

PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES
INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES

Rapport de la
sixième réunion du
GROUPE CONSULTATIF TECHNIQUE

Genève, 11-15 mars 1991

Ce rapport exprime les vues collectives d'un groupe international d'experts
et ne représente pas nécessairement les décisions ou la politique
officiellement adoptées par l'Organisation mondiale de la Santé



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

TABLE DES MATIERES

	<u>Page</u>
LISTE DES PARTICIPANTS	3
1. INTRODUCTION	5
2. ÉTAT D'AVANCEMENT DU PROGRAMME	5
2.1 Programme mondial	5
2.2 La situation dans les régions	7
3. BUTS DU PROGRAMME POUR 1995 ET L'AN 2000	10
4. PLAN DE TRAVAIL DE LA COMPOSANTE SERVICES POUR 1991	11
5. PLAN DE GESTION DE LA RECHERCHE	11
6. PLAN DE TRAVAIL DE LA COMPOSANTE RECHERCHE POUR 1991	12
7. QUESTIONS FINANCIERES	13
7.1 Budget programme révisé pour 1990-1991	13
7.2 Projet de budget programme pour 1992-1993	13
8. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	13
8.1 Aspects généraux	13
8.2 Objectifs	15
8.3 Stratégies	15
8.4 Composante services de santé	15
8.5 Composante recherche	19
8.6 Questions budgétaires	24
9. PROCHAINES REUNIONS DU GROUPE CONSULTATIF TECHNIQUE	24

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.

LISTE DES PARTICIPANTS

Membres :

Dr José Manuel Borgoño, Directeur du Bureau des Affaires internationales, Ministère de la Santé, Santiago, Chili (Président)

*Dr Qhing Q. Dlamani, Director of Health Services, Ministry of Health, Mbabane, Swaziland

Professeur Mamdouh Gabr, Secrétaire général du Conseil arabe pour l'Enfance et le Développement, et Professeur de pédiatrie à la faculté de Médecine, Université du Caire, Le Caire, Egypte

*Professeur Atsuaki Gunji, Département de l'administration sanitaire, Ecole des sciences de la santé de la faculté de Médecine, Université de Tokyo, Tokyo, Japon

*Dr Gandung Martono, Directeur général de la Lutte contre les maladies transmissibles et de la salubrité de l'environnement, Ministère de la Santé, Djakarta, Indonésie

Dr Michael Hensley, Associate Professor, Community Medicine, Faculty of Medicine, University of Newcastle, Newcastle, Australie

Professeur Walter W. Holland, Department of Public Health Medicine, St. Thomas's Hospital, Londres, Angleterre

Dr Peter Kunstadter, Institute for Health Policy Studies, University of California School of Medicine, San Francisco, Californie, Etats-Unis

Dr P. Helena Mäkelä, Directeur du Département de bactériologie, Institut national de la Santé publique, Helsinki, Finlande

Professeur Alexander S. Muller, Santé tropicale, Département de médecine sociale de la faculté de Médecine, Université d'Amsterdam, Amsterdam, Pays-Bas

Dr Carl E. Taylor, Department of International Health, School of Hygiene and Public Health, The John Hopkins University, Baltimore, Maryland, Etats-Unis d'Amérique

Dr Ezekiel M. Wafula, Department of Paediatrics, University of Nairobi, Nairobi, Kenya

* Empêché.

Secrétariat :

- Dr Yehuda Benguigui, Administrateur régional, Infections respiratoires aiguës, Bureau régional des Amériques, Washington, DC, Etats-Unis d'Amérique
- Dr Boris Bytchenko, Conseiller régional, Maladies transmissibles, Bureau régional de l'Europe, Copenhague, Danemark
- Dr Adriano Cattaneo, Coordonnateur des services, Programme de Lutte contre les Infections respiratoires aiguës, Genève
- Dr Harry Campbell, Fonctionnaire médical, Programme de Lutte contre les Infections respiratoires aiguës, Genève
- M. Peter Crippen, Administrateur technique, Infections respiratoires aiguës, Bureau régional de la Méditerranée orientale, Alexandrie, Egypte
- Dr Stephan Däumling, Administrateur régional, Infections respiratoires aiguës, Bureau régional de l'Afrique, Brazzaville, Congo
- Dr Sandy Gove, Coordonnateur de recherches, Programme de Lutte contre les Infections respiratoires aiguës, Genève
- Dr Paolo Hartmann, Administrateur régional, Infections respiratoires aiguës, Bureau régional de l'Asie du Sud-Est, New Delhi, Inde
- Dr Ralph H. Henderson, Sous-Directeur général, Genève
- M. Robert Hogan, Responsable de la gestion des programmes, Division de la Lutte contre les Maladies diarrhéiques et les Infections respiratoires aiguës, Genève
- Dr Vijay Kumar, Conseiller temporaire, Programme de Lutte contre les Infections respiratoires aiguës, Genève
- Dr Michael Lichnevski, Administrateur régional, Infections respiratoires aiguës, Bureau régional de la Méditerranée orientale, Alexandrie, Egypte
- Dr Antonio Pio, Administrateur du Programme de Lutte contre les Infections respiratoires aiguës, Genève (Secrétaire)
- Dr Akira Shimouchi, Administrateur régional, Infections respiratoires aiguës, Bureau régional du Pacifique occidental, Manille, Philippines
- Dr James Tulloch, Directeur de la Division de la Lutte contre les Maladies diarrhéiques et les Infections respiratoires aiguës, Genève

1. INTRODUCTION

La sixième réunion du Groupe consultatif technique (TAG) du Programme OMS de Lutte contre les Infections respiratoires aiguës (IRA) a eu lieu à Genève du 11 au 15 mars 1991. Le Dr R. Henderson, Sous-Directeur général, a ouvert la réunion et informé les participants que le Programme s'était considérablement développé depuis la dernière réunion plénière du TAG, deux ans auparavant. Dans certains pays, on a constaté, documents à l'appui, que l'application de la stratégie de prise en charge standard des cas d'IRA avait été suivie d'une amélioration immédiate, et le Sommet mondial pour l'enfance, réuni en septembre 1990 a convenu qu'il devrait être possible d'ici à l'an 2000 de réduire d'un tiers la mortalité due aux IRA chez les enfants de moins de 5 ans. Le Programme a fait naître de grands espoirs dans les Etats membres, les organismes internationaux de développement et la communauté scientifique, et le TAG a la tâche capitale de conseiller le Secrétariat sur les meilleurs moyens de parvenir à faire appliquer le Programme dans le monde entier et à réduire la mortalité dans les proportions prévues.

Le Dr J.M. Borgoño a présidé la réunion.

2. ETAT D'AVANCEMENT DU PROGRAMME

Le TAG a fait le point des progrès accomplis dans l'application du Programme en 1990, tels qu'ils sont présentés dans le rapport intérimaire sur le Programme pour cette année-là¹; il a aussi pris note des activités prévues pour 1991.

2.1 Programme mondial

On a enregistré de nouveaux progrès dans le domaine des services et celui de la recherche dont les activités sont menées en liaison les unes avec les autres et visent avant tout à réduire la mortalité infantile due à la pneumonie.

S'agissant de la composante services de santé du Programme, on s'efforce principalement de collaborer avec les pays pour mettre en oeuvre les activités de prise en charge des cas d'IRA. Parmi les directives et les études techniques terminées pendant l'année pour seconder les efforts des pays dans ce sens, on retiendra deux tableaux de traitement à l'intention des établissements de soins de premier niveau; les principes directeurs révisés pour la prise en charge des cas dans les petits hôpitaux, destinés aux médecins et autres agents de santé qualifiés, et enfin une étude sur la place des antibiotiques dans le traitement des IRA chez l'enfant. Dans le domaine des technologies appropriées, on compte, parmi les nouvelles réalisations, l'établissement des spécifications d'un minuteur électronique permettant de déterminer la fréquence respiratoire et l'essai sur le terrain de trois prototypes dans des pays en développement; en outre, en coopération avec l'industrie, on a mis au point des concentrateurs d'oxygène simples mais robustes.

A la fin de 1990, 54 pays avaient établi des plans d'opérations et 47 avaient commencé à appliquer leur programme IRA. Parmi ces derniers, 34 figurent sur la liste des principaux pays cibles du Programme, leur taux de mortalité infantile étant supérieur à 40 pour mille naissances vivantes. La formation a, cette année encore, été hautement prioritaire. Les modules pour le cours de formation d'administrateurs de programmes sont maintenant disponibles en anglais, espagnol et français, et sept cours inter pays auxquels ont participé 199 personnes venues de 62 pays ont eu lieu. En outre, 66 séminaires et ateliers nationaux sur la gestion d'un programme se sont tenus dans 15 pays, avec la participation de l'OMS. En 1990, 112 cours destinés à former des superviseurs à la prise en charge des cas ont eu lieu dans 19 pays et pour la plupart d'entre eux, on a utilisé

¹ Document WHO/ARI/91.19.

le module révisé de formation à la prise en charge, qui comporte une bande vidéo montrant les signes respiratoires chez l'enfant. La mise en place d'unités de formation IRA s'est poursuivie avec l'appui du Programme, et à la fin de l'année on en comptait 24 réparties dans huit pays; on met actuellement au point un ensemble d'outils didactiques destinés à ces unités, ainsi que du matériel de formation à l'intention des praticiens installés dans la communauté.

