

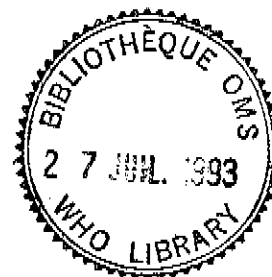
46169

**Programme de lutte
contre les infections respiratoires aiguës**

Rapport de la huitième réunion du
Groupe consultatif technique

Genève, 15-19 mars 1993

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



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

SOMMAIRE

	page
Liste des participants	4
1. Introduction	6
2. Etat d'avancement du Programme	6
2.1 Programme mondial	6
2.2 Aperçu des activités dans les Régions	8
Afrique	8
Amériques	9
Asie du Sud-Est	10
Europe	12
Méditerranée orientale	12
Pacifique occidental	13
3. Activités du Programme dans le domaine de la prévention de la morbidité et de la mortalité par pneumonie	14
4. Questions financières	16
4.1 Budget programme révisé pour 1992-1993	16
4.2 Projet de budget programme pour 1994-1995	17
5. Conclusions et recommandations	17
5.1 Aspects généraux	17
5.2 Politique technique	18
5.3 Services de santé	19
5.4 Recherche	22
5.5 Questions budgétaires	26
6. Neuvième réunion du Groupe consultatif technique	27

© Organisation mondiale de la santé 1993

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation. S'il peut être commenté, résumé, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, il ne saurait cependant l'être pour la vente ou à des fins commerciales.

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

LISTE DES PARTICIPANTS

MEMBRES

Dr K.B. Banerjee, Consultant, Banque mondiale, New Delhi (Inde)

Dr P. Chaulet, Clinique de Pneumo-Phtisiologie Matiben, Centre Hospitalier
Universitaire d'Alger-Ouest, Alger (Algérie)

M. J. Hensley, Professeur associé, Faculty of Medicine, University of Newcastle,
Newcastle (Australie)

* Professeur W.W. Holland, Department of Community Medicine, St. Thomas' Hospital,
Londres (Royaume-Uni)

* Dr C. Lanata, Instituto de Investigacion Nutricional, Lima (Pérou)

Dr P. H. Mäkelä, Division des maladies infectieuses, National Public Health Institute,
Helsinki (Finlande)

Dr M. K. Mardini, Directeur, Santé maternelle et infantile, Ministère de la santé,
Damas (Syrie)

Professeur A.S. Muller, Département de médecine sociale, Faculté de médecine,
Université d'Amsterdam (Pays-Bas)

Dr F.E. Onyango, Faculté de santé pédiatrique et infantile, Université de Nairobi,
Nairobi (Kenya)

Dr David Sencer, Management Sciences for Health, Newton, MA
(Etats-Unis d'Amérique)

Dr Zhu Zonghan, Bureau sanitaire municipal de Beijing, Beijing (République populaire
de Chine)

SECRETARIAT

Dr R. Henderson, Sous-Directeur général, Genève

* Excusé

CDR/IRA Siège

Dr A. Cattaneo, Médecin, IRA, Genève
Dr S. Gove, Coordonnateur de la recherche, IRA, Genève
M. R. Hogan, Responsable de la gestion des programmes, CDR, Genève
Ms D. Klingler, Secrétaire administrative, IRA, Genève
Dr G. Pelto, Chercheur, IRA, Genève
Dr N. Pierce, Médecin, CDR, Genève
Dr A. Pio, Administrateur du Programme, IRA, Genève
Dr D. A. Robinson, Médecin, IRA, Genève
Dr J. Tulloch, Directeur, CDR, Genève

Bureaux régionaux

Dr A. Kabore, Conseiller régional/LMD, AFRO
Dr Y. Benguigui, Conseiller régional, AMRO
Dr M. Lichnevski, Conseiller régional, EMRO
Dr C. Roure, Conseiller régional, EURO
Dr V.J. Kumar, Conseiller régional, SEARO
Dr F. Bro, APO/WPRO

Autres programmes au Siège

Dr P. A. Phillips-Howard, Lutte antipaludique
Dr P. M. Shah, Planification maternelle et infantile et Planification familiale
Dr B. Underwood, Nutrition
Dr K. Weerasuriya, Programme d'action pour les médicaments essentiels

1. Introduction

La huitième réunion du Groupe consultatif technique du Programme de lutte contre les infections respiratoires aiguës (IRA) s'est tenue à Genève du 15 au 19 mars 1993. Le Dr R. H. Henderson, Sous-Directeur général, a ouvert la réunion en indiquant que le Groupe se réunissait à un stade important du Programme, étant donné que les bases techniques étaient bien en place, que du matériel de formation était à présent disponible et répondait à la plupart des besoins des programmes nationaux, et que la majorité des instruments d'évaluation du Programme étaient également disponibles. Pour aider les pays à mettre au point des activités de lutte contre les IRA, le Programme avait défini une liste des pays prioritaires où la population touchée par les IRA était telle qu'ils figuraient aux premiers rangs dans les statistiques mondiales de la mortalité par IRA. L'une des grandes avancées du Programme par rapport à la période biennale précédente a été l'élaboration d'une approche intégrée de la prise en charge de l'enfant malade en collaboration avec d'autres programmes de l'OMS et de l'UNICEF. Les responsables du Programme avaient mené à bien la préparation d'un protocole d'étude ethnographique ciblée à l'usage des programmes nationaux, instrument pratique que ces derniers utilisent actuellement. Nul doute que le Programme IRA avait accompli des progrès dans de nombreux domaines. Certes, il y avait encore des problèmes, et de gros efforts devaient être faits pour accélérer la mise en œuvre des programmes nationaux de lutte.

Le professeur A.S. Muller a présidé la réunion.

2. Etat d'avancement du Programme

Le Groupe a examiné les progrès accomplis par le Programme en 1992, tels qu'ils sont décrits de manière plus détaillée dans le rapport intérimaire du Programme pour cette année-là (document WHO/ARI/92.35), et a pris note des activités projetées pour 1993.

2.1 Programme mondial

Sur les 12,9 millions de décès d'enfants de moins de 5 ans dans les pays en développement en 1990, environ un tiers d'entre eux étaient dus aux IRA, et avant tout à la pneumonie. C'est pourquoi éviter les décès par pneumonie est le principal objectif du Programme. Ces dernières années, on a enregistré une réduction de la mortalité dans la quasi-totalité des régions des pays en développement, et le Programme IRA peut contribuer à renforcer cette tendance. La prise en charge standard des cas, stratégie clé du Programme, garantit l'accès au diagnostic et aux moyens thérapeutiques et en permet l'utilisation, en particulier pour les enfants les plus exposés à la pneumonie.

En 1992, le Programme a continué de diffuser les directives techniques sur la prise en charge des cas : à la fin de l'année, 83 pays avaient adopté des directives nationales. Une autre étape importante a consisté à commencer d'intégrer les directives en matière d'IRA à celles d'autres

programmes de l'OMS, en collaboration étroite avec l'UNICEF. Trois tableaux relatifs à la prise en charge intégrée de l'enfant malade étaient en préparation.

A la fin de 1992, on dénombrait 67 programmes nationaux IRA opérationnels, dont 47 appartenaient au groupe de 88 pays ayant un taux de mortalité infantile supérieur à 40 pour 1000. Certes, dans la plupart des pays de cette catégorie, le Programme n'atteint qu'un faible pourcentage de la population cible. Autre fait préoccupant : les progrès réalisés dans la planification et la mise en œuvre des programmes dans la Région africaine sont plus lents qu'ailleurs.

La formation demeure une priorité principale du Programme, et cette année a vu l'introduction dans divers pays du nouveau cours clinique de quatre jours sur les soins ambulatoires¹. En ce qui concerne le nombre des agents de santé qui bénéficient d'une formation clinique, près de 13 000 médecins et de 29 000 autres personnels des établissements de soins auraient, à la connaissance du Programme, été formés en 1992. Un ensemble de matériels de formation distinct sur le traitement des enfants souffrant d'une toux ou de difficultés respiratoires a été mis au point à l'intention des agents de santé communautaires.

Trente six nouvelles unités de formation aux IRA ont été créées en 1992, y compris celles qui l'avaient été en premier dans les Régions de l'Europe, de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental, ce qui porte le total de ces unités à 88.

