



WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

5547
WHO/RSD/85.18

ORIGINAL : ANGLAIS



PROGRAMME INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES

GROUPE CONSULTATIF TECHNIQUE OMS
SUR LES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES :

Rapport de la deuxième réunion

Genève, 25-29 mars 1985

The issue of this document does not constitute formal publication. It should not be reviewed, abstracted, quoted or translated without the agreement of the World Health Organization. Authors alone are responsible for views expressed in signed articles.

Ce document ne constitue pas une publication. Il ne doit faire l'objet d'aucun compte rendu ou résumé ni d'aucune citation ou traduction sans l'autorisation de l'Organisation mondiale de la Santé. Les opinions exprimées dans les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

GROUPE CONSULTATIF TECHNIQUE OMS
SUR LES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES

Rapport de la deuxième réunion
Genève, 25-29 mars 1985

Table des matières

	<u>Pages</u>
1. Introduction	4
2. Le point sur le programme IRA de l'OMS	4
2.1 Programme IRA mondial	4
2.2 Programme IRA régionaux	5
2.2.1 Région africaine	5
2.2.2 Région des Amériques	6
2.2.3 Région de la Méditerranée orientale	6
2.2.4 Région européenne	7
2.2.5 Région de l'Asie du Sud-Est	7
2.2.6 Région du Pacifique occidental	8
3. Observations sur le programme IRA de l'OMS	8
4. Mise en oeuvre au niveau national de la lutte contre les IRA	9
4.1 Programmes pilotes	10
4.1.1 Le projet de Bohol - République des Philippines	11
4.1.2 Le projet de Bagamoyo - République-Unie de Tanzanie	11
4.1.3 Le projet de Chandigarh - Inde	12
4.2 Intérêt des projets pilotes et des projets de faisabilité	13
5. Les techniques de diagnostic, de traitement et de prévention des IRA : situation actuelle et perspectives de progrès	13
5.1 Identification sur le terrain de la morbidité et de la mortalité imputables aux IRA	13
5.2 Diagnostic étiologique des IRA	14
5.3 Antibiothérapie	15
5.4 Vaccins utilisables pour la prévention des IRA	15
5.4.1 Vaccins bactériens	15
5.4.2 Vaccins viraux	16
6. Facteurs écologiques et infections respiratoires	16
7. Structure du programme futur	17
7.1 Activités dans les pays en développement	18
7.2 Activités dans les pays développés	18
7.3 Education pour la santé et engagement communautaire	19
7.4 Rôle des organisations gouvernementales et non gouvernementales	19

	<u>Pages</u>
8. Financement	20
9. Conclusions et recommandations	20
9.1 Généralités	20
9.2 Services de santé	21
9.3 Recherche	23
9.4 Promotion et ressources	23
Bibliographie	25
Annexe 1 - Allocution d'ouverture du Dr Halfdan Mahler, Directeur général de l'OMS	26
Annexe 2 - Liste des participants	29
Annexe 3 - Quelques priorités en matière de recherche sur les IRA	32

1. Introduction

La réunion a été ouverte par le Dr Halfdan Mahler, Directeur général de l'OMS, qui a souligné les similitudes qui existent entre les problèmes qu'a posés la lutte antituberculeuse dans les pays en développement il y a 25 ans et ceux auxquels il faut aujourd'hui faire face dans la lutte contre les infections respiratoires aiguës (IRA). On peut en dresser la liste suivante : nécessité de technologies appropriées pour le diagnostic et la prise en charge clinique, nécessité d'assurer un accès universel à ces techniques, nécessité d'intégrer la lutte dans le système général des soins de santé et, enfin, nécessité de surmonter le scepticisme de la communauté scientifique mondiale en la persuadant de l'efficacité réelle de ces méthodes simplifiées.

Le Dr Mahler a reconnu qu'il existe une interdépendance entre les programmes de soins de santé primaires (SSP) et la lutte contre les IRA et qu'il est indispensable de mettre en application sans tarder les connaissances actuelles, même si elles sont incomplètes, en vue de sauver des enfants. S'il convient de poursuivre énergiquement la recherche de vaccins utilisables pour la prévention primaire, la pièce maîtresse de la lutte IRA doit rester, pour l'instant, le dépistage et la prise en charge des cas. Il faut fournir aux planificateurs de la santé au niveau national tous les renseignements utiles sur le programme pour leur permettre de procéder au choix, délicat, qui s'impose dans l'emploi de ressources limitées; cette information doit notamment recouvrir la validation des méthodes préconisées par de précédents groupes de travail. L'allocution du Dr Mahler est reproduite à l'annexe 1.

Les participants à la présente réunion avaient pour mandat d'évaluer l'acquis des deux années antérieures et de formuler des recommandations en vue des étapes suivantes, sans oublier toutefois que l'exécution du programme incombe aux pays eux-mêmes, lesquels disposent de ressources limitées. Le groupe avait pour mission de définir les activités qui sont cruciales pour la solution de problèmes en perpétuelle évolution et d'indiquer à quel moment et selon quelles modalités ces activités devraient être entreprises. La liste des participants fait l'objet de l'annexe 2.

2. Le point sur le programme IRA de l'OMS

2.1 Programme IRA mondial

Lors de la première réunion du groupe consultatif technique sur les IRA, en mars 1983, les participants avaient souscrit à la stratégie OMS, laquelle vise à réduire la mortalité par IRA chez les enfants de moins de cinq ans.¹

Un programme mondial à moyen terme concernant la lutte contre les IRA pendant la période 1984-89 avait été défini en 1983 avec la collaboration des six bureaux régionaux de l'Organisation.² Un groupe de travail s'est ensuite réuni en avril 1984 pour établir une méthodologie simplifiée applicable à la prise en charge des cas et susceptible d'être mise en oeuvre par les agents sanitaires de village dans le cadre des soins de santé primaires.³ Selon cette méthodologie, les enfants présentant un tirage ou dans l'incapacité de boire sont dirigés vers un établissement de recours en vue de leur hospitalisation et de la mise en route d'un traitement antimicrobien; les enfants dont la fréquence respiratoire dépasse 50 par minute en l'absence des signes ci-dessus sont placés sous anti-infectieux dans le cadre communautaire; enfin, les enfants atteints mais ne présentant aucun des signes précédents sont soumis à une thérapie de soutien et font l'objet d'une surveillance étroite à domicile. Des instructions particulières sont fournies pour les enfants qui présentent un sifflement respiratoire ou un râle sibilant ou pour ceux qui sont atteints d'une infection respiratoire haute. Un cours de formation destiné au personnel d'encadrement des agents SSP est actuellement expérimenté sur le terrain, conformément aux indications ci-dessus. Un manuel sur la prise en charge des cas destiné aux établissements du premier niveau de recours est en préparation. Il est prévu d'organiser des études en vue de déterminer les signes et symptômes pathognomoniques des IRA, modérés ou sévères, et d'en apprécier la valeur.

L'influence du programme de lutte contre les IRA sur la mortalité fera l'objet d'une évaluation dans le cadre de projets prototypes spéciaux qui ont débuté dans dix régions. Ces projets permettront en outre d'étudier les aspects opérationnels des méthodes de prise en charge. Un groupe d'administrateurs de projet et d'épidémiologistes s'est réuni à Genève en novembre 1984 afin d'étudier le protocole de ces études; il a souligné qu'il importait d'obtenir, dans toute la mesure possible, des indications suffisantes sur les résultats de la lutte.⁴ Sur ces dix projets, cinq en sont déjà au stade de la mise en oeuvre du programme.

Une étude sur les agents étiologiques des IRA a débuté à Islamabad (Pakistan) en décembre 1984. Un protocole a été établi pour la surveillance de la résistance aux anti-infectieux de façon que les directeurs de projet puissent s'assurer qu'on utilise bien des antibiotiques convenables pour traiter les malades.

A Genève, les services du Siège travaillent à l'élaboration de méthodes de surveillance de la morbidité et de la mortalité susceptibles d'aider les bureaux régionaux de l'Organisation ainsi que les pays. Des questions relatives aux IRA ont été ajoutées à l'instrument utilisé aux fins de la surveillance dans les enquêtes LMD; cette méthode fera l'objet d'essais sur le terrain en 1985. Par ailleurs, l'OMS a entrepris de revoir la classification des IRA à l'occasion de la Dixième Révision de la Classification internationale des Maladies.

La prévention des IRA par la vaccination est appuyée par la Division OMS des Maladies transmissibles dans le cadre des programmes d'élaboration de nouveaux vaccins viraux (virus syncytial respiratoire et virus paragrippal du type 3) et bactériens. Le programme concernant les bactéries encapsulées met actuellement l'accent sur le vaccin antiméningococcique; au cours des prochaines années on devrait privilégier les vaccins contre les pneumocoques et H. influenzae.

La diffusion des données techniques relatives au programme s'est vu attribuer une priorité élevée. Cette diffusion s'est opérée par la voie de documents techniques, d'une bibliographie des infections respiratoires, de matériels didactiques et d'une Circulaire IRA (ARI Newsletter) dont le premier numéro vient d'être publié par l'Appropriate Health Resources and Technologies Action Groupe Ltd.

Le budget attribué au programme IRA de l'OMS pour la période biennale 1984-85 s'est élevé à US \$2 114 000, soit une augmentation de 250 % par rapport au budget pour 1982-83. L'augmentation a été particulièrement importante en ce qui concerne les fonds extrabudgétaires, c'est-à-dire non imputés sur le budget ordinaire.

2.2 Programmes IRA régionaux

2.2.1 Région africaine

Au Bureau régional, c'est le fonctionnaire chargé des maladies transmissibles qui a la responsabilité du programme IRA. Les activités de lutte sont déléguées aux sous-régions par l'intermédiaire des projets interpays de surveillance épidémiologique et de lutte contre la maladie (au Niger pour la sous-région I, au Kenya pour la sous-région II et au Zimbabwe pour la sous-région III), ainsi qu'aux pays par l'intermédiaire d'épidémiologistes OMS affectés aux projets nationaux.

Certains pays de la Région ont mis sur pied un comité d'orientation IRA au niveau central (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Kenya, Tanzanie, Nigéria et Sénégal). Il existe au niveau inter-pays une dotation sur le budget ordinaire qui permet d'appuyer les activités IRA. Les cours régionaux de formation en épidémiologie et à la lutte contre les maladies qui sont organisés à l'intention du personnel de niveau supérieur (à Bamako pour les pays francophones et à Nairobi pour les pays anglophones) comportent une information sur le programme IRA.

Le programme de lutte contre les IRA répond à un besoin important et urgent de la Région. Il conviendra d'évaluer les stratégies élémentaires proposées ainsi que leur faisabilité technique et leur rentabilité. La faisabilité logistique constituera probablement le principal problème dans la mise en oeuvre du programme. Dans certains pays, l'accès à tout service de

santé est pratiquement inexistant, spécialement dans des régions rurales peu peuplées comme le Sahel. A défaut d'une infrastructure sanitaire et devant le coût prohibitif des activités menées au moyen d'équipes mobiles, l'intégration des opérations IRA dans les activités du programme élargi de vaccination, de la lutte contre les maladies diarrhéiques et de la lutte antipaludique s'impose, d'autant plus que le groupe visé est le même dans tous ces cas et que les mécanismes de gestion sont similaires.

2.2.2 Région des Amériques

Dans la Région OMS des Amériques, les IRA constituent un élément du programme de santé maternelle et infantile, à côté des éléments maladies diarrhéiques, vaccinations et croissance, développement et reproduction. D'autres programmes - recherche, épidémiologie, maladies virales et services de laboratoire - ont notablement contribué au programme IRA. Grâce à une action promotionnelle intensive, par la diffusion d'informations et à des activités de conseils techniques, on a pu stimuler la prise en charge des enfants atteints d'IRA dans le cadre des soins de santé primaires. Ces activités ont débuté dans l'Etat de Para (Brésil) en 1982, avant d'être étendues à six autres Etats brésiliens et à deux autres pays - le Panama en 1984 et le Guatemala en 1985. Huit autres pays (Argentine, Bolivie, Colombie, Equateur, El Salvador, Honduras, Paraguay et Pérou) ont terminé la plupart des phases préliminaires : formulation de normes et de plans de travail au niveau national, nomination des fonctionnaires responsables, formation de personnel et acquisition des médicaments. La plupart de ces pays vont passer à la phase d'exécution en améliorant la prise en charge des cas en 1985.

Le soutien technique et financier accordé par le FISE/UNICEF à un programme conjoint pour la survie des enfants a facilité l'élaboration du programme, notamment en Amérique centrale.

On expérimente dans la Région les modules didactiques OMS en espagnol en vue de les utiliser dans les cours sur les maladies diarrhéiques pour cadres moyens. Certains matériels destinés à l'éducation des familles et des communautés ont été mis au point au Guatemala. Les principes et les aspects techniques de la lutte contre les IRA ont été introduits dans les cours régionaux portant sur la santé maternelle et infantile et sur la lutte contre la tuberculose et les infections respiratoires.

