de l'ALAT est de soulager les souffrances causées par la maladie respiratoire et de promouvoir la santé pulmonaire par la recherche, l'échange de connaissances et la formation médicale continue. Un accent est mis sur le contrôle de la tuberculose, une maladie répandue dans les grandes régions d'Amérique latine. ALAT encourage le développement de documentations scientifiques des maladies pulmonaires en Amérique latine à travers les activités suivantes: la publication de la recherche dans son journal, *Archivos de Bronconeumología*; des réunions de spécialistes en médecine respiratoire à sa conférence biennale et d'autres événements régionaux dans la spécialité; des cours de formation médicale et la formation des jeunes spécialistes, et le développement de manuels et de directives pour les professionnels de la santé respiratoire.

American Thoracic Society (ATS)

Site Web: www.thoracic.org

Siège social : 25 Broadway, 18th Floor, New York City, New York 10004, É.-U.

Coordonnées: atsinfo@thoracic.org

Nombre de membres: 15 000

Revue/publications: *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, *American Journal of Respiratory Cell and Molecular Biology*, *Annals of the American Thoracic Society*

La mission de l'ATS est d'améliorer la santé dans le monde en faisant progresser la recherche, les soins cliniques et la santé publique dans le secteur des maladies respiratoires, des maladies graves et des troubles du sommeil. Créée en 1905, l'ATS est la société respiratoire la plus ancienne dans le monde. Sa philosophie de base est que la maladie et la souffrance peuvent être éliminées plus rapidement lorsque les découvertes et les connaissances sont partagées. Cette philosophie a été élargie pour englober tous les aspects de la médecine pulmonaire, des soins intensifs et de la médecine du sommeil. Avec sa mission grandissante, l'adhésion de la Société a connu une croissance de plus en plus diversifiée et près d'un tiers des membres de la Société sont internationaux.

L'ATS publie trois revues de premier ordre qui répondent aux besoins des chercheurs en sciences fondamentales, translationnelles et cliniques; elle produit des lignes directrices sur les soins cliniques; est un défenseur de la pureté de l'air et de la lutte antitabac; travaille pour vaincre la tuberculose dans les pays en développement, et forme les médecins en Amérique latine, en Afrique et en Asie à devenir des chercheurs à l'aide de ses méthodes épidémiologiques, ses opérations et son programme de recherche clinique (MECOR). Chaque année, la Société invite également les plus grands experts au monde dans le secteur pulmonaire, des soins intensifs et de la médecine du sommeil à présenter et discuter les dernières recherches dans ces domaines.

European Respiratory Society (ERS)

Site Web: www.ersnet.org

Siège social: European Respiratory Society, 4 Avenue St-Luce, 1003 Lausanne, Suisse

Coordonnées: info@ersnet.org

Nombre de membres: 10 000

Revue/publications: *European Respiratory Journal*, *European Respiratory Review*, *European Respiratory Monograph*, *Breathe*, *ERS Handbook series*, *Buyers' Guide*, *European Lung White Book*

L'ERS a été fondé en 1990 et sa mission est de soulager la souffrance des maladies respiratoires et de promouvoir la santé respiratoire par la recherche, le partage des connaissances et la formation médicale et publique. L'ERS Annual Congress est le rassemblement scientifique en médecine respiratoire le plus large au monde, réunissant environ 20 000 professionnels respiratoires pour la science et l'éducation de pointe. Grâce à ses projets HERMES visant à harmoniser l'enseignement médical respiratoire en Europe, la société relève les normes éducatives à travers le continent. L'école ERS gère également un certain nombre de cours de formation, et maintient une énorme base de données en ligne de matériel. Le bureau de l'ERS à Bruxelles est consacré à la sensibilisation au niveau européen. Il a formé des alliances avec les principales organisations pour demander une législation plus stricte sur le tabac et la reconnaissance accrue de maladies sous-diagnostiquées. La Société prend part à une série de projets scientifiques financés par l'UE, prenant ainsi un rôle important de communication éducative et aux patients.

