



WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

DISTR. : LIMITEE
WHO/ARI/88.1
ORIGINAL: ANGLAIS

17349

PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES

RAPPORT DU PROGRAMME

1987

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

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

Ce document n'est pas destiné à être distribué au grand public et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il ne peut être commenté, résumé, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, sans une autorisation préalable écrite de l'OMS. Aucune partie ne doit être chargée dans un système de recherche documentaire ou diffusée sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit - électronique, mécanique, ou autre - sans une autorisation préalable écrite de l'OMS.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

TABLE DES MATIERES

	<u>Pages</u>
1. Introduction	3
2. Elément "services de santé"	4
2.1 Stratégies de lutte	4
2.2 Mise au point de matériels pour l'exécution du programme. .	5
2.3 Planification et mise en oeuvre des activités nationales de lutte contre les IRA	7
2.4 Formation	9
2.5 Contrôle et évaluation	11
3. Elément "recherche"	13
3.1 Essais pratiques d'intervention	13
3.2 Etudes cliniques et étiologiques	17
3.3 Etudes sur la pollution de l'air à l'intérieur des habitations	18
3.4 Mise au point de vaccins	19
4. Services d'information	20
5. Gestion du Programme et ressources	21
5.1 Organisation	21
5.2 Ressources	22
Références	24

1. INTRODUCTION

Le Programme OMS de Lutte contre les infections respiratoires aiguës (IRA) a été institué en 1982, lorsque la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA35.25 approuvant le septième programme général de travail de l'Organisation pour la période 1984-1989 (1). Les objectifs généraux du programme sont de réduire la morbidité, la gravité des atteintes et la mortalité dues aux infections respiratoires aiguës, l'accent étant mis principalement sur la prévention des décès par pneumonie, maladie qui vient au premier ou au second rang des causes de mortalité chez les nourrissons et les jeunes enfants dans la quasi-totalité des pays en développement et à laquelle sont imputables 25 % au moins de tous les décès d'enfants survenus dans l'ensemble du monde (2). La réduction de la mortalité infantile constitue, dans tous les pays en développement, un objectif hautement prioritaire sur lequel est venu se greffer, au cours des années récentes, la conviction croissante que la lutte contre les infections respiratoires aiguës doit devenir un élément essentiel des soins de santé primaires et des programmes de survie des enfants.

Un programme à moyen terme de lutte contre les infections respiratoires aiguës pendant la période 1984-1989 a été formulé en 1983 avec la participation des six Bureaux régionaux de l'OMS (3). Les activités retenues pour ce programme visaient à encourager des actions aux niveaux national et international de telle sorte qu'une stratégie d'intervention à l'échelon des collectivités puisse être élaborée dès 1985 et qu'en 1989 la plupart des pays en développement aient formulé des programmes nationaux de lutte contre les IRA. De fait, les activités essentielles du programme avaient pris en 1986 un développement suffisant pour que l'on puisse passer à la préparation de directives techniques concernant la prise en charge des malades, de modules didactiques, d'auxiliaires pédagogiques et d'un manuel opérationnel à l'intention des directeurs de programmes. En 1987, le programme a commencé à passer graduellement de la phase de développement à celle de mise en oeuvre, de nombreux pays ayant décidé d'instaurer des programmes nationaux de lutte contre les IRA, de formuler des directives techniques et de donner à leurs personnels de santé la formation nécessaire. Le programme IRA de l'OMS a apporté à ces efforts un soutien croissant tout en poursuivant ses activités de recherche et de développement.

Le programme présente donc deux composantes principales : une composante "services de santé" qui concerne l'application des méthodes et des stratégies déjà existantes au traitement et à la prévention des IRA chez les enfants, et une composante "recherche" qui tente de découvrir des méthodes nouvelles et améliorées de lutte contre ces maladies. Les rapports précédents relatifs à ce programme (4), faisaient aussi état d'un élément promotionnel destiné à mobiliser les ressources et à obtenir les appuis nécessaires de la part des professionnels et du public. Grâce à l'expérience acquise depuis lors, il est maintenant possible d'intégrer les activités correspondantes dans le travail normal de gestion du programme, et c'est pourquoi ce troisième élément ne fait plus l'objet d'une présentation distincte.

Le présent rapport décrit les activités entreprises au titre du Programme IRA durant l'année 1987.

2. COMPOSANTE "SERVICES DE SANTE"

2.1 Stratégies de lutte

Conformément aux recommandations émises par le Groupe consultatif technique sur les infections respiratoires aiguës qui avait été établi en 1983 (5), le programme a adopté trois stratégies de lutte qui ont été considérées comme réalisables, scientifiquement fondées et socialement acceptables : la vaccination, la prise en charge des cas et l'éducation pour la santé. Elles peuvent se résumer comme suit :

a) Au début d'un programme national de lutte contre les IRA, des efforts doivent être déployés simultanément pour renforcer le Programme élargi de vaccination (PEV) puisque quatre des vaccins anti-IRA : vaccins contre la rougeole, la diphtérie, la coqueluche et la tuberculose, sont capables de prévenir la morbidité et la mortalité dues aux infections des voies respiratoires inférieures. Toutefois, cet effort ne suffit pas puisque les trois quarts des décès dus aux IRA chez les jeunes enfants des pays en développement sont provoqués par d'autres causes sur lesquelles ces vaccins n'ont aucun pouvoir.

b) La prise en charge des cas constitue la stratégie centrale du programme puisqu'à court terme elle est capable de faire diminuer de façon significative la mortalité et la létalité dues aux infections aiguës des voies respiratoires inférieures. Des essais d'intervention pratiqués récemment ont encore confirmé l'efficacité de cette stratégie à l'échelon communautaire (voir section 3.1).

c) La troisième stratégie, qui fait intervenir l'éducation pour la santé de la population, et plus particulièrement des pères et mères, était conçue comme devant comprendre les aspects éducatifs de la vaccination et de la prise en charge des cas aussi bien que les activités de vulgarisation portant sur les mesures non spécifiques capable de réduire la morbidité due aux IRA, par exemple en s'attaquant à des facteurs de mauvaise santé tels que la malnutrition, la carence en vitamine A, l'insuffisance de poids à la naissance, l'exposition aux attaques du froid et la pollution de l'air à l'intérieur des habitations. Le contenu de la stratégie d'éducation pour la santé en ce qui concerne la vaccination et la prise en charge des cas a été définie ultérieurement dans le cadre des directives et des matériels didactiques préparés par le programme IRA de l'OMS. En revanche, les activités portant sur les mesures non spécifiques visant à réduire la morbidité devraient être définies par chaque pays compte tenu de l'importance relative des diverses maladies et des ressources disponibles.

En 1987, le programme OMS a réexaminé ses stratégies et a conclu que :

i) l'éducation pour la santé doit faire partie intégrante des stratégies de vaccination et de prise en charge des cas au lieu de constituer un objectif stratégique distinct; et

ii) les stratégies qui présentent le meilleur rapport coût-efficacité en vue de réduire la morbidité par le biais de mesures non spécifiques devraient être définies par le programme IRA de l'OMS pour être utilisées dans les programmes nationaux. Ces stratégies seraient sélectionnées sur la base d'une analyse approfondie de l'efficacité, de la faisabilité et du coût des mesures non spécifiques qui commenceront à être appliquées pendant l'exercice biennal 1988-1989.

2.2 Mise au point de matériels pour l'exécution du programme

Au cours de l'année 1987, le programme a pu mettre à la disposition des usagers, le plus souvent en versions anglaise, espagnole et française, les matériels ci-après destinés à faciliter l'exécution des programmes de lutte contre les IRA. Les six premiers de ces matériels étaient déjà prêts en version anglaise dès la fin de 1986, voire plus tôt; sauf indication contraire, le Centre international de l'Enfance, à Paris, a collaboré à la préparation des traductions françaises tandis que le Bureau régional des Amériques s'est chargé des traductions en espagnol.

2.2.1 Prise en charge des infections respiratoires aiguës chez l'enfant dans les pays en développement (6). Ce guide énonce les principes d'une méthode normalisée de prise en charge des patients et établit une classification des IRA chez les enfants en tenant compte des compétences offertes par les différentes catégories d'agents de santé et aux divers niveaux des services de santé. Il renseigne aussi sur les mesures de soutien les plus simples et les plus utiles, et sur les cas où l'administration d'antibiotiques est recommandée.