Pour la plupart, les activités entreprises jusqu'à maintenant dans le domaine de l'évaluation sont orientées vers le développement. Par exemple, on a défini 14 indicateurs prioritaires pour déterminer l'accès à la prise en charge correcte des cas et son utilisation, on a mis au point une enquête sur les ménages pour évaluer la morbidité imputable aux IRA et le traitement de ces affections, on a établi un questionnaire destiné à l'élaboration de profils de programmes nationaux et on a étudié des méthodes permettant de mesurer le degré d'utilisation et le coût des médicaments. Selon les premières évaluations, faites d'après des données existantes, les pratiques cliniques ainsi que l'utilisation des médicaments s'améliorent depuis qu'est dispensée une formation aux techniques de prise en charge standard des cas d'IRA.

Pour ce qui est de la composante recherche, la prise en charge des cas de pneumonie, la recherche comportementale et la recherche sur les systèmes de santé sont restées prioritaires. Dix-sept projets nouveaux et neuf projets en cours d'exécution ont bénéficié d'un soutien en 1990.

S'agissant de la prise en charge des cas, les premiers résultats tirés de plusieurs études ont montré qu'il peut suffire de mesurer la fréquence respiratoire pendant 30 secondes pour dépister une pneumonie chez un enfant de plus de 2 mois. En observant l'évaluation de la gravité des maladies faite par des étudiants infirmiers, on s'est aperçu que ceux-ci montraient des capacités d'appréciation de la maladie chez le nourrisson de moins de 2 mois qui les conduisaient à des conclusions correspondant bien à celles du pédiatre. Une étude multicentrique doit donner des renseignements sur les signes cliniques et les agents étiologiques de la pneumonie, de la septicémie et de la méningite chez le nourrisson de moins de 2 mois dans les pays en développement. Des études faites dans deux pays ont montré que le cotrimoxazole était un antipaludique efficace; on peut donc le recommander comme médicament unique à administrer aux enfants qui présentent des signes de pneumonie accompagnés de fièvre dans les zones à paludisme.

La recherche comportementale, quant à elle, a porté sur la mise au point d'un protocole d'étude ethnographique ciblée visant à évaluer les croyances et les pratiques liées à la pneumonie et à d'autres affections respiratoires afin de formuler des conseils aux familles et d'autres messages dans ce domaine. Deux cours de formation à l'utilisation du protocole ont été organisés à l'intention de spécialistes en sciences sociales.

En ce qui concerne la recherche sur les systèmes de santé, des études menées en 1990 dans trois pays ont apporté une nouvelle preuve de l'impact de la stratégie de prise en charge des cas d'IRA sur la mortalité due à la pneumonie. Deux études destinées à déterminer s'il convenait d'utiliser des souches rhinopharyngiennes de Streptococcus pneumoniae et d'Haemophilus influenzae pour surveiller la résistance aux antibiotiques ont montré que des souches isolées à partir de prélèvements rhinopharyngiens effectués sur des enfants présentant des signes de pneumonie sont tout à fait comparables, quant au type et à la sensibilité aux antimicrobiens, à des souches isolées à partir de prélèvements sanguins. Une réunion d'experts a étudié ces données et a recommandé d'utiliser des souches rhinopharyngiennes pour surveiller la résistance aux antibactériens. Les experts ont aussi étudié un projet de manuel sur la surveillance, qui doit être essayé sur le terrain en 1991. La surveillance de la maladie invasive H. influenzae du type b s'est poursuivie en Gambie, en vue de préparer un essai d'efficacité vaccinale en 1992; si l'on observe la répartition par âge, on voit que l'H. influenzae du type b attaque les enfants à un âge plus tendre dans les pays en développement que dans les pays développés, et qu'il sera nécessaire d'administrer la première dose de vaccin à l'âge de 2 mois.

2.2 La situation dans les régions

Afrique

Les IRA sont, comme par le passé, un problème de santé majeur dans la Région africaine, mais c'est seulement récemment que l'on a résolu de leur accorder le degré de priorité qu'elles méritent. Les IRA figureront à l'ordre du jour de la quarante et unième session du Comité régional, en 1991, et l'on espère que cette réunion donnera une impulsion à l'action.

Sur les 46 pays que compte la Région, neuf avaient mis au point un plan d'activités IRA à la fin de 1990; l'Éthiopie, la Namibie et la République-Unie de Tanzanie ont élaboré les leurs au cours de cette année-là. En décembre 1990, 10 pays avaient formulé des directives techniques et six avaient mis en oeuvre des activités de programme (Botswana, Éthiopie, Gambie, Lesotho, Namibie et Zimbabwe). Le premier cours interpays à l'intention d'administrateurs de programmes a eu lieu au Zimbabwe, en mai 1990, pour les pays anglophones (30 participants venus de 17 pays) et au Rwanda, en février 1991, pour les pays francophones (34 participants venus de 21 pays). En 1990, 129 participants ont reçu une formation à l'occasion de neuf ateliers et séminaires nationaux. Trois cents participants ont suivi 10 cours sur la prise en charge des cas, organisés en Éthiopie et en Namibie pour des superviseurs. Le Zimbabwe a créé deux unités de formation IRA qui ont été intégrées aux unités de formation à la lutte contre les maladies diarrhéiques déjà en place. Le Lesotho, le Swaziland et le Zimbabwe ont produit leurs propres matériels de formation et d'enseignement, et les matériels OMS ont été partiellement traduits dans les langues locales. On s'efforce de collaborer avec les écoles des sciences de la santé en Éthiopie, en Namibie et au Zimbabwe afin d'intégrer la lutte contre les IRA dans les programmes d'études de ces établissements. Le Lesotho a mis au point deux outils de surveillance : une liste de contrôle de la prise en charge des cas d'IRA, à l'usage des superviseurs, et une fiche récapitulative permettant de surveiller l'application du programme. En mars 1991, les opérations menées pendant la première année seront passées en revue avec l'aide du projet Combating Childhood Communicable Diseases (projet pour la lutte contre les maladies transmissibles chez l'enfant).

Amériques

Cinq pays de la Région ont appliqué des programmes IRA sur tout leur territoire. Dans les autres, les activités sont cantonnées à certaines régions et en sont à divers stades d'exécution. A ce jour, 24 pays ont nommé un administrateur de programme IRA.

En 1990, il s'est tenu trois cours sous-régionaux sur l'administration des programmes IRA, deux ateliers interpays, six ateliers nationaux (pour mettre à jour les directives IRA pour le diagnostic et le traitement), cinq cours nationaux de formation pour administrateurs de programme IRA et 16 cours à l'intention des superviseurs sur la prise en charge des cas; ces manifestations ont réuni 552 participants. Quinze unités de formation IRA ont été créées et ont dispensé des cours de formation à 303 agents de santé. Onze pays ont bénéficié de services consultatifs directs, comportant 16 déplacements de spécialistes, avec le concours de sept consultants et de trois cadres associés. On a lancé la création d'un comité interinstitutions de lutte contre les IRA et d'un comité national analogue dans chaque pays pour soutenir le programme national.

On prévoit d'introduire en 1991, dans tous les pays de la Région, les directives OMS révisées pour la prise en charge des cas d'IRA, de conseiller les pays sur l'établissement de leurs plans d'opérations, d'apporter un soutien aux pays pour leurs cours sur la gestion de leur programme IRA, de maintenir la coopération avec l'UNICEF et l'Agency for International Development des États-Unis, d'améliorer (en collaboration

avec le Programme de Lutte contre les Maladies diarrhéiques) l'enseignement donné dans les écoles de médecine et les écoles de soins infirmiers, de promouvoir les activités de communication, et de commencer l'évaluation des progrès accomplis dans l'exécution des programmes nationaux.

Asie du Sud-Est

Les IRA, et la pneumonie en particulier, restent l'une des principales causes de décès chez les enfants et sont responsables de la plupart des cas qui surchargent les consultations externes. Plus conscients du problème, les pays font maintenant de la lutte contre ces affections l'un des éléments les plus importants de leurs plans de santé publique. En 1990 et au début de 1991, neuf des 11 pays de la Région se sont dotés d'un plan d'action à long terme ou ont actualisé leur plan existant. Ils ont tous nommé un administrateur de programme et certains ont commencé à appliquer leur programme. Ces programmes nationaux visent en tout premier lieu à réduire la mortalité par pneumonie. Certains pays ont réorienté les activités de formation vers la pneumonie exclusivement. Dans tous les pays, on a étudié les questions de fond avec des associations de pédiatres et des professeurs de pédiatrie de niveau universitaire pour s'assurer de leur accord et de leur soutien au programme; l'Inde à elle seule a organisé 40 réunions de l'association des pédiatres, et 1400 personnes y ont participé. La Thaïlande a été retenue par l'UNICEF en vue d'un programme IRA intensifié auquel le Bureau régional, ainsi que l'Université John Hopkins, ont apporté leur appui technique.

Des cours de formation pour administrateurs de programme ont été organisés en Inde, en Indonésie, au Myanmar, à Sri Lanka et en Thaïlande. Des participants venus d'autres pays, comme les Maldives, y ont aussi participé. Actuellement, il n'y a qu'en Inde, où plus de 1000 personnes ont reçu une formation, et en Indonésie qu'on a organisé des cours sur la prise en charge des cas pour les superviseurs. Le Bangladesh et la Thaïlande ont produit leurs propres modules et se lancent dans des activités de formation; de leur côté, le Myanmar, le Népal et Sri Lanka ont commencé à traduire les matériels didactiques dans les langues locales. Une réunion interpays sur la lutte contre les infections respiratoires aiguës s'est tenue à Jakarta, Indonésie, en octobre 1990, et a intéressé des administrateurs de programme, des représentants de l'UNICEF et des observateurs d'organisations non gouvernementales.