Jusqu'à une époque récente, la priorité en matière de recherche allait aux études étiologiques. Un soutien technique et financier a été assuré à des études conduites en Argentine, au Brésil, au Costa Rica, au Panama, au Pérou et en Uruguay. Le soutien accordé aux études étiologiques par d'autres organisations - comme BOSTID et l'Académie nationale des Sciences des Etats-Unis d'Amérique - a renforcé les recherches dans ce domaine. La plupart des projets sont en cours d'exécution ou d'analyse. La publication des résultats obtenus au Panama et au Costa Rica est imminente. Depuis 1983, des ateliers régionaux annuels sur les techniques rapides en virologie et en bactériologie sont organisés dans différents pays, pour appuyer les études étiologiques.

A l'heure actuelle, la recherche opérationnelle constitue la principale priorité. Des protocoles sont en préparation en vue, principalement, d'analyser les pratiques médicales en vigueur concernant les IRA de l'enfant, les connaissances et pratiques communautaires ainsi que la prévalence de l'antibiorésistance chez les bactéries pathogènes courantes.

2.2.3 Région de la Méditerranée orientale

Les objectifs particuliers du programme IRA sont au nombre de trois : favoriser et appuyer l'élaboration de programmes nationaux de lutte contre ces infections chez l'enfant en s'appuyant sur la mise en place de techniques et de moyens efficaces de traitement dans le cadre des soins de santé primaires; disposer d'un personnel national expérimenté aux divers niveaux; et soutenir les projets de recherche appliquée dans les domaines prioritaires pour les programmes IRA nationaux.

Deux projets de recherche opérationnelle sont en cours d'exécution, l'un au Pakistan, l'autre en Somalie. Ils permettront d'évaluer la faisabilité et les résultats à attendre des interventions proposées pour réduire la mortalité associée aux IRA chez les enfants de moins de 5 ans. De plus, ces projets serviront de programme pilote pour la prise en charge des IRA.

Les deux projets mettront l'accent sur la formation des cadres, des agents de santé locaux et des familles à qui l'on apprendra à reconnaître et à prendre en charge les formes bénignes, modérées ou graves d'IRA.

Un groupe de travail scientifique régional sur les IRA s'est réuni à Lahore (Pakistan) en mai 1984.⁵ Vingt participants venus de 7 pays y ont assisté, dont des épidémiologistes, des pédiatres et des microbiologistes. La réunion a permis de faire le point des IRA dans la Région et d'étudier les modalités de prise en charge en insistant sur la possibilité d'une intégration aux services de santé existants. Le groupe a souligné les mesures à prendre en vue de l'élaboration d'un plan national de lutte contre les IRA ainsi que les principaux travaux de recherche nécessaires pour appuyer les programmes de lutte. Les participants ont établi un projet de plan national d'opérations pour la lutte contre les IRA.

Deux pays ont mis sur pied un projet national de lutte contre les IRA. La Tunisie, en collaboration avec l'OMS, a élaboré un plan dont l'exécution se fera en plusieurs phases, de façon à couvrir la totalité du pays dans un délai de 5 ans. De son côté, l'Egypte a incorporé un élément IRA dans un programme de survie des enfants qui bénéficiera de l'appui du FISE/UNICEF, de l'OMS et de l'USAID.

2.2.4 Région européenne

Selon les rapports officiels, on compte environ 20 millions de personnes qui sont chaque année victimes des IRA dans les pays européens; en réalité, étant donné les insuffisances des systèmes de notification actuels, ce chiffre est manifestement sous-estimé. Des données plus exactes recueillies grâce à une enquête sur les IRA au Royaume-Uni a montré qu'environ 30 % de la population est frappée par ce type d'affection chaque année. En Europe, elles entraînent un absentéisme qui représente plus de 600 millions de jours de travail par an, soit une perte économique supérieure à 3 milliards de dollars. Ce chiffre peut être encore beaucoup plus élevé en cas d'épidémie de grippe.

A l'heure actuelle, il n'existe pas de programme officiel OMS étant donné les caractéristiques des pays de la Région. Cependant, des contacts ont été pris avec certains Etats Membres à qui l'on a proposé d'entreprendre un programme dans ce sens : il s'agit de l'Espagne, de la Grèce, du Maroc, du Portugal, de la République démocratique allemande, de la Roumanie, de la Turquie et de l'URSS.

2.2.5 Région de l'Asie du Sud-Est

Les infections respiratoires aiguës, seules ou en association avec les maladies diarrhéiques aiguës et la malnutrition, constituent une importante cause de morbidité et de mortalité chez l'enfant dans la plupart des pays de la Région. A la suite de la résolution SEA/RC36/R6 du Comité régional, en 1983, et de la recommandation du Comité consultatif de la Recherche médicale pour l'Asie du Sud-Est, des activités ont été entreprises dans la Région au sujet des IRA, à la fois en matière de recherche et de lutte. En 1983, un groupe de travail scientifique inter-pays sur les infections respiratoires aiguës s'est réuni à New Delhi et a formulé des recommandations pour guider la mise en place de ce programme.⁶

Bien que le démarrage des activités sur les IRA soit très récent, des progrès notables ont été réalisés au cours des deux dernières :

- 1) au Bureau régional, un service IRA a été mis en place sous la responsabilité d'un médecin;
- 2) des groupes d'action nationaux ont été créés dans 7 pays (Birmanie, Inde, Indonésie, Mongolie, Népal, Sri Lanka, Thaïlande). La Birmanie a incorporé un programme de lutte contre les IRA à son programme de lutte contre les maladies pour la période 1986-90. La formulation et l'exécution de programmes nationaux IRA sont envisagées dans la plupart des autres pays;
- 3) plusieurs pays ont établi des manuels pratiques et préparé des matériels d'éducation pour la santé;

- 4) des études d'intervention de modeste envergure ont été entreprises en Inde, au Népal et à Sri Lanka. De nombreux instituts de recherche de la Région ont exprimé leur intérêt pour les IRA;
- 5) la liaison a été établie entre l'OMS et le FISE/UNICEF au sujet de la coordination des activités IRA au niveau des pays.

2.2.6 Région du Pacifique occidental

Au départ, la mise en place du programme IRA visait essentiellement à mieux faire connaître la nature et l'importance des problèmes posés par ces infections dans les divers pays. Les activités entreprises comportent des travaux de recherche sur l'étiologie des IRA et sur leurs caractéristiques épidémiologiques et cliniques.

Cinq pays ont effectué ou planifié des études sur les aspects étiologiques ou opérationnels des IRA (Chine, Malaisie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, Viet Nam).

Les méthodes retenues pour l'exécution du programme comportent l'établissement d'une terminologie et de critères communs pour le diagnostic des infections respiratoires aiguës ainsi que la mise en oeuvre d'un programme pilote intégré au niveau des soins de santé primaires. Ce programme porte sur la vaccination, l'éducation pour la santé et la prise en charge selon des méthodes normalisées. On a commencé à surveiller la résistance bactérienne afin de pouvoir, le cas échéant, adapter le traitement habituel.

En août 1984, un atelier de recherche en vue du développement en Asie du Sud-Est et dans le Pacifique s'est tenu à Sydney sur le thème des infections respiratoires aiguës de l'enfant (morbidity et lutte).

Dans le cas de ses efforts visant à élaborer des méthodes de recherche communes et des procédures normalisées, le Bureau régional du Pacifique occidental a établi des directives en vue du développement des recherches sur les IRA et de la mise en place du programme.⁷ Ces directives ont par ailleurs été fort utiles pour la mise en place de projets sur les IRA. Un manuel sur les techniques de laboratoire applicables aux infections bactériennes aiguës de l'appareil respiratoire sera publié sous peu. Des matériels didactiques sur la prise en charge des IRA au niveau périphérique sont en cours de préparation et d'expérimentation sur le terrain.

Un atelier régional sur les techniques de laboratoire applicables au diagnostic des IRA s'est tenu à Manille, en novembre 1983. Les services de consultants spécialisés dans la gestion des données et l'établissement de manuels de formation ont été mis à la disposition de certains pays de la Région.

3. Observations sur le programme IRA de l'OMS

La discussion sur l'état d'avancement des programmes IRA de l'OMS, au niveau mondial et au niveau régional, a fait ressortir les points suivants :

- a) Le progrès notable accompli au niveau mondial depuis deux ans a fourni les instruments nécessaires pour une mise en oeuvre efficace des programmes au niveau régional et au niveau des pays. La coordination avec les unités CDD, EPI, MCH et PHC de l'OMS, ainsi qu'avec le FISE et les organismes donateurs, devrait faciliter un développement rapide.
- b) Il faut voir dans le programme d'amélioration de la prise en charge des IRA un élément essentiel d'un système SSP intégré. L'adoption de cette méthode est tout à fait justifiée puisque la réduction de la mortalité infantile et juvénile constitue systématiquement l'une des principales priorités du programme de santé des pays en développement. La mortalité infantile est l'un des douze indicateurs choisis par l'OMS pour suivre la progression vers l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000. La mortalité associée aux IRA s'explique souvent par l'existence de facteurs de risque tels que la malnutrition, un faible poids de naissance, une maladie diarrhéique, le paludisme ou la rougeole. Un programme intégré visant à attaquer ces problèmes dans l'esprit SSP a toutes les chances d'obtenir une baisse de la mortalité. L'adoption d'une structure intégrée a en outre l'avantage de permettre des

économies en matière de formation et d'évaluation et de fournir le cadre de base pour la prestation des services. Il est de la plus haute importance de poursuivre la mise en place d'une infrastructure SSP capable d'appliquer les mesures recommandées.

c) Le développement d'un programme de lutte contre les IRA et son adoption par les Etats Membres en tant que programme national exigeront une action promotionnelle importante en vue de susciter une volonté politique et d'obtenir un soutien financier au niveau national. Cette action devra revêtir plusieurs formes : i) le recours à des membres de professions de santé en vue de la solution des problèmes techniques, gestionnaires et opérationnels, ii) la diffusion de rapports et recommandations, de comptes rendus de recherche et de la Circulaire IRA, iii) l'organisation de séminaires et réunions pour discuter des IRA, iv) l'incorporation de la méthode perfectionnée de prise en charge des cas dans l'enseignement de second cycle, v) l'utilisation de manuels et modules IRA pour la formation du personnel d'encadrement et des agents SSP. Il est indispensable de s'assurer le soutien de la communauté en la sensibilisant au problème des IRA et en améliorant sa compréhension de ces infections grâce à l'utilisation des médias et des moyens de communication propres à la culture locale. Des matériels particuliers seront nécessaires à cette fin.

d) Les programmes nationaux font le plus grand cas des recommandations de l'OMS et du FISE/UNICEF et comptent beaucoup sur le soutien technique de ces deux organisations. Les documents publiés par ces dernières sont souvent utilisés en vue d'obtenir un soutien financier et un engagement politique.

e) Des progrès importants ont été réalisés depuis 2 ans par les programmes régionaux, en particulier dans les Régions des Amériques, de la Méditerranée orientale et de l'Asie du Sud-Est. Le rôle d'animation joué autrefois par la Région du Pacifique occidental en matière de recherche a été salué comme il convient mais les participants ont estimé qu'il convenait de poursuivre cette tradition en appliquant les résultats de la recherche à l'exécution du programme. Les activités de la Région africaine ont été gênées par des difficultés d'ordre logistique; il est particulièrement important d'accroître l'importance accordée à l'exécution du programme IRA dans cette Région afin de réduire la mortalité infantile qui y est élevée.

f) Bien qu'on n'envisage pas d'activités officielles au titre du programme OMS dans les pays développés, il est indéniable que la morbidité associée aux IRA dans ces pays est considérable et que la mortalité provoquée par ces infections chez les personnes âgées est un sujet de vive préoccupation. On a longuement discuté de la nécessité d'obtenir le soutien scientifique de ces pays en vue de perfectionner les techniques IRA. Il importe, face à des problèmes technologiques complexes, d'obtenir la participation de la communauté scientifique de tous les pays.

g) La première réunion du TAG, tout en reconnaissant l'insuffisance des connaissances sur lesquelles doit reposer la lutte contre les IRA, a lourdement insisté sur le fait qu'on en sait bien assez pour entreprendre un programme.¹ Le présent groupe a réaffirmé son engagement vis-à-vis du programme en cours d'élaboration et a félicité le Secrétariat des progrès qu'il a pu accomplir avec les ressources limitées dont il disposait.

4. Mise en oeuvre au niveau national de la lutte contre les IRA

Il est indispensable que les stratégies nationales s'appuient sur un ensemble solide de faits connus au niveau international ainsi que sur les caractéristiques particulières aux IRA et sur les circonstances propres à chaque pays, sinon à chacune de ces régions.

Il faut insister sur le fait que l'élaboration et l'exécution d'un programme incombe aux autorités nationales et que son efficacité dépend de la situation épidémiologique locale, de l'existence, de la compétence et du dynamisme du personnel de santé ainsi que des ressources affectées au programme. La coopération internationale est évidemment d'un grand secours au départ mais il faut qu'elle soit orientée vers la mise en place des moyens nécessaires pour surmonter les obstacles qui s'opposent à l'élaboration et à l'exécution du programme. A terme, l'exécution du programme doit constituer une entreprise nationale et ne dépendre d'aucun apport extérieur au pays.

Bien qu'il ne s'agisse pas là d'un programme vertical, il faut prévoir une direction centrale habilitée à prendre et mettre à exécution les mesures jugées nécessaires. Ce service doit être à même de coordonner, superviser et évaluer les diverses activités prévues, lesquelles sont généralement introduites de façon progressive de manière qu'on puisse procéder à des études de faisabilité et d'efficacité avant de généraliser le programme. L'affectation de tâches précises à des personnes bien définies constitue la clé du succès dans une entreprise aussi complexe.