Il importe tout particulièrement au Programme de mettre à disposition des antibiotiques à un coût raisonnable, en particulier du cotrimoxazole. C'est pourquoi on envisage la possibilité de mettre le cotrimoxazole à disposition dans un emballage spécial qui permettrait d'améliorer la prescription, la gestion de stocks limités et l'observation du traitement et de fournir aux administrateurs de programmes un guide détaillant l'approvisionnement et le coût des médicaments pour les IRA dans leur pays.

Le matériel d'oxygénothérapie est important pour tout programme IRA, et de grands progrès ont été faits en 1992 grâce à la conception d'un système d'administration de l'oxygène qui peut être utilisé à la fois pour les bouteilles et pour les concentrateurs d'oxygène. Il peut servir à administrer de l'oxygène à quatre malades simultanément.

Le Programme a toujours insisté sur la communication. Il a mis au point un instrument utile, à savoir une fiche sur les soins à domicile, pour permettre aux agents de santé de se souvenir des points importants concernant ces soins. Des ateliers ont été organisés (et d'autres sont projetés) afin de former les spécialistes en sciences sociales à utiliser le protocole d'étude ethnographique ciblée. Un guide indiquant le mode d'emploi des données découlant des études ethnographiques est en préparation.

L'évaluation des programmes en 1992 a porté principalement sur l'essai sur le terrain des deux grands guides d'évaluation : le *Manuel d'enquête auprès des établissements de santé* et le *Manuel d'enquête dans les ménages LMD/IRA*. Le premier est destiné à mesurer la qualité des soins dans les établissements de premier niveau tandis que le second renseigne sur les

¹ *Prise en charge ambulatoire des IRA chez le jeune enfant : cours clinique de quatre jours.*
OMS, 1992.

connaissances des mères, le moment auquel demander des soins et les pratiques adoptées par les ménages en la matière. Cet aspect-là est important car un grand nombre d'enfants souffrant d'IRA et nécessitant un examen ne sont pas présentés dans les établissements.

En 1992, 18 projets de recherche ont été lancés, et on a continué d'apporter un appui technique ou des aides financières à 19 autres projets en cours. Toutes les études cliniques visent à obtenir des renseignements qui puissent servir à affiner les directives existantes sur la prise en charge des cas. Le projet de recherche clinique le plus important consiste en une étude multicentres sur les signes cliniques et les agents étiologiques de la pneumonie, de la septicémie et de la méningite chez le jeune enfant. Il a été mené à bien durant l'année en Gambie et prendra fin en 1993 en Ethiopie, en Papouasie-Nouvelle-Guinée et aux Philippines. Une étude de la pharmacocinétique du cotrimoxazole est projetée au Viet Nam et une autre portant sur le chloramphénicol chez les enfants sévèrement malnutris est en cours en Gambie et au Pakistan.

La composante de la recherche axée sur les comportements comprend des études sur la comparaison des résultats d'une brève étude ethnographique ciblée avec ceux d'une étude prospective à plus long terme, la compréhension et l'interprétation des messages sur les soins à domicile par les mères et une comparaison entre les résultats d'études réalisées en zones urbaine et rurale.

La recherche axée sur les systèmes de santé s'est attachée à un essai sur le terrain du manuel de surveillance de l'antibiorésistance. Le Programme a continué à collaborer avec d'autres organismes de soutien pour préparer un essai d'un vaccin contre *H. influenzae* de type b en Gambie. Des activités liées à l'apport supplémentaire de vitamine A et à la pollution de l'air à l'intérieur des habitations ont été entreprises. Les détails concernant ces activités et d'autres questions liées à la prévention des IRA sont traités au point 3 ci-après.

2.2 Aperçu des Régions

Afrique

Dans la plupart des pays africains, le taux de mortalité infantile dépasse 40 pour 1000 naissances vivantes. On estime que les enfants de moins de 5 ans peuvent souffrir de quatre à huit épisodes d'IRA par an, et que chaque année, 1,5 million de décès sont dus aux IRA, essentiellement à la pneumonie.

Le Programme IRA a été lancé en Afrique en 1987. A ce jour, 26 pays de cette Région ont mis sur pied des plans d'opérations : 17 d'entre eux les ont mis en œuvre mais seuls 7 ont atteint une couverture nationale.

En 1992, 22 agents de santé ont été formés aux techniques de gestion des programmes; sept pays ont organisé une formation à la prise en charge des cas en faveur de 261 médecins, de 1932 auxiliaires médicaux et infirmiers et de 353 praticiens communautaires. Trois pays ont tenu au total 14 cours de formation dans leurs unités de formation aux IRA (UFI), à l'intention de 232 agents de santé.

Les principaux obstacles que connaît le programme dans cette Région sont les suivants :

- méconnaissance des IRA par les autorités sanitaires nationales et des moyens d'action possibles pour les combattre;
- acceptation insuffisante par les professionnels de la santé de la prise en charge standard des cas;
- manque de médicaments essentiels;
- cibles irréalistes fixées par les pays au stade de la planification;
- rotation excessive des personnels formés.

Les priorités du programme régional IRA pour les années à venir sont les suivantes :

- à tous les niveaux, sensibiliser davantage au problème des IRA chez l'enfant et améliorer l'information et la communication à ce sujet;
- intensifier les activités de formation, en particulier sur la prise en charge des cas;
- accélérer la mise en œuvre de plans opérationnels de lutte contre les IRA;
- promouvoir la collaboration avec les programmes nationaux de médicaments essentiels;
- encourager la collaboration avec les ONG et d'autres organismes pour soutenir les programmes nationaux de lutte contre les IRA.

Amériques

Les activités de lutte contre les infections respiratoires aiguës, engagées au début des années 80 dans certains pays, sont à présent nettement consolidées dans la plupart des pays. Ces deux dernières années en particulier, des progrès notables ont été faits dans la définition de politiques de lutte par les gouvernements, la préparation de plans d'opérations pour la mise en place des activités, la formation du personnel aux niveaux central et régional, l'exécution de ces plans et l'établissement du système visant à former, au niveau local, le personnel qui est chargé d'activités spécifiques de lutte.

A la fin de 1992, tous les pays ayant un taux de mortalité infantile supérieur à 40 pour 1000 naissances vivantes étaient dotés d'un plan national d'opérations.

Un effort a été consenti pour renforcer la coordination des activités de lutte contre les IRA avec d'autres activités en faveur de la santé de la mère et de l'enfant. Ce travail a été facilité par l'élan suscité par le Sommet mondial pour l'Enfance en 1990.

Un séminaire régional sur les études d'évaluation prioritaires dans le cadre de la lutte contre les IRA a été organisé à Montevideo (Uruguay) avec des représentants de 11 pays. Des ateliers d'évaluation des activités visant à combattre ces affections ont été organisés au Chili et en Colombie. 214 participants venus des provinces de huit pays ont participé à des cours nationaux sur la gestion des programmes IRA.

On dénombre 42 UFI dans 10 pays de la Région, dont 23 ont été établies en 1992. 1874 médecins et infirmiers travaillant dans des établissements de soins de premier niveau y ont été formés.

Au total, 101 800 exemplaires de modules et d'autres documents techniques et pédagogiques de l'OMS sur la lutte contre les IRA ont été distribués en 1992.

Malgré les obstacles auxquels est confronté le programme régional IRA eu égard à l'ampleur de la tâche à mener et à la disponibilité de ressources financières et humaines, de grands progrès ont été faits pour améliorer la perception du problème des IRA dans cette Région :

- Un interlocuteur pour les IRA relevant du ministère de la santé de chaque pays a été nommé au niveau central;
- Tous les pays de la Région ont adopté les recommandations techniques OPS/OMS pour la prise en charge des cas d'IRA;
- Vingt pays sont dotés d'un "Plan national d'opérations" qui permet de mettre en œuvre les activités de lutte contre les IRA;
- Vingt deux pays ont établi un profil de programme national IRA;
- Vingt deux pays utilisent les modules de formation OPS/OMS;
- Vingt quatre pays exécutent des activités liées aux IRA dans les établissements de soins de premier niveau;
- Des données épidémiologiques existent pour tous les pays.