2.2.2 Les infections respiratoires de l'enfant : leur traitement dans les petits hôpitaux (7). Ce document contient des notes de base où sont énoncées les données scientifiques sur lesquelles se fondent les méthodes recommandées pour la prise en charge des malades atteints d'infections respiratoires aiguës ainsi qu'un manuel de pratique quotidienne à l'usage des médecins travaillant dans des hôpitaux dont les installations de radiologie et de bactériologie sont limitées ou non existantes. La section finale existe également sous forme d'un livret de poche distinct publié en anglais et en français par l'OMS (8) et en espagnol et en portugais par l'Organisation panaméricaine de la Santé.

2.2.3 Modules didactiques. Deux modules didactiques sont disponibles pour l'instruction des superviseurs du premier échelon. Ils portent respectivement sur le Traitement de l'enfant qui tousse et sur le Traitement de l'enfant qui a une infection de l'oreille, du nez ou de la gorge. Leur présentation est identique à celle des modules utilisés dans les cours de formation à l'intention des superviseurs du Programme OMS de Lutte contre les maladies diarrhéiques (LMD) et du Programme élargi de vaccination (PEV) et ils peuvent aisément se combiner avec ces derniers modules lorsque des cours sont organisés à l'intention de personnels chargés de l'exécution des trois programmes. Les modules relatifs aux IRA peuvent aussi servir à instruire indépendamment, pendant deux jours, des agents ayant déjà reçu une formation dans le cadre du LMD et du PEV.

2.2.4 Manuel d'opérations (9). Ce manuel fournit des informations d'ordre gestionnel concernant la planification, la mise en oeuvre et l'évaluation des programmes de lutte contre les IRA. Il existe aussi une série d'exercices pouvant être utilisés dans des séminaires spéciaux pour directeurs de programmes (10).

2.2.5 Auxiliaires audiovisuels. Deux séries de 24 diapositives chacune concernant la prise en charge des cas de toux chez les enfants ont été préparées sous contrat avec l'OMS, par Teaching Aids at Low Cost (TALC), Institute of Child Health, à Londres, pour être utilisées l'une en Afrique et l'autre en Asie. Les diapositives illustrent les diverses étapes de la prise en charge d'un enfant qui tousse suivant les recommandations énoncées dans le

programme et elles s'accompagnent d'une musicassette sur laquelle est enregistré le commentaire des diapositives.

Une version française est en préparation et une adaptation en espagnol a été produite en 1987 par l'Institut national d'Epidémiologie de Santa Fé, en Argentine. Cet institut a été désigné par l'Organisation panaméricaine de la Santé et le Bureau régional du FISE pour l'Amérique latine pour faire fonction de centre de référence pour la collecte, l'évaluation et la promotion du matériel de formation et d'éducation produit par les pays.

2.2.6 Film vidéo. Une vidéo cassette décrivant les principaux signes d'infection respiratoire qui avait été produite sous contrat avec l'OMS par l'Educational Resource Centre, Royal Children's Hospital de Melbourne, en Australie, a été produite par l'OMS en versions française et espagnole en 1987.

2.2.7 En 1987, deux nouveaux matériels ont été mis au point et produits en anglais alors que des versions espagnole et française sont en préparation. Il s'agit de :

a) Deux tableaux de papier à utiliser dans les activités de formation et d'éducation pour la santé :

- Le premier intitulé Infections respiratoires aiguës est composé de 21 images et légendes décrivant la prise en charge de patients atteints d'infection des voies respiratoires supérieures et inférieures. Il est destiné aux instructeurs qui apprennent aux agents de santé à prendre en charge des enfants atteints d'infections respiratoires.
- Le second, intitulé Enfants qui toussent, comprend 11 images et légendes et a été conçu pour aider les agents de santé à s'entretenir avec d'autres personnes sur la façon de s'occuper et de soigner des enfants qui toussent.

Ces deux tableaux de papier sont distribués en tant que prototypes destinés à être adaptés aux besoins des programmes nationaux.

b) Un poster de 42 x 60 cm à utiliser dans les services de santé périphériques et par les agents de santé communautaires illustre avec des images en six couleurs et de brèves légendes, la façon dont il convient d'opérer des distinctions parmi les infections respiratoires aiguës et de traiter chacune selon sa gravité. On a voulu qu'il constitue un modèle d'"auxiliaire professionnel", c'est-à-dire de guide rapide évoquant les aspects les plus marquants d'une tâche particulière.

Le programme a aussi passé contrat avec l'Educational Resource Centre de Melbourne pour la production d'un second film vidéo qui, cette fois, portera sur le traitement des IRA chez les enfants. A un stade ultérieur, les deux films produits par le Centre de Melbourne seront fusionnés en une seule cassette consacrée à la prise en charge des patients atteints d'IRA, sur le plan du diagnostic aussi bien que du traitement.

Bien que l'on se soit efforcé au maximum d'assurer l'homogénéité de toutes les données techniques présentées dans cette vaste gamme de matériels didactiques, certaines inconséquences s'y sont inévitablement introduites.

Par ailleurs, l'utilisation de ces matériels dans des séminaires régionaux et des cours nationaux, et l'expérience acquise dans des études d'intervention ont montré que certaines améliorations pouvaient être apportées. C'est pourquoi, au cours du premier trimestre de 1988, le programme convoquera un petit groupe d'experts de la prise en charge des IRA qui fera des recommandations sur les modifications techniques à introduire dans ces matériels, lesquels seront révisés en conséquence.

En 1988, il est également prévu d'entreprendre la préparation de modules destinés à former les responsables du programme à la planification, à la mise en oeuvre, à la surveillance et à l'évaluation des activités de lutte contre les IRA. Il sera également mis au point une série d'indicateurs pour le contrôle et l'évaluation des programmes nationaux de lutte contre les IRA ainsi que des instruments pour la mesure de ces indicateurs.

2.3 Planification et mise en oeuvre des activités nationales de lutte contre les IRA

A la fin de 1987, des programmes de lutte contre les IRA avaient commencé à fonctionner dans 17 pays, la plupart situés en Amérique latine (voir tableau 1). Dans tous ces pays, des directives techniques ont été préparées et il a été désigné un directeur du programme. Sauf au Costa Rica et à Oman, où les programmes se sont étendus à la totalité du pays, les programmes de lutte contre les IRA n'ont été lancés dans ce groupe de pays que dans une zone limitée (couvrant quelques circonscriptions ou une province) tant à cause du manque de ressources que parce que l'on souhaitait acquérir d'abord une certaine expérience en ce qui concerne la stratégie de prise en charge des cas. Dans 10 autres pays, des directives techniques et un plan d'opérations ont été préparés, mais les activités n'ont pas encore commencé. Deux autres pays (l'Argentine et le Pérou) ont approuvé les directives techniques mais n'ont pas encore élaboré le plan d'opérations. Ce sont donc au total 29 pays dans lesquels le ministère de la santé a pris au moins certaines mesures initiales pour planifier ou mettre à exécution un programme national de lutte contre les IRA.

Des membres du personnel et des consultants de l'OMS ont déjà collaboré à l'analyse des informations de base et à la rédaction des directives techniques et des plans d'opérations dans toutes les Régions de l'OMS : Afrique (Malawi, Zimbabwe), Amériques (14 pays d'Amérique latine), Asie du Sud-Est (Birmanie, Indonésie, Népal, Sri Lanka), Europe (Turquie), Méditerranée orientale (Oman, Tunisie) et Pacifique occidental (Chine, Fidji, Iles Salomon, Laos, Malaisie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, Samoa, Tonga et Viet Nam).

La méthode suivie pour la planification a été similaire à celle qui avait été adoptée pour les programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques (LMD). On estime, par exemple, que :

a) la mise en application des programmes de lutte contre les IRA doit être intégrée à celle des autres services de soins de santé primaires (par exemple, ceux qui s'occupent de la lutte contre les maladies diarrhéiques, de la vaccination, de la nutrition et de la fourniture de médicaments essentiels) puisque de nombreuses activités ont un caractère similaire et sont exécutées par le même personnel;

TABLEAU 1 - SITUATION DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LES IRA, DECEMBRE 1987