Des outils simples permettant la surveillance épidémiologique ainsi que le contrôle continu et l'évaluation du programme doivent faire partie intégrante d'un programme national de lutte contre les IRA dans son tout début et doivent permettre d'apprécier à intervalles réguliers les progrès accomplis dans le sens de la réalisation des objectifs et des buts du programme.

Le succès d'un programme national dépend dans une large mesure des résultats obtenus dans l'éducation des familles, du bon approvisionnement en médicaments, du contrôle et de la formation des agents SSP et de la couverture vaccinale. Tous ces paramètres doivent être suivis. L'interprétation des paramètres choisis pour évaluer l'impact du programme suppose que l'on sache dans quelle mesure ce dernier a été mis à exécution et jusqu'à quel point il est mis à profit par la population.

Les méthodes de surveillance utilisées pour d'autres maladies transmissibles n'ont qu'un intérêt restreint s'agissant des IRA, principalement par suite des difficultés que soulève la détermination de l'étiologie de la pneumonie. Dans les pays en développement, les IRA sont l'un des principaux motifs de consultation dans les services de soins de santé primaires et l'une des principales causes d'hospitalisation et de mortalité. Tout cela est bien connu, mais la plupart des pays ne dispose pas de données épidémiologiques et cliniques suffisantes. On peut faire appel à un système d'information de routine pour obtenir des données concernant la mortalité, la morbidité et les cas d'hospitalisation associés aux IRA quand il existe déjà un système de ce type pour la surveillance d'autres maladies. Quand tel n'est pas le cas, il faut mettre au point la surveillance au niveau des districts, des provinces ainsi qu'au niveau national pour surveiller la morbidité et la mortalité imputables aux IRA ainsi que les données d'hospitalisation; un système de surveillance fondé sur des établissements "sentinelles" constitue une formule possible.

Les données de mortalité ont évidemment une importance primordiale et il faut s'efforcer d'apprécier la contribution des IRA à la mortalité juvénile. Il convient d'insister sur le fait que la collecte de statistiques sur les causes de mortalité dans un village ou une communauté aide cette dernière à prendre conscience des problèmes qui sont les siens et renforce sa motivation à s'attaquer à eux.

Les analyses de laboratoire destinées à l'identification des agents étiologiques des IRA sont d'un intérêt médiocre pour la prise en charge clinique des patients et ne sont pas systématiquement utilisées par les pédiatres des pays développés. Cependant, il importe de se faire une idée aussi objective que possible de la variété des germes qui envahissent les poumons, d'autant plus qu'une infection multiple est possible (virus/bactéries ou bactéries/bactéries). Si la mise en place de laboratoires complexes uniquement destinés à la prise en charge clinique des IRA ne constitue pas une méthode appropriée, on peut en revanche renforcer et perfectionner certains des laboratoires existants de sorte qu'ils puissent surveiller la sensibilité des bactéries pathogènes aux antibiotiques et déterminer la nature des agents pathogènes des voies respiratoires les plus fréquents. Ce dernier objectif sera plus facile à atteindre quand on disposera de meilleures méthodes de diagnostic de la pneumonie.

4.1 Programmes pilotes

Depuis 1983, le programme de l'OMS a évolué, passant d'une conception exclusivement tournée vers la recherche à une conception pratique, comportant la mise en place progressive d'un programme de lutte dans un certain nombre de régions. A l'heure actuelle, l'accent est encore principalement mis sur les études d'évaluation et de faisabilité mais, au Brésil, on a résolument essayé de mettre en place des programmes de gestion au niveau des Etats, tandis que, dans d'autres pays d'Amérique latine, on établit des normes nationales pour la prise en charge des IRA.

L'étude de 3 des précédents projets de démonstration conduits à Bohol (Philippines), à Bagamoyo (Tanzanie) et à Chandigarh (Inde) montre l'intérêt d'une mise en oeuvre progressive. Ces programmes qui sont axés, dans le cadre du système SSP, sur la prise en charge des patients et sur les progrès des connaissances, des attitudes et des pratiques de soins aux enfants en ce qui concerne les IRA, permettent en même temps de mesurer l'impact de la stratégie adoptée.

4.1.1 Le projet de Bohol (République des Philippines)

Une étude opérationnelle sur la mise en oeuvre d'un programme d'intervention IRA dans le cadre des soins de santé primaires a été entreprise sur l'île de Bohol en avril 1984. Son objectif est de faire apparaître une réduction de la mortalité associée aux IRA chez les enfants de moins de 5 ans grâce à une meilleure prise en charge des cas, parallèlement à des activités en matière d'éducation pour la santé, de vaccination dans le cadre du programme élargi de vaccination et de nutrition.

Les décès sont contrôlés par deux méthodes complémentaires : des enquêtes périodiques dans les ménages tous les six mois et la notification permanente des cas tous les quinze jours par l'intermédiaire de personnes bien informées. La cause de décès des enfants de moins de 5 ans est établie par "autopsie verbale". On utilise un questionnaire type pour obtenir des renseignements sur les symptômes présentés par l'enfant et sur son état de santé avant la mort en interrogeant un membre responsable de la famille. D'après les données de référence, le taux de mortalité associé aux IRA est de 67 pour 1000 chez les nourrissons et de 7,8 pour 1000 chez les enfants de 1 à 4 ans, contre des pourcentages respectifs de 26,9 % et 45 % pour l'ensemble des causes de décès dans ces mêmes groupes d'âge. Les taux de mortalité par IRA sont estimés à 1800 et à 400 pour 100 000 personnes dans les deux mêmes tranches d'âge, soit sensiblement le même niveau qu'en 1976.

Des manuels de formation qui s'inspirent des matériels pédagogiques mis au point dans cette Région OMS (Pacifique occidental) pour les IRA ont été rédigés à l'intention des agents des soins de santé primaires, au niveau périphérique et dans les établissements de recours, ainsi qu'aux animateurs des cours. Ces manuels sont utilisés pour former les prestataires de soins de santé dans la moitié de la région étudiée, l'autre moitié servant de zone témoin. Un an puis deux ans plus tard, on examinera les répercussions de cette formation sur la mortalité juvénile. On procédera également à une analyse coût/avantages.

4.1.2 Le projet de Bagamoyo (République-Unie de Tanzanie)

La lutte contre les IRA a été conduite dans un district de Tanzanie en tant que partie intégrante des soins de santé primaires (SSP). Ce district sert de modèle pour la démonstration et l'évaluation des SSP dans le pays, et, en particulier, des possibilités qu'offrent les SSP pour la lutte contre les grandes maladies et la réduction de la mortalité infantile qui constituent l'un des éléments de l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000.

Une formation complémentaire et un soutien logistique en vue de la lutte contre les IRA ont été fournis aux agents sanitaires de village et aux autres agents de santé du district, en plus de ce qui est normalement prévu pour les SSP. Des visites bimensuelles à domicile ont été organisées pour tous les enfants de moins de cinq ans et pour toutes les mères. Une éducation pour la santé est dispensée, par groupes, et porte sur les soins à domicile et l'identification des symptômes d'IRA qui nécessitent un traitement au dispensaire du village ou dans un établissement de santé d'un niveau supérieur. Une information est également fournie en matière d'alimentation et de vaccination.

Les études de référence conduites au cours des 12 premiers mois ont permis de dégager les résultats suivants :

- a) Le taux de létalité pour les cas traités par des médecins et des assistants médicaux dans les établissements de soins est égal à 1,4 % pour l'ensemble des catégories d'IRA, 2,5 % pour la pneumonie, 12,0 % pour la rougeole et 17,4 % pour la rougeole associée à une pneumonie.

- b) Parmi les sujets morts des suites d'une pneumonie au sein de la communauté, 43 % seulement avaient bénéficié d'un traitement antibiotique. Le traitement dispensé aux enfants les plus atteints était tout à fait insuffisant dans le cadre communautaire.
- c) Aucun traitement n'a été signalé chez 7,4 % des familles dans le cas des enfants atteints de diarrhée et pour 5,4 % des enfants fébriles, contre 24,5 % pour les enfants atteints de toux et 37,6 % pour les enfants ayant du mal à respirer. Ces chiffres sont peut-être le signe que les parents sont trop peu conscients des dangers de la toux et de la dyspnée et soulignent l'importance de l'éducation pour la santé et de l'engagement communautaire.
- d) L'enquête sur la mortalité a montré que, au niveau communautaire, la pneumonie est à l'origine de 36 % de la totalité des cas de décès. Dans 27 % des cas de pneumonie mortelle, les enfants étaient également atteints de rougeole. Comme autres causes importantes de mortalité, il faut citer le paludisme (21 %), les diarrhées (20 %) et la malnutrition (15 %).
- e) Les résultats préliminaires de l'enquête de mortalité effectuée un an après la mise en oeuvre du programme de lutte ont révélé une baisse globale de la mortalité chez les moins de cinq ans atteignant 28 % dans la région d'intervention par rapport au taux observé dans la zone témoin. La baisse du nombre de décès imputés à la pneumonie explique 46 % du recul total; la distribution saisonnière des décès a montré que la différence entre zone d'intervention et zone témoin était maximale au cours de la saison des pluies, époque où la pneumonie fait son plus grand nombre de victimes. L'écart des taux de mortalité entre zone témoin et zone d'intervention, au profit de cette dernière, a été de 36 % pour la pneumonie, 37 % pour le paludisme, 20 % pour les diarrhées et 20 % pour l'ensemble des autres causes.

Le projet de Bagamoyo montre que la lutte contre les IRA est possible au moyen du système SSP en place. Il contribue en outre à mieux cerner les problèmes opérationnels.

4.1.3 Le projet de Chandigarh (Inde)

Des études opérationnelles sur la lutte contre les IRA de l'enfant en vue de réduire la mortalité ont été conduites dans un groupe de villages de l'Etat de l'Haryana (Inde). Les travaux préliminaires ont porté sur la préparation de matériels pour la formation et l'éducation pour la santé, la mise en place d'une structure d'approvisionnement, l'essai d'instruments simples d'évaluation et l'établissement d'arbres de décision. La méthode OMS de prise en charge des cas IRA a été appliquée sur une cohorte de 199 nourrissons de faible poids de naissance, répartis en trois groupes de 21 villages et suivis de la naissance jusqu'à l'âge d'un an. A titre de comparaison, on s'est servi des valeurs observées pour l'incidence des IRA et la mortalité chez 211 nourrissons de faible poids de naissance et 448 nourrissons de poids de naissance normal faisant l'objet d'une étude indépendante effectuée dans les villages voisins. Les chercheurs responsables de l'évaluation et de la formation sur le terrain n'étaient pas chargés des soins de santé. Les activités de formation et de services se déroulaient dans le cadre de l'actuel système des soins de santé. La surveillance des interventions faites dans le cadre de la prise en charge était effectuée au moyen d'un relevé hebdomadaire de tous les épisodes d'IRA avec enregistrement de tous les décès, de la nature des services de santé utilisés et de la cause de décès, déterminée par une technique d'"autopsie verbale".

Si les IRA avaient sensiblement la même incidence chez les nourrissons de faible poids de naissance (4,79 épisodes) que chez ceux de poids de naissance normal (4,7 épisodes), le taux de létalité associé aux IRA de gravité modérée à importante était notablement plus élevé dans le premier groupe (24,6 % contre 3,2 %).

Le taux de létalité de ces mêmes formes d'IRA (gravité modérée ou importante) était de 8,7 % chez les nourrissons de faible poids de naissance traités par la méthode préconisée pour la prise en charge contre 24,6 % chez les autres.

En novembre 1984, un projet opérationnel financé par l'OMS/AGFUND* a été entrepris dans 35 villages réunissant 5000 enfants de moins de cinq ans en vue de réduire la mortalité associée

* Programme du Golfe arabe pour les Organisations de Développement des Nations Unies.

aux IRA et d'améliorer la connaissance de ce type d'infection, notamment de la part des mères de famille. Des sondages par grappes effectués sur 3000 enfants de moins de cinq ans par des enquêteurs formés et basés dans les villages ont montré que des IRA modérées ou graves ont frappé 2,5 % des enfants en juillet 1984 et 7,5 % en janvier 1985. Un recensement de la totalité des ménages a été effectué et l'on a procédé à une "autopsie verbale" pour tous les cas de décès survenus l'année précédente chez des enfants de moins de 5 ans. Des contacts mensuels ont alors été organisés.

Les activités de lutte contre les IRA ont été intégrées à d'autres éléments SSP tels que le programme élargi de vaccination, la lutte contre les maladies diarrhéiques, la nutrition, la planification familiale, dont on sait qu'ils améliorent la survie des enfants, dans un district comptant 1,4 million d'habitants. Dans ce projet de système de santé qui intéresse pour l'instant une population de 400 000 personnes, la responsabilité des soins incombe, comme dans d'autres projets, au personnel des services de l'Etat. Le projet renforce les activités en matière d'éducation, de formation et de logistique et privilégie l'emploi d'instruments d'évaluation simples et novateurs. Ce projet vise les problèmes de gestion et d'exécution. La possibilité d'une intégration sera étudiée tandis qu'on évaluera l'effet du projet sur la mortalité des nourrissons et des jeunes enfants.