Asie du Sud-Est

Les pays de cette Région ont le taux de mortalité infantile liée à la pneumonie le plus élevé du monde. Dans huit pays, le taux de mortalité est égal ou supérieur à 40 pour 1000 naissances vivantes et trois autres pays sont jugés prioritaires par le programme de lutte en raison du nombre élevé de décès par pneumonie qui s'y produisent dans l'absolu. Le taux de létalité dû à la pneumonie parmi les enfants hospitalisés varie entre 4 et 18 %.

Des activités nationales de lutte contre les IRA sont engagées dans tous les pays de la Région sauf un. Des plans d'opérations détaillés ont été mis au point dans huit pays et des directives préparées en consultation avec les professionnels. Tous les pays qui exécutent le Programme ont nommé des directeurs de programme.

Le matériel de formation OMS a servi à engager la formation des médecins. L'adaptation, la traduction, la reproduction et la distribution de ce matériel ont commencé dans tous les pays dotés d'un programme. Des documents mis au point localement sont à présent utilisés durant la formation.

La formation à la prise en charge standard des cas a été dispensée à 293 formateurs, 1050 médecins hospitaliers, 6838 médecins exerçant dans les centres de santé et 17 986 infirmiers ou sages femmes. Plus de 2500 généralistes ont pris part à des séminaires d'information ou, voire et, à des discussions de groupes.

Plus de 30 000 volontaires des services de santé communautaires de la Région sont formés à la prise en charge standard des cas. Dans la plupart des pays, ces agents ne prescrivent pas d'antibiotiques pour le traitement de la pneumonie à domicile. Le Bhoutan, l'Indonésie, la Mongolie et le Népal ont l'intention de former ces personnes à des endroits déterminés pour traiter la pneumonie, ce qui permettrait d'améliorer l'accès à la prise en charge standard des cas.

Le cotrimoxazole a été retenu comme antibiotique de première intention pour le traitement de la pneumonie à domicile dans tous les pays sauf en Thaïlande. Des fournitures sont acheminées par le truchement des programmes pour les médicaments essentiels lorsque cela est possible. Trois Etats membres ont adopté une politique qui déconseille l'utilisation de remèdes nocifs contre la toux et le rhume. La Mongolie a fait l'acquisition de concentrateurs d'oxygène. Des minuteurs sonores seront mis à disposition en Indonésie et au Népal.

Une enquête réalisée auprès des établissements de soins de deux districts en Inde, a permis d'examiner 452 enfants souffrant d'IRA. La fréquence respiratoire a été mesurée dans plus de 70 % des cas. Des antibiotiques ont été prescrits à seulement 18 % des enfants atteints d'infections aiguës des voies respiratoires supérieures (AIVRS). Des remèdes maison ont été utilisés pour traiter la toux. Des matériels d'enseignement et des antibiotiques étaient disponibles dans 90 % des établissements ayant fait l'objet de l'enquête.

L'instrument commun LMD/IRA d'enquête dans les ménages a subi des essais de terrain à Sri Lanka. On a retenu 356 personnes s'occupant d'enfants atteints d'IRA et exigeant un bilan et 1735 enfants ayant souffert de toux dans les deux semaines qui ont précédé l'enquête. Au moins 35 % des personnes qui soignaient ces enfants connaissaient au moins un signe d'alarme, par exemple la respiration rapide, la respiration difficile ou la "pneumonie" (selon la définition locale). Des médicaments nocifs avaient été prescrits dans seulement 16 % des cas d'IRA.

Une enquête sur la mortalité a été conduite au Bangladesh et en Indonésie. Le programme a fait l'objet d'une surveillance systématique dans 24 districts en Inde et l'accent placé sur la résolution des problèmes. La qualité de la formation a été évaluée pour 48 des 291 cours organisés.

L'OMS et l'UNICEF collaborent activement dans les pays membres de la Région. Les organismes internationaux et les ONG appuient le Programme, avec le soutien technique de l'OMS.

Europe

Le nombre des pays de la Région européenne est passé de 30 Etats membres en 1991 à 48 en 1992. Aujourd'hui, cette région en compte 50. Cette augmentation rapide est liée à l'instabilité politique, économique et sociale de certaines parties de cette Région.

Bien que les IRA soient l'une des principales causes de décès chez le jeune enfant, elles ne figurent pas parmi les priorités budgétaires du programme au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (il est vrai que cet état de choses a quelque peu changé ces derniers temps).

Il est prévu que la prévention des décès par pneumonie se fera par le truchement des programmes régionaux et de pays en Albanie, en Roumanie, en Turquie, dans les quatre républiques d'Asie centrale et au Kazakhstan, avec les conseils et l'appui technique de l'OMS.

C'est en Turquie que le programme est le plus avancé. Il s'applique actuellement à 22 provinces totalisant 1,2 million d'enfants de moins de 5 ans. Les activités dans ce pays ont été révisées récemment et un plan d'action préparé.

Un projet d'aide aux programmes IRA et LMD dans les nouveaux Etats indépendants d'Europe orientale et d'Asie centrale a été présenté à plusieurs gouvernements européens et à la Communauté européenne.

L'OMS a organisé en septembre 1992 à Minsk (Biélorus), avec le soutien de l'UNICEF, une réunion de coordination sur la création de programmes nationaux de vaccination et de lutte contre les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës dans les nouveaux Etats indépendants de l'ancienne Union soviétique.

Les participants à cette réunion ont proposé des activités pour renforcer les programmes LMD et IRA dans les quatre républiques d'Asie centrale et au Kazakhstan. Dans la plupart des républiques, il convient d'insister sur la mise au point de politiques et de directives techniques appropriées à l'aide des recommandations types de l'OMS, et sur la formation des intervenants influents à la gestion des programmes et à la prise en charge des cas.

Méditerranée orientale

Les activités régionales liées aux IRA ont essentiellement consisté à appuyer, en 1992, la mise en place de programmes nationaux, en particulier dans les domaines de la planification et de la formation.

A la fin de 1992, 13 des 22 Etats membres (dont 11 des 13 principaux pays cibles) de la Région avaient nommé des administrateurs de programmes nationaux, mis au point des plans nationaux et préparé ou mis à jour des directives techniques pour la prise en charge standard des cas d'IRA. Dans neuf de ces pays, des activités liées aux IRA étaient exécutées. Dans deux autres d'entre eux, les opérations du Programme en étaient aux premiers stades de la mise en œuvre, tandis que dans un autre pays, elles étaient suspendues en raison de troubles intérieurs.

Les activités de formation ont continué de bénéficier d'un bon appui. Des cours sur la prise en charge clinique des IRA ont été organisés dans 10 pays : y ont participé environ 12 000 médecins et infirmiers et plus de 16 000 autres personnels de santé chargés de la prise en charge des cas d'IRA chez l'enfant dans les établissements de soins de premier niveau et au niveau communautaire. Dans le cadre de ces activités, 122 cours rassemblant 2134 participants ont eu lieu dans les UFI. Un cours interpays sur la prise en charge clinique des malades ambulatoires souffrant d'IRA s'est tenu au nouveau centre de formation régionale aux IRA à Islamabad (Pakistan) à l'intention de 16 pédiatres qualifiés de cinq pays.

En outre, des séminaires et ateliers d'information destinés aux personnalités médicales influentes, aux pédiatres et à d'autres professionnels de la santé ont été tenus dans plusieurs pays. L'un des pays a organisé plusieurs cours de gestion des programmes IRA.

Une étude ethnographique ciblée a été réalisée au Kordofan (Soudan) et les résultats ont servi à adapter les messages concernant la communication et le matériel de formation. En Egypte, les résultats de l'étude menée en 1990 ont permis, en 1992, de mettre au point des messages et des affiches faisant appel à la communication directe.

Des examens complets, réalisés avec la participation de l'OMS dans trois pays, ont aidé à mieux comprendre les problèmes que connaissent les programmes IRA; on a ainsi pu formuler des recommandations importantes en vue d'y remédier.