Région et pays	Service res- ponsable au MiS	Directives techniques	Plan d'opé- rations	Exécution commencée	Couverture
<u>AFRIQUE</u>					
Malawi	EPID	Projet	Projet	-	-
Swaziland	EPID	Projet	Projet	-	-
Rép.-Unie de Tanzanie	EPID	Oui	Oui	Oui	3 régions
Zimbabwe	EPID	Oui	Oui	Oui	1 province
<u>AMERIQUES</u>					
Argentine	TIR	Oui	-	-	-
Bolivie	SMI	Oui	Oui	Oui	-
Brsil	TIR	Oui	Oui	oui	2900 centres de santé
Colombie	SMI	Oui	Oui	Oui	25 centres de santé
Costa Rica	SMI	Oui	Oui	Oui	Couverture nationale
Equateur	SMI	Oui	Oui	-	-
El Salvador	EPID	Oui	Oui	Oui	1 région sanitaire
Guatemala	EPID	Oui	Oui	Oui	3 départements
Honduras	EPID	Oui	Oui	Oui	632 centres et postes de santé
Mexique	EPID	Oui	Oui	Oui	2160 postes de santé dans deux Etats
Panama	SMI	Oui	Oui	Oui	5 régions sanitaires
Paraguay	SMI	Oui	Oui	Oui	3 régions sanitaires
Pérou	SMI	Oui	-	-	-
Venezuela	SMI	Oui	Oui	-	-
<u>ASIE DU SUD-EST</u>					
Birmanie	EPID	Oui	Oui	-	-
Indonésie	EPID	Oui	Oui	Oui	9 provinces
Sri Lanka	EPID	Oui	Oui	-	-
<u>EUROPE</u>					
Turquie	SMI	Oui	Oui	Oui	1 province
<u>MEDITERRANEE ORIENTALE</u>					
Oman	SMI	Oui	Oui	Oui	Couverture nationale
Soudan	EPID	Projet	Projet	-	-
Tunisie	SMI	Oui	Oui	Oui	3 gouvernorats
<u>PACIFIQUE OCCIDENTAL</u>					
Chine	SMI	Oui	Oui	-	-
Iles Salomon	-	Oui	Oui	-	-
Samoa	-	Oui	Oui	-	-
Viet Nam	TIR	Oui	Oui	Oui	Certaines provinces

Abréviations : EPID : Epidémiologie/maladies transmissibles

SMI : Santé maternelle et infantile

MiS : Ministère de la santé

TIR : Tuberculose et infections respiratoires

b) si les stratégies et les plans d'opérations relatifs au programme de lutte contre IRA doivent être consignés dans un document distinct avant la mise en route des activités, il faut néanmoins les incorporer au plan national de santé;

c) ces plans doivent décrire et analyser la situation actuelle, fixer des objectifs et des buts précis pour diminuer la gravité des atteintes et la mortalité dues aux IRA chez les enfants et pour rationaliser l'usage des antimicrobiens, programmer des activités pour plusieurs années, établir des mécanismes de contrôle et d'évaluation et indiquer les allocations budgétaires; les plans existants peuvent être renforcés une fois que de nouveaux matériels de formation à l'intention des directeurs de programmes deviennent disponibles.

2.4 Formation

Pour promouvoir la préparation de plans d'action contre les IRA, des conférences-ateliers inter-pays ont été organisées par les bureaux régionaux de l'OMS afin de présenter aux fonctionnaires supérieurs des ministères de la santé les stratégies du programme IRA et les matériels didactiques disponibles. Les deux premières conférences-ateliers de ce genre ont eu lieu à la fin de 1986, l'une à New Delhi pour la Région de l'Asie du Sud-Est, et l'autre à Manille pour la Région du Pacifique occidental. Six autres conférences-ateliers ont été organisées en 1987 et 170 participants appartenant à 38 pays de Régions de l'OMS y ont assisté (tableau 2). Au cours de cinq journées, les participants ont eu l'occasion de passer en revue les bases techniques d'un programme IRA, d'utiliser les deux modules didactiques relatifs à la prise en charge des cas, de discuter le contenu du manuel d'opérations et d'appliquer les connaissances acquises durant des exercices axés sur la solution des problèmes qui peuvent se rencontrer lors de l'exécution du programme.

TABLEAU 2 - CONFÉRENCES-ATELIERS INTER-PAYS SUR LES IRA TENUES EN 1987
A L'INTENTION DES DIRECTEURS DE PROGRAMMES

Lieu	Région	Mois	Nombre de pays	Nombre de participants
Harare, Zimbabwe	Afrique, Sous-région III	Avril	7	26
Santa Fé, Argentine	Amériques, Pointe méridionale	Mai	4	22
Washington, DC, Etats-Unis d'Amérique	Amériques, Caraïbes	Juin	8	12
Cochachamba, Bolivie	Amériques, pays andins	Juin	5	41
San Salvador, El Salvador	Amériques, Amérique centrale	Septembre	7	50
Alexandrie, Egypte	Méditerranée orientale	Octobre	7	19
Total			38	170

Bien que le schéma de travail adopté pour ces conférences-ateliers soit susceptible d'amélioration, ces réunions n'en ont pas moins permis de familiariser ministères de la santé avec les matériels OMS qui sont disponibles. Comme on l'a vu plus haut, il sera préparé des modules didactiques qui permettront aux directeurs de programmes d'acquérir les compétences dont ils ont besoin pour s'acquitter de leurs responsabilités dans la lutte contre les IRA.

En 1987, des cours de niveau moyen ont été suivis par 582 participants appartenant à 25 pays (tableau 3). Ces cours ont été donnés à des responsables de la formation et de la supervision des agents de santé périphériques au niveau des districts et des provinces. Dans sept de ces cours, les deux modules concernant la prise en charge des patients atteints d'IRA ont été utilisés conjointement avec les modules didactiques destinés aux superviseurs des programmes LMD qui doivent acquérir des compétences en matière de participation communautaire, de formation, de fixation d'objectifs, de contrôle des performances et d'évaluation. Dans les autres cours, qui portaient exclusivement sur les IRA, on a utilisé des matériels adaptés en fonction de l'expérience acquise lors des conférences-ateliers inter pays sur les IRA.

TABLEAU 3 - COURS SUR LES IRA TENUS EN 1987
A L'INTENTION DES RESPONSABLES DE NIVEAU MOYEN

Région et lieu	Nombre de participants	En association avec	Couverture
<u>AFRIQUE</u>			
Cameroun	32	LMD/PEV	7 pays
Maurice	32	LMD/PEV	3 pays
République-Unie de Tanzanie	70	-	-
Zimbabwe	30	Espacement des naissances?	-
<u>AMERIQUES</u>			
Brésil	30	LMD	-
République dominicaine	25	LMD	-
Equateur	25	LMD	-
Paraguay	25	LMD	-
<u>ASIE DU SUD-EST</u>			
Bhoutan	20	LMD/PEV	-
Indonésie	50	SSP	-
Sri Lanka	27	LMD	2 pays
<u>PACIFIQUE OCCIDENTAL</u>			
Chine	58	-	17 provinces
Laos	30	-	7 provinces
Samoa	40	-	-
Iles Salomon	18	SSP	-
Viet Nam	70	-	16 provinces
Total	582		

Une formation à la prise en charge des cas d'IRA à l'intention des omnipraticiens et des agents médicaux responsables de la prestation des soins de santé a été intensivement poursuivie en Amérique latine où l'on rapporte que 11 844 membres des personnels de santé avaient été formés dans 12 pays à la fin de 1987. Ailleurs, seul le Viet Nam a fait savoir qu'il avait organisé 18 cours de formation clinique en 1987 pour 370 stagiaires. Dans tous ces pays, il n'est pas certain que cette formation ait suffi à inculquer les aptitudes nécessaires à une bonne prise en charge des cas d'IRA. D'après l'expérience acquise lors du Programme LMD, une telle formation doit, pour aboutir aux résultats souhaités, comporter des exercices pratiques réels ou simulés de prise en charge des cas. Il est prévu que le programme IRA fournira en temps utile des directives pour assurer cet aspect de la formation.

Au cours de 1987, la première unité de formation régionale aux IRA a été créée à l'Hôpital El Chatby d'Alexandrie, Egypte, à l'intention des pays de la Région de la Méditerranée orientale. En décembre, l'unité a organisé son premier cours national pour médecins. Il est prévu que le programme IRA préparera au cours de l'exercice 1988-1989 des plans de formation précisant les objectifs et le contenu de l'instruction à donner dans de telles unités. On espère que des unités régionales ou nationales seront établies dans de nombreux pays au cours des trois prochaines années et qu'elles deviendront des centres de formation où les fonctionnaires de la santé de rang supérieur pourront se familiariser avec la prise en charge des cas d'IRA. Il conviendrait que ces cours accordent aux participants la possibilité de consacrer au moins la moitié du temps à traiter des patients atteints d'infections respiratoires à divers degrés de gravité.

2.5 Contrôle et évaluation

Bien qu'il soit trop tôt pour présenter les résultats des activités de contrôle, de surveillance et d'évaluation, il a été déployé dans ces domaines des activités qui méritent d'être signalées.