Dans tous les pays de la Région, la lutte contre les IRA fera partie intégrante du programme de soins de santé primaires.

Europe

Au moins 50 % des enfants européens naissent dans des pays où le taux de mortalité infantile est supérieur à 20 pour 1000 naissances vivantes. Les IRA sont la première ou la deuxième cause de décès, elles sont responsables - la pneumonie le plus souvent - de près d'un cinquième de l'ensemble des décès d'enfants de moins de 5 ans. Les participants à une réunion sur la pneumonie chez les enfants qui s'est tenue à Zagreb du 16 au 28 septembre 1990 ont recommandé qu'un gros effort soit fait pour réduire rapidement la mortalité infantile due à la pneumonie dans les pays concernés. Les politiques et stratégies de l'OMS pour la lutte contre les IRA ont paru convenir à l'Europe, après quelques modifications.

L'OMS apportera une contribution technique à la planification des programmes IRA d'Albanie, de Roumanie, de Turquie, d'URSS et de Yougoslavie. Une fois formulés, ces programmes devraient être examinés par l'OMS en 1991. Leur principal but, dans le cadre de l'objectif N° 4 de la Stratégie régionale de la santé pour tous d'ici l'an 2000, sera de réduire d'au moins 50 % la mortalité infantile imputable à la pneumonie. Pour

l'essentiel, les programmes seront axés sur la prise en charge correcte des cas de pneumonie et des autres formes graves d'IRA. Pour prévenir les IRA dues à la diphtérie, à la rougeole, à la coqueluche et à d'autres infections évitables par la vaccination, on adoptera comme stratégie spécifique l'application accélérée du programme régional élargi de vaccination. Des stratégies non spécifiques comme l'élimination des facteurs de risque d'infection des voies respiratoires inférieures seront aussi préconisées.

Tous les Etats Membres d'Europe sont invités à passer en revue leurs pratiques actuelles s'agissant de la prise en charge des cas de pneumonie, de la pharmacothérapie qu'ils appliquent pour la prise en charge des cas d'ARI, et de la surveillance et la notification des cas de pneumonie ou de pneumopathie inflammatoire, de laryngotrachéobronchite (croup), d'épiglottite ainsi que des décès qui leur sont imputables chez les enfants de moins de 5 ans.

Méditerranée orientale

Seize des 22 Etats Membres de la Région ont un taux de mortalité infantile supérieur à 40 pour 1000 naissances vivantes, et les IRA y sont, avec les maladies diarrhéiques, l'une des deux premières causes des décès des nourrissons et des jeunes enfants. Douze de ces pays ont pris des mesures pour instituer leur programme national ARI ou le développer : six ont un programme opérationnel (l'Egypte, l'Iran [République islamique d'] et le Pakistan ont commencé les opérations en 1990), et dans six autres la planification des activités de lutte contre les IRA en est à différents stades (Djibouti, l'Iraq et le Pakistan ont élaboré un plan d'opérations en 1990 et l'Afghanistan, la Jamahiriya arabe libyenne et la Somalie ont désigné un administrateur de programme et constitué un comité consultatif).

Les mesures de soutien ont bénéficié prioritairement à la formation; elles ont consisté en une assistance directe avec cours de formation et diffusion de manuels, de directives et de matériels didactiques nouveaux. En 1990, 99 administrateurs au niveau supérieur et au niveau intermédiaire ont bénéficié en Egypte, en Iran et au Pakistan, de cours pour administrateurs de programme. Douze séminaires et ateliers nationaux ont été suivis par 440 participants (personnalités influentes en matière d'opinion médicale et personnel de programme). Huit cours utilisant le module révisé de formation à la prise en charge de cas d'IRA ont eu lieu en Egypte, en Iran, au Maroc et au Soudan à l'intention de 158 pédiatres instructeurs et administrateurs au niveau intermédiaire. D'autres cours sur la prise en charge des cas ont été organisés en Egypte, en Iran et au Soudan pour 3719 agents appartenant au personnel médical, paramédical ou travaillant dans la communauté, avec du matériel didactique mis au point localement et le film vidéo sur les IRA.

Le taux d'accès de la population à la prise en charge correcte des cas est maintenant élevé dans certaines zones opérationnelles d'Egypte (six gouvernorats) et d'Iran (trois districts).

D'ici à 1993, les Etats Membres ayant un taux de mortalité infantile supérieur à 40 pour 1000 naissances vivantes auront formulé un plan pour leur programme IRA et un beaucoup plus grand nombre d'agents de santé auront reçu une formation aux techniques de la supervision et de la pratique cliniques. Pour encourager ces activités, une réunion interpays sur les IRA sera organisée en Tunisie, en association avec un cours pour les administrateurs de programme en juin 1991. L'OMS apportera sa caution et son concours à l'organisation de cours de formation clinique aux deux centres régionaux pour les IRA implantés en Egypte et en Tunisie, et à certaines unités nationales de formation IRA.

Pacifique occidental

On estime que sur un total de 450 000 décès d'enfants de moins de 5 ans imputables aux IRA dans la Région, 440 000 (soit 98 %) se produisent dans les neuf pays suivants où la mortalité infantile est supérieure à 30 pour 1000 naissances vivantes : Cambodge, Chine, Iles Salomon, Kiribati, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines,

République démocratique populaire lao, Vanuatu et Viet Nam. C'est là qu'il faut appliquer des programmes IRA en priorité. En mars 1991, ces programmes étaient opérationnels dans 15 pays, y compris tous ceux, à l'exception du Cambodge, dont le taux de mortalité infantile était supérieur à 30 pour 1000 naissances vivantes. A ce jour, plus de 130 000 agents de santé travaillant dans les établissements de soins de santé primaires ont été formés à la prise en charge des cas d'IRA. La proportion de la population infantine des pays en développement de la Région ayant accès à la prise en charge standard des cas d'IRA est passée de 1 % en 1989 à 10 % en 1990.

Certaines réalisations méritent d'être mentionnées :

- dans la Division occidentale de Fidji, le recours aux antibiotiques pour soigner la toux et le rhume est passé de 59,9 % au moment du lancement du programme à 8,6 % au bout d'un an; l'utilisation d'antibiotiques pour l'ensemble des cas d'IRA est passée de 48,8 % à 20,5 %.
- Dans la province du Sichuan, Chine, l'utilisation d'antibiotiques pour soigner la toux et le rhume a été ramenée de 62 % en 1989 à 28,7 % en 1990, et l'utilisation d'antibiotiques pour l'ensemble des cas d'IRA de 75,9 % à 35,3 %. La mortalité imputable aux IRA et la mortalité totale chez les enfants de moins de 5 ans ont aussi diminué pendant la même période.
- A Vanuatu, le nombre des cas d'IRA classés selon leur gravité est maintenant enregistré régulièrement chaque mois dans tous les hôpitaux et les centres de santé et confié à l'ordinateur de façon que les résultats de la prise en charge des cas dans chaque établissement soient faciles à suivre au niveau national.

Pour renforcer la prise en charge des cas d'IRA graves, on a commencé à former les médecins d'hôpitaux de transfert dans cinq pays : la Chine, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, les Philippines, la République démocratique populaire lao et le Viet Nam. Aux Philippines, depuis juin 1989, 15 à 20 médecins sont formés chaque mois à l'unité de formation IRA de l'hôpital San Lazaro, à Manille. A ce jour, environ 300 médecins attachés à des hôpitaux implantés dans différentes parties du pays ont reçu une formation et les pratiques dans ces hôpitaux sont contrôlées.

3. BUTS DU PROGRAMME POUR 1995 ET L'AN 2000

Les buts opérationnels des activités de prise en charge des cas menées dans le cadre du Programme sont d'abord de faciliter tout ensemble l'accès et le recours à la prise en charge standard des cas d'IRA, ou de mener des activités importantes et mesurables liées à la prise en charge standard des cas (par exemple, la formation). Comme on dispose encore d'un nombre relativement petit de données pour pouvoir fixer ces buts, ils ont été déterminés d'après un certain nombre d'estimations. On met actuellement au point dans le cadre du Programme des instruments qui permettront de recueillir les données voulues dans les pays en développement qui ont des programmes IRA de façon à pouvoir évaluer les progrès accomplis avec plus d'exactitude et formuler des objectifs plus précis.

En 1989 et 1990, le TAG a souscrit aux buts proposés pour 1995 et a noté qu'on s'employait à élaborer des outils pour mesurer les progrès accomplis dans leur réalisation. A sa sixième réunion, il a examiné une nouvelle projection de ces buts pour l'an 2000. L'un d'eux est la réduction d'un tiers (par rapport au niveau de 1990) de la mortalité infantile par les IRA dans les pays en développement d'ici à l'an 2000; ce but a été recommandé à la 4ème Conférence de Bellagio organisée par le Groupe de Travail pour la survie de l'enfant, qui l'a adopté; le Sommet mondial pour l'enfance, réuni à New-York en 1990, y a également souscrit dans sa Déclaration.