Pacifique occidental

Au total, 15 pays de la Région du Pacifique occidental sont dotés de programmes IRA opérationnels, dont tous ceux qui ont un taux de mortalité infantile supérieur à 40 pour 1000. A mesure que les programmes nationaux s'étendent, il est de plus en plus nécessaire de renforcer la planification des programmes aux niveaux de la province et du district et d'élaborer des instruments pratiques de gestion des programmes.

La couverture globale de la formation dans la Région dépasse à présent 20 %. En 1992, c'est aux Philippines qu'elle a le plus augmenté, 50 % des agents de santé des établissements de soins de premier niveau étant à présent formés à la prise en charge standard des cas. Au Viet Nam, ce pourcentage s'élève à 39 % et en Chine à 20 %. L'amélioration de cet indicateur devrait se poursuivre, et aux Philippines, la couverture devrait être nationale d'ici quelques années. Au Viet Nam, le programme privilégiera dorénavant certaines zones à haut risque. En Chine, la cible à atteindre est une couverture de 80 % d'ici la fin de 1995.

Parallèlement à l'expansion des programmes nationaux, la qualité de la formation doit être maintenue. Le nouveau matériel de formation à la prise en charge ambulatoire des cas et l'ensemble de documents destinés à former les agents de santé communautaires seront adoptés dans le cadre des cours de formation des enseignants.

Quatre enquêtes ont été réalisées auprès d'établissements de soins de la Région. Elles ont permis de chiffrer des problèmes que l'on connaissait déjà et d'en mettre d'autres en évidence, restés insoupçonnés à certains endroits. Elles ont aussi permis d'améliorer la capacité des participants à l'enquête de surveiller et d'encadrer les activités. La formation des

coordonnateurs d'enquêtes au niveau national viendra à l'appui des enquêtes qui seront menées ultérieurement auprès d'établissements de soins.

Un modèle type de registre des malades, qui sert également à surveiller le traitement des patients souffrant d'IRA, hospitalisés ou non, a été mis en place dans les UFI. L'encadrement et la surveillance qui suivent la formation à la prise en charge des cas sont importantes pour pouvoir assurer la qualité de la prise en charge des cas. S'appuyant sur l'expérience des enquêteurs auprès des établissements de soins, on met actuellement au point de nouveaux instruments de supervision à l'aide d'examen des registres des malades et de nouvelles méthodes d'organisation de la supervision.

En 1992, la première étude ethnographique ciblée a été réalisée au Viet Nam. Les données qu'elle a permis d'obtenir ont servi à adapter le matériel de communication. Il est projeté de faire une autre étude de ce type en Chine en 1993.

Un essai de terrain d'une enquête dans les ménages commune IRA/LMD sur l'allaitement maternel a eu lieu aux Philippines en 1992. Les données qui en résultent sont en cours d'analyse. Une autre enquête dans les ménages sera menée en République démocratique populaire lao en 1993.

Les enquêtes auprès des établissements de soins ont montré que les antibiotiques de première intention faisaient défaut dans de nombreux services. Durant la phase initiale de la mise en œuvre, les programmes nationaux IRA ont pu approvisionner le personnel qui venait d'être formé en médicaments destinés à être utilisés à l'issue de cette formation. A mesure que les programmes s'étendent, cela ne sera plus possible et il faudra trouver des solutions durables au niveau national. Ce problème doit être traité au cas par cas dans les plans nationaux d'opérations. A cet effet, il conviendra d'instaurer des relations étroites entre les programmes nationaux IRA et les programmes qui s'occupent de l'achat et de la distribution de médicaments.

3. Activités du Programme dans le domaine de la prévention de la morbidité et de la mortalité par pneumonie

Les activités du Programme dans le domaine de la recherche sur la prévention se sont beaucoup élargies ces deux dernières années : participation à la recherche sur les vaccins, études entreprises dans l'optique de réduire la pollution de l'air dans les habitations et donc l'incidence de la pneumonie et examen continu et approfondi des facteurs de risque de pneumonie infanto-juvénile et des répercussions possibles sur la morbidité et la mortalité d'interventions destinées à réduire ces facteurs de risque.

L'objectif général de cet examen, mené conjointement avec la Maternal and Child Epidemiology Unit (MCEU) de la London School of Hygiene and Tropical Medicine, est de définir des interventions propres à prévenir la pneumonie qui soient efficaces, réalisables et d'un coût abordable. Actuellement, le Programme IRA préconise une seule stratégie de prévention : la vaccination antirougeoleuse et antioquelucheuse.

Une réunion d'experts s'est tenue en mars 1992² afin d'étudier huit facteurs de risque et une deuxième réunion s'est tenue du 2 au 4 mars 1993 pour informer les responsables du Programme des derniers faits nouveaux concernant la première série d'examens et d'analyser les examens de onze facteurs de risque supplémentaires qui ont été commandés à l'issue de la réunion de 1992. Les facteurs de risque de pneumonie et les interventions possibles correspondantes sont regroupés dans le cadre de plusieurs grandes stratégies de lutte : vaccination, nutrition, lutte contre la pollution du milieu, réduction de la transmission des agents pathogènes, prise en charge des cas ou chimioprophylaxie, modification des facteurs de risque sociaux ou comportementaux.

Les examens en question permettent d'apprécier les données attestant d'une relation de cause à effet entre les facteurs de risque et la pneumonie et de prévoir dans quelle mesure les interventions préventives visant à réduire ces facteurs de risque peuvent déboucher sur une réduction des taux de mortalité due à la pneumonie et aux IAVRI. Ces facteurs de risque (ou les interventions préventives susceptibles de les prévenir) ont été classés en deux catégories : ceux dont l'impact peut être important, faible ou nul - et ceux qu'il faut étudier davantage avant de pouvoir prévoir leur influence éventuelle. On a abouti aux prévisions suivantes : impact élevé des vaccins contre la pneumonie à pneumocoques, la rougeole, la coqueluche et les infections liées au virus respiratoire syncytial; impact modéré du vaccin contre *H. influenzae* de type b (Hib), comme de l'encouragement de l'allaitement maternel et de la réduction de l'insuffisance pondérale à la naissance; impact faible lorsqu'il s'agit de ralentir la transmission du HIV ou d'améliorer l'espacement des naissances ou l'éducation des mères et aucun impact en ce qui concerne l'apport supplémentaire de vitamine A (sauf en cas de pneumonie associée à la rougeole dans les zones où sévissent les carences en vitamine A), l'emploi d'antibiotiques en cas d'IAVRS ou les interventions destinées à abaisser le nombre des helminthiases. En revanche, il est nécessaire de pousser la recherche, d'examiner ou d'analyser plus avant les données existantes pour pouvoir estimer l'influence que peut avoir la réduction de facteurs comme la malnutrition protéino-énergétique, la pollution de l'air dans les habitations, la transmission de germes pathogènes pour l'appareil respiratoire, le refroidissement, la fumée de tabac dans l'environnement, la pollution de l'air extérieur, ou l'élimination des carences en fer ou en d'autres micro-nutriments.

Il a été procédé à une méta-analyse et à un examen approfondis de toutes les données publiées et non publiées sur la relation entre l'apport supplémentaire de vitamine A et la pneumonie infanto-juvénile, en association avec la Maternal Child and Epidemiology Unit de la London School of Hygiene and Tropical Medicine. Etant donné que des rapports font état d'une morbidité due aux IAVRI accrue à la suite d'un apport supplémentaire de vitamine A chez les enfants de moins de 6 mois et que l'on n'a pas observé d'impact bénéfique de cet apport sur la mortalité par pneumonie lors des essais de terrain qui font apparaître une réduction de la mortalité, totale ou due à la diarrhée, le rythme de cet examen a été accéléré en raison des inquiétudes que suscite une proposition visant à administrer un apport de vitamine A au moment de la vaccination à 6, 10 et 14 semaines. Une analyse des données éparses concernant les nourrissons de moins de 6 mois n'a pas fait apparaître de réduction de la mortalité totale dans cette classe d'âge (contrairement à la réduction globale de 30 % observée dans d'autres groupes d'âge). On ne disposait pas de données appropriées ni pour

² *Potential interventions for preventing pneumonia among young children.* Document non publié ARI/93.1.