2.5.1 Enquêtes sur la morbidité, la mortalité et le traitement

L'expérience acquise dans le cadre des programmes LMD et PEV de l'OMS montre que des enquêtes spéciales peuvent être utiles pour la collecte de données fiables sur la morbidité, la mortalité et le traitement, données qui sont souvent difficiles à obtenir par l'entremise des systèmes d'information courants des pays en développement. Etant donné que le groupe d'âge cible des programmes IRA et LMD, de même que l'ampleur de ces programmes sont de nature très semblable, on s'est efforcé d'organiser des enquêtes communes IRA/LMD en se servant de la méthode d'échantillonnage par grappes qui a été largement utilisée dans le programme LMD. C'est ainsi que des enquêtes conjointes IRA/LMD ont été entreprises en 1987 au Brésil (Belém, Fortaleza, Brasília et Sao Paulo), au Paraguay, en République dominicaine et au Venezuela dans la Région des Amériques ainsi que dans l'Etat d'Haryana en Inde et dans la province de Sichuan en Chine. Au cours de ces enquêtes, des informations ont été recueillies lors de visites à domicile au sujet des épisodes d'IRA survenus au cours des deux semaines précédentes, ainsi que sur les décès par IRA survenus au cours des 12 derniers mois.

A la fin de 1987, on possédait les résultats de trois de ces enquêtes :

- A Fortaleza, au Brésil, il a été enregistré 20 décès parmi 1303 enfants âgés de 0 à 4 ans (taux de mortalité de 0 à 4 ans : 15,3 pour 1000; taux de mortalité infantile : 64,9 pour 1000). Sur ces décès, 30 % étaient associés à des IRA. Le taux d'incidence des cas d'IRA au cours de deux semaines s'élevait à 51,5 %.

- Dans l'Etat d'Haryana en Inde, il a été enregistré 258 décès parmi 15 025 enfants (taux de mortalité de 0 à 4 ans : 17,2 pour 1000; taux de mortalité infantile : 65,1 pour 1000). Sur ces décès, 37, soit 14,3 % étaient associés à des IRA. Le taux d'incidence au cours de deux semaines a été de 24,2 %.

- Dans la province de Sichuan, en Chine, l'enquête a porté sur 7126 enfants de 0 à 4 ans et a révélé un taux de mortalité de 23,2 pour 1000 pour l'ensemble du groupe et un taux de mortalité infantile de 65,5 pour 1000. Il a été noté que la pneumonie constituait la principale cause de décès, étant responsable de 36 % de la totalité des décès. Sur 59 enfants apparemment morts de pneumonie, 38 sont décédés à domicile, le plus souvent parce que les parents ne s'étaient pas rendus compte de la gravité de la maladie.

Un des points les plus préoccupants concernant ces enquêtes tient à l'incertitude qui plane sur la fiabilité des informations rétrospectives concernant la mortalité. Un sujet qui n'a pas encore été traité avec suffisamment d'attention touche à la définition des décès par IRA (ou, plus spécifiquement, par pneumonie), que l'IRA intervienne comme cause directe ou comme cause associée. Il faudrait également disposer d'une meilleure définition de ce qui constitue un cas d'IRA et de pneumonie. Des travaux de mise au point

sur ces questions seront poursuivis en 1988 de manière à améliorer le questionnaire actuellement utilisé pour les enquêtes sur les IRA.

2.5.2 Surveillance de la pharmacorésistance des bactéries

Un système mondial de surveillance a été institué en 1987 pour contrôler la pharmacorésistance de Streptococcus pneumoniae et d'Haemophilus influenzae, qui constituent les deux agents bactériens les plus courants responsables de la pneumonie et de l'otite moyenne chez les nourrissons et les jeunes enfants. A titre de première mesure, des instituts ont été désignés pour coordonner ces activités. Le département des streptocoques du Statens Seruminstitut de Copenhague, au Danemark, coordonne actuellement la surveillance de la pharmacorésistance à S. pneumoniae. Des souches envoyées par les laboratoires nationaux sont en train d'être testées pour la détermination de leur sensibilité à l'oxacilline (indicateur de la sensibilité à la pénicilline) et au cotrimoxazole. A la fin de 1987, les laboratoires de 10 pays avaient accepté d'envoyer des souches à cet institut (Gambie, Kenya et Mauritanie dans la Région africaine; Argentine, Chili, Pérou et Venezuela dans la Région des Amériques; Arabie saoudite dans la Région de la Méditerranée orientale; et Malaisie et Papuasie-Nouvelle-Guinée dans la Région du Pacifique occidental). La surveillance de la pharmacorésistance à Haemophilus influenzae sera coordonnée par le Public Health Laboratory Service, John Radcliffe Hospital, Oxford, Royaume-Uni.

A partir de 1988, le programme commencera à renforcer la capacité des laboratoires nationaux d'entreprendre une surveillance de la pharmacorésistance pour le compte de leurs programmes nationaux de lutte contre les IRA. Il sera notamment organisé des cours sur les méthodes de diagnostic bactériologique semblables à celui qui s'est tenu en 1987 à l'Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie d'Hanoi, au Viet Nam.

3. COMPOSANTE "RECHERCHE"

Depuis qu'a été lancé le programme IRA de l'OMS, les ressources limitées mises à sa disposition ont surtout servi à soutenir les recherches visant à déterminer la faisabilité, l'impact et les meilleurs moyens de mettre en oeuvre la stratégie de prise en charge des cas. Des fonds ont également été affectés à quelques autres études cliniques, épidémiologiques et étiologiques.

Une coopération a aussi été instaurée avec le Board on Science and Technology for International Development (BOSTID), US National Research Council, Washington, DC, qui patronne des recherches sur l'étiologie et l'épidémiologie des IRA chez les enfants dans les pays en voie de développement.

Lors de la réunion qu'il a tenue en mars 1987, le Groupe consultatif technique sur les infections respiratoires aiguës a recommandé d'élaborer un plan applicable à l'élément recherche du programme afin d'identifier les sujets et les activités à entreprendre en priorité (11). En conséquence, le Secrétariat a préparé un projet de plan (12) qui devrait recevoir sa forme définitive en mai 1988 à l'occasion de la réunion d'un groupe d'experts qui se tiendra à Hanovre, en République fédérale d'Allemagne. Ensuite de quoi, le programme IRA devrait pouvoir apporter un soutien nettement plus important aux activités de recherche.

On trouvera dans les paragraphes suivants un résumé des résultats des recherches qui ont été soutenues par le programme IRA au cours des dernières années ainsi qu'une description de certaines activités connexes; une importance particulière a été accordée aux résultats qui sont devenus disponibles au cours de 1987 ainsi qu'aux activités qui se sont déroulées pendant la même année.

3.1 Essais d'intervention

Lorsque l'OMS a lancé le programme IRA, beaucoup pensaient que l'on ne pouvait pas faire grand chose pour réduire la mortalité juvéno-infantile due à la pneumonie dans les pays en développement. En 1982, cependant, un groupe d'épidémiologistes réuni par l'OMS a élaboré un plan de recherche relatif à la faisabilité et sur l'impact que pourrait exercer sur la mortalité juvéno-infantile une intervention qui peut contrôler IRA dont l'exécution pourrait être confiée à des agents de santé communautaire qui se conformeraient à un protocole normalisé de prise en charge des cas. D'après ce protocole, la prise en charge d'un enfant atteint de toux devrait reposer sur trois signes : l'incapacité de boire, le tirage pulmonaire et une respiration rapide. Le plan de recherche devait, à l'origine, être appliqué dans des zones rurales présentant un taux élevé de mortalité infantile et où les soins de santé étaient dispensés par du personnel paramédical et par des agents de santé communautaire.

Deux projets avaient jeté les bases de ces travaux. En 1971, dans l'Etat du Punjab, en Inde, il avait été mis au point, dans le cadre d'un programme de soins de santé primaires, des protocoles de traitement simplifiés permettant à des agents de santé paramédicaux d'administrer des antibiotiques à des enfants atteints de pneumonie (13). En Papouasie-Nouvelle-Guinée, des classifications simplifiées avaient été élaborées sur la base du rythme respiratoire et du tirage pulmonaire pour permettre aux agents de santé de classer et soigner les

cas d'IRA ou bien d'envoyer les cas graves dans un service de santé. L'importance des infections bactériennes dues à deux micro-organismes pathogènes prédominants (Streptococcus pneumoniae et Hemophilus influenzae) dans les cas de pneumonie à issue fatale était prouvée (14). L'expérience acquise avait montré qu'un traitement antibiotique dirigé contre ces organismes pathogènes permettait de réduire le taux de mortalité clinique par pneumonie.