L'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires (L'Union)

Site Web: www.theunion.org

Siège social: 68, boulevard Saint-Michel, 75006, Paris, France

Coordonnées: Nils E. Billo, Conseiller principal; union@theunion.org

Nombre de membres: 15 000

Revue: *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, *Public Health Action*

L'Union a été fondée en 1920 lorsque 31 associations nationales ont décidé qu'un organisme central pour arrêter la tuberculose était nécessaire. En 1986, l'Union a élargi sa mission et est devenue The International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. L'Union a une vision de « solutions de santé pour les pauvres » et s'engage à apporter de l'innovation, de l'expertise, des solutions et du soutien pour relever les défis de la santé non seulement pour la tuberculose et les maladies pulmonaires, mais aussi pour les maladies non transmissibles. Avec 350 employés/consultants et 15 000 membres et abonnés dans 152 pays, L'Union est un réseau d'experts dédié avec des bureaux en Afrique, en Asie-Pacifique, en Europe, en Amérique latine, en Amérique du Nord et en Asie du Sud-Est. La Conférence Union World Conference on Lung Health annuelle attire des participants de partout dans le monde, et L'Union organise également des conférences régionales. De plus, l'Union offre environ 100 cours et ateliers chaque année renforçant les compétences techniques, la gestion et la recherche opérationnelle. La revue de l'Union – le *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* et le *Public Health Action* – sont des forums fortement considérés pour la recherche et ses guides techniques couvrent des sujets tels que la tuberculose, la tuberculose multirésistante, la tuberculose-VIH, l'asthme, la santé respiratoire des enfants, la lutte contre le tabagisme, la cessation du tabagisme, la pollution de l'air intérieur et la recherche opérationnelle.

Pan-African Thoracic Society (PATS)

Site Web: www.africanthoracic.org

Siège social: Société virtuelle (pas de siège fixe)

Coordonnées: www.africanthoracic.org

Nombre de membres: 720

Revue: *The African Journal of Respiratory Medicine*

PATS a été formé en 2003 pour créer une société respiratoire africaine représentant la région et

pour répondre à la forte charge de maladies respiratoires en Afrique. L'objectif global de PATS est de promouvoir la santé pulmonaire en Afrique à l'aide de l'éducation, la formation, la recherche et la sensibilisation. La société est basée sur le Web et ses membres proviennent de 33 pays africains différents. PATS a développé plusieurs activités sentinelles pour promouvoir la formation, l'éducation et la sensibilisation. Le programme PATS, Methods in Epidemiologic, Clinical and Operations Research (PATS-MECOR), a débuté en 2007 avec l'objectif de développer les capacités de recherche en Afrique. Des cours à succès sont organisés annuellement pour les stagiaires de plusieurs pays africains. *The African Journal of Respiratory Medicine* est étroitement liée avec PATS, y compris un comité de rédaction élu par PATS et des responsables de section.

Participants observateurs

Global Initiative for Asthma (GINA)

Site Web: <http://www.ginasthma.org>

Siège social: PO Box 65278, Vancouver, Washington 98665, É.-U.

Coordonnées: Claude Lenfant, Directeur exécutif; Mark FitzGerald, Président, Conseil d'administration

Nombre de membres: Membres du comité: 25; Membres de l'assemblée GINA: ~60 pays

Revue: Global Strategy for Asthma Management and Prevention (2012)

Fondé en 1995, le principal objectif de GINA est de créer un réseau mondial indépendant d'individus et d'organisations pour: accroître la sensibilisation de l'asthme chez les professionnels de la santé, les autorités sanitaires, et le public; améliorer le diagnostic, la gestion et la prévention; stimuler la recherche et fournir des ressources pédagogiques fondées sur des preuves concernant l'asthme pour une utilisation mondiale.

Ces objectifs sont atteints en coopération avec les organisations professionnelles de la santé, les organisations/fondations de patients, les organismes gouvernementaux, les fournisseurs de soins de santé et les personnes qui s'intéressent à la recherche sur l'asthme, les soins aux patients et la promotion de la santé et la prévention de la maladie.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)

Site Web: <http://www.goldcopd.org>

Siège social: PO Box 65278, Vancouver, Washington 98665, É.-U.

Coordonnées: Claude Lenfant, Directeur général; Marc Decramer, Président, Conseil d'administration GOLD

Nombre de membres: Membres du comité: 25; Dirigeants nationaux GOLD: ~75 pays

Publication: Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD (2013)

Fondé en 1998, le principal objectif de GOLD est de créer un réseau mondial indépendant d'individus et d'organisations pour: accroître la sensibilisation de la MPOC chez les professionnels de la santé, les autorités sanitaires, et le public; améliorer le diagnostic, la gestion et la prévention; stimuler la recherche et fournir des ressources pédagogiques fondées sur des preuves concernant la MPOC pour une utilisation mondiale.

Ces objectifs sont atteints en coopération avec les organisations professionnelles de la santé, les organisations/fondations de patients, les organismes gouvernementaux, les fournisseurs de soins de santé et les personnes qui s'intéressent à la recherche sur la MPOC, les soins aux patients et la promotion de la santé et la prévention de la maladie.