établir l'innocuité de l'apport supplémentaire de cette vitamine durant les cinq premiers mois de vie ni pour estimer si la mortalité pouvait être réduite grâce à cet apport entre 6 et 11 mois. En conséquence, le Programme déconseille d'administrer de la vitamine A aux nourrissons de moins de 5 mois (sauf pour soigner la rougeole ou la xérophtalmie) jusqu'à ce que les travaux de recherche attestent de son innocuité. En revanche, dans les régions où la xérophtalmie pose un problème de santé publique, l'apport supplémentaire de vitamine A chez l'enfant de plus de 5 mois devrait amener une réduction bénéfique des taux de mortalité générale, de mortalité par diarrhée et de mortalité par rougeole (y compris par pneumonie associée à la rougeole). Toutefois, il ne devrait pas influencer favorablement sur l'incidence de la pneumonie ni sur la mortalité par pneumonie non liée à une rougeole.

Les résultats de l'étude sur la prévention donnent à penser qu'aujourd'hui, les programmes nationaux IRA doivent continuer d'axer leurs efforts sur la prise en charge des cas et la promotion d'une bonne couverture vaccinale contre la rougeole et la coqueluche. Il convient d'approfondir l'analyse et la recherche, et d'élaborer des interventions avant de faire adopter d'autres interventions prophylactiques aux programmes nationaux IRA.

La recherche sur la prévention dans le cadre du Programme IRA donne le plus haut rang de priorité aux études qui visent à déterminer l'influence sur la pneumonie de la vaccination par le vaccin anti-Hib et par les vaccins conjugués pneumococciques, et de la réduction de la pollution de l'air dans les habitations. Lorsqu'un vaccin contre le virus respiratoire syncytial existera, le Programme IRA encouragera à l'évaluer dans les pays en développement.

On fera progresser la prévention de la pneumonie en mettant à profit les visites dans les dispensaires pour enfants malades pour promouvoir l'allaitement maternel et de meilleures pratiques de sevrage, encourager une alimentation accrue pendant la convalescence, améliorer la couverture vaccinale grâce aux vaccins du PEV et, là où la xérophtalmie pose un problème de santé publique, compléter au besoin l'apport supplémentaire de vitamine A. Les programmes de lutte contre la maladie qui collaborent dans ce domaine (voir point 5.1.2) se partageront les efforts de recherche et de mise au point des interventions concernant la nutrition au titre de l'initiative en faveur de l'enfant malade.

4. Questions financières

4.1 Budget programme révisé pour 1992-1993

Le budget programme révisé s'établit à 13,4 millions de dollars, soit une augmentation de US\$ 1,7 million ou de 14,4 % par rapport à la version précédente. Les augmentations les plus importantes concernent la composante recherche (24 %) et les activités régionales (14 %). Ces fonds accrus en faveur de la recherche seront consacrés à des études sur la relation entre vitamine A et pneumonie, aux essais sur le terrain de vaccins et à la recherche sur les systèmes de santé. Dans les Régions, la plus forte augmentation revient à AFRO, où l'on espère que la mise à disposition de ressources supplémentaires stimulera l'activité dans les pays de cette Région.

Les contributions financières au Programme augmentent notablement depuis 1990-1991, et si le déficit actuel s'élève à US\$ 2,2 millions, on s'attend à ce que les contributions restant à verser en 1993 permettent de le combler.

4.2 Projet de budget programme pour 1994-1995

Le projet de budget programme pour 1994-1995 s'élève au total à US\$ 16 millions. Ce montant représente, par rapport au budget révisé pour 1992-1993, une augmentation de 19,4 %, qui tient compte de l'inflation à hauteur de 10 %, d'où en fait une augmentation réelle de 9,4 %. Si les montants affectés aux services et à la recherche augmenteront de 23,9 % et de 24,4 % respectivement, les sommes allouées au secteur de la gestion et de l'appui du programme diminueront elles de 14,6 %. Les augmentations prévues au titre des services de santé concernent au premier chef les activités régionales et nationales, la hausse la plus forte revenant à la Région AFRO. Près de 50 % du budget programme total est consacré aux activités régionales et de pays.

Les augmentations au titre de la recherche permettront d'étendre les activités, notamment le soutien aux essais de vaccins, la mise au point d'interventions propres à diminuer la pollution de l'air dans les habitations, les essais de cures antibiotiques simplifiées et moins coûteuses, l'élaboration d'interventions qui visent à promouvoir la demande de soins pour les jeunes nourrissons et le renforcement de l'attention vouée à la recherche sur les systèmes de santé.

Un soutien accru sera nécessaire pour financer l'intégralité du budget proposé.

5. Conclusions et recommandations

Après examen de la situation du Programme et des activités projetées dans ce cadre, le Groupe consultatif technique formule les conclusions et les recommandations suivantes.

5.1 Aspects généraux

5.1.1 Le Groupe consultatif technique réaffirme que les bases techniques de la stratégie de prise en charge des cas du Programme sont bien établies et notent qu'une vaste gamme d'instruments de gestion pour la planification, la formation et la communication, l'évaluation et la surveillance a été élaborée et mise à disposition des ministères de la santé, des organismes de coopération et des organisations non gouvernementales à l'intention des programmes nationaux. Il recommande cependant de prendre des mesures positives pour accélérer la mise en œuvre des programmes nationaux de lutte afin d'atteindre, d'ici l'an 2000, la cible de réduction d'un tiers de la mortalité par pneumonie fixée au Sommet mondial pour l'Enfance à New York en 1990 et à la Quarante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé à Genève en 1991.

5.1.2 Le Groupe apporte son soutien sans réserve à la nouvelle initiative sur la prise en charge intégrée des cas de maladies infantiles les plus fréquentes, coordonnée à l'OMS par la Division de la lutte contre les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës³, et planifiée en collaboration avec l'UNICEF. Il encourage le Programme à poursuivre son rôle d'animateur de cette initiative, jugée appropriée pour cristalliser les aspirations d'intégration effective du Programme dans la gestion des soins de santé primaires au niveau du district. Il est toutefois nécessaire de fournir des services d'experts en matière d'IRA au niveau central dans les pays. Le Groupe encourage le Programme à veiller à ce que la mise au point de l'initiative en faveur de l'enfant malade ne détourne pas l'attention des problèmes propres aux IRA mais devienne plutôt le meilleur moyen d'atteindre les objectifs de lutte contre la mortalité et la morbidité par IRA chez l'enfant.

5.1.3 Le Groupe note avec satisfaction que les contributions financières au Programme dépassent les prévisions initiales pour l'exercice biennal 1992-1993 et qu'elles permettent de mettre davantage de fonds à disposition qu'il n'était prévu dans le budget pour le soutien direct aux programmes nationaux, en particulier aux pays de la Région africaine. Le Groupe voit dans cette attitude une reconnaissance accrue, de la part des organismes de coopération, de l'ampleur du problème des IRA et de la crédibilité du Programme sur le plan technique et de la gestion. Il recommande de renforcer la coopération de l'OMS avec l'UNICEF, le PNUD, la Banque mondiale, les organismes de coopération bilatérale et les ONG en faveur des programmes nationaux et des activités de recherche et de développement.

5.1.4 Le Groupe a été informé qu'un groupe de travail comprenant plusieurs participants à la Réunion des parties intéressées qui s'est tenue l'année dernière recommandera cette année à cette même réunion de procéder à un examen externe des Programmes IRA et LMD. Le Groupe estime que cet examen devrait mettre l'accent sur les questions qui sont essentielles pour définir les orientations du Programme pour le restant de la décennie : équilibre entre les activités de recherche, de développement et de services, possibilités d'intégration des Programmes IRA et LMD et intégration du Programme aux autres activités en faveur de la santé de l'enfant au niveau des pays.

5.2 Politique technique

5.2.1 Seule l'application des deux stratégies actuelles de lutte contre les IRA du Programme - prise en charge des cas et vaccination par les vaccins contre la rougeole et la coqueluche mis au point par le PEV - peut permettre d'atteindre l'objectif fixé au Sommet mondial pour l'Enfance, à savoir réduire d'un tiers d'ici l'an 2000 les décès par pneumonie. D'ici là, la mise au point et les essais sur le terrain de nouveaux vaccins contre les IRA et d'autres interventions préventives pourraient permettre de prévenir bien davantage d'épisodes de pneumonie et de décès liés à cette maladie si celles-ci s'avéraient rentables et matériellement applicables sur une grande échelle.