Dix études d'intervention ont été entreprises entre 1983 et 1985. Sur la base de protocoles analogues, quatre études ont consisté à comparer les taux de mortalité dans une zone d'intervention et dans une zone témoin concurrente (Abbotabad, Pakistan; District de Bagamoyo, République-Unie de Tanzanie; Bohol, Philippines; et Etat d'Haryana, Inde). En raison de la situation locale ou de problèmes financiers, deux autres études se sont bornées à comparer les taux de mortalité par pneumonie chez les enfants avant et après l'intervention (vallée de Katmandou, Népal, et Kederi, Indonésie). Sur les dix projets, quatre n'ont pas été poussés au-delà de la collecte d'informations de base, après quoi ils ont dû être interrompus soit parce que des contraintes de travail locales excluaient la collecte d'informations fiables (Somalie) soit parce que le taux de mortalité infantile était trop faible pour que l'on puisse mesurer l'impact de l'intervention (Kenya, Sri Lanka et Tunisie).

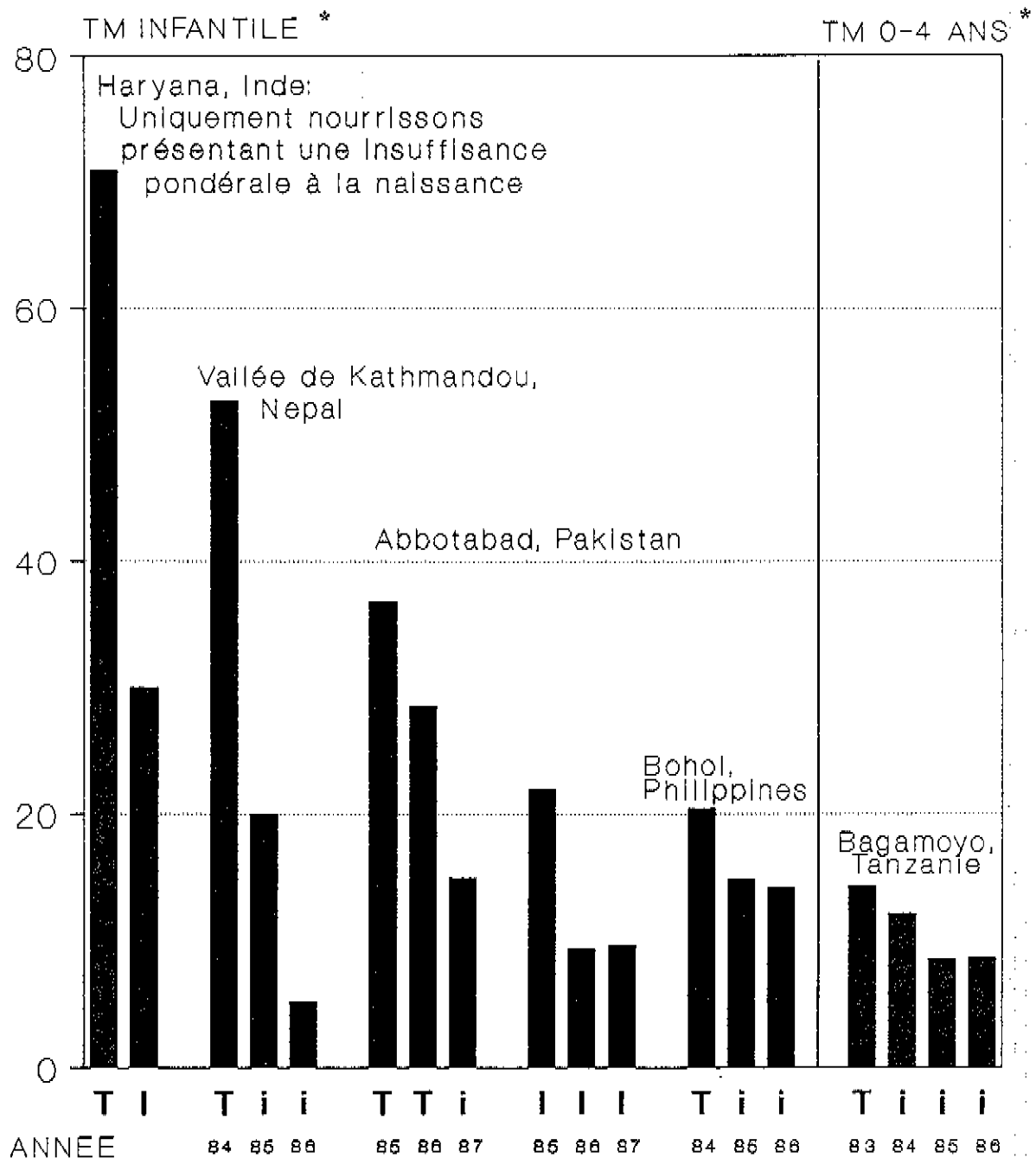
Dans trois des études, des vaccinations ont été pratiquées en même temps que les cas d'IRA étaient prise en charge (Népal, Indonésie et République-Unie de Tanzanie). Les résultats obtenus grâce aux deux interventions constituent l'impact de ces projets. Plus récemment, il a été entrepris avec l'appui de l'Agency for International Development des Etats-Unis à Jumla, au Népal, une étude sur la prise en charge des cas de IRA en l'absence de toute autre intervention de lutte contre la maladie dans une région où les taux de mortalité infanto-juvénile étaient très élevés et où la malnutrition sévissait.

Dans les cinq cas où les études ont été achevées, le protocole de prise en charge des cas s'est montré suffisamment simple pour que des agents de santé communautaire puissent l'assimiler et l'appliquer; cette méthode a permis de réduire de façon significative les taux de mortalité par infection aiguë des voies respiratoires inférieures chez les enfants (voir figure 1). Toutes les études font également apparaître une réduction de la mortalité totale. Les résultats préliminaires obtenus à Jumla, au Népal, et en Indonésie révèlent en outre une réduction significative de la mortalité totale et de la mortalité par infection aiguë des voies respiratoires inférieures.

Quelques renseignements complémentaires sur ces études sont donnés ci-après. On trouvera des détails complets dans le rapport de la réunion sur la prise en charge des cas d'affections aiguës des voies respiratoires chez l'enfant : études d'intervention (document WHO/ARI/88.2).

a) Dans le District de Bagamoyo, en République-Unie de Tanzanie (15), un programme d'intervention contre les IRA a été mené par des agents sanitaires de village. Le programme comprenait une action d'éducation pour la santé à domicile pour apprendre aux mères ou à d'autres personnes chargées des soins aux enfants à reconnaître des signes d'IRA modérée ou grave, le traitement dans les dispensaires des cas de gravité moyenne par le cotrimoxazole et enfin l'orientation des cas graves vers les services de santé. On a appliqué le même système de surveillance des naissances et des décès dans la zone d'intervention et dans la zone témoin. L'intervention s'est traduite par une réduction de la mortalité due aux infections aiguës des voies respiratoires inférieures. La

Figure 1: Infections Aigues des Voies Respiratoires Inferieures- Taux de Mortalite Totale (TM)



T = zone (ou année) témoin
 I = zone d'intervention
 i = Intervention dans ce qui était auparavant une zone témoin.

* Le taux de mortalité infantile correspond au nombre de décès pour 1000 naissances vivantes; le taux de mortalité chez les enfants de moins de quatre ans correspond au nombre de décès pour 1000 enfants de moins de quatre ans.

figure 1 fait apparaître les changements survenus dans la zone témoin une fois organisée la prise en charge des cas la deuxième année. S'il s'agit là d'un résultat statistiquement significatif, des consultants extérieurs ont signalé qu'une réduction plus importante encore aurait pu être obtenue si le protocole de prise en charge des cas avait été mieux appliqué. Bien que la couverture vaccinale ait augmenté, des cas de rougeole ont continué de se produire. Les agents de terrain ont signalé que, pour les cas de pneumonie associée à la rougeole, le taux de survie s'était amélioré depuis qu'ils avaient commencé à utiliser le protocole de prise en charge des cas.

b) Lors d'une étude comparative avant et après intervention organisée dans la vallée de Kathmandou, au Népal (16), des enquêteurs non spécialisés mais formés à cet effet ont rassemblé des données à l'occasion de visites à domicile effectuées tous les 15 jours dans la zone enquêtée. En cas de décès d'un enfant, un auxiliaire sanitaire menait une "autopsie verbale". Une équipe établie à l'échelon central effectuait des visites périodiques afin de vérifier la qualité et la complétude des informations recueillies. Au bout d'une année de collecte des données, on a entrepris une intervention fondée sur la prise en charge des cas, au cours de laquelle des agents des soins de santé primaires ont utilisé l'ampicilline par voie orale à titre de médicament de première ligne pour le traitement des cas de gravité moyenne et des cas graves d'IRA, et le chloramphénicol comme médicament de deuxième ligne. L'orientation vers un hôpital était difficile en raison des problèmes d'accès. Les résultats ont montré qu'il y avait eu pendant les années d'intervention une chute nette de la mortalité due aux infections aiguës des voies respiratoires inférieures chez les nourrissons et les enfants âgés d'un à quatre ans, par comparaison avec l'année de surveillance (année de référence) (voir figure 1). La plupart des décès par infection aiguë des voies respiratoires inférieures survenus durant les années d'intervention concernaient des enfants dont les parents avaient continué, en dépit des efforts d'éducation, à faire appel aux services de guérisseurs traditionnels.