4.2 Intérêt des projets pilotes et des projets de faisabilité

Le groupe a insisté sur l'intérêt des projets de ce type pour l'expérimentation et le renforcement des stratégies nationales d'intervention et pour l'évaluation de leur adaptation aux besoins et aux ressources du pays. Les principes généraux qui inspirent une intervention IRA sont parfaitement clairs. Mais il est tout aussi clair qu'il n'existe pas de formule fixe et immuable. Les projets de faisabilité permettent de découvrir les coutumes, les attitudes et les pratiques locales et d'expérimenter des méthodes utilisables au niveau national en vue de la formation, de l'éducation pour la santé et de la prise en charge des malades selon des méthodes normalisées.

5. Les techniques de diagnostic, de traitement et de prévention des IRA : situation actuelle et perspectives de progrès

Le programme mondial en cours de mise au point devra faire le bilan de toutes les nouvelles conceptions possibles et développer des méthodes en vue de leur évaluation. Elles pourraient ensuite être adaptées et appliquées par tout groupe travaillant à la recherche sur les IRA et à la mise en place de programmes. Une coopération et une collaboration étroites doivent être maintenues entre l'OMS et les diverses organisations qui participent, de par le monde, à la recherche sur les IRA.

5.1 Identification sur le terrain de la morbidité et de la mortalité imputables aux IRA

Il est difficile de se prononcer sur la valeur pathognomonique, individuelle ou collective, des signes et symptômes d'IRA par suite de la multiplicité des agents en cause, de la diversité de leurs manifestations cliniques et des formes variables de la réaction individuelle à l'infection par un même agent. Des arbres de décision clinique (ordinogrammes) indiquant le traitement à mettre en oeuvre à la fin de chaque cheminement ont été construits sans qu'on sache encore complètement la valeur prédictive des signes et symptômes sur lesquels ils sont fondés.

Un groupe de travail OMS sur la prise en charge des IRA a estimé qu'il n'existe pas d'arbre de décision répondant à tous les besoins.³ De l'avis du groupe, il faudrait utiliser les plans de complexité croissante en fonction du degré de formation du personnel de santé. De façon générale, une fois que la présence d'IRA a été reconnue, l'action des agents sanitaires de village s'appuie sur l'identification de caractéristiques qui déterminent la gravité de l'atteinte. Les plans destinés à être utilisés à un niveau plus élevé dans le système de santé sont de complexité croissante. Dans la construction de ces arbres de décision, les critères cliniques critiques retenus doivent : a) être faciles à observer par les mères de famille et des agents de santé n'ayant qu'une formation limitée, b) n'exiger qu'un minimum d'appareillage spécial, c) être reproductibles d'un observateur à l'autre, d) ne pas présenter de dispersion selon les patients, et e) point primordial, assurer une distinction fiable entre les grandes catégories d'agents étiologiques, de formes pathologiques et de degrés d'atteinte.

Un protocole a été mis au point en vue d'évaluer la sensibilité et la spécificité des symptômes cliniques d'IRA en s'appuyant sur la comparaison à une définition type des cas. Ce protocole est destiné à être employé dans une population non sélectionnée de patients atteints d'IRA.

Il est difficile d'établir une définition objective et normalisée des cas de pneumonie bactérienne car les méthodes de diagnostic applicables à cette infection ne sont pas satisfaisantes. Dans de nombreux pays, le choix des cas nécessitant une antibiothérapie se fait au vu d'une radiographie. Si l'on veut que le programme IRA parvienne à abaisser la mortalité, il est capital que les signes cliniques utilisés par l'agent SSP soient sensibles, en d'autres termes que ces signes soient positifs chez une forte proportion des cas jugés atteints d'après une radiographie. Par ailleurs, il convient que la spécificité soit suffisante si l'on veut limiter l'abus d'antibiotiques. Le protocole est également utilisable parallèlement à d'autres définitions normalisées des cas de pneumonie, par exemple une combinaison des résultats de la radiographie, des analyses de laboratoire et de l'évolution clinique observée.

Pour déterminer la mortalité associée aux IRA, on a essayé de procéder à une "autopsie verbale". En Papouasie-Nouvelle-Guinée, on se sert d'un questionnaire type utilisé par le même préposé pour interroger les proches de l'enfant aussitôt que possible après le décès de ce dernier. Les données sont ensuite revues en présence d'un médecin qui peut réclamer des renseignements complémentaires avant de poser définitivement le diagnostic. Des études dans lesquelles on pourrait comparer les résultats des autopsies verbales à ceux de l'autopsie réalisée ultérieurement dans un hôpital seraient utiles pour l'évaluation de cette technique.

5.2 Diagnostic étiologique des IRA

Depuis la dernière réunion du TAG, au moins 11 études ont été conçues, financées et, dans certains cas, entreprises en vue d'étudier les agents étiologiques, viraux ou bactériens, des IRA. Ces études se déroulent dans 11 pays (Argentine, Guatemala, Uruguay, Kenya, Nigéria, Bangladesh, Inde, Pakistan, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines et Thaïlande) et portent sur des patients appartenant à des populations très diverses du point de vue géographique, culturel et économique et où les IRA déterminent une mortalité inégale. Pour essayer d'assurer la comparabilité des résultats d'une étude à l'autre, le National Research Council de la National Academy of Sciences des Etats-Unis d'Amérique a coordonné la préparation des manuels de virologie et de bactériologie, organisé des ateliers en vue du choix des protocoles d'étude et coordonné le dessin des imprimés et la conception des méthodes de gestion des données. Ces études devraient permettre d'élucider l'importance des agents viraux dans les IRA dans des contextes extrêmement divers; de plus, la conception des études permettra d'établir une correspondance entre les agents étiologiques et divers paramètres cliniques et épidémiologiques.

Les études conduites sur l'étiologie des IRA en Papouasie-Nouvelle-Guinée, depuis 1979, s'inspirent de travaux de recherche effectués en milieu hospitalier ou au niveau de populations par le service IRA de Goroka et le service de recherche de Tari. Ces deux organismes travaillent dans la région des Hautes-Terres où la mortalité infantile est de l'ordre de 70/1000.

Les formes les plus graves d'IRA, qui comportent les taux de létalité les plus élevés, sont les pneumonies d'origine bactérienne, principalement les pneumonies à H. influenzae ou à S. pneumoniae. Sur les 52 pneumocoques isolés par hémoculture ou sur des produits d'aspiration pulmonaire, 71 % ont été incorporés dans un vaccin pneumococcique à 14 valences et 83 % dans un vaccin à 23 valences. Parmi les H. influenzae isolés par hémoculture, 44 % étaient du type b, 29 % consistaient en souches encapsulées d'un autre type et 27 % n'étaient pas sérotypables. Le profil observé chez les H. influenzae isolés des produits d'aspiration pulmonaire était différent, avec 16 % seulement de souches du type b et 59 % de souches non sérotypables.

Les méthodes actuelles ne permettent guère de procéder à des études étiologiques visant à définir le rôle de bactéries telles que S. pneumoniae et H. influenzae. Les hémocultures sont extrêmement utiles à cet égard, mais il faut que les prélèvements de sang soient effectués avant l'administration d'antibiotiques. La sensibilité des hémocultures est inégale selon la méthode appliquée : c'est ainsi que, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, alors que la méthode initiale avait donné un taux de positivité de 6 %, 30 % des hémocultures se sont révélées positives après élimination des échantillons contenant des substances antimicrobiennes et grâce à l'utilisation

comme milieu de culture, de bouillon au phosphate/trypticase. L'évaluation de méthodes actuelles telles que l'agglutination au latex et la coagglutination en vue de la détection, dans le sérum ou les urines, d'un antigène capsulaire polyosidique est tout à fait prioritaire, de même que la mise au point de méthodes plus perfectionnées pour la détection des antigènes; on pourra ainsi disposer pour les études d'un moyen de diagnostic sensible et spécifique des agents bactériens. Par ailleurs, il serait bon d'encourager le stockage et le catalogage corrects des échantillons pour pouvoir évaluer les nouvelles épreuves diagnostiques à mesure qu'elles sont mises au point et se servir d'épreuves valables en vue de l'étude rétrospective des échantillons.

Enfin, les études étiologiques se sont principalement déroulées en milieu hospitalier par suite des difficultés que soulèvent l'obtention et le transport des échantillons. Cependant, si l'on veut obtenir un tableau exact des agents pathogènes qui circulent dans la communauté, il faut mettre l'accent sur la mise au point de méthodes de transport et de techniques appropriées aux opérations sur le terrain. De cette manière, on pourrait réunir davantage de données sur les agents qui sont à l'origine des cas modérés d'IRA.

5.3 Antibiothérapie

La sensibilité aux antibiotiques a été déterminée pour des souches envahissantes de S. pneumoniae prélevées sur des malades de Papouasie-Nouvelle-Guinée; 47 % de ces 55 souches sont révélées parfaitement sensibles à la pénicilline, 49 % partiellement résistantes (CIM égale à 0,1-1 µg/ml) et 4 % résistantes. Le traitement d'une pneumonie par la benzathinepénicilline risque d'échouer quand l'agent causal est une souche partiellement résistante. Il convient d'effectuer des études supplémentaires sur les concentrations sériques obtenues avec les schémas thérapeutiques actuellement recommandés pour les antibiotiques et de continuer à surveiller la résistance.

Le grand problème de demain sera de savoir mieux établir quels sont les patients atteints d'une infection bactérienne. Dans les pays développés, les cliniciens se guident actuellement, pour cette identification, sur la localisation anatomique de l'infection [larynx (faux croup), arbre trachéobronchique (trachéobronchite), bronchioles (bronchiolite) et alvéoles (pneumonie)], les complications suppurées, la gravité de l'atteinte et l'âge du sujet. Si les études conduites dans les pays en développement montrent que les infections aiguës des voies respiratoires peuvent être classées de façon analogue, une antibiothérapie est sans intérêt pour le faux croup, la trachéobronchite et la bronchiolite qui sont principalement d'origine virale. La pneumonie et les complications suppurées continueraient d'être les entités morbides faisant problème.

5.4 Vaccins utilisables pour la prévention des IRA

5.4.1 Vaccins bactériens

Les récents progrès de la vaccination contre la coqueluche, les infections à pneumocoques et à Haemophilus influenzae présentent un intérêt immédiat pour le programme de lutte contre les IRA.

Malgré leur efficacité indiscutable, les vaccins anticoquelucheux à germes entiers sont moins bien acceptés dans certains pays car on craint qu'ils ne soient neurotoxiques, mais une nouvelle génération de vaccins acellulaires devrait bientôt faire son apparition. Le premier vaccin de ce type est actuellement utilisé au Japon, à l'échelle nationale, et les plans sont bien avancés en Suède en vue d'une évaluation de son efficacité. Il semble aujourd'hui que la coqueluche soit une maladie médiatisée par des toxines et, même si l'on n'est pas encore d'accord sur la nature des toxines en cause ni sur le rôle des IgA dans l'inhibition de la fixation des bactéries aux muqueuses, la prochaine étape de l'élaboration de vaccins consistera dans la préparation d'anatoxines encore plus pures. Il faudra poursuivre une évaluation de la toxicité et de l'efficacité de ces nouveaux vaccins dans des populations d'effectif élevé pour déterminer s'ils surclassent les vaccins à germes entiers actuellement utilisés dans la plupart des pays.

Des vaccins polyvalents constitués de fractions polysaccharidiques de pneumocoques sont actuellement très utilisés chez l'adulte dans les pays développés et se sont montrés extrêmement sûrs. La prévention de l'otite moyenne pneumococcique du nourrisson a par contre échoué car les sérotypes les plus importants chez l'enfant sont relativement peu immunisants en dessous de 5 ans. Pourtant, deux essais conduits en Papouasie-Nouvelle-Guinée ont aujourd'hui apporté la

preuve que ce vaccin réduit la mortalité globale et la mortalité secondaire aux infections respiratoires dans cette tranche d'âge. Il faut certes poursuivre les travaux visant à améliorer l'immunogénicité de ces vaccins chez le jeune enfant mais, d'ores et déjà, il apparaît que ce vaccin a abaissé de 60 % la mortalité secondaire aux IRA en Papouasie-Nouvelle-Guinée, dans une région où la mortalité infanto-juvénile est élevée. Il faudra sans doute un certain temps avant qu'on dispose des nouvelles préparations pneumococciques à liaison covalente en vue des essais sur le terrain dans les pays en développement, mais il convient dès maintenant d'essayer d'évaluer sur le terrain l'influence des préparations actuelles dans un certain nombre de contextes.

Jusqu'ici, les travaux de mise au point de vaccins contre *Haemophilus influenzae* ont principalement porté sur des germes encapsulés du type b par suite de leur importance indéniable dans la méningite. Mais, s'agissant des infections respiratoires, d'autres sérotypes de souches encapsulées ou non encapsulées sont toutes aussi importantes, sinon plus. Le vaccin du type b a les mêmes inconvénients que les vaccins pneumococciques, à savoir qu'il est peu immunogène chez le jeune enfant. Les tentatives faites pour y remédier, en les fixant par liaison covalente à diverses protéines porteuses, se révèlent actuellement fructueuses et une seconde génération de ce type est actuellement en cours d'évaluation sur le terrain en Alaska. Si cette méthodologie est efficace, il se pourrait que le vaccin de type b figure à l'avenir dans les vaccinations systématiques de l'enfance. Mais il faut entreprendre sans tarder des recherches en vue de la vaccination contre les autres sérotypes ainsi que contre les variants non encapsulés qui sont des agents pathogènes très importants au niveau des voies respiratoires.