L'un des principaux buts est de mettre en place d'ici à 1995 des programmes opérationnels dans tous les pays dont le taux annuel de mortalité infantile est supérieur à 40 décès pour 1000 naissances vivantes; actuellement, cette catégorie compte 88 pays. A la fin de 1990, 34 (39 %) d'entre eux avaient un programme opérationnel. Les deux tiers

des pays qui n'ont pas encore de programme sont situés dans la Région africaine. Un autre but est de former 5 % des agents de santé attachés à un établissement de soins à la prise en charge standard des cas d'IRA d'ici à 1995, et 15 % d'ici à l'an 2000. Si cet objectif est atteint et si la fourniture et la distribution d'antibiotiques s'améliorent, on pense qu'en 1995, 50 % de la population - et en l'an 2000, 75 % - devraient pouvoir bénéficier de l'aide d'un agent de santé compétent, et disposer d'antibiotiques gratuits ou d'un prix abordable. Si les programmes nationaux se développent comme prévu, on pourra aussi atteindre un but d'"utilisation" correspondant au traitement de 40 % des cas de pneumonie infantile par des antibiotiques recommandés en 1995 et de 60 % des cas en l'an 2000.

4. PLAN DE TRAVAIL DE LA COMPOSANTE SERVICES POUR 1991

Le TAG a examiné le plan de travail de la composante services pour 1991.

Il est prévu au titre du Programme de mettre la dernière main à six résumés techniques et d'évaluer l'efficacité, la faisabilité et le coût de stratégies de prévention. On va produire un nouveau film vidéo sur l'évaluation de l'enfant qui tousse ou souffre de difficultés respiratoires, que l'on utilisera en association avec le module pour la formation aux techniques de supervision de la prise en charge du jeune enfant souffrant d'une infection respiratoire aiguë. On continuera à mettre au point un ensemble de cours, de bandes vidéo et de directives pour les unités de formation IRA. Les matériels destinés à la formation d'agents de santé communautaires seront mis au point et essayés sur le terrain. Les matériels audiovisuels d'éducation sanitaire produits au cours des premières années d'application du Programme seront mis à jour afin de les faire concorder avec les directives techniques actuelles. Les essais, sur le terrain et en laboratoire, des technologies appropriées (minuteur pour mesurer la fréquence respiratoire, concentrateur d'oxygène et accessoires pour administrer l'oxygène, pompes à pied pour l'administration de bronchodilatateurs en aérosol) continueront à bénéficier de l'appui du Programme, et des recommandations concernant l'équipement conforme aux spécifications OMS seront publiées en collaboration avec l'UNICEF.

Au moins 24 pays recevront une assistance pour établir ou revoir le plan de leur programme, et des directives permettront la planification à court terme des activités nationales de lutte contre les IRA. Pour mieux aider les pays à former les administrateurs de programme, à dispenser une formation aux techniques de supervision (s'agissant de la prise en charge) et à assurer une formation clinique, l'OMS fournira des matériels didactiques élaborés dans ses services. Il est prévu de continuer au titre du Programme, à mettre au point des instruments permettant de mesurer l'accès, l'utilisation ou les indicateurs d'impact dans le cadre des programmes nationaux. Les questionnaires destinés à l'enquête sur les services de santé seront essayés sur le terrain. On tirera des informations des programmes nationaux grâce à un questionnaire rédigé pour l'établissement des profils de pays et on mettra en place une base de données mondiale. Le manuel sur la surveillance de la résistance aux antibactériens sera essayé sur le terrain dans trois pays. La publication ARI News continuera à bénéficier de l'appui du Programme.

5. PLAN DE GESTION DE LA RECHERCHE

Le TAG a étudié le plan de gestion de la recherche, qui est appliqué depuis son approbation en 1989. Grâce à ce plan il a été possible d'axer la recherche sur des thèmes prioritaires et de répondre efficacement aux exigences de la composante services. Malgré un personnel et des fonds limités, réponse est donnée aux questions prioritaires dans de courts délais.

Le plan de gestion de la recherche est résumé dans un document² et dans le rapport de la cinquième réunion du TAG³. Les priorités que le TAG avait

² Document ARI/RES/89.1 Rev.2 (1991).

³ Document WHO/ARI/90.6.

établies en 1989 pour la recherche et qu'il avait revues en 1990 centrent l'activité sur un nombre limité de questions. Les documents où sont décrites les recherches prioritaires sur la prise en charge des cas et les comportements ont été rédigés avec l'aide d'experts et diffusés auprès de chercheurs travaillant dans ces domaines. Actuellement, trois groupes d'experts travaillent dans le cadre du Programme. Ce sont : i) un groupe de travail sur la radiologie qui doit donner une lecture normalisée des radiographies thoraciques aux fins de recherches; ii) des conseillers pour l'étude multicentrique sur les signes cliniques et les agents étiologiques de la pneumonie, de la septicémie et de la méningite chez les nourrissons de moins de 2 mois; iii) des conseillers pour une série d'études visant à résoudre les problèmes méthodologiques que pose l'élaboration de l'enquête IRA sur les ménages relative à la morbidité et au traitement. Des groupes d'experts comparables se constituent pour conseiller sur la conception, la mise en oeuvre et l'analyse des essais de schémas d'antibiothérapie simplifiés ou moins coûteux, et pour rédiger un exposé des priorités de la recherche sur les systèmes de santé et les protocoles voulus. On a commandé des recherches sur l'administration de l'oxygène, pour lesquelles des consultants recrutés au titre du Programme ont établi un protocole.

6. PLAN DE TRAVAIL DE LA COMPOSANTE RECHERCHE POUR 1991

Le TAG a examiné le plan de travail de la composante recherche pour 1991.

Les projets prévus dans les domaines prioritaires continueront à recevoir un soutien dans le cadre du Programme. La version définitive de documents décrivant les recherches prioritaires concernant la prise en charge des cas, les comportements et les systèmes de santé sera imprimée et diffusée. L'étude multicentrique qui doit donner l'information voulue sur les signes cliniques et les agents étiologiques de la pneumonie, de la septicémie et de la méningite chez les nourrissons de moins de 3 mois s'effectue dans cinq endroits de façon coordonnée; les premiers résultats seront disponibles en 1992. Des études sur la pharmacocinétique du chloramphénicol chez les enfants souffrant de malnutrition grave et du chloramphénicol et du cotrimoxazole chez les nourrissons de moins de 2 mois seront menées à terme. On mettra la dernière main à des protocoles permettant de comparer des schémas d'antibiothérapie simplifiée et moins chère aux traitements types actuellement prescrits et d'évaluer les signes cliniques avant-coureurs d'une pneumonie grave chez le jeune enfant, et l'on sélectionnera les différents lieux où seront menées les études. On examinera les données sur le chevauchement du tableau clinique et du traitement du paludisme et de la pneumonie, et l'on prévoira de nouvelles études si nécessaire. Les travaux sur les méthodes inoffensives et efficaces d'administration d'oxygène dans les petits hôpitaux se poursuivront.

Pour ce qui est de la recherche comportementale, on terminera les essais sur le terrain du protocole d'étude ethnographique ciblée qui doit permettre de voir dans quelle mesure les mères reconnaissent la pneumonie, la traitent à domicile, et cherchent à la faire soigner, et on mettra à la disposition des responsables des programmes nationaux un instrument révisé. Les résultats de la recherche ethnographique serviront à adapter les matériels de communication ainsi que l'enquête sur la morbidité et le traitement faite au niveau des ménages. Dans le domaine de la recherche sur les systèmes de santé, on examinera les résultats des études intéressant la conception de l'enquête sur les ménages afin d'orienter la mise au point de l'instrument d'enquête. On prévoit d'évaluer l'efficacité de la formation à la prise en charge des cas d'IRA donnée dans le cadre des programmes nationaux avec des matériels OMS à des agents de santé travaillant dans des centres de soins et dans la communauté; d'évaluer l'efficacité de la stratégie de prise en charge des cas au cours des deux premiers mois de la vie; de calculer le coût des différents éléments de la première phase d'exécution du programme IRA; et d'examiner plusieurs questions liées aux activités nationales de surveillance de la résistance aux antibactériens. Un comité international de surveillance, assuré d'un soutien technique, se constitue actuellement pour essayer l'efficacité d'un vaccin conjugué contre H. influenzae du type b en Gambie.

7. QUESTIONS FINANCIERES

Le TAG a examiné la version révisée du budget programme pour l'exercice 1990-1991, la situation financière actuelle du Programme et un projet de budget programme pour 1992-1993.

7.1 Budget programme révisé pour 1990-1991

Le budget révisé pour 1990-1991 tient compte à la fois des engagements effectifs de dépenses pour 1990 et des activités prévues en 1991. Les estimations révisées finales n'entraînent aucune modification du budget total tel qu'il a été révisé en janvier 1990, mais permet le transfert de fonds non dépensés d'une ligne à une autre où le besoin de crédits est plus grand que prévu au départ. On prévoit des augmentations au niveau mondial pour développer les cours de formation, surveiller la résistance aux antibactériens, préparer du matériel didactique et analyser la faisabilité des stratégies préventives et leur efficacité. On prévoit des coupes pour les activités suivantes : élaboration de directives, essais des matériels de gestion sur le terrain, contrats de recherche et études faites sur commande. L'ensemble du budget affecté aux bureaux régionaux n'a pas été modifié, si ce n'est que de petites sommes ont été transférées de certaines activités à d'autres.

L'état financier au 1^{er} mars fait apparaître un déficit estimatif de US\$ 1,8 millions pour l'exercice.