³ Programmes concernés : Infections respiratoires aiguës, Lutte contre les maladies diarrhéiques, Lutte contre les maladies tropicales, Médicaments essentiels, Programme élargi de vaccination, Santé maternelle et infantile, Nutrition, Santé bucco-dentaire, Prévention de la cécité et Recherche sur les maladies tropicales.

5.2.2 Ni le Programme IRA mondial, ni les programmes nationaux de lutte contre les IRA ne recommandent actuellement d'appliquer d'autres stratégies préventives. Le Programme doit s'associer aux efforts d'autres programmes de l'OMS et organismes pour réduire la fumée du tabac, la pollution de l'air extérieur, l'insuffisance pondérale à la naissance et la malnutrition protéino-énergétique, favoriser l'allaitement maternel et diminuer la transmission du HIV.

5.3 Services de santé

5.3.1 Mise en oeuvre du Programme

5.3.1.1 Le Groupe note les progrès réalisés dans la mise en oeuvre du Programme dans les différentes régions mais s'inquiète de ce que 41 pays cibles ne soient pas encore dotés de programmes opérationnels. Le Groupe estime que si un concours technique accru était prêté aux pays cibles, on réussirait probablement à exécuter et à étendre les programmes plus rapidement.

5.3.1.2 Le Groupe recommande vivement, pour mettre en oeuvre le point 5.3.1.1, de recruter du personnel et de former des consultants. Il note que des postes régionaux ont été créés mais qu'ils sont restés vacants. Même si l'on remédie à cette situation, le Programme devra créer une équipe de consultants qualifiés en mesure d'aider les autorités nationales à planifier et à mettre en oeuvre les programmes.

5.3.1.3 Les programmes nationaux apprécient les services des cadres associés et le Groupe recommande au Programme de prendre des mesures avec les pays coopérants pour augmenter le nombre de ces cadres en poste.

5.3.1.4 Le Groupe félicite le Programme pour les mesures qu'il a prises afin d'associer tous les organismes du secteur de la santé aux activités dans le domaine des IRA. Il est capital que le secteur privé soit étroitement associé aux autorités sanitaires nationales, non seulement pour donner accès aux services appropriés en matière d'IRA à tous les enfants mais aussi pour que les secteurs universitaires et privés appuient les activités programmatiques au niveau national. Le Groupe félicite en particulier le Programme pour sa collaboration avec les ONG, grands prestataires de services de santé publique, de formation et de soins dans de nombreux pays.

5.3.2 Formation

5.3.2.1 Le Groupe félicite le Programme pour la qualité du matériel de formation mis au point et encourage vivement à l'utiliser davantage afin d'accélérer la composante formation des programmes nationaux. Le maintien d'un travail de qualité passe par une supervision et une surveillance continues des pratiques des agents de santé formés. Celles-ci peuvent être assurées à l'aide de l'instrument d'enquête auprès des établissements de santé appliqué sur une plus petite échelle et adapté à la situation s'il y a lieu.

5.3.2.2 Le Groupe recommande au Programme d'étudier les indicateurs de la qualité de la formation pour déterminer s'il est possible d'adopter un mécanisme de surveillance simple. Le groupe attend avec intérêt un examen de l'état de la question à la prochaine réunion.

5.3.2.3 Le Groupe note que le matériel de formation à la prise en charge des cas d'IRA hospitalisés n'est pas encore disponible. Celui-ci étant essentiel pour répondre aux besoins des programmes nationaux, il recommande de l'achever en priorité.

5.3.2.4 Le Groupe recommande à tous les programmes nationaux de mettre l'accent sur la formation des enseignants, pierre angulaire de la mise en place d'une formation de qualité. Les agents de santé doivent certes être compétents en clinique, mais il faut aussi qu'ils soient formés à la prise en charge des activités de formation.

5.3.2.5 Le Groupe note la place accordée par le Programme LMD à l'enseignement général dans l'optique de modifier les pratiques thérapeutiques des étudiants en médecine et en soins infirmiers, et recommande au Programme IRA de donner la priorité à l'élaboration du matériel de formation à ce niveau. Il faut s'attacher à utiliser le matériel existant, autant que faire se peut, plutôt que d'entreprendre de grandes révisions des programmes d'études médicales. Le Programme doit faire des efforts pour faire adopter la prise en charge standard des cas d'IRA par les hôpitaux qui dispensent un enseignement, dans le cadre de cette formation générale.

5.3.2.6 Le Groupe prend acte des contributions précieuses qu'apportent les unités de formation aux IRA (UFI) non seulement à la formation à la prise en charge des cas mais aussi à la mise en œuvre et à l'évaluation des programmes, et recommande la création de nouvelles unités lorsque cela est possible.

5.3.3 Communication et information

5.3.3.1 Le Groupe félicite le Programme de la mise au point de l'étude ethnographique ciblée et recommande vivement d'utiliser les données qui en découlent pour planifier et évaluer les programmes, concevoir des questionnaires d'enquête dans les ménages et adapter le matériel de formation et de communication.

5.3.3.2 Le Groupe demande instamment au Programme de diffuser l'information dont on dispose actuellement sur la lutte contre les IRA dans des revues médicales; il importe en effet d'associer à ce combat tous les professionnels de la santé - universitaires ou praticiens libéraux - qui souvent n'ont pas accès aux publications de l'OMS.

5.3.4 Logistique

5.3.4.1 Le Groupe reconnaît que le bon fonctionnement de la prise en charge des cas dépend de l'approvisionnement continu en médicaments et demande instamment au Programme de travailler en étroite collaboration avec le Programme d'action pour les médicaments essentiels. Le Groupe recommande au Programme IRA de déterminer pourquoi

la logistique laisse à désirer. Les insuffisances de ces systèmes et leurs causes peuvent être repérées par diverses méthodes, dont l'enquête auprès des établissements de santé, et ensuite corrigées.

5.3.4.2 Etant donné que l'utilisation des antibiotiques est la principale technique de prise en charge des cas pour prévenir la mortalité par pneumonie, il est légitime de se préoccuper de ce que le traitement antimicrobien standard peut devenir inefficace là où l'antibiorésistance augmente. Le Groupe recommande au Programme de distribuer largement le manuel de surveillance nationale de la résistance antimicrobienne de *S. pneumoniae* et de *H. influenzae* dès qu'auront pris fin les essais sur le terrain, et de collaborer avec les organismes internationaux et bilatéraux en faveur du perfectionnement et de l'assurance de la qualité des services nationaux bactériologiques et épidémiologiques chargés d'apprécier la situation actuelle de l'antibiorésistance et de surveiller les tendances futures.

5.3.5 Surveillance et évaluation

5.3.5.1 Le Groupe note que plusieurs programmes nationaux en sont à divers stades de développement et connaissent un succès variable. Les résultats de l'évaluation des programmes doivent être enregistrés et diffusés pour permettre à d'autres programmes de tirer parti de ces succès et de ces échecs.

5.3.5.2 Le Groupe recommande au Programme de ne pas mettre en place ni d'encourager de nouveaux mécanismes de notification des maladies pour les programmes nationaux IRA mais plutôt d'utiliser au mieux les informations existantes. Bien que le Groupe reconnaisse que les données fournies par les établissements de soins soient souvent de piètre qualité, les programmes nationaux doivent être encouragés à examiner celles qui figurent dans les répertoires et les registres des dispensaires et des hôpitaux, comme sources d'information possibles aux fins de la planification et de la mise en œuvre des programmes.

5.3.5.3 Le Groupe attire l'attention sur la nécessité urgente d'évaluer les activités des programmes nationaux, dans le cadre d'un effort non pas ponctuel mais soutenu, dès le lancement du programme. Les enquêtes auprès des établissements de soins et des ménages sont d'excellents instruments d'évaluation à utiliser pour établir les données de base aux fins de la planification et de l'évaluation périodique des programmes.