5.4.2 Vaccins viraux

Depuis quelques années, de grands progrès ont été réalisés dans l'analyse de l'immunogénicité des virus au niveau moléculaire et dans l'exploitation des connaissances ainsi acquises pour la production de vaccins expérimentaux. Par exemple, un réassortiment génomique permet de produire d'éventuels vaccins atténués vivants contenant 6 gènes provenant de peptides "internes" d'une souche parentale adaptée au froid et 2 gènes provenant de peptides "externes" d'une souche épidémique.

Les génomes du virus respiratoire syncytial et du virus paragrappal sont en cours de clonage et de séquençage et l'on travaille à définir, au moyen d'anticorps monoclonaux, d'éventuels sites antigéniques protecteurs. Quand ils seront connus, on pourra mettre au point de nouveaux antigènes, peut-être en les faisant exprimer par *E. coli* ou une levure ou préparer des analogues oligopeptidiques d'épitopes susceptibles d'être utilisés comme vaccins. De tels antigènes oligopeptidiques ont été préparés dans le cas d'un picornavirus (le virus responsable de la fièvre aphteuse) et ils se sont montrés capables de protéger l'animal contre l'infection virale. Il serait possible de tenter la même technique dans le cas des rhinovirus, encore que l'utilisation de vaccins préparés de la sorte risque de soulever des difficultés.

La génétique moléculaire et la biochimie des adénovirus sont actuellement étudiées de façon très approfondie, mais aucune application n'a été signalée en ce qui concerne la production de vaccin; pourtant, il est clair que l'on a fait de grands progrès dans la manipulation du génome en vue d'obtenir une atténuation du virus et dans la définition des peptides et des séquences d'acides aminés susceptibles de présenter un pouvoir immunogène élevé.

Les vaccins antigrippaux actuels sont utilisés pour prévenir la mortalité et la morbidité associées aux IRA dans un certain nombre de pays développés. Cependant, faute de données sur l'importance de la grippe dans la mortalité juvénile-infantile des pays en développement, il ne paraît pas encore justifié d'en recommander l'emploi dans le programme IRA, d'autant plus que ces vaccins sont coûteux.

L'actuel vaccin antirougeoleux contribue notablement à réduire la mortalité associée aux IRA, d'où l'importance des travaux visant à en augmenter l'immunogénicité chez le jeune enfant.

6. Facteurs écologiques et infections respiratoires

Dans les pays en développement, un pourcentage élevé de la population urbaine (30 %) et de la population rurale (90 %) utilisent comme combustible la "biomasse", c'est-à-dire du bois,

des feuilles, des déchets agricoles et du fumier animal desséché. L'utilisation de ces combustibles est primitive et inefficace, provoque l'épuisement des sources de combustibles disponibles et dégage une quantité considérable de fumée et de polluants gazeux à l'intérieur des habitations. Les femmes et les enfants sont particulièrement exposés à des concentrations élevées de fumée et de gaz potentiellement toxiques, tels que le monoxyde de carbone et le formaldéhyde dont on connaît l'action irritante et délétère sur les mécanismes de défense pulmonaire. Rien d'étonnant, dans ces conditions, à ce que les troubles respiratoires d'origine bactérienne ou virale soient exacerbés.

Plusieurs études ont établi qu'il existe une relation entre la présence de fumeurs dans un ménage et l'augmentation de l'incidence du sifflement respiratoire persistant et, peut-être, avec un accroissement du risque d'infection respiratoire. De plus, la cigarette et les combustibles fournis par la biomasse dégagent une fumée de composition très voisine qui contient, dans les deux cas, plusieurs centaines de substances potentiellement toxiques. Cependant, la concentration de ces dernières dans la fumée de cigarette est 10 à 100 fois moins élevée que la concentration mesurée dans les habitations rurales des pays en développement. La présence d'une fumée abondante résultant de la combustion de la biomasse risque donc fort d'affecter la santé des enfants des zones rurales en particulier.

Comme la biomasse continuera de fournir une source abondante de combustibles bien au-delà de la fin du siècle, les travaux suivants sont indispensables :

- exécution de plusieurs études épidémiologiques dans différentes conditions d'exposition afin de déterminer la contribution des facteurs écologiques à l'incidence et à la gravité des IRA chez l'enfant; la méthodologie de ces études sera complexe et la mise au point de méthodes de mesures de l'exposition pourra être nécessaire;
- la diffusion d'informations et la sensibilisation des responsables du développement rural au risque d'accroissement des maladies respiratoires, particulièrement chez les enfants, par suite d'une mauvaise utilisation des combustibles fournis par la biomasse.

7. Structure du programme futur

Il est probable que les IRA représentent, partout dans le monde, la cause la plus fréquente et l'une des plus importantes de maladies, d'incapacités et de pertes économiques, et cela dans tous les groupes d'âge. On pourrait alléger ce fardeau par la prévention, quand elle est possible, et par un traitement efficace accélérant le rétablissement du malade et réduisant le risque d'une atteinte définitive. L'objectif général du programme doit donc être de stimuler le développement des activités de lutte contre les IRA dans tous les Etats Membres. Dans l'avenir immédiat, il convient que le programme IRA mette principalement l'accent sur les soins de santé primaires dans les pays en développement et que, par conséquent, les ressources mises à sa disposition - tant financières qu'humaines - soient orientées dans le même sens. Dans ce contexte, les mesures visant à réduire la mortalité juvénile-infantile revêtent la priorité absolue.

Il convient d'éviter dès le départ le risque de dispersion des efforts qui est inévitable lorsqu'on appuie, de façon isolée, la planification, la formation, la supervision et l'évaluation des activités IRA. D'un autre côté, il faut que les IRA soient clairement identifiées car les problèmes complexes associés à ce type de maladie doivent être bien définis si l'on veut pouvoir évaluer le programme et l'améliorer.

Les objectifs fixés ne sont atteints que si l'on établit une collaboration active, sur le plan administratif et professionnel, entre les divers programmes concernés par les soins de santé primaires. Il est indispensable qu'une action promotionnelle énergique soit entreprise pour faire comprendre que la priorité doit revenir au programme de lutte contre les IRA car c'est seulement ainsi qu'on pourra obtenir un engagement politique et financier et susciter l'intérêt et la participation des milieux professionnels et du grand public. Il faudra pour cela procéder à une planification, à la fois générale et détaillée, identifier et développer des technologies appropriées et évaluer l'efficacité et le rendement des interventions.

On peut définir au sein du programme trois composantes principales : la composante service de santé qui concerne l'application des connaissances actuelles à la prévention et au traitement

des IRA chez l'enfant; la composante recherche axée sur le renforcement de la base scientifique du programme et sur la solution des problèmes que soulève la mise en oeuvre des services; enfin la composante promotion qui permettra d'obtenir les ressources nécessaires - en argent, en personnel et en équipement - et de s'assurer le soutien des milieux professionnels et du grand public. Si une action énergique est poursuivie dans ces trois domaines et si l'équilibre nécessaire est maintenu, le programme pourra se développer sur des bases solides.

7.1 Activités dans les pays en développement

L'objectif doit être que, dans chaque Région, l'ensemble des pays élabore et mette en exécution un plan national de lutte contre les IRA. L'OMS peut apporter son aide à cette fin en établissant des prototypes convenus tels que ceux qui ont été proposés par le groupe de travail scientifique de la Méditerranée orientale à Lahore, en 1984, et qui peut être adaptée aux besoins des divers pays.⁵ Le programme sera mis en place de façon progressive de sorte qu'on puisse expérimenter tour à tour l'efficacité des divers éléments avant de les incorporer aux divers niveaux. Au départ, le programme devra être mis en place dans des régions où existent de solides services SSP et où une intégration est possible avec le programme élargi de vaccination et la lutte contre les maladies diarrhéiques.

Diverses questions relatives à la mise en oeuvre des services nécessitent une attention particulière :

- obligation de mettre en place des systèmes d'information pour la santé - ou de renforcer les services existants - afin de faciliter la planification et l'évaluation des services et d'assurer une surveillance durable,
- formation des personnels de santé à tous les niveaux, notamment les médecins, à l'application de plans types de prise en charge des patients,
- préparation ou adaptation et traduction de manuels et traités techniques à usage local,
- préparation et traduction de matériel didactique destiné à la formation et à l'éducation pour la santé,
- renforcement des services techniques (laboratoire, radiologie, exploitation des données) dans les centres de traitement au premier niveau et aux niveaux supérieurs.

Les activités au niveau national pourront être encore renforcées grâce à un soutien de l'OMS, par exemple dans les domaines suivants :

- fournitures d'un appui technique grâce à des services de consultants à court terme pour la planification et l'évaluation des services,
- création dans chaque Région d'un centre collaborateur pour la formation et la recherche sur les systèmes de santé dans le cadre des IRA,
- organisation d'ateliers régionaux sur la gestion du programme ou en vue de la formation technique (par exemple celle de technicien de laboratoire),
- octroi d'un soutien pour la mise en oeuvre dans les Etats Membres de projets de recherche tant opérationnelle qu'étiologique,
- aide en vue de la mise en place de projets de démonstration dans certaines régions où il serait possible d'expérimenter la faisabilité des plans dans un contexte local,
- fourniture d'avis au sujet des acquisitions récentes en matière de traitement électronique des données et d'enregistrement des données épidémiologiques,
- incitation à inscrire la théorie et la pratique de la lutte contre les IRA au programme des études médicales et autres.

7.2 Activités dans les pays développés

Le problème des IRA est extrêmement différent dans les pays développés de ce qu'il est dans les pays en développement. Des infections font encore partie des dix premières causes de mortalité chez les personnes âgées parmi lesquelles elles déterminent un nombre élevé de décès prématurés. Chez les jeunes, le principal problème associé aux IRA est celui de l'absentéisme

scolaire ou professionnel pour cause de maladie. Les pertes économiques qui en résultent sont considérables, de même que les perturbations sur le plan social. Les infections respiratoires de l'enfant ne sont pas sans danger, provoquent beaucoup de souffrances et imposent une très lourde charge aux familles et aux services de santé. La couverture vaccinale est médiocre dans de nombreux pays. Les pays développés ne peuvent pas prendre à la légère le coût global qui résulte des IRA, à la fois directement sur le plan sanitaire et indirectement sur le plan économique.

Dans ces pays, le programme devrait donc principalement porter sur les aspects suivants :

- faire en sorte que la couverture vaccinale prévue par le programme élargi de vaccination soit complète dans la population juvénile,
- prendre des mesures pour réduire les facteurs non spécifiques favorisant les IRA, par exemple la pollution atmosphérique et l'usage du tabac,
- assurer, quand il y a lieu, aux groupes vulnérables une vaccination antigrippale et anti-pneumococcique.

Ces pays peuvent en outre contribuer de façon importante au programme IRA par d'autres moyens, par exemple :

- l'élaboration et le perfectionnement de vaccins contre les IRA,
- la mise au point de techniques simples en vue du diagnostic étiologique,
- la fourniture des réactifs courants,
- la fourniture de moyens de formation technique et la contribution aux séminaires régionaux,
- la participation à des recherches sur le terrain au côté des pays en développement et la fourniture de services d'experts en vue de la planification et du développement du programme.

7.3 Éducation pour la santé et engagement communautaire

L'engagement communautaire par l'éducation pour la santé et la mise en oeuvre de stratégies de communication constitue un aspect important du programme. L'objectif visé est de modifier le comportement au niveau des communautés, et notamment d'obtenir une meilleure utilisation des services de santé et l'abandon de modes de vie entraînant l'exposition à des substances nocives (fumée du tabac ou du bois et des autres combustibles traditionnels). L'OMS peut apporter son aide en mettant au point des matériels pédagogiques types susceptibles d'être adaptés au contexte culturel local. De même, des programmes faisant appel à des moyens d'information particuliers (par exemple des bandes vidéo ou des films) constituent un moyen efficace de s'assurer le soutien du grand public en faveur du programme de lutte contre les IRA. En outre, il faut encourager le recours aux moyens d'information traditionnels et populaires dans les régions qui sont inaccessibles aux médias modernes.

Il convient d'étudier les pratiques en matière de soins aux enfants et les modes de vie, afin d'évaluer leur incidence sur la survenue et la gravité des IRA. Des liens doivent être établis entre le programme et des sociologues et experts de ce domaine. Il faudra également démarrer des travaux de recherche sociale et comportementale visant à accroître l'engagement communautaire.

7.4 Rôle des organisations gouvernementales et non gouvernementales

Une promotion efficace du programme IRA a débuté grâce aux efforts conjoints de l'OMS et du FISE/UNICEF. Une déclaration commune de ces deux organisations a été publiée au sujet du programme⁸ et le FISE a joué un rôle moteur dans la mise en oeuvre du programme dans la Région des Amériques.