c) Dans le district d'Ambala, Etat d'Haryana, Inde (17), on a évalué la faisabilité d'une prise en charge normalisée des cas d'IRA et les répercussions qu'elle pourrait avoir pour la mortalité parmi des nourrissons présentant une insuffisance pondérale à la naissance - groupe exposé à un risque élevé de décès par infection aiguë des voies respiratoires inférieures. Dans la zone d'intervention comme dans la zone témoin, le poids à la naissance a été noté dans les 48 heures suivant l'accouchement et tous les bébés pesant moins de 2500 g ont été inclus dans l'étude. Des agents de santé spécialement formés se sont rendus chaque semaine dans tous les ménages concernés afin de consigner les épisodes de maladie et leur évolution jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge d'un an. Les agents de santé travaillant dans la zone d'intervention ont appris à reconnaître les cas de gravité moyenne et les cas graves d'IRA ainsi qu'à administrer aux premiers de la pénicilline par voie orale et à orienter les seconds vers un service de santé. Grâce à ce programme, le taux de mortalité clinique chez les nourrissons présentant une insuffisance pondérale à la naissance est tombé de 24,6 % (dans la zone témoin) à 8,7 % (dans la zone d'intervention). La figure 1 fait apparaître cette chute nette de la mortalité due aux infections aiguës des voies respiratoires inférieures chez les nourrissons présentant une insuffisance pondérale à la naissance.

d) Dans une zone montagneuse du district d'Abbotabad, au Pakistan, 20 villages ont été choisis pour le programme d'intervention tandis que huit autres ont servi de villages témoins. Les agents de santé communautaire de la zone d'intervention ont appris à reconnaître les cas de gravité moyenne et les

cas graves d'IRA et à les diriger vers le service de santé de base ou le dispensaire le plus proche en vue d'un traitement. Lorsque ce n'était pas possible, les patients étaient soignés au cotrimoxazole par l'agent de santé. L'envoi à l'hôpital n'a été possible que dans très peu de cas en raison de la pénurie de lits dans l'hôpital de district et des difficultés de transport. La figure 1 fait apparaître une diminution durable de la mortalité par infection aiguë des voies respiratoires inférieures dans la zone d'intervention ainsi que la chute rapide de la mortalité lorsque l'intervention a été menée dans la zone témoin.

e) Sur l'île de Bohol, aux Philippines, des données sur la mortalité ont été préalablement recueillies dans la population faisant l'objet de l'étude pendant une année de façon à permettre une comparaison avant et après intervention. Les renseignements sur les décès ont été rassemblés à l'aide de trois méthodes complémentaires : une enquête dans les ménages tous les six mois, des comptes rendus réguliers fournis par des informateurs qui effectuaient des visites à domicile deux fois par mois, et enfin les relevés systématiques établis par les services de santé. Au bout d'un an, une intervention fondée sur la prise en charge normalisée des cas d'IRA a été introduite dans la moitié de la zone, où les sages-femmes des dispensaires ont appris à classer les cas de toux chez les enfants et à soigner les cas de gravité moyenne et les cas graves de pneumonie. La diminution de la mortalité par pneumonie sans association avec la rougeole parmi les enfants de moins de quatre ans était peu mais plus importante dans la zone d'intervention que dans la zone témoin (la figure 1 fait apparaître l'évolution du taux de mortalité par pneumonie sans association avec la rougeole dans la zone d'intervention). Cet impact limité s'explique entre autres par l'éducation insuffisante des personnes qui s'occupaient des enfants, par la difficulté d'envoyer rapidement les cas dans un service de santé et par l'incapacité dans laquelle se trouvaient les agents de santé communautaire de prescrire un traitement antibiotique. Environ deux tiers des enfants décédés par suite d'une infection aiguë des voies respiratoires inférieures dans la zone d'intervention et dans la zone témoin n'avaient reçu aucun traitement médical.

3.2 Etudes cliniques et étiologiques

Etant donné que le plan de prise en charge des cas d'IRA chez les jeunes enfants se fonde sur une classification clinique établie par des agents de santé paramédicaux, il est manifestement important de vérifier dans quelle mesure ces agents sont capables de bien reconnaître les signes et les symptômes après une courte période de formation et si la classification proposée est suffisamment sensible et spécifique aux fins du diagnostic.

Deux études en ce sens ont été entreprises avec le soutien du programme, l'une à l'Hôpital de Mandalay en Birmanie et l'autre à l'Hôpital d'Omdurman près de Khartoum, au Soudan. Des auxiliaires sanitaires ont été entraînés à reconnaître les signes et symptômes associés aux IRA et à classer les cas d'IRA en bénins, moyens ou graves. Ces auxiliaires ont ensuite été déployés de manière à examiner les enfants qui se présentaient à la consultation externe de l'hôpital et à consigner leurs observations. Après quoi les enfants ont été examinés par un pédiatre, ont reçu le traitement approprié et ont fait l'objet d'une surveillance postcure. Les observations et les classifications établies par les agents paramédicaux et par les pédiatres ont été soumises à un examen comparatif et les résultats des deux études sont actuellement en voie d'analyse.

D'après les directives de l'OMS en matière de traitement, la pénicilline procaïne administrée en injection constitue le meilleur antibiotique pour le traitement des cas d'IRA de gravité moyenne. Toutefois, dans de nombreux pays, l'administration de cinq doses de pénicilline procaïne en une seule journée n'est pas réalisable pratiquement au niveau des services de santé du premier échelon. Même si la pénicilline benzathine ne présente pas autant d'avantages, car elle n'est pas toujours efficace contre une infection à Haemophilus influenzae, le fait qu'elle s'administre plus facilement, en une dose unique, peut parfois compenser cette infériorité technique. Un essai clinique est actuellement entrepris dans l'Etat de Para, au Brésil, avec le soutien du Bureau régional de l'OMS pour les Amériques, afin de comparer l'efficacité et la faisabilité d'un traitement des IRA au moyen de pénicilline procaïne et de pénicilline benzathine.

Des études sur l'étiologie des IRA chez les enfants ont été entreprises en 1987 à Lima, Pérou, avec le soutien de la Fondation Thrasher et du Bureau régional de l'OMS pour les Amériques, ainsi que dans trois localités de Chine - Beijing, Changchun et Guangzhou - avec l'appui du Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental. En Chine, l'étude porte surtout sur l'étiologie de la pneumonie.

Des techniques rapides pour le diagnostic des infections des voies respiratoires d'origine bactérienne ont été évaluées par un groupe d'experts réuni, avec la coopération de l'OMS, par l'Institut finlandais de Santé publique d'Helsinki, Finlande, les 30-31 mars 1987 (18); il a été proposé un plan de recherche pour la mise au point et la confirmation de l'efficacité de ces techniques chez les enfants.

3.3 Etudes sur la pollution à l'intérieur des habitations

Il existe des indications montrant que de fortes concentrations de fumée âcre et de substances gazeuses dans l'environnement domestique peuvent affecter les mécanismes de défense pulmonaires et constituer ainsi un facteur de risque vis-à-vis des infections aiguës des voies respiratoires. Ce problème concerne en particulier les nourrissons et les jeunes enfants qui vivent dans des habitations rurales mal ventilées. En collaboration avec le service OMS de la Prévention de la pollution de l'environnement, le programme IRA a lancé des études pour mesurer à l'intérieur des habitations les niveaux de polluants provenant de l'utilisation de la biomasse comme combustible dans les zones rurales. La première enquête a eu lieu à Maragua, au Kenya (19). Des mesures des particules respirables en suspension (PRS) et du dioxyde d'azote (NO_2) ont été effectuées à 24 heures d'intervalle dans 36 habitations choisies au hasard dans lesquelles la préparation des aliments était faite principalement sur des feux ouverts alimentés par du bois ou des déchets de culture. La quantité moyenne de PRS en 24 heures était de 1400 microgrammes par m^3 , chiffre qui augmentait dans une forte proportion au cours des sept heures par jour durant lesquelles le feu était allumé, pour atteindre des niveaux maximums allant jusqu'à 36 000 microgrammes par m^3 . Ces quantités dépassaient d'environ 10 fois le niveau recommandé par l'OMS pour l'exposition de la population en général à des particules en suspension.