5.3.5.4 Le Groupe reconnaît la nécessité de surveiller plus fréquemment les activités programmatiques. L'enquête auprès des établissements de santé et celle que l'on réalise dans les ménages peuvent être modifiées et renseigner sur les faiblesses et les problèmes d'efficacité des programmes. En outre, le Programme IRA doit aider les programmes nationaux à déterminer comment l'on peut tirer parti des dispositifs de collecte d'informations d'autres programmes, par exemple LMD et PEV, pour répondre aux besoins du Programme IRA.

5.4 Composante recherche

5.4.1 Introduction

5.4.1.1 Le Groupe a examiné les progrès de la recherche jusqu'ici, le plan de travail pour 1993 et les résultats attendus ces cinq prochaines années, et félicite le Programme de son excellente productivité. En particulier, il note les bons résultats obtenus dans la réalisation de l'étude multicentres chez le jeune nourrisson, l'élaboration et l'évaluation de l'étude ethnographique ciblée, les instruments d'enquête dans les établissements de soins et dans les ménages et les progrès de l'examen des stratégies préventives.

5.4.1.2 Le Groupe approuve l'équilibre qui s'est instauré, dans le domaine de la recherche, entre la prise en charge des cas, les comportements, les systèmes de santé et la prévention. Il souligne l'importance de la recherche axée sur les systèmes de santé et espère bien pouvoir examiner un plan de stratégie et le présenter à sa prochaine réunion.

5.4.1.3 Le Groupe note que la recherche sur les systèmes de santé dans l'optique de la prise en charge des cas d'IRA constitue une excellente occasion de collaborer avec l'Essential National Health Research (ENHR), comme l'a préconisé la International Commission for Health Research (Commission internationale pour la recherche sur la santé). Le personnel des programmes nationaux IRA doit être encouragé à collaborer aux efforts de l'ENHR dans leurs pays et à utiliser à cet effet les instruments du Programme IRA comme les enquêtes dans les ménages et auprès des établissements de soins et l'Étude ethnographique ciblée.

5.4.1.4 Le Groupe recommande qu'au besoin, les activités liées à la recherche sur la prise en charge des cas d'IRA et la prévention envisagent ces questions essentielles dans le contexte des autres grandes maladies infantiles présentées dans l'initiative en faveur de l'enfant malade. Le Groupe appuie sans réserve les projets d'étude concertées avec d'autres programmes à l'OMS.

5.4.1.5 Le Groupe recommande au Programme, afin de multiplier les occasions de mettre à exécution les projets de recherche sur les IRA, de recruter et de faire appel à des chercheurs de pays en développement. Cette participation devrait uniquement intervenir au titre de projets de recherches précis et non dans le cadre de bourses institutionnelles visant à renforcer la recherche.

5.4.2 Recherche sur la prise en charge des cas

5.4.2.1 Le Groupe approuve que l'on continue d'accorder la priorité à la recherche qui vise à résoudre les questions déterminantes liées à la stratégie de prise en charge standard des cas d'IRA.

5.4.2.2 Le Groupe recommande que l'on continue d'être attentif aux effets du cotrimoxazole dans les zones où une résistance antibactérienne a été établie. L'analyse et la collecte de données doivent se poursuivre au Pakistan afin de mettre en lumière la relation entre les preuves de résistance obtenues en laboratoire et l'efficacité clinique, et notamment

d'étudier les bienfaits possibles de l'administration d'une dose accrue de cotrimoxazole. Une fois ces résultats analysés, on verra s'il y a lieu de choisir des sites d'études supplémentaires.

5.4.2.3 Comme il est essentiel, pour appliquer la stratégie de prise en charge des cas d'IRA, de disposer d'un antibiotique oral qui soit efficace et d'un coût abordable pour le traitement ambulatoire de la pneumonie, le Groupe recommande que soit accordé un rang élevé de priorité à l'étude de cures antibiotiques simplifiées ou moins coûteuses, en particulier à l'amoxicilline administrée par voie orale, avec ou sans ajout de probénécide, à usage ambulatoire. En outre, il est recommandé de réaliser des études visant à diminuer la fréquence d'administration de la benzylpénicilline par voie parentérale pour les malades hospitalisés.

5.4.2.4 Le Groupe note avec satisfaction que l'étude multicentres sur les tout jeunes nourrissons a très bien progressé. Il ne doute pas que les résultats de cette étude et des études pharmacocinétiques aideront à prendre en charge ces enfants.

5.4.2.5 Le Groupe note avec satisfaction les progrès réalisés dans les études concernant les signes cliniques, l'étiologie et le traitement des enfants sévèrement malnutris ainsi que des études pharmacocinétiques du chloramphénicol dans ce groupe à haut risque. On analysera les résultats de deux études en cours avant de choisir un site d'étude supplémentaire.

5.4.2.6 Le Groupe félicite le groupe de travail sur la radiologie pour sa précieuse contribution aux études actuelles de recherche grâce à l'interprétation normalisée des radiographies, et l'encourage à poursuivre son action.

5.4.3 Recherche sur les comportements et la communication

5.4.3.1 Le Groupe note avec satisfaction les progrès réalisés dans la recherche visant à valider l'étude ethnographique ciblée et sur les protocoles visant à faciliter l'adaptation locale des messages par les mères et à les tester. Le Groupe recommande que ces derniers figurent dans le *Guide to the use of FES data in national ARI programmes* (Guide d'utilisation des données issues de l'étude ethnographique ciblée dans les programmes nationaux IRA) et de mettre ces données à disposition des programmes nationaux dès que possible.

5.4.3.2 Le Groupe appuie la proposition d'élaboration d'un instrument national de programme qui aura pour objet d'étudier les croyances et les comportements des agents de santé. On pourra ainsi analyser les difficultés que ceux-ci éprouvent à assurer une bonne prise en charge des cas après leur formation et déterminer les moyens d'y parvenir.

5.4.3.3 Le Groupe encourage le Programme à étudier la possibilité de mettre au point des interventions qui faciliteraient la demande rapide de soins pour les enfants malades, en particulier pour les tout jeunes nourrissons.

5.4.3.4 Le Groupe appuie vivement les projets d'évaluation des emballages d'antibiotiques dans le but d'améliorer l'observation de l'antibiothérapie.

5.4.3.5 Le Groupe recommande que la recherche sur la reconnaissance des IRA, la prise en charge de l'enfant malade par les ménages et la demande de soins soient envisagées dans le contexte d'autres grandes maladies infanto-juvéniles, comme élément de l'initiative en faveur de l'enfant malade.

5.4.4 Recherche sur les systèmes de santé

5.4.4.1 Le Groupe note avec satisfaction les progrès réalisés conjointement avec la Banque mondiale pour estimer le coût de la prise en charge ambulatoire des cas d'IRA comme élément de la prise en charge intégrée de l'enfant malade. Il prend note de la collaboration croissante instaurée avec d'autres programmes de l'OMS en vue d'étudier le rapport coût-efficacité de différents éléments de programmes nationaux de lutte contre les IRA dans le cadre de la prise en charge de l'enfant malade.

5.4.4.2 Le Groupe fait sienne la nécessité d'obtenir des informations valables sur les caractéristiques de la sensibilité antimicrobienne de *S. pneumoniae* et d'*H. influenzae* dans les pays qui mettent en œuvre des programmes nationaux de lutte contre les IRA, et recommande que le typage sérologique des souches invasives d'*H. influenzae* et de *S. pneumoniae* fassent partie du programme de surveillance. Il appuie la réalisation d'essais de terrain du *Manuel de surveillance nationale de la résistance antimicrobienne de S. pneumoniae et H. influenzae : méthodes épidémiologiques et microbiologiques* et encourage le Programme à continuer d'analyser comment l'on pourrait simplifier les méthodes de laboratoire et de surveillance.

5.4.4.3 Le Groupe accueille avec satisfaction la mise en forme définitive des manuels d'enquête LMD/IRA dans les ménages et auprès des établissements de soins et appuie leur mise en œuvre. Il recommande de mettre au point un instrument d'enquête sur les patients hospitalisés et des protocoles qui permettent aux programmes nationaux de surveiller les taux de létalité des malades hospitalisés classés selon le degré de gravité de la pneumonie. Il prend note de la médiocrité des résultats obtenus à l'aide des méthodes d'enquête transversale afin de mesurer la mortalité liée aux IAVRI et déconseille de les utiliser pour évaluer les programmes nationaux jusqu'à ce que la recherche ait permis d'améliorer leur efficacité.