Une collaboration active s'est par ailleurs instaurée entre l'OMS, des organismes gouvernementaux et des organisations non gouvernementales dans les domaines de la recherche, de la

communication et de la promotion du programme IRA. Comme exemples de ces efforts qui commencent à se faire jour, on peut citer des travaux sur l'étiologie et la prise en charge des cas IRA, des activités promotionnelles, la publication de la Circulaire IRA et l'octroi d'un soutien technique. L'appui technique et financier accordé par diverses organisations - ADAB, AGFUND, BOSTID, GTZ, CRDI,* UICT,* JSIF,* SIDA/SAREC et FISE - a joué un rôle décisif dans les progrès accomplis au cours des deux dernières années et jouera un rôle encore plus important dans la mise en oeuvre et l'évolution du programme à l'avenir. L'octroi d'un soutien en vue de l'organisation de réunions et d'ateliers au niveau international contribuera à la promotion du programme de lutte contre les IRA. Parmi les autres domaines où une action conjointe serait possible, on peut citer l'élaboration de bons matériels d'éducation pour la santé, l'offre de services de techniciens et de consultants et une aide pour l'évaluation du programme.

8. Financement

Pour obtenir un financement suffisant, il faut que le programme IRA comporte des objectifs bien définis et réalistes eu égard à la situation des différents pays. Le programme de prise en charge tel qu'il est actuellement proposé constitue une approche rationnelle de l'antibiothérapie des IRA, comme l'a démontré la baisse sensible de mortalité observée dans le projet tanzanien. Les données ainsi recueillies sont un argument solide en vue de l'obtention d'un soutien financier et politique en faveur du programme IRA. Le soutien accordé en vue de la mise en oeuvre du programme n'exclut pas la nécessité d'un soutien à des études opérationnelles et épidémiologiques destinées à améliorer les activités du programme et à développer des méthodes préventives pour l'avenir.

Le financement accordé au programme IRA de l'OMS devra s'accroître progressivement, compte tenu des progrès réalisés. Il faut maintenir un équilibre convenable entre les activités en matière de services de santé et les travaux de recherche appliquée. Il est obligatoire d'obtenir un financement à partir de sources extrabudgétaires, principalement grâce à une action conjointe avec le FISE et par le canal d'accords bilatéraux. Au cours de la dernière période biennale, les fonds extrabudgétaires ont atteint US \$1 049 000 pour 1984-85, contre US \$172 000 en 1982-83, grâce aux dons accordés par des organismes de sept pays développés. Il faut que ces contributions soient maintenues et même augmentent pour que les objectifs du programme soient atteints. Le programme IRA représente une occasion particulière de renforcer la prestation des soins de santé primaires, vu qu'il permet d'assurer aux communautés un service thérapeutique d'intérêt évident et qu'il devrait faire diminuer la mortalité juvénile-infantile.

La coordination et l'exécution d'activités communes avec le Programme élargi de vaccination (PEV), le Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques (LMD) et le Programme des médicaments essentiels sont une autre façon d'obtenir des ressources et de les utiliser efficacement au mieux des intérêts sanitaires de la communauté en assurant en même temps l'intégration des programmes de santé.

Le problème crucial est de faire en sorte que les fonds nécessaires pour soutenir durablement le programme IRA soient dégagés sur le budget national de la santé des Etats Membres qui participent au programme de lutte contre les IRA puisque, aussi bien, c'est à eux qu'incombent la décision et la responsabilité de l'action dans ce domaine. Les Etats Membres doivent manifester leur volonté politique de soutenir la mise en place d'un programme permanent.

9. Conclusions et recommandations

9.1 Généralités

9.1.1 Le problème des IRA est un problème mondial. Ces infections sont une cause importante de morbidité et de mortalité dans tous les Etats Membres. Le principal but du programme IRA est de faire baisser la mortalité due à ces infections chez les enfants des pays en développement. Une meilleure prise en charge des cas, dans le cadre des soins de santé primaires, constitue la

* CRDI : Centre de Recherche pour le Développement international (Canada); UICT : Union internationale contre la Tuberculose; JSIF : Fondation japonaise de l'Industrie de la Construction navale.

méthode préconisée pour faire diminuer le nombre de décès et d'incapacités résultant des IRA. Il convient de mettre en oeuvre des mesures préventives afin de réduire la morbidité associée aux IRA et de mettre au point de nouvelles mesures en la matière.

9.1.2 La portée, les éléments, les objectifs et les stratégies adoptés pour le programme IRA dans le premier rapport du TAG restent valables. Cependant, il faut davantage mettre l'accent sur les activités d'éducation pour la santé et d'engagement communautaire visant à développer les connaissances, améliorer les attitudes et les pratiques en matière de soins aux enfants chez les mères de famille et les agents de santé.

9.1.3 En collaboration avec de nombreux Etats Membres, l'OMS a beaucoup fait avancer le programme IRA ces deux dernières années, tout particulièrement dans les domaines suivants :

- a) mise en place, avec succès, de programmes de lutte contre les IRA dans certains pays en développement et mise à l'étude de plans dans d'autres;
- b) recherche fondamentale et recherche opérationnelle justifiant l'idée selon laquelle on peut attendre de l'exécution du programme une baisse importante de la mortalité juvénile infantile;
- c) élaboration de matériels spécialement destinés au programme, notamment :
 - directives pour la prise en charge des cas et l'éducation pour la santé;
 - modules de formation sur l'attitude à tenir en présence d'un enfant souffrant de toux ou d'une infection au niveau de la sphère ORL, qui vont faire l'objet d'une expérimentation sur le terrain;
 - établissement de l'avant-projet d'un manuel sur les IRA destiné aux médecins des hôpitaux de district;
 - collecte de données grâce à des projets de faisabilité au niveau communautaire sur les fournitures nécessaires, les méthodes d'éducation pour la santé et d'autres aspects opérationnels de la lutte contre les IRA.

9.1.4 Il convient de poursuivre énergiquement l'action entreprise en continuant à mettre en oeuvre et à développer le programme. Tous les Etats Membres doivent être invités instamment à se pencher de nouveau sur le problème des IRA et sur leurs activités actuelles en matière de lutte contre ces infections. Sur la base de cet examen, ils devraient ensuite formuler des plans en vue de lancer ou de développer un programme IRA répondant à leurs besoins. Au démarrage d'un programme IRA national, il faut s'assurer :

- a) que le pays a bien cerné l'ampleur et la nature du problème en termes de mortalité et de morbidité au niveau national;
- b) que l'importance des IRA est reconnue et que le programme bénéficie d'un rang de priorité convenable dans le système national de santé;
- c) que le soutien nécessaire - sur le plan financier, en matière de main-d'oeuvre, etc. - est assuré aux activités de lutte contre les IRA.

9.2 Services de santé

9.2.1 Les activités doivent continuer d'être principalement axées sur la promotion de la prise en charge des cas et de l'éducation pour la santé en tant qu'activité régulière du système des soins de santé primaires.

9.2.2 Dans tout pays, le programme IRA doit comporter certains éléments précis :

- a) un plan de prise en charge des patients à chaque niveau des soins de santé, à savoir les agents de santé communautaires, les établissements de soins du premier niveau et le niveau immédiatement supérieur, et les hôpitaux de district. Les manuels consacrés aux soins de santé primaires devraient comporter un ou plusieurs chapitres de directives sur la prise en charge des cas d'IRA;

- b) la teneur de l'éducation pour la santé en matière d'IRA au niveau communautaire et l'établissement de matériels adaptés au contexte local en vue de faire passer les messages essentiels;
- c) la préparation de modules concernant la prise en charge des cas et l'éducation pour la santé destinés à être inclus dans les cours actuellement organisés à l'intention des cadres de niveaux supérieur ou moyen en relation avec d'autres programmes prioritaires, comme ceux consacrés à la vaccination et aux maladies diarrhéiques;
- d) l'adaptation et l'expérimentation en situation réelle de modules simples de formation intégrée destinés aux agents SSP et concernant les activités relatives à la survie des enfants, comme les programmes PEV/LMD/IRA. Ces modules sont destinés à des agents SSP qui n'ont qu'une instruction limitée et ils doivent être adaptés à des cours de formation rapide (en deux ou trois jours);
- e) l'estimation des médicaments et de l'appareillage clinique nécessaire pour appliquer la stratégie de prise en charge des cas afin que les responsables du programme des médicaments essentiels et des autres services d'approvisionnement en matériel médical puissent organiser les achats et la distribution;
- f) la définition des informations opérationnelles sur les services IRA qui doivent être transmises du point de prestation des soins au niveau de la direction, dans le cadre du système d'information SSP;
- g) la mise en place d'un système efficace d'orientation/recours au premier niveau destiné à appuyer et compléter les services périphériques et à renforcer les moyens de prise en charge des cas graves d'IRA. Il faut notamment prévoir le transport des malades et l'affectation de personnel qualifié ainsi que la mise en place de moyens suffisants d'examen et de traitement.

9.2.3 Le développement de la composante "service de santé" du programme IRA doit se poursuivre au niveau mondial et être axé sur la préparation des éléments suivants :

a) Un manuel opérationnel destiné aux responsables du niveau central et portant sur les éléments IRA qu'il convient d'incorporer dans la planification et l'évaluation des programmes de soins de santé primaires. Ce manuel devra fournir des indications sur la façon de :

- définir le problème IRA;
- formuler les objectifs et les buts du programme;
- réunir les données de base en vue de la planification des activités de lutte contre les IRA;
- former et encadrer les personnels de santé;
- estimer les besoins en fournitures;
- mettre en oeuvre les programmes de prise en charge des patients;
- surveiller et évaluer les activités de lutte contre les IRA;
- suivre l'évolution de la morbidité et de la mortalité;
- prévoir une évaluation périodique du programme.

b) Un manuel technique sur la surveillance de la sensibilité des bactéries aux antibiotiques qui sont utilisés dans le plan type de prise en charge des patients. Des projets destinés à définir la nature des principaux agents pathogènes des voies respiratoires, notamment grâce à l'application de méthodes diagnostiques simplifiées, devront être mis en oeuvre dès que ces méthodes seront disponibles.

c) Des matériels types d'éducation pour la santé de diverses formes (avec légendes ou sous forme purement pictographique) à l'intention des mères de famille et du grand public, afin de mieux faire accepter les activités de lutte contre les IRA et d'obtenir l'adhésion des intéressés.

9.2.4 La surveillance au niveau national de la morbidité et de la mortalité associées aux IRA est jugée essentielle. Quand il n'existe pas de système d'information ou que le système en place ne convient pas, on peut recourir à la méthode des sondages dans le cadre de la surveillance des maladies cibles du PEV et des maladies diarrhéiques. Il convient de coordonner les activités des programmes correspondants de l'OMS (dans les pays qui souhaitent effectuer des enquêtes combinées).

9.2.5 Les systèmes actuels de classification des IRA ne sont pas satisfaisants; il faut poursuivre l'élaboration d'une classification normalisée qui convienne à la fois pour la gestion du programme et pour la recherche. La classification des IRA devrait être fondée sur des symptômes critiques témoignant de la gravité de la maladie et qui puissent guider la prise en charge des patients selon un système à plusieurs étages adapté aux différents niveaux de soins.

9.2.6 Il faut encourager l'utilisation immédiate des modules de formation concernant la prise en charge des cas d'IRA dans tous les pays qui ont entrepris un programme en la matière et envisagent d'organiser des cours pour former les cadres du PEV et du programme LMD.

9.2.7 La vaccination contre les maladies relevant du PEV, telles que la rougeole, la diphtérie et la coqueluche, est un aspect essentiel de la prévention des IRA. Il faut insister sur la collaboration avec le PEV en vue d'obtenir qu'une forte majorité de la population accepte de se faire vacciner.

9.2.8 L'amélioration de la nutrition et les mesures propres à diminuer les cas de faible poids de naissance constituent des mesures générales importantes pour prévenir les formes graves d'IRA et la mortalité associée à ces infections. De ce point de vue, il convient d'intégrer étroitement le programme IRA aux programmes de nutrition et de santé maternelle et infantile.

9.2.9 Les effets nocifs de la pollution atmosphérique sur la sensibilité aux IRA des nourrissons et des jeunes enfants sont parfaitement reconnus mais mal définis. L'éducation pour la santé doit viser à réduire l'exposition à la fumée du tabac et, dans la mesure du possible, à la fumée dégagée par les combustibles utilisés pour la cuisine et le chauffage domestiques, grâce à l'utilisation de meilleures méthodes de combustion et de ventilation.

9.3 Recherche

La recherche continue d'être un aspect essentiel et hautement prioritaire du programme IRA. Bon nombre des éléments de ce programme mis au point autrefois dans le cadre de la recherche sont aujourd'hui appliqués, mais la recherche reste nécessaire dans plusieurs domaines pour améliorer le fonctionnement du programme et définir des méthodes qui permettront les progrès futurs. Le plan type de prise en charge des cas est fondé sur une vaste expérience clinique et sur les données scientifiques actuelles. Une méthodologie de la surveillance doit être définie et utilisée dans les programmes nationaux, comme cela a été indiqué dans les recommandations sur la mise en oeuvre du programme. En revanche, il convient de consacrer des projets spéciaux aux recherches destinées à améliorer l'exécution du programme, à évaluer les techniques et à mesurer l'influence du programme sur la mortalité. Des programmes IRA types sont en cours d'exécution dans plusieurs pays en développement. Ces projets de recherche sont l'occasion de mettre au point de nouvelles méthodologies.

La recherche relative aux IRA fait intervenir de nombreuses disciplines. La coordination des travaux de recherche est donc indispensable pour faciliter un progrès rapide.