7.2 Projet de budget programme pour 1992-1993

Le projet de budget programme pour 1992-1993⁴ s'élève au total à US\$ 11,041 millions. Par rapport au budget révisé pour l'exercice 1990-1991, ce montant représente une augmentation de 18 % qui doit surtout compenser l'inflation et renforcer les activités de recherche. Il est prévu une augmentation de 12 % pour les services de santé, de 44 % pour la recherche et de 6 % pour la gestion et le soutien du Programme. Aucune augmentation de personnel n'est prévue. Le budget est ventilé comme suit : 64 % pour les services de santé (affectés principalement aux bureaux régionaux); 25 % pour la recherche (au Siège); et 11 % pour la gestion et le soutien du Programme.

8. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Après examen de l'état d'avancement du Programme et des activités prévues, le Groupe consultatif technique formule les conclusions et recommandations suivantes.

8.1 Aspects généraux

8.1.1 Le TAG se félicite de la résolution EB87.R1 sur la lutte contre les infections respiratoires aiguës que le Conseil exécutif de l'OMS a adoptée en janvier 1991, et espère que les pays membres lui accorderont un appui sans réserve à la Quarante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 1991. Il recommande que l'on veille bien à ce que cette résolution constitue un point séparé de l'ordre du jour des réunions des comités régionaux qui auront lieu en 1991, étant donné que les IRA sont l'une des principales causes de morbidité et de mortalité infantiles dans le monde.

⁴ Document ARI/91.1.

8.1.2 Le TAG recommande que le Programme soit l'objet de campagnes plus vigoureuses pour que les milieux politiques et professionnels ainsi que le grand public souscrivent aux activités qu'il prévoit. Plus précisément, il suggère d'insister sur le fait que chaque année, les IRA sont responsables de plus de 4 millions de décès de jeunes enfants*. Le Programme devrait aussi insister sur les bons résultats rapportés dans les études actuellement terminées sur les interventions des programmes IRA (voir point 8.5.1.1).

8.1.3 Le TAG constate avec satisfaction que le Programme IRA de l'OMS a continué à collaborer étroitement avec le programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et l'UNICEF pour formuler des politiques au niveau mondial et, plus important encore, pour soutenir la mise en oeuvre des programmes régionaux et nationaux. Il encourage les responsables du Programme à forger des liens étroits avec d'autres organismes internationaux (comme le Fonds des Nations Unies pour la population et la Banque mondiale), des organismes bilatéraux et les ONG qui offrent un appui aux programmes de santé.

8.1.4 Le TAG accorde son appui sans réserve à la consultation internationale sur la lutte contre les infections respiratoires aiguës qui doit se tenir à Washington, D.C., en décembre 1991. Cette importante réunion devrait avoir pour objectif principal de mettre en lumière l'ampleur de la mortalité mondiale due aux IRA, ainsi que la faisabilité et l'efficacité de la stratégie de prise en charge des cas et de certaines interventions préventives, afin de porter cette information à l'attention des responsables nationaux et des organismes de coopération internationale et bilatérale.

8.1.5 Le TAG encourage les responsables du Programme à faire de la lutte contre les IRA un moyen pour les pays de renforcer les soins de santé primaires, et à stimuler la coordination entre les programmes pour la survie de l'enfant. Il recommande que l'on continue à tirer, au bénéfice du Programme, tout le parti possible de l'expérience du Programme mondial de lutte contre les maladies diarrhéiques et à rechercher et mettre en place des moyens efficaces pour travailler en collaboration avec d'autres programmes OMS touchant la survie de l'enfant et les soins de santé primaires.

8.1.6 Le TAG constate que les pays se sont heurtés à un certain nombre d'obstacles importants dans la mise en oeuvre de la stratégie de prise en charge des cas :

- manque d'expérience et de conseils pour l'organisation d'une formation efficace à la prise en charge des cas par la pratique,
- manque de ressources pour la supervision,
- fourniture irrégulière des antibiotiques essentiels,
- information de base insuffisante, ne permettant pas de décider du contenu des messages et des méthodes de communication,
- difficultés de communication et de transport entre la collectivité et les centres de santé.

*

Selon les statistiques OMS de la mortalité les plus récentes, environ 3,5 millions de décès (27 % du total des décès) d'enfants de moins de 5 ans étaient imputables aux IRA en 1990, et 1,1 million de décès (8,5 %) étaient dus à la pneumonie, la septicémie et la méningite pendant la période néonatale.

8.2 Objectifs

8.2.1 La réduction de la mortalité infantile est l'une des grandes priorités des programmes de santé nationaux. Le TAG réaffirme donc que la réduction de la mortalité due à la pneumonie est l'objectif primordial du Programme de Lutte contre les IRA. Les autres objectifs sont : i) la prévention des infections aiguës des voies respiratoires inférieures, ii) l'atténuation de la gravité et des complications des infections aiguës des voies respiratoires supérieures, iii) la diminution de l'utilisation inappropriée d'antimicrobiens et d'autres médicaments dans le traitement des IRA chez l'enfant.

8.2.2 Le TAG note que la réduction de la mortalité est un objectif qui va dans le sens de la Déclaration du Sommet mondial pour l'enfance, qui s'est tenu à New York en septembre 1990. Le Sommet y demande que d'ici à l'an 2000, la mortalité infantile imputable aux IRA soit réduite d'un tiers par rapport au niveau de 1990.

8.3 Stratégies

8.3.1 Le TAG réaffirme son appui à l'idée d'axer l'activité du Programme à ce stade sur la stratégie de prise en charge des cas principalement. Il est essentiel d'insister toujours et encore sur la prise en charge des cas si l'on veut réduire la mortalité due aux IRA d'un tiers d'ici à l'an 2000.

8.3.2 Le TAG estime que les interventions préventives jouent un rôle important dans la réduction de la morbidité et de la mortalité par IRA et souscrit aux priorités fixées pour la recherche dans ce domaine (voir 8.5.5).

8.3.3 On a identifié un certain nombre de facteurs de risque importants d'infections aiguës des voies respiratoires inférieures, dont la malnutrition, de mauvaises pratiques d'allaitement, l'insuffisance pondérale à la naissance, le refroidissement des nourrissons de moins de 2 mois, l'exposition à la pollution de l'air à l'intérieur et à l'extérieur des habitations et à la fumée de tabac, et enfin l'avitaminose A. Le TAG note avec satisfaction que l'efficacité, la faisabilité et le rapport coût/efficacité des interventions visant à modifier ces facteurs de risque sont l'objet d'une étude des stratégies préventives faite au titre du Programme (voir 8.5.5.2). Il recommande que les programmes IRA nationaux soutiennent et renforcent les messages éducatifs sur ces questions diffusés par les programmes de nutrition et les programmes de santé maternelle et infantile et de planification de la famille. Les efforts faits par la Division de l'Hygiène du milieu et par le programme "tabac ou santé" pour réduire la pollution de l'air ambiant et la fumée de cigarette devraient être encouragés.

8.3.4 Le TAG reconnaît que la vaccination contre la rougeole et la coqueluche est un bon moyen de prévenir la pneumonie, et il note que le Programme souligne que la vaccination contre ces deux maladies contribue à la prévention de la morbidité due aux infections aiguës des voies respiratoires inférieures.

8.4 Composante services de santé

8.4.1 Stratégies techniques

8.4.1.1 Le TAG est satisfait des progrès accomplis dans l'élaboration de directives techniques et se félicite qu'elles bénéficient d'un soutien de plus en plus grand et soient adoptées de plus en plus largement dans le monde entier. Il constate avec plaisir que la recherche se poursuit activement en vue de les renforcer.

8.4.1.2 Le TAG note avec satisfaction les progrès accomplis dans l'établissement des résumés techniques et le projet de rédiger une note sur la surveillance de la température. Il recommande que l'équipe du Programme collabore avec celle du Programme OMS de santé maternelle et infantile et de planification familiale pour faire cette étude et que celle-ci comporte une évaluation des pratiques traditionnelles pour garder les nourrissons de moins de 2 mois au chaud. Il encourage les responsables du Programme à établir de nouvelles notes techniques à mesure que les résultats des recherches et des études sur les stratégies préventives seront connus. Il conviendrait de diffuser ces notes largement auprès du personnel de santé appartenant au service public ainsi que des praticiens et autres agents de santé appartenant au secteur privé.

8.4.2 Mise en oeuvre du Programme

8.4.2.1 Le TAG prie instamment tous les pays dont le taux de mortalité infantile est supérieur à 40 pour 1000 d'appliquer des programmes IRA d'ici à 1995. Il note avec satisfaction les progrès accomplis pour atteindre cet objectif; en effet, 34 de ces pays (ils sont actuellement 88 au total)⁵ ont maintenant un programme IRA opérationnel et sept autres ont commencé à établir un plan pour le leur.

8.4.2.2 Le TAG reconnaît que la stratégie de prise en charge des cas est également appropriée pour les pays dont le taux de mortalité infantile est inférieur à 40 pour 1000 naissances vivantes, mais où ce taux est supérieur dans certaines régions. Il recommande que ces pays, dans toutes les régions, formulent des plans d'opérations pour la lutte contre la mortalité due aux IRA, et voit d'un oeil favorable les initiatives qu'un certain nombre de pays ont déjà prises. L'OMS a un rôle à jouer dans l'appui technique à la planification des programmes.