5.4.4.4 Le Groupe recommande que la priorité soit donnée à la mise au point et à l'évaluation de systèmes propres à maintenir la qualité de la prise en charge des cas. Ces mécanismes doivent comporter des méthodes d'amélioration continue de la qualité et envisager des moyens d'améliorer la supervision sur place et de combiner des visites de supervision avec des cours de recyclage. Eu égard à l'initiative en faveur de l'enfant malade, le TAG recommande que les futurs projets de recherche sur les systèmes de santé concernant la surveillance et la supervision s'intéressent à d'autres grands problèmes de santé chez l'enfant, en dehors des IRA.

5.4.4.5 Le Groupe recommande au Programme de distribuer des directives relatives à l'oxygénothérapie et de commander une analyse économique d'autres méthodes d'approvisionnement en oxygène dans les pays en développement.

5.4.4.6 Le Groupe recommande que l'on continue à tirer parti de l'expérience résultant de l'application de la stratégie de prise en charge des cas, y compris des obstacles rencontrés, pour cerner les questions et les priorités qui ont trait à la recherche sur les systèmes de santé.

5.4.5 Recherche sur la prévention

5.4.5.1 Le Groupe félicite le Programme des progrès réalisés dans l'étude des facteurs de risque de pneumonie infanto-juvénile et des interventions préventives possibles (voir le point 3). Il l'encourage en outre à indiquer, une fois achevée cette étude, dans quelle mesure les nourrissons à haut risque peuvent être repérés, afin de leur vouer une attention particulière.

5.4.5.2 Le Groupe appuie les conclusions de l'étude sur la prévention qui envisagent les conséquences probables d'interventions connues et les recommandations exhortant à l'effort qui sont formulées dans le rapport qui en a été fait au Groupe.

5.4.5.3 Le Groupe note avec satisfaction qu'un essai de terrain visant à déterminer l'efficacité d'un vaccin conjugué contre *H. influenzae* de type b (Hib) comme moyen de prévention de la pneumonie a commencé en Gambie avec l'aide partielle du Programme. Les résultats de cet essai sont attendus en 1996. Du fait qu'un grand nombre d'études sur l'efficacité - réalisées par des pays développés - lient l'efficacité à l'immunogénicité, des études locales de l'immunogénicité doivent être encouragées pour permettre d'extrapoler à d'autres régions les résultats de l'étude réalisée en Gambie.

5.4.5.4 Le Groupe encourage le Programme à participer à la planification, à la réalisation et à la surveillance d'essais de l'immunogénicité et de l'efficacité sur des sites d'étude appropriés de pays en développement afin de déterminer les possibilités d'action de vaccins conjugués anti-pneumococciques dans la prévention de la pneumonie et la colonisation par *S. pneumoniae*. Compte tenu des répercussions importantes qu'ils peuvent entraîner sur les décès par pneumonie, il convient de donner un haut rang de priorité à la mise au point et à l'essai sur le terrain de ce type de vaccins.

5.4.5.5 Le Groupe encourage le Programme à se tenir au courant des résultats des études visant à apprécier les avantages et les inconvénients de la vaccination des mères contre *S. pneumoniae* et contre Hib pour prévenir la pneumonie grave dans les premiers mois de la vie.

5.4.5.6 Le Groupe appuie les projets de lancement d'un essai d'une intervention destinée à évaluer les conséquences de la réduction de la pollution de l'air à l'intérieur des habitations sur la pneumonie infanto-juvénile, de l'insuffisance pondérale à la naissance et d'autres problèmes de santé. Même si le Programme a lancé ce projet sur le plan technique et qu'il continuera certainement à coordonner le Groupe d'études international et à mettre en œuvre des études essentielles de développement, il ne pourra probablement contribuer qu'en

partie au coût total des principales études à mener; il doit donc s'efforcer de mobiliser les organismes et les institutions de collaboration.

5.4.5.7 Le Groupe se félicite de la méta-analyse rapide et globale et de l'examen de toutes les données disponibles sur l'apport supplémentaire de vitamine A et la pneumonie. Il appuie la recommandation du Programme de ne pas administrer de supplément de vitamine A au nourrisson de moins de 5 mois, sauf en cas de rougeole et de symptômes oculaires évocateurs d'une avitaminose A, avant que la recherche n'établisse clairement l'innocuité de ce traitement (tant du point de vue de la toxicité aiguë que de la morbidité due aux IAVRI). En collaboration avec d'autres programmes de l'OMS, le Programme IRA doit apporter une aide financière et technique au projet d'étude multicentres sur l'innocuité de l'administration de vitamine A au moment de la vaccination à 6, 10 et 14 semaines; cette étude servira à mesurer la toxicité aiguë, la morbidité liée aux IAVRI et à la diarrhée et la réponse immunitaire aux vaccins.

5.4.5.8 Le Groupe recommande au Programme d'étudier le refroidissement comme facteur de risque potentiel de pneumonie en analysant à fond les données existantes et en examinant sous quel angle aborder ce problème.

5.4.5.9 Le Groupe appuie la proposition du Programme qui tend à formuler des directives susceptibles d'améliorer les méthodes de surveillance prospective de la pneumonie en vue de faciliter les essais d'interventions, en particulier d'interventions préventives.

5.5 Questions budgétaires

5.5.1 Le Groupe approuve le budget révisé pour 1992-1993, qui s'établit à US\$ 13,4 millions de dollars, et se dit satisfait de voir que l'augmentation des contributions au Programme permet cette hausse de 14,4 % par rapport au budget précédent pour cette période.

5.5.2 Le Groupe accueille avec satisfaction l'augmentation importante de fonds en faveur des activités dans la Région africaine, et espère qu'elle stimulera les efforts dans cette Région.

5.5.3 Le Groupe recommande à nouveau au Programme de se procurer des fonds spéciaux pour aider les programmes de lutte contre les IRA des nouveaux États indépendants d'Europe orientale et d'Asie centrale, où la pneumonie semble être une cause principale de mortalité infanto-juvénile.

5.5.4 Le Groupe approuve le projet de budget de US\$ 16 millions de dollars pour 1994-1995, qui représente une augmentation réelle de 9,4 % compte tenu de l'inflation, et estime que les progrès dont le Programme a fait état jusqu'ici justifient pleinement l'élargissement tant des activités de service que de recherche. Il prie instamment le Programme de poursuivre ses efforts en vue de trouver de nouvelles aides financières.

6. Neuvième réunion du Groupe consultatif technique

Le Groupe a décidé de tenir sa réunion suivante du 7 au 9 mars 1994 au Siège de l'OMS à Genève. Si la Réunion des parties intéressées devait procéder à l'examen externe recommandé par le groupe de travail informel qui s'est réuni en février 1993, le Groupe recommanderait au Programme de siéger au complet en 1994 de façon à ce que tous ses membres puissent participer à l'étude du rapport de cet examen. Il a également suggéré que ce rapport soit examiné à l'occasion d'une séance conjointe avec le Groupe consultatif technique du Programme LMD, lequel se réunira du 9 au 12 mars 1994; cette séance aura donc lieu le dernier jour de la réunion du Groupe consultatif technique du Programme IRA, qui coïncidera avec le premier jour de la réunion correspondante du Programme LMD. Lorsque la réunion des Parties intéressées aura pris une décision à propos de cet examen externe, le Programme arrêtera définitivement le programme de la réunion de 1994 en consultation avec les présidents des groupes consultatifs techniques des programmes IRA et LMD.

Quelle que soit la décision prise au sujet de l'examen externe, le Groupe consultatif technique a proposé que l'ordre du jour de la réunion de 1994 comprenne un tour d'horizon de l'état d'avancement du Programme, présente les questions suivantes et les soumette à l'examen :

- analyse des indicateurs et des cibles principales du Programme, dont les indicateurs sur la qualité de la formation;
- plan stratégique pour la recherche sur les systèmes de santé;
- rapport actualisé sur l'examen de l'efficacité, de l'applicabilité et du coût de stratégies préventives;
- plans de surveillance de l'antibiorésistance, y compris les données rassemblées au Pakistan et sur d'autres lieux d'essais de terrain.