Les travaux doivent être axés sur les sujets énumérés à l'annexe 3.

9.4 Promotion et ressources

La promotion des programmes IRA dépend en grande partie des données disponibles et de leur utilisation efficace en vue de s'assurer le soutien de ceux dont dépendent l'élaboration et le financement des programmes nationaux. Pour parvenir à réduire progressivement la mortalité associée aux IRA, il faut en outre pouvoir compter sur des ressources financières et techniques au niveau régional et au niveau mondial.

9.4.1 S'agissant des programmes nationaux, un soutien est nécessaire de la part des personnes ou groupements ci-dessous :

- a) fonctionnaires responsables des décisions en matière de politique générale et de budget,
- b) associations professionnelles de médecins et autres personnels de santé,
- c) cadres de la santé publique, et en particulier responsables des soins de santé primaires,
- d) notables, dont la participation active au programme est indispensable.

Tous ces groupes doivent recevoir une information technique et scientifique appropriée, laquelle constitue un moyen efficace d'obtenir leur adhésion.

Il faut tout particulièrement que le programme bénéficie du soutien, au niveau local, du corps médical et des personnels de la santé publique. Il faut mettre à la disposition des Etats Membres des projets de plan national élaborés dans chaque Région de façon que les médecins et les hommes politiques locaux puissent participer à l'adaptation du plan aux besoins locaux et aux particularités de la situation locale. De plus, les membres des professions de santé doivent prendre part à la solution des problèmes gestionnaires, techniques et opérationnels. La meilleure façon d'obtenir leur participation constructive au programme passe par des échanges efficaces, notamment par le canal de publications, de communications scientifiques, de séminaires et d'ateliers.

Les stratégies et les méthodes de la lutte contre les IRA doivent être incluses dans les programmes de formation professionnelle et d'éducation permanente destinés aux médecins et aux autres agents de santé chargés des soins aux enfants.

La promotion du programme au niveau communautaire doit se faire de toutes les façons possibles, notamment le recours aux grands médias. Il convient de développer les techniques d'éducation et de relations publiques dans le domaine de la santé. Il ne s'agit pas seulement d'informer mais de faire adopter des pratiques qui améliorent les soins aux enfants.

9.4.2 Au niveau régional et au niveau mondial, la promotion du programme est indispensable en vue d'obtenir un soutien financier et technique. Les institutions spécialisées des Nations Unies ainsi que les organismes publics ou privés peuvent tous contribuer au succès du programme.

L'aide de ces organisations et organismes peut revêtir plusieurs formes :

- a) des accords bilatéraux conclus avec un Etat Membre en vue d'activités de formation et de mise en oeuvre du programme, par exemple grâce au soutien de séminaires et ateliers locaux et régionaux, à l'attribution de bourses, à la préparation de manuels et de matériel audio-visuel et au renforcement des institutions. Dans certains cas, on pourrait être amené à fournir au départ un minimum de médicaments et d'équipement pour les examens cliniques.

La plupart des organismes de financement subordonnent leur appui à la présentation d'une demande officielle. Le Secrétariat de l'OMS, au Siège ou dans les Bureaux régionaux, peut apporter son aide en vue de l'établissement de ces documents;

- b) le renforcement des institutions par la mise en place de centres collaborateurs OMS spécialement chargés d'épidémiologie, de recherche en matière de comportements et d'éducation pour la santé, de recherche clinique, de promotion des activités de formation et de gestion des données;
- c) un soutien en vue du progrès de l'action entreprise pour limiter et prévenir la morbidité et la mortalité associées aux IRA grâce à des études sur l'épidémiologie, l'étiologie et les interventions.

9.4.3 La publication de la Circulaire IRA est importante pour permettre un échange international d'informations sur le programme. La liste des destinataires des publications OMS doit faire l'objet d'une mise à jour permanente.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation mondiale de la Santé. Un programme de lutte contre les infections aiguës des voies respiratoires chez l'enfant : mémorandum d'une réunion de l'OMS. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, 1984, 62 : 229-242
2. Programme mondial à moyen terme 1984-1989, Infections respiratoires aiguës. Document WHO/TRI/ARI/MTP/83.1
3. La prise en charge des infections respiratoires aiguës de l'enfant dans les pays en développement. Rapport de la réunion d'un groupe de travail, Genève, 3-6 avril 1984. Document WHO/RSD/85.15
4. Implementation of ARI programmes and evaluation of the mortality trend. Report of a meeting of project managers with epidemiologists, Genève, 5-8 novembre 1984. OMS, service TRI, document interne, 28 février 1985
5. Report of the Scientific Working Group on Acute Respiratory Infections, Lahore, 21-25 mai 1984. Document WHO/EM/ARI/3, 1984
6. Scientific Working Group Meeting on Acute Respiratory Infections, New Delhi, 25-28 juillet 1983. Rapport au Directeur régional. Document WHO/SEA/CD/88, 8 novembre 1983
7. Guidelines for acute respiratory infections research and programme development, document WHO/WP/October 1983
8. Les principes fondamentaux de la lutte contre les infections respiratoires aiguës de l'enfant dans les pays en développement. Communiqué commun FISE/OMS, 1985 (sous presse)

Allocution d'ouverture
du

Dr Halfdan Mahler
Directeur général
de l'Organisation mondiale de la Santé, Genève

Lundi 25 mars 1985, 10 heures, Salle A

Il y a quelque 25 ans, je me trouvais à la tête d'une équipe de recherche chargée de formuler un programme de lutte antituberculeuse à l'intention des pays en développement. Devant des contraintes considérables dans la quasi-totalité des secteurs, nous avons très vite compris qu'il serait impossible de mettre des services antituberculeux à la disposition de toute la population si l'on essayait d'introduire dans ces pays la technologie complexe alors en usage en Europe ou en Amérique du Nord. Ouvrir l'accès de cette technologie à une minorité privilégiée en attendant un miracle socio-économique pour l'étendre à tout le pays, n'aurait eu, à l'évidence, aucun intérêt pour la lutte contre la tuberculose; cette solution n'aurait été qu'un moyen commode d'échapper aux contraintes de toutes sortes.

Pour aller de l'avant, il fallait manifestement se plier à la réalité et non pas essayer de s'y soustraire. Il fallait que nos propositions, quelles qu'elles soient, soient ouvertes à tous, partout dans le pays. La chose semblait relativement facile pour la vaccination BCG mais le véritable problème était d'assurer la prise en charge de millions de malades, dans l'immédiat et probablement pendant plusieurs dizaines d'années encore. Pour cela, il fallait intégrer la lutte antituberculeuse à un système sanitaire d'ensemble.

En d'autres termes, il nous fallait pratiquement tout oublier de notre acquis technique et découvrir une technologie adaptée à des ressources limitées. En bref, il a même fallu renoncer à faire de la radiographie de masse une technique de dépistage et accorder la priorité absolue à l'examen microscopique des expectorations chaque fois qu'un sujet se présentait porteur de symptômes évocateurs de la tuberculose. Nos travaux ont montré que la microscopie, la plus pratique des techniques diagnostiques, était efficace dans cette population. Ainsi, à l'aide d'une technique relativement élémentaire, nous avons pu soigner la majorité des gens qui se sentaient malades. C'est ce que nous avons appelé notre objectif social. Venait ensuite le problème du traitement. L'hospitalisation des malades découverts était rigoureusement hors de question. Mais une série d'essais contrôlés nous a permis de définir un certain nombre de schémas chimiothérapeutiques normalisés peu coûteux susceptibles d'être administrés au domicile des malades sans risque supplémentaire pour ces derniers ni pour leur famille.

Il n'était pas non plus possible de mettre sur pied une méthodologie du dépistage et du traitement immédiatement et universellement applicable tout en étant susceptible d'améliorations technologiques à mesure que les ressources le permettraient. Je dois reconnaître que nous étions irrités par le scepticisme discourtois affiché dans divers milieux, mais nous avons su voir qu'il y avait dans la bouche de nos critiques de nombreuses questions exigeant une réponse précise. Nous avons donc procédé à une série d'études sur divers aspects techniques et pratiques du programme. Les données chiffrées ainsi établies ont bien vite fait taire les critiques.

Vous ne serez pas étonnés si le souvenir de cette époque m'est revenu à l'esprit alors que j'examinais l'avancement de notre programme consacré aux infections respiratoires aiguës.

Devant un auditoire tel que le vôtre, je n'ai pas besoin de m'attarder sur l'importance des IRA dans les pays en développement. La baisse de la mortalité infantile fait systématiquement partie des priorités essentielles du programme sanitaire dans ces pays; le taux de mortalité infantile est donc un indicateur qui permet de suivre les progrès accomplis vers l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Comme dans le cas de la tuberculose, le problème est intimement lié à la situation socio-économique mais, et là encore la situation est

analogue, il n'est pas question de rester les bras croisés en attendant que le développement socio-économique apporte la solution du problème. La nécessité d'une intégration dans le système général de santé ou, plus précisément, dans les soins de santé primaires, est encore plus évidente que dans le cas de la tuberculose : il n'existe aucune autre façon d'atteindre la population mais, de surcroît, si l'on considère que les IRA représentent chez l'enfant jusqu'à 40 % de la totalité des maladies exigeant le recours à un médecin, il serait impensable qu'un programme des soins de santé primaires néglige ces infections. Je tiens à souligner l'interdépendance qui existe ainsi entre la lutte contre les IRA et les soins de santé primaires. En fait, il serait difficile de surestimer l'importance de leur interaction. Dans ces conditions, la question n'est pas tant de savoir comment ajouter la lutte contre les IRA au système des soins de santé primaires mais bien de savoir comment organiser les programmes de soins de santé primaires de façon que tous les éléments nécessaires à la communauté en cause y figurent - distinction peut-être subtile, mais capitale dans notre façon de penser et d'agir à propos de santé communautaire.

Une autre question qui se pose tient au fait que c'est maintenant que se développent les programmes de santé primaire; il faut donc proposer dès aujourd'hui des interventions dans le domaine des IRA. Cela étant, je n'ai pas eu une seconde d'hésitation pour accorder des fonds supplémentaires en vue de la préparation de matériels didactiques à une époque où l'on se querellait encore sur des détails techniques.

Cela m'amène à la politique technique. En premier lieu, je tiens à marquer mon accord complet avec ceux qui pensent que, devant un si grand nombre de décès quotidiens qui auraient pu être évités chez les enfants, il faut intervenir dès qu'on peut raisonnablement le faire du point de vue technique, sans attendre que toutes les questions éventuelles aient fait l'objet d'une étude approfondie.

La vaccination constitue sans aucun doute la méthode de choix; vous connaissez tous les efforts que nous consacrons à l'utilisation des vaccins d'ores et déjà disponibles, tout en soutenant la mise au point de nouveaux vaccins. Cependant, opter pour cette seule approche serait manifestement injustifié aussi longtemps qu'il subsiste un besoin indiscutable de prendre en charge les malades.

En l'absence de techniques diagnostiques appropriées, on propose actuellement de fonder l'action sur les symptômes qui sont à l'origine des consultations de pédiatrie ainsi que sur certains signes pathognomoniques faciles à établir. Selon une classification clinique, on prend en charge le malade selon une démarche type qui comporte un traitement anti-infectieux adapté au tableau étiologique prédominant. Il incombe donc aux programmes de soins de santé primaires de veiller à ce que les anti-infectieux convenables figurent parmi les médicaments essentiels et de faire en sorte que les agents de santé sachent s'en servir.

Quand on considère les possibilités des soins de santé primaires, mais également leurs limites, on peut difficilement contester la logique de cette stratégie, qui est d'ailleurs peut-être la seule possible. Par ailleurs, on ne peut pas non plus nier que l'aspect "prise en charge" soit l'élément déterminant du programme et, par conséquent, exige un examen critique particulièrement rigoureux.

En ce qui concerne le dépistage, la démarche est malaisée dans le cas des IRA car la méthode indiquée n'est ni très sensible ni très spécifique. Pour ces infections, une complication supplémentaire tient au fait qu'on ne pose pas un diagnostic étiologique. Des recherches sont nécessaires pour établir un équilibre optimal entre la sensibilité et la spécificité de la méthode de classification des cas d'IRA.

Ce point de vue se fonde sur l'un des principes de l'exécution des programmes de soins de santé primaires. Il faut que les planificateurs nationaux puissent trancher en connaissance de cause en tenant compte de facteurs tels que le volume des ressources disponibles et adapter le programme en conséquence. Quand les ressources sont extrêmement limitées, l'exécution du programme devrait encore être possible, non pas en en restreignant la portée géographique mais, par exemple, en accroissant la spécificité de la méthode de dépistage - à condition que cela n'aboutisse pas à une autre contradiction du point de vue de l'applicabilité opérationnelle et de l'acceptabilité sociale.

Des principes directeurs ont été établis par l'OMS pour la distinction des symptômes d'IRA en fonction du degré d'atteinte. Cependant, il n'existe pas de solution universelle. Chaque pays doit trouver la méthode qui convient le mieux.

Au lieu d'adopter l'attitude du Sonneur de cloche de "la Chasse au Snark" de Lewis Carroll quand il déclare : "Ce que j'ai dit trois fois est vrai", il faut maintenant valider la stratégie grâce à une évaluation objective dans le contexte des programmes nationaux. Ce qui fait encore défaut, ce sont des recherches pertinentes du type de celles sur lesquelles nous avons fondé notre programme de lutte antituberculeuse. A cet égard, il faut avoir l'esprit large. Les recherches ne doivent pas fournir seulement quelques chiffres élastiques destinés à prouver un seul point ou à justifier une idée préconçue; elles doivent être inclusives et non exclusives et permettre la comparaison de diverses méthodes a priori envisageables.