8.4.2.3 Le TAG note avec satisfaction les progrès accomplis dans la mise en place de programmes IRA nationaux dans la Région africaine, où le problème est particulièrement grave, et se félicite de la désignation, en 1990, d'un conseiller régional OMS à plein temps pour les IRA. Cependant, il se rend compte que la Région se heurte encore à des difficultés considérables et recommande que les responsables du Programme redoublent d'efforts et cherchent les moyens d'accélérer les activités. Il espère que les organismes de collaboration internationale augmenteront l'appui financier qu'ils apportent à la lutte contre les IRA en Afrique.

8.4.2.4 Le TAG est tout à fait favorable à la grande place faite dans le Programme à une planification nationale saine; il faut pour cela désigner et former un administrateur de programme; constituer un comité de coordination; formuler des objectifs, des mesures IRA essentielles et des buts; enfin, prévoir un développement du programme par étapes. Il faudrait souligner qu'il importe en appliquant le programme de ne pas négliger les liens entre les instances nationales et les instances de district, à tous les stades de la planification.

8.4.2.5 Le TAG adhère fermement à la politique qui consiste à procéder par étapes pour la mise au point et le développement des programmes IRA nationaux. Il note que dans certains cas, il peut être tout à fait indiqué d'implanter un programme dans quelques districts ou provinces avant de l'étendre à d'autres régions. Les facteurs locaux dicteront le calendrier le mieux adapté à chaque situation donnée.

⁵ Tableau de la population mondiale, 1988. Division de la Population, Organisation des Nations Unies, New York.

8.4.2.6 Le TAG recommande de donner plus d'importance à la planification locale à court terme pour répondre à la situation du district ou de la province, et de s'occuper de questions comme l'engagement local, la compétition entre différents besoins dans le domaine de la santé, et les disponibilités en ce qui concerne la main-d'oeuvre, le budget, les installations et l'équipement. Il recommande d'élaborer des directives au titre du Programme afin d'aider les responsables des programmes nationaux à réussir cette planification.

8.4.3 Formation

8.4.3.1 Le TAG se félicite de la version définitive du module de formation sur la prise en charge des cas d'IRA à l'intention des superviseurs, ainsi que de la nouvelle bande vidéo et du nouveau guide de l'instructeur en matière de techniques cliniques qui l'accompagnent; il note avec satisfaction les progrès accomplis dans la mise au point d'autres matériels de formation destinés aux unités de formation IRA et aux cours de formation de district.

8.4.3.2 Le TAG recommande que les programmes nationaux fassent une plus grande place aux activités de supervision et de suivi et que priorité soit donnée dans le Programme à l'élaboration d'un cours sur les techniques de supervision.

8.4.3.3 Le TAG reconnaît l'importance des matériels didactiques confectionnés actuellement pour les agents de santé communautaires; il approuve la structure modulaire proposée, qui permettra des adaptations aux besoins locaux; et il recommande que les programmes nationaux utilisent ces matériels prototypes lorsqu'ils seront prêts pour que la population ait plus facilement accès à la prise en charge correcte des cas de pneumonie chez l'enfant. Il note de nouveau l'importance particulière du suivi et de la supervision de la lutte menée contre les IRA au niveau communautaire.

8.4.3.4 Le TAG souscrit à la politique de formation du Programme, qui donne une grande importance à l'acquisition des techniques nécessaires à la prise en charge des cas par la pratique de l'évaluation et du traitement des enfants présentant des signes de pneumopathie. Il recommande qu'au départ, les programmes nationaux mettent l'accent sur la qualité de la formation plutôt que sur le nombre des agents de santé à former.

8.4.3.5 Reconnaissant qu'il est important de suivre les résultats des activités de formation lancées tôt, le TAG se félicite de l'appui apporté à certains pays pour cette opération dans le cadre du Programme, et il trouverait bon que d'autres pays bénéficient aussi de cet appui pour des initiatives analogues.

8.4.3.6 Le TAG encourage les responsables du Programme à se mettre à la préparation de matériels destinés à la formation universitaire et postuniversitaire dans les écoles médicales, les écoles de soins infirmiers et les établissements de formation paramédicale.

8.4.4 Communication et information

8.4.4.1 Le TAG note avec satisfaction les progrès effectués dans l'élaboration d'un protocole d'étude ethnographique ciblée et souligne qu'il faut, dans le cadre du Programme, en évaluer les premiers résultats avant d'en encourager la généralisation. Reconnaissant son importance potentielle, en particulier pour la mise au point de messages appropriés, le TAG suggère aussi que l'instrument soit aussi simple que possible afin d'être utilisable partout.

8.4.4.2 Le TAG recommande que l'on redouble d'efforts pour mettre au point, dans le cadre du Programme, des prototypes de matériel de communication directe (afin de faciliter la communication entre les agents de santé et les familles); il reconnaît que leur adaptation ultérieure aux conditions culturelles locales est essentielle pour que la prise en charge des cas soit convenablement assurée.

8.4.4.3 Le TAG estime que l'on ne devrait avoir recours aux médias pour la communication que lorsque la population à laquelle les messages s'adressent a facilement accès à un spécialiste de la prise en charge standard de cas et peut acheter des antibiotiques contre la pneumonie à un prix raisonnable.

8.4.4.4 Le TAG recommande que la formation à la communication avec les mères et autres personnes chargées des enfants soit prévue dans les matériels destinés aux unités de formation IRA, aux cours de formation de district et aux agents de santé communautaires.

8.4.4.5 Le TAG recommande que dans le cadre des programmes nationaux, on recherche les moyens (diffusion d'imprimés, ateliers, séminaires, etc.) de répandre les connaissances sur la prise en charge correcte des cas de pneumonie parmi les praticiens du secteur privé : médecins, pharmaciens et autres catégories d'agents de santé.

8.4.4.6 Le TAG reconnaît le rôle que joue la publication ARI News dans la diffusion de l'information sur les activités du Programme et soutient les efforts visant à étendre son lectorat, en particulier en multipliant le nombre de langues dans lesquelles elle est publiée. Il recommande d'évaluer dans quelle mesure elle est utile et appropriée, comme cela va se faire pour la publication jumelle Diarrhée Dialogue.

8.4.5 Logistique

8.4.5.1 Le TAG approuve la collaboration avec le Programme d'action OMS pour les médicaments essentiels pour rédiger un guide sur l'évaluation de l'utilisation et du coût des médicaments; il prie instamment les responsables du Programme de stimuler et d'améliorer dans chaque pays la coordination des activités IRA et des activités relatives aux médicaments essentiels.

8.4.5.2 Le TAG reconnaît que la fourniture irrégulière d'antibiotiques de première intention pour la prise en charge des cas de pneumonie est un obstacle majeur à l'exécution des programmes et il recommande de chercher les moyens d'améliorer les systèmes d'achat et de distribution de médicaments.

8.4.5.3 Le TAG souligne qu'il faut faciliter à la population l'accès à un personnel formé habilité à délivrer des antibiotiques de première intention pour le traitement de la pneumonie. A cette fin, les prestataires des soins de santé, y compris, en cas de besoin, le personnel infirmier et paramédical et les agents de santé communautaires, devraient recevoir la formation voulue à la prise en charge des cas de pneumonie et être l'objet d'un contrôle régulier.

8.4.5.4 Le TAG prend note des initiatives en cours pour mettre au point des préparations pédiatriques spéciales d'antibiotiques de première intention pour le traitement de la pneumonie, initiatives qui visent à mettre des médicaments d'un prix abordable à la portée du public, à en réduire l'utilisation inappropriée et à faciliter le contrôle de leur utilisation; il encourage les responsables du Programme à approfondir l'examen de cette question.

8.4.5.5 Le TAG réaffirme son appui aux projets portant sur les technologies appropriées (mise au point de minuteurs pour déterminer la fréquence respiratoire, concentrateurs d'oxygène et nébuliseurs munis d'une pompe à pied) entrepris dans le cadre du Programme en collaboration avec l'UNICEF; il constate avec satisfaction les progrès accomplis.

8.4.6 Evaluation

8.4.6.1 Le TAG approuve le questionnaire destiné à l'élaboration des profils de pays et encourage les responsables du Programme à utiliser ces profils pour constituer une base de données regroupant des renseignements utiles au suivi et à l'évaluation des progrès accomplis dans la lutte contre les IRA dans le monde entier, à l'appréciation des résultats obtenus dans la poursuite des objectifs des pays, et à la mise à jour des plans d'opérations pour les programmes nationaux.

8.4.6.2 Le TAG recommande aux responsables du Programme d'élaborer des directives pour l'examen complet des programmes IRA nationaux qui aideront à normaliser et à orienter l'examen périodique formel de ces programmes.

8.4.6.3 Le TAG approuve le projet de mettre au point un guide de l'évaluation de l'utilisation et du coût des médicaments et reconnaît qu'il sera utile à la planification logistique et à l'évaluation du chemin accompli vers la rationalisation de l'emploi des médicaments dans le traitement des IRA. Il faudrait continuer, au titre du Programme, à consigner dans le détail tout indice prouvant que, dans le cadre des programmes IRA, l'utilisation inappropriée d'antibiotiques et de médicaments contre la toux et le rhume diminue.

8.4.6.4 Le TAG prend note des progrès accomplis dans la mise au point d'instruments d'enquête sur les ménages et sur les établissements de soins. Il se rend compte des difficultés techniques que cela implique mais souligne que ces instruments sont nécessaires aux programmes nationaux pour évaluer les activités IRA, et il prie instamment les responsables du Programme de les mettre le plus tôt possible à la disposition des intéressés.