Une deuxième étude a été effectuée dans la zone de Basse, en Gambie, en collaboration avec l'unité du British Medical Research Council située à Fajara (20). La concentration moyenne de PRS en 24 heures mesurée dans les

habitations a été de 1860 microgrammes par m³. Du fait que les particules provenaient en partie d'une source autre que la fumée de bois (probablement de la poussière de sable), les niveaux atteints par la fumée de bois étaient sans doute un peu plus faibles que ceux enregistrés au Kenya, mais ils n'en restaient pas moins très élevés et capables de provoquer des effets nocifs au niveau des voies respiratoires inférieures des personnes exposées, particulièrement des jeunes enfants.

Des contacts ont été établis avec les responsables des projets de recherche sur les IRA à Chandigarh, en Inde, et à Goroka, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, pour savoir s'ils s'intéresseraient à évaluer dans quelle mesure la pollution de l'air provoquée par l'usage de la biomasse comme combustible à l'intérieur des habitations peut contribuer à l'incidence et à la gravité des IRA.

3.4 Mise au point de vaccins

Des vaccins efficaces, sûrs et peu coûteux offrent la meilleure solution à long terme pour la prévention des infections respiratoires aiguës, en particulier de la pneumonie. A l'OMS, les recherches pour la mise au point de vaccins contre les virus respiratoires sont soutenues actuellement par la Division des Maladies transmissibles, sous la conduite d'un Comité d'orientation sur les virus responsables des IRA créé par un Groupe consultatif scientifique d'experts pour la mise au point des vaccins. Ce comité d'orientation a jusqu'ici limité son soutien à des projets de mise au point de vaccins contre les virus respiratoires syncytial et paragrappal type 3, et plus spécialement sur les recherches de base visant à clarifier la structure et les propriétés de ces virus. Si cette recherche devait conduire à la mise au point de vaccins candidats, le programme IRA serait chargé d'appuyer des essais sur le terrain pour tester l'efficacité de ces vaccins chez les enfants. Un membre du personnel de l'OMS qui travaille au programme IRA a été désigné pour faire fonction de cosecrétaire du Comité d'orientation sur les virus responsables des IRA afin d'assurer une coopération étroite entre le programme et la Division des Maladies Transmissibles.

Un comité d'orientation sur les bactéries encapsulées a aussi été institué sous les auspices du Groupe consultatif scientifique d'experts pour la mise au point des vaccins, mais il concentre ses efforts sur la mise au point de vaccins contre la méningococcie. Aussi le programme IRA pour 1988 prévoit-il d'assumer la pleine responsabilité de la promotion et du soutien des travaux de recherche et de mise au point de vaccins contre Streptococcus pneumoniae et Haemophilus influenzae, principaux agents bactériens responsables de la pneumonie chez les enfants. A cet effet, il est prévu de mettre à profit les importants progrès déjà réalisés pour la mise au point de vaccins polysaccharidés. Il s'agit en particulier :

- D'un nouveau vaccin contre Haemophilus influenzae du type b, composé de polyribosylribitol phosphate (PRP) conjugué à un toxoïde diphtérique (PRP-D) qui s'est montré nettement plus immunogène et protecteur que le PRP chez des enfants âgés de 3 à 18 mois (21) et qui a récemment fait l'objet d'une licence aux Etats-Unis d'Amérique. Des plans seront établis pour l'évaluation de l'efficacité de ce vaccin contre la pneumonie chez les enfants des pays en développement.

- D'un vaccin polysaccharide antipneumococcique qui a conféré une protection à 58 % à des enfants âgés de 6 mois à 5 ans vivant dans une région de Papouasie-Nouvelle-Guinée, mais une protection nulle dans une autre région voisine (22). Il est nécessaire de tester ce vaccin parmi d'autres populations et un soutien à cet effet est actuellement fourni par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID). En 1987, un groupe spécial auquel a participé le programme IRA a déterminé les caractéristiques qui devraient, si possible, être réunies en un lieu donné pour y tester des vaccins antipneumococciques chez les enfants en vue de prévenir la morbidité et la mortalité dues aux maladies respiratoires, et il a proposé quatre zones où des essais de vaccin pourraient être entrepris dans l'avenir : la région orientale de la Gambie, au Sénégal, le nord-est du Brésil et les réserves d'Indiens Apaches et Navahos en Arizona, aux Etats-Unis d'Amérique.

4. SERVICES D'INFORMATION

Les informations sur les infections respiratoires aiguës ont continué à affluer régulièrement en 1987 du fait de l'intérêt croissant que suscite ce problème et des efforts que déploient pour le résoudre le programme et les autres organisations et institutions intéressées.

En 1987, le programme a continué à soutenir la publication de son bulletin mondial, la Circulaire IRA (Ari News), dont la parution est assurée par contrat avec l'Appropriate Health Resources and Technologies Action Group (AHRTAG) de Londres, Royaume-Uni. Des contributions pour la parution de ce bulletin ont été versées au programme par l'Agence suédoise pour la coopération avec les pays en développement en matière de recherche (SAREC), par la Fondation panaméricaine pour la santé et l'éducation (PAHEF) et par le FISE. Le bulletin paraît en anglais tous les quatre mois et 25 000 exemplaires en sont distribués gratuitement. Les Nos 7 à 9 ont été publiés en 1987. Le No 7 contenait un exposé récapitulatif sur la stratégie de prise en charge des cas dans un programme IRA; le No 8 décrivait les mesures de traitement de soutien à appliquer dans les cas bénins d'IRA; et le No 9 passait en revue les informations concernant les virus responsables d'infections respiratoires.

En 1987, des traductions en espagnol et en français sont devenues disponibles. La version espagnole est établie par l'Organisation panaméricaine de la Santé avec la collaboration du Bureau régional du FISE pour l'Amérique latine situé à Bogota, Colombie. Il en a été publié et distribué 39 000 exemplaires au total pour les Nos 1 à 3 et 30 000 exemplaires pour les Nos 4 à 6. Le No 1 de la version française (5000 exemplaires) a été imprimé et distribué avec la participation de l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies pulmonaires.

Le programme a aussi continué à distribuer gratuitement ses documents et publications ainsi que des tirés-à-part des articles publiés dans des journaux et des revues scientifiques aux quelque 800 correspondants inscrits sur sa liste informatisée. Ces correspondants comprennent des institutions, des administrateurs de la santé publique, des professeurs de pédiatrie et des chercheurs scientifiques qui s'intéressent aux IRA dans les pays en développement. Une liste complète des documents publiés jusqu'à ce jour au titre du programme a été établie et reproduite dans le document WHO/RSD/87.33 Rév.1.

En outre, une bibliographie sur les infections respiratoires chez les enfants est publiée tous les six mois en anglais par l'Organisation panaméricaine de la Santé avec la collaboration de la National Library of Medicine des Etats-Unis. Deux livraisons du volume 6 ont paru en 1987 en 4000 exemplaires chacune, dont 3000 ont été distribués gratuitement aux pays en développement et aux correspondants du programme IRA.

En 1987, un dossier d'information a été publié en anglais et en français, avec l'aide de la Division OMS de l'Information du public et de l'éducation pour la santé, à l'intention des décideurs politiques, des représentants des médias, des membres de la profession médicale et des administrateurs de la santé publique. Ce dossier contient des informations à jour sur le programme IRA et évoque un certain nombre de problèmes techniques, opérationnels, juridiques et sociaux qui peuvent faire obstacle à la mise en oeuvre des programmes IRA dans les pays en développement et qu'un programme d'information du public peut aider à résoudre. Il contient sept articles, un dépliant photographique et une série de graphiques.

5. GESTION DU PROGRAMME ET RESSOURCES

5.1 Organisation

Avant d'instituer le programme IRA, l'Organisation a exécuté un certain nombre d'activités en rapport avec les infections respiratoires aiguës par l'entremise des services qui s'occupent des maladies à virus et des infections bactériennes. Ces activités ont porté principalement sur la surveillance des agents étiologiques, notamment des virus grippaux et sur la standardisation des méthodes de diagnostic en laboratoire. Au moment où il est devenu opérationnel, soit en 1983, le nouveau programme IRA a été confié au service de la Tuberculose qui s'est appelé dès lors service de la Tuberculose et des infections respiratoires (TRI).