Lors de votre première réunion, vous avez dressé un excellent inventaire de ce qu'on savait à l'époque et de ce qu'il y avait à faire. Vous êtes maintenant invités à évaluer ce qui a été accompli jusqu'ici, sous l'aspect qualitatif comme sous l'aspect quantitatif. Nous souhaiterions que, sur la base de ce bilan réaliste, vous formuliez de nouveaux avis à l'intention de notre programme. Ce faisant, efforcez-vous d'être sélectifs et spécifiques. Comme les études devront être réalisées par les pays eux-mêmes, il faut qu'elles constituent une aide réelle aux programmes et non une entrave. Vous devrez donc essayer de définir les activités véritablement cruciales pour aborder de façon créative et efficace des problèmes en évolution perpétuelle, d'expliquer clairement en quoi elles sont essentielles et de décrire la façon de s'y prendre.

Monsieur le Président, l'OMS et ses États Membres vous sont extrêmement reconnaissants, de même qu'à vos confrères réunis ici, d'accepter de relever le défi technique et éthique inhérent à cette entreprise délicate. Je vous souhaite de passer une semaine constructive dans cette organisation qui est vôtre. Je vous remercie.

LISTE DES PARTICIPANTS

Membres

- * Dr Aung Than Batu, Director-General, Department of Medical Research, Ministry of Health, No. 5 Zafar Shah Road, Rangoon, Birmanie
- Dr F. W. Denny, Chairman, Department of Pediatrics, School of Medicine, University of North Carolina, 535 Clinical Sciences Building 229 H, Chapel Hill, NC 27514, Etats-Unis d'Amérique
- Dr R. M. Douglas, Reader, The University of Adelaide, Department of Community Medicine, Level 5, Administration Block, Royal Adelaide Hospital, Box 498 GPO, Adelaide, SA 5001, Australie
- Dr A. El-Kholy, Président de l'Organisation égyptienne des produits biologiques et des vaccins, 51 Sharia Wezarat El Zeraa, Agouza, Le Caire, Egypte
- Dr V. Kumar, Department of Community Medicine, Postgraduate Institute of Medical Education and Research, Chandigarh 160 012, Inde
- Professor D. L. Miller, Academic Department of Community Medicine, Mint Wing Centre Building, St Mary's Hospital, Paddington, Londres W2 1PG, Royaume-Uni
- Dr E. Mohs, Directeur de l'Hôpital pédiatrique, Apartado 1654, San José, Costa Rica
- Dr F. Mtango, Président du Comité d'orientation pour les IRA, Ministère de la Santé, c/o Coordinateur des programmes OMS, Boîte postale 9292, Dar es-Salaam, République-Unie de Tanzanie
- * Professeur V. K. Tatochenko, Chef du Service des Maladies respiratoires aiguës, Institut de Pédiatrie, AMR URSS, Lomonosovsky Pr 2, Moscou 117296, URSS
- Dr Thelma Tupasi, Director, Research Institute for Tropical Medicine, Ministry of Health, Alabang, Manille, Philippines

Autres participants

- Dr Judith Bale, Board on Science and Technology for International Development, National Research Council, 2101 Constitution Avenue, Washington, D.C. 20418, Etats-Unis d'Amérique
- Dr J. M. Borgono, Chef du Bureau des Affaires internationales, Ministère de la Santé, B.P. 3979, Santiago, Chili
- Dr Claire V. Broome, Respiratory and Special Pathogens Epidemiology Branch, Division of Bacterial Diseases, Center for Infectious Diseases, Centers for Disease Control, Atlanta, Georgia 30333, Etats-Unis d'Amérique
- Dr George T. Curlin, Associate Director for International Research, Office of International Health, Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, Building 38A, Room 609, Bethesda, Maryland 20205, Etats-Unis d'Amérique
- Dr L. Gothefors, Professeur associé, Département de Pédiatrie, Université d'Umeaa, Suède (représentant l'Agence suédoise pour le Développement international et l'Agence suédoise pour la Recherche et la Coopération avec les pays en développement)

* Empêché.

- Dr D. Neuvians, B.P. 65350, Dar es Salaam, Tanzanie (représentant l'Office fédéral allemand de la Coopération technique (GTZ), Taunus, République fédérale d'Allemagne)
- Dr S. Ofose Amaah, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, Nations Unies, New York, N.Y. 10017, Etats-Unis d'Amérique
- Dr R. Paradis, Directeur associé, Maladies infectieuses et tropicales, Division des Sciences de la Santé, Centre de recherche pour le développement international, 60 Queen Street, P.O. Box 8500, Ottawa K1G 3H9, Canada
- Dr Elizabeth S. M. Quamina, Médecin chef, Ministère de la Santé et de l'Environnement, 35-37 Sackville Street, Port-of-Spain, Trinité-et-Tobago
- Professeur M. Rey, Services des Maladies infectieuses et des Maladies tropicales, Hôtel-Dieu - Saint-Vincent, Boîte postale 69, Bl. L. Malfreyt, 63000 Clermont-Ferrand, France
- Dr I. D. Riley, Chief, Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, University of Papua New Guinea, Box 5623, Boroko, Papouasie-Nouvelle-Guinée
- Dr Annik Rouillon, Directeur exécutif, Union internationale contre la Tuberculose, 3, rue Georges Ville, 75116 Paris, France
- Dr D. A. J. Tyrrell, Director, Medical Research Council Common Cold Unit, Harvard Hospital, Coombe Road, Salisbury, Wilts SP2 8BW, Angleterre
- Professeur Y. Veltishchev, Institut de Pédiatrie et de Chirurgie infantile, Moscou, URSS

Fonctionnaires des Bureaux régionaux

- Dr Al Aghbari, Bureau régional pour la Méditerranée orientale, Alexandrie
- Dr B. Bytchenko, Bureau régional pour l'Europe, Copenhague
- Dr F. Luelmo, Bureau régional pour les Amériques, Washington
- Dr S. Pattanayak, Bureau régional pour l'Asie du Sud-Est, New Delhi
- Dr T. Umenai, Bureau régional pour le Pacifique occidental, Manille
- Dr R. Widy-Wirsky, Bureau régional pour l'Afrique, Brazzaville

Observateurs financés par les Bureaux régionaux

- Dr A. J. Khan, Directeur national du projet IRA, Abbottabad, Pakistan
- Dr E. M. Wafula, Chercheur principal du projet IRA, Nairobi, Kenya
- Dr Zhu Zonghan, Directeur adjoint de l'Institut pédiatrique de la capitale, Beijing, Chine

Secrétariat de l'OMS

- Dr F. A. Assaad, Directeur de la Division des Maladies transmissibles, Genève
- Dr T. Bektimirov, Maladies à virus, Division des Maladies transmissibles, Genève
- Dr R. Cook, Division de la Santé de la Famille, Genève

QUELQUES PRIORITÉS EN MATIÈRE DE RECHERCHE SUR LES IRA

1. Recherche sur les systèmes de santé

La recherche sur les systèmes de santé doit comporter plusieurs thèmes précis :

- a) Mise au point de systèmes de collecte et de traitement des données en vue de faciliter la surveillance et l'analyse des données.
- b) Evaluation de la rentabilité du programme de façon qu'on puisse établir des données sur les répercussions économiques à en attendre.
- c) Mise au point et évaluation de diverses méthodes en vue de réduire la mortalité associée aux IRA.
- d) Evaluation, au sein de populations convenables, de la valeur pathognomonique des signes d'IRA quand l'interprétation en est laissée aux agents SSP. Il convient d'évaluer la méthode proposée par l'OMS ainsi que d'autres systèmes de classification possibles. Ces divers systèmes doivent être comparés aux résultats obtenus au moyen d'une définition formelle des cas d'après la radiographie, les analyses de laboratoire et l'évolution clinique.
- e) Détermination de la qualité de l'identification de ces signes par les agents de santé primaires, par comparaison avec l'interprétation donnée des mêmes signes par des agents médicaux ayant une formation théorique plus longue.
- f) Evaluation de l'exactitude des déclarations de décès faites par des profanes et de la technique d'autopsie verbale comme méthodes d'évaluation de la mortalité associée aux IRA.

2. Recherche dans le domaine thérapeutique

- a) Essais cliniques contrôlés sur l'efficacité des mesures de soutien et d'autres anti-infectieux pour le traitement des infections respiratoires aiguës dans différents groupes d'âge, en précisant la gravité de l'atteinte et l'étiologie. Parmi les mesures de soutien dont l'évaluation est importante, il faut noter l'apport d'oxygène, l'humidification, la prise de liquides et la nutrition.
- b) Collecte systématique de données sur les réactions indésirables au traitement administré.
- c) Etudes sur les concentrations sériques d'anti-infectieux obtenues avec la posologie recommandée et d'autres schémas thérapeutiques possibles dans les populations visées. Ces concentrations doivent être comparées aux résultats des épreuves de sensibilité bactérienne aux anti-infectieux recommandés sous 9.2.3 b) ci-dessus.

3. Recherche dans le domaine diagnostique

La prise en charge des cas par administration d'anti-infectieux doit donner de bons résultats dans les populations où les IRA sont essentiellement d'origine bactérienne. La possibilité de recourir à des épreuves spécifiques et sensibles pour le diagnostic de la pneumonie bactérienne revêt donc une priorité élevée pour les projets de recherche et constituera en outre un élément favorable de promotion du programme.

- a) Evaluation des méthodes actuelles, telles que l'agglutination au latex et la coagglutination pour la détection de l'antigène capsulaire polysaccharidique de H. influenzae et S. pneumoniae dans le sérum et les urines en vue d'en étudier la reproductibilité, la sensibilité et la spécificité.
- b) Mise au point de nouvelles méthodes pour le diagnostic des pneumonies bactériennes.

c) Elaboration de méthodes diagnostiques simples et rapides pour la détection d'agents bactériens et viraux, utilisables dans les conditions de terrain (par exemple des méthodes du type ELISA).

d) Evaluation de l'intérêt des radiographies comme sources de données diagnostiques chez le jeune enfant.

4. Recherche sur les vaccins

a) Etant donné l'importance de S. pneumoniae et H. influenzae dans la morbidité et la mortalité associées aux IRA, il convient d'évaluer l'effet exercé sur ces infections par la vaccination au moyen des vaccins actuellement disponibles. Ce point est particulièrement intéressant après les observations faites en Papouasie-Nouvelle-Guinée où l'utilisation du vaccin antipneumococcique a réduit la mortalité par IRA chez les enfants. Des projets de recherche sur le terrain devraient voir s'il est possible d'apprécier l'effet de ce type de vaccin sur la mortalité associée aux IRA.

b) Il faut évaluer les répercussions sur la mortalité associée aux IRA des vaccins dont on dispose à l'heure actuelle, notamment du vaccin antirougeoleux et du vaccin anticoquelucheux. Par ailleurs, il convient d'encourager les méthodes susceptibles d'améliorer le pouvoir immunisant du vaccin antirougeoleux chez le nourrisson.

c) Le programme IRA devra suivre soigneusement les progrès réalisés dans le cadre du programme OMS de mise au point des vaccins en ce qui concerne les virus et les bactéries encapsulées pathogènes des voies respiratoires. Vu l'importance de Streptococcus pneumoniae et d'Haemophilus influenzae dans l'étiologie de pneumonies sévères, il convient que des recherches dans ce domaine soient entreprises par le groupe consultatif scientifique d'experts sur l'élaboration de vaccins contre les bactéries encapsulées en vue de prévenir ces infections chez l'enfant.

5. Recherche sur la pathogénie

Bien que la mise en oeuvre du programme de prise en charge des cas permette des progrès importants dans le sens d'une réduction de la mortalité associée aux IRA, il faudra pour progresser encore comprendre la pathogénie de ces infections, notamment la nature des agents étiologiques, les interactions virus-bactéries et les facteurs de risque liés à l'hôte et à l'environnement.

a) Les études cliniques et étiologiques devront se poursuivre. Il faudra également se servir des données réunies pour définir le profil de la mortalité et la gamme des agents étiologiques, qui peuvent être différents selon les régions géographiques et les groupes démographiques.

b) Des études épidémiologiques sur les IRA devront être mises sur pied en vue d'étudier l'interaction des nombreux facteurs de risque qui peuvent a priori intervenir dans la pathogénie de ces infections. Plus précisément, il convient d'évaluer des facteurs tels que la malnutrition, le faible poids de naissance, la rougeole, la coqueluche, le paludisme, les états de déficit immunitaire et les pratiques en matière de soins aux enfants, de même que l'interaction entre ces facteurs de risque et les agents étiologiques.

c) Il faudra établir des relations entre le programme IRA et la Division de l'Hygiène de l'Environnement afin d'étudier l'influence de la pollution de l'air à l'intérieur des logements sur l'état respiratoire des enfants des pays en développement, en zone urbaine comme en zone rurale. Des interventions expérimentales permettraient d'évaluer l'impact, sur la morbidité imputable aux IRA, de l'introduction de poêles sans fumée dans une partie d'une population étudiée.