8.4.6.5 Le TAG réaffirme que la résistance aux antibiotiques de première intention parmi les bactéries qui provoquent la pneumonie chez l'enfant doit être suivie au titre des programmes nationaux pour orienter la prise de décision sur les antibiotiques. Il se félicite que l'on envisage d'essayer sur le terrain le projet de manuel de la surveillance de la résistance aux antibactériens.

8.5 Composante recherche

8.5.1 Introduction

8.5.1.1 Le TAG note avec satisfaction que dix études d'intervention concernant la gestion des cas d'IRA, qui portent sur toute une gamme de situations observées dans les pays en développement et ont été faites selon des méthodes simples et peu coûteuses, ont apporté la preuve que la réduction de la mortalité par IRA était passée de 30 à 60 %. Le TAG demande instamment que les nouvelles preuves de l'importance des pneumopathies en tant que causes de mortalité infantile et des effets du Programme sur la mortalité soient résumées et publiées.

8.5.1.2 Le TAG se félicite des documents qui décrivent les priorités en matière de prise en charge des cas⁶ et de recherche comportementale⁷.

8.5.1.3 Le TAG estime que la recherche soutenue par le Programme devrait, comme par le passé, porter sur les importantes questions en suspens touchant l'exécution de la stratégie de prise en charge des cas dans la communauté et dans les établissements de soins. Cette recherche entre dans le champ de la recherche sur la prise en charge des cas, de la recherche comportementale et de la recherche sur les systèmes de santé. Le TAG estime que le Programme devrait aussi prioritairement amorcer un passage en revue des interventions préventives possibles (voir 8.5.5.1).

⁶ Document WHO/ARI/RES/90.1.

⁷ Document WHO/ARI/RES/90.2.

8.5.2 Recherche sur la prise en charge des cas

L'expression "Recherche sur la prise en charge des cas" s'entend ici d'un ensemble de recherches sur le diagnostic de la pneumonie et le traitement du patient. Pour certaines d'entre elles, on n'a guère d'informations actuellement. Le TAG souligne qu'il est important d'étudier ces questions telles qu'elles se posent dans la communauté et dans les établissements de premier niveau et les établissements de transfert, par le biais d'études faites en plusieurs endroits différents.

8.5.2.1 Le TAG se félicite du lancement de l'étude multicentrique sur la pneumonie, la septicémie et la méningite chez le nourrisson de moins de 3 mois, domaine de recherche qu'il classe parmi les plus hautement prioritaires. Ces études sont très importantes si l'on veut déterminer les étiologies microbiennes et apprécier l'intérêt des symptômes cliniques comme prédicteurs de pneumonie, de septicémie ou de méningite. Il faudrait chercher les moyens de faire des études à d'autres endroits où l'on pourrait recruter des nourrissons de moins de 2 mois malades repérés dans la communauté.

8.5.2.2 Le TAG constate que les directives du Programme pour le traitement de la pneumonie chez l'enfant âgé de 2 mois à 5 ans correspondent à l'état actuel des connaissances dans ce domaine d'après l'opinion des experts et un petit nombre d'études cliniques. Pour renforcer la base nécessaire aux présentes recommandations, il faudrait rechercher, à titre hautement prioritaire, chez les patients qui se présentent dans les établissements de soins, les relations entre les symptômes cliniques et les mesures spécifiques de la gravité de la pneumonie - comme la nécessité d'hospitaliser le patient - et les avantages éventuels de soins dispensés dans un petit hôpital.

8.5.2.3 Le TAG encourage les responsables du Programme à étudier les résultats de ses matériels didactiques (actuellement en cours d'élaboration) destinés aux agents de santé communautaires, y compris la capacité de ces agents une fois formés de détecter et de classer correctement les cas de pneumonie et de pneumonie grave chez l'enfant, et à mesurer les taux de traitement aux antibiotiques et de transfert qui s'ensuivent.

8.5.2.4 Le TAG se félicite des études faites en Gambie sur les prédicteurs et les agents étiologiques de la pneumonie chez l'enfant gravement malnutri. Comme la malnutrition n'a pas les mêmes caractéristiques d'un milieu écologique à l'autre, il faudrait faire des études similaires dans d'autres régions. Il faudrait se préoccuper de voir dans quelle mesure les difficultés à faire avaler les aliments à l'enfant pendant un épisode d'IRA contribuent à sa malnutrition.

8.5.2.5 Le TAG prie les responsables du Programme d'étudier les données disponibles sur les signes cliniques de la pneumonie en haute altitude et d'organiser de nouvelles études, si nécessaire.

8.5.2.6 Le TAG attend avec intérêt les résultats de la réunion au cours de laquelle seront examinées les données tirées d'études faites au Malawi et en Gambie sur le chevauchement du tableau clinique de la pneumonie et du paludisme chez l'enfant; il encourage l'organisation de nouvelles études si nécessaire.

8.5.2.7 Etant donné l'importance du traitement antibiotique dans la stratégie de prise en charge des cas, le TAG approuve la conduite d'études pour i) établir la sécurité et la posologie optimale du cotrimoxazole et de chloramphénicol pour le nourrisson de moins de 2 mois et l'enfant gravement malnutri; ii) établir la signification clinique des éléments de preuve de résistance aux antibiotiques obtenus en laboratoire; iii) simplifier les procédures de laboratoire pour la surveillance de la résistance aux antibiotiques; iv) voir s'il est possible de recommander un protocole thérapeutique plus simple et moins coûteux pour le traitement à l'amoxicilline (par exemple, en ajoutant du probénécide pour pouvoir alléger la dose). Le personnel affecté au Programme doit rester informé des progrès de la mise au point de nouveaux médicaments éventuellement utilisables pour soigner la pneumonie chez l'enfant, mais il ne lui appartient pas d'entreprendre cette mise au point ou les essais de nouveaux médicaments.

8.5.2.8 Le TAG reconnaît l'importance de la recherche sur l'efficacité du cotrimoxazole comme agent antipaludique et attend avec intérêt les résultats des recherches plus approfondies faites avec le soutien d'autres organismes, du Programme spécial de recherche et de formation en ce qui concerne les maladies tropicales, et du Programme de lutte antipaludique.

8.5.2.9 Le TAG prie instamment l'équipe du Programme de terminer les études entreprises sur le choix d'un système d'administration d'oxygène et sur l'utilisation sur le terrain de concentrateurs d'oxygène, de minuteurs permettant de déterminer la fréquence respiratoire et de nébuliseurs munis de pompe à pied.

8.5.2.10 Le TAG prie instamment les responsables du Programme d'introduire dans les études sur le terrain appropriées de nouvelles méthodes d'immunodiagnostic bactérien, y compris l'étude des méthodes de recherche des antigènes bactériens, des anticorps et des complexes immuns.

8.5.2.11 Le TAG recommande aux responsables du Programme de chercher à savoir en temps utile s'il existe des indices permettant d'avancer que les programmes IRA ont abouti à une réduction de la morbidité chronique à long terme (comme la bronchopneumopathie chronique obstructive, la dilatation des bronches et l'asthme).

8.5.3 Recherche comportementale (stratégie de prise en charge des cas)

8.5.3.1 Le TAG félicite les responsables du Programme d'avoir pris la tête de la recherche comportementale appliquée et est satisfait des progrès accomplis dans l'étude ethnographique ciblée concernant les IRA. Il les prie instamment de terminer l'essai sur le terrain de cet instrument et de le mettre le plus tôt possible à la disposition des programmes nationaux. Il conviendrait d'accorder une attention particulière à la personne qui (à part la mère) s'occupe de l'enfant, a la haute main sur les ressources, prend les décisions sur le recours aux soins, met en oeuvre les décisions, et évalue les résultats au niveau familial.

8.5.3.2 Le TAG prie instamment les responsables du Programme de faire des études multidisciplinaires conjointes pour étudier la capacité de la famille de reconnaître les signes de la gravité d'une maladie infantile, et aussi d'entreprendre des études sur le recours aux soins et le sérieux avec lequel le traitement est appliqué.

8.5.3.3 Le TAG souligne la nécessité d'études sur le comportement des prestataires de soins et l'interaction entre les familles et eux. La communication efficace entre les agents de santé et les personnes qui s'occupent des enfants doit aussi être l'objet de recherches.

8.5.3.4 Il est souhaitable de procéder rapidement à des études d'intervention concernant les comportements, pour vérifier les hypothèses sur les moyens à employer pour améliorer la capacité des familles de reconnaître une pneumonie éventuelle, pour surmonter les obstacles qui les empêchent de rechercher rapidement des soins, ou pour améliorer la communication.

8.5.4 Recherche sur les systèmes de santé (stratégie de prise en charge des cas)

Le TAG se rend compte que l'application des programmes IRA nationaux a fait apparaître un certain nombre de questions importantes touchant la recherche sur les systèmes de santé. Il s'agit de la faisabilité et de l'efficacité des technologies appropriées dans la pratique, de la formation des agents de santé, des stratégies visant à promouvoir la reconnaissance précoce de la pneumonie et la recherche rapide de soins, et des méthodes permettant d'évaluer les résultats des programmes. La recherche sur les systèmes de santé doit être faite dans le cadre d'un programme national appliqué de façon réaliste; elle demandera donc une collaboration étroite d'une part entre le personnel

affecté à la composante services et le personnel affecté à la composante recherche du Programme, et d'autre part entre le personnel affecté au Programme et les agents chargés des activités IRA dans les différents pays. Cette recherche exige aussi la mise au point des instruments d'évaluation appropriés, dont certains pourraient d'ailleurs faire partie du système normal d'enregistrement.