Le 1er août 1987, le programme IRA a été placé sous une gestion commune avec le Programme de Lutte contre les maladies diarrhéiques (LMD). Cette décision s'est fondée sur les considérations suivantes :

a) il existe des similitudes dans la nature et l'ampleur des problèmes posés par les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques chez les enfants des pays en voie de développement;

b) ces deux programmes utilisent des stratégies de prise en charge des cas pour réduire la mortalité et ils explorent des méthodes similaires (par exemple la vaccination) pour diminuer la morbidité;

c) le programme IRA pouvait profiter de l'expérience acquise par le LMD en matière de collaboration avec les gouvernements pour l'exécution des programmes de lutte et avec les scientifiques pour le soutien des recherches, ainsi qu'en matière de coordination des efforts des institutions multilatérales et bilatérales.

Au Siège de l'OMS, le programme IRA est représenté par un directeur du programme. Tous les bureaux régionaux de l'OMS ont désigné un point de convergence pour les activités de lutte contre les IRA dans le cadre de leurs programmes contre les maladies transmissibles, sauf dans le cas du Bureau régional des Amériques où le programme IRA est intégré au Programme de santé

maternelle et infantile de même que le PEV et LMD. Dans les bureaux régionaux des Amériques et du Pacifique occidental, des médecins sont affectés à plein temps aux IRA. Dans le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est, un administrateur professionnel adjoint est responsable des activités anti-IRA sous l'autorité du Conseiller régional pour les maladies transmissibles. Dans les bureaux régionaux de l'Afrique et de la Méditerranée orientale, le responsable du Programme LMD s'occupe également des activités anti-IRA. Au Bureau régional de l'Europe, la lutte contre les IRA entre dans les fonctions du Conseiller régional pour les maladies transmissibles.

Dès le début des activités, un Groupe consultatif technique a été institué par le Directeur général pour donner des conseils sur les priorités du programme IRA et procéder à une évaluation indépendante de ses activités. Comme on l'a vu plus haut, ce groupe consultatif a, lors de sa première réunion, défini la portée et les stratégies du programme (5). A sa deuxième réunion, en mars 1985, il a évalué les progrès accomplis en 1983 et 1984 et a recommandé que l'on prépare des matériels techniques et gestionnels à utiliser dans les programmes nationaux de lutte contre les IRA (23). A sa troisième réunion, en mars 1987, le Groupe a réaffirmé les buts et les priorités du programme, a examiné les faits nouveaux concernant l'impact de la prise en charge des cas sur la réduction de la mortalité par IRA chez les enfants et a souligné la nécessité d'augmenter les ressources pour accélérer la mise en oeuvre des programmes nationaux de lutte contre les IRA et soutenir de nouvelles activités de recherche et de développement (11).

5.2 Ressources

Le tableau 4 présente un état des ressources de toutes provenances qui ont été mises à la disposition du programme entre 1982 et le 31 décembre 1987. A cette date, le programme avait reçu des contributions extrabudgétaires de sept institutions et organisations. Durant l'exercice biennal 1986-1987, US\$ 1 184 676 lui ont été affectés sur le budget ordinaire de l'OMS et US\$ 1 161 191 ont été versés par six contributeurs, ce qui donne un total de US\$ 2 345 867.

Le tableau ne fait pas mention d'un montant de US\$ 100 000 qui, à la demande de l'OMS, a été versé directement à AHRTAG, à Londres, pour la production et la distribution de ARI News par la Fondation Edna McConnell Clark (US\$ 30 000 en 1985), la Fondation Panaméricaine pour la Santé et l'Education (US\$ 60 000 en 1985-1987) et le FISE (US\$ 10 000 en 1987).

TABLEAU 4 - RESSOURCES MISES A LA DISPOSITION DU PROGRAMME IRA
JUSQU'AU 31 DECEMBRE 1987 (EN US\$)

SOURCE	1982-83	1984-85	1986-87
<u>Budget ordinaire de l'OMS</u>			
Activités mondiales et interrégionales	296 800	560 206	624 365
Régions	342 100	466 536	560 311
Total partiel, budget ordinaire de l'OMS	638 900	1 026 742	1 184 676
<u>Autres sources</u>			
Japon			145 000
Pays-Bas			175 951
Suède	75 000	141 336	547 140
Organisation Panaméricaine de la Santé			68 800
Programme du Golfe arabo-persan pour les Organisations de développement des Nations Unies	40 000	280 000	
Fondation Kellogg		34 000	68 000
Fonds fiduciaire Sasakawa pour la santé	91 050	294 804	156 300
Total partiel, autres sources	206 050	750 140	1 161 191
TOTAL	844 950	1 776 882	2 345 867

REFERENCES

1. Organisation mondiale de la Santé. Septième programme général de travail pour la période 1984-1989, Genève (Série "Santé pour tous" No 8, 1982)
2. Leowski, J. (1986) Mortalité due aux infections aiguës des voies respiratoires chez les enfants de moins de cinq ans: Estimations à l'échelle mondiale. Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales, 39 : 138-144
3. Organisation mondiale de la Santé. Programme mondial à moyen terme 1984-1989. Infections respiratoires aiguës (document WHO/TRI/ARI/MTP/83.1, 1983)
4. Organisation mondiale de la Santé. Affections respiratoires aiguës: progrès et état actuel du programme. Deuxième rapport, 1985-1986 (document WHO/RSD/86.30 Rev. 1, 1986) (anglais seulement)
5. Un programme de lutte contre les infections aiguës des voies respiratoires chez les enfants : mémorandum d'une réunion de l'OMS. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, 62 : 229-242 (1984)
6. Organisation mondiale de la Santé. Prise en charge des infections respiratoires aiguës chez l'enfant dans les pays en développement (document WHO/RSD/85.15 Rev. 2, 1986)
7. Organisation mondiale de la Santé. Les infections respiratoires de l'enfant : leur traitement dans les petits hôpitaux. Notes de base et manuel à l'usage des médecins (document WHO/RSD/86.26, 1986)
8. Organisation mondiale de la Santé. Les infections respiratoires de l'enfant : leur traitement dans les petits hôpitaux. Manuel à l'usage des médecins, Genève, 1988
9. Organisation mondiale de la Santé. Infections respiratoires aiguës : guide pour la planification, la mise en oeuvre et l'évaluation des programmes de lutte dans le cadre des soins de santé primaires (document WHO/RSD/86.29, 1986)
10. Organisation mondiale de la Santé. Infections respiratoires aiguës : exercices sur la planification, la mise en oeuvre et l'évaluation des programmes de lutte dans le cadre des soins de santé primaires (document WHO/RSD/86.31 Rev. 2, Parties I et II, 1986)
11. Groupe consultatif technique de l'OMS sur les infections respiratoires aiguës. Rapport de la troisième réunion, Genève, 9-13 mars 1987 (document WHO/RSD/87.37, 1987) (anglais seulement)
12. Organisation mondiale de la Santé. Areas of research on acute respiratory infections (document WHO/RSD/87.35, 1987)
13. McCord, C. & Kielmann, A. A. (1978) A successful programme for medical auxiliaries treating childhood diarrhoea and pneumonia. Tropical doctor, 8: 220-225

14. Shann, F.A. et al. The aetiology of pneumonia in children in Goroka Hospital, Papua New Guinea. Lancet, ii: 537-541 (1984).
15. Mtango, F. D. E. & Neuvians, D. (1986) Acute respiratory infections in children under five years. Control project in Bagamoyo District, Tanzania. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, 80: 851-858
16. Pandey, M. R. et al. (1986) Nepal: impact of a pilot ARI control programm. ARI News, No 6, p. 4
17. Datta, N. et al. (1987) La prise en charge des cas appliquée à la lutte contre les infections respiratoires aiguës chez les enfants de poids insuffisant à la naissance : étude de faisabilité. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, 65 : 77-82
18. Organisation mondiale de la Santé. Antigen detection in bacterial respiratory infections in children (document WHO/RSD/87.39, 1987)
9. Organisation mondiale de la Santé/Programme des Nations Unies pour l'Environnement. Indoor air pollution study: Maragua Area, Kenya (document WHO/PEP/87.1; WHO/RSD/87.32, 1987)
20. Organisation mondiale de la Santé/Programme des Nations Unies pour l'Environnement. Indoor air quality in the Basse area, The Gambia (document WHO/RSD/88.34, 1988)
21. Eskola, J. et al. (1987) Efficacy of Haemophilus influenzae type b polysaccharide - diphtheria toxoid conjugate vaccine in infancy. New England journal of medicine, 317: 717-722
22. Riley, I. et al. (1986) Pneumococcal vaccine prevents death from acute lower respiratory tract infections in Papua New Guinea children. Lancet, 2: 877-881
23. Groupe consultatif technique de l'OMS sur les infections respiratoires aiguës. Rapport de la deuxième réunion, Genève, 25-29 mars 1985 (document WHO/RSD/85.18, 1985)

= = =