8.5.4.1 Le TAG reconnaît l'importance des études faites pour évaluer l'efficacité et le coût des programmes. L'évaluation de la mortalité et des autres résultats d'ordre sanitaire est essentielle mais ne peut se faire que dans le cadre de quelques programmes nationaux seulement. Les bons résultats des programmes IRA pour ce qui est de mettre en oeuvre la stratégie de prise en charge des cas recommandée est un indicateur d'efficacité. L'analyse de l'information sanitaire courante, la surveillance du quotient de létalité des cas de pneumonie et de pneumonie grave à court et à long terme chez les patients hospitalisés, et l'évaluation périodique des indicateurs clés effectuée grâce à des enquêtes au sein de la communauté et dans les établissements de soins sont des éléments essentiels des études sur l'efficacité des programmes.

8.5.4.2 Bien qu'il ne soit plus nécessaire de faire des études sur l'efficacité des programmes en ce qui concerne les enfants âgés de 2 mois à 5 ans, le TAG souligne qu'il est important de démontrer leur efficacité s'agissant des nourrissons de moins de 2 mois.

8.5.4.3 Le TAG prie instamment les responsables du Programme de faire des études sur l'évolution des dépenses de médicaments et des autres coûts supportés par la famille et le système de santé, avant et après le lancement d'un programme IRA national.

8.5.4.4 Le TAG attend avec intérêt les résultats des études grâce auxquelles sera évalué l'impact des matériels didactiques destinés aux établissements de premier niveau sur les pratiques (en particulier le taux de transfert) de diverses catégories d'agents de santé.

8.5.4.5 Le TAG recommande que priorité soit donnée à la confirmation de la validité des méthodes d'évaluation, y compris l'enquête sur la morbidité et le traitement au niveau des ménages, car ces méthodes sont nécessaires tant dans les programmes nationaux que pour étudier l'efficacité de ces programmes.

8.5.5 Recherche sur la prévention de la maladie

8.5.5.1 Le TAG approuve les efforts accomplis pour faire un examen détaillé des interventions qui pourraient permettre de réduire la morbidité et la mortalité par pneumonie, y compris la mise en évidence par des moyens épidémiologiques des associations et des liens de causalité, l'impact potentiel des interventions, leur faisabilité et leur coût. Il faudrait faire connaître aux membres du TAG les recherches qui apparaîtront comme prioritaires à la suite de cette étude et les examiner à la prochaine réunion, après quoi il faudrait mettre au point les interventions les plus prometteuses et en faire l'essai dans le cadre du Programme. Le TAG note que la recherche sur la mise en oeuvre des activités relatives à la pollution de l'air extérieur et à la fumée de cigarette est conduite par la Division de l'Hygiène du Milieu et le programme "tabac ou santé". Les études des vaccins antibactériens conjugués et de l'administration de compléments de vitamine A devraient se poursuivre dans le même temps qu'elles sont examinées. Les études qui visent à trouver les interventions réalisables dans la pratique pour réduire la pollution de l'air à l'intérieur des habitations et à estimer leur répercussion sur la pneumonie de l'enfant devraient se faire après un examen rapide de l'information sur cette opération.

8.5.5.2 Le TAG prie les responsables du programme de passer en revue les résultats des études cas-témoins des facteurs de risque de la pneumonie et de concevoir des études visant à identifier d'autres facteurs modifiables de risque tenant au comportement.

8.5.5.3 Le TAG appelle l'attention sur le rôle important que peut jouer l'OMS en dirigeant, au plan technique et au plan des orientations, l'évaluation de l'utilité des vaccins contre les IRA à utiliser dans les pays en développement. On pense que deux nouveaux vaccins antibactériens vont devenir d'importants outils de la prévention des IRA

et pourraient être associés pour constituer un vaccin combiné polyvalent dans le cadre du Programme élargi de Vaccination : ils sont constitués de polysaccharides capsulaires de H. influenzae du type b et des sérotypes les plus importants de S. pneumoniae, qui dans chaque cas sont conjugués avec une protéine vectrice. L'efficacité de ces vaccins contre H. influenzae du type b est déjà démontrée contre l'infection systémique (surtout la méningite) dans les pays industrialisés, et il est probable qu'un vaccin contre S. pneumoniae sera disponible dans quelques années. Si les pays industrialisés montrent un vif intérêt commercial pour la mise au point et l'essai de ces vaccins, il est peu probable qu'ils seront essayés dans les pays en développement sans la contribution du Programme IRA. Le TAG souligne que si le Programme ne peut financer à 100 % des essais de vaccins de grande envergure sur le terrain avec les ressources dont il dispose ou qu'il escompte, il n'en a pas moins un rôle important à jouer en guidant et facilitant ces essais dans les pays en développement.

8.5.5.4 Il faudrait veiller, dans le cadre du Programme, à obtenir des données satisfaisantes sur la production d'anticorps induite chez les nourrissons des pays en développement par les différents vaccins associés contre les infections dues à H. influenzae du type b actuellement disponibles, et voir s'il faut un laboratoire de référence pour déterminer ces taux d'anticorps. Pour ce qui est du vaccin conjugué contre les infections dues à H. influenzae du type b, le TAG approuve la décision de soutenir les activités de surveillance menées en Gambie en vue d'un essai sur le terrain. Le Programme devrait jouer un rôle technique dans la mise au point du protocole et du suivi de l'essai envisagé, avec l'assistance d'un comité international de suivi.

8.5.5.5 Les responsables du Programme devraient veiller à ce que des endroits soient prêts dans les pays en développement pour les études sur le terrain du vaccin antipneumococcique. Pour les préparer, il faudrait mesurer les taux d'anticorps et suivre les variables qui doivent servir de critères de jugement (y compris la mortalité et, dans les sous-échantillons appropriés, la morbidité et l'étiologie).

8.5.5.6 Le TAG suggère de prêter attention au rôle que la vaccination de la mère joue peut-être dans la protection du nourrisson pendant les premiers mois de sa vie.

8.5.6 Gestion de la recherche

8.5.6.1 Le TAG approuve le plan de gestion de la recherche révisé.⁸ Il note avec satisfaction que celui-ci permet de cibler la recherche sur les questions prioritaires et d'employer de façon rentable le personnel et les fonds limités.

8.5.6.2 Le TAG reconnaît l'importance du rôle que le Secrétariat joue dans la mise au point et la gestion des projets de recherche. Etant donné qu'il faut élargir le champ des investigations sur la prévention de la pneumonie et que l'ordre du jour de la recherche sur la prise en charge des cas est chargé, le TAG insiste sur la nécessité de recruter du personnel supplémentaire et d'augmenter les dépenses de recherche.

8.5.6.3 Le TAG recommande qu'à ce stade presque toute la recherche soit commandée à l'extérieur, car c'est la meilleure façon d'utiliser le personnel et les fonds pour faire face aux questions prioritaires. Le Secrétariat devrait créer un ordre d'importance décroissant des questions de recherche pour que les études les plus importantes soient menées à terme avec le personnel, les moyens financiers, les sites et les chercheurs disponibles.

⁸ Document ARI/RES/89.1 Rev. 2 (1991).

8.6 Questions budgétaires

8.6.1 Le TAG approuve le budget révisé pour 1990-1991. Il note que le Programme a engagé environ 47 % de son budget total en 1990 et aura donc besoin du budget approuvé dans son intégralité pour l'exercice. Il constate que la modeste réduction du montant affecté à la recherche du fait que certaines activités dans ce domaine se sont développées plus lentement que prévu est contrebalancée par le développement plus rapide de la recherche qui est envisagé pour le prochain exercice et par un accroissement significatif du budget qui lui sera consacré.

8.6.2 Le TAG approuve le projet de budget programme pour l'exercice 1992-1993, qui présente un accroissement de 18 % par rapport à celui de 1990-1991. Il note que, comme 10 % de cet accroissement correspondent à l'inflation, la croissance réelle n'est que de 8 %, et il considère que cela représente le minimum nécessaire aux activités prévues.

8.6.3 Tout en approuvant le budget pour 1992-1993, le TAG estime qu'il peut se révéler insuffisant si l'on veut mener à bien toutes les activités approuvées. Il recommande que les responsables du Programme envisagent de réviser le budget en 1992, en consultation avec le Président du TAG. Cet examen devrait s'inspirer des principes directeurs du TAG, en particulier pour ce qui est des recherches prioritaires, et pourrait exiger de nouvelles augmentations pour la recherche.

8.6.4 Le TAG recommande que l'effort fait auprès de la communauté internationale pour assurer au Programme l'appui financier nécessaire se poursuive. La consultation internationale organisée actuellement par les responsables du Programme en collaboration avec l'UNICEF et le PNUD devrait conduire à une reconnaissance mondiale accrue de l'importance de la pneumonie chez l'enfant et, par là même, encourager l'apport de contributions financières supplémentaires au Programme.

9. PROCHAINES REUNIONS DU GROUPE CONSULTATIF TECHNIQUE

Le TAG a convenu de tenir ses prochaines réunions du 9 au 13 mars 1992 et du 8 au 12 mars 1993 au Siège de l'OMS, à Genève.