

54212

Distr.: limitée
CDR/MIP/94.13
Original: anglais

E: J3749

***Division de la lutte contre les maladies diarrhéiques et
les infections respiratoires aiguës***

RAPPORT DE LA QUATORZIEME REUNION DES PARTIES INTERESSEES

Genève, 30 juin - 1 juillet 1994



Organisation mondiale de la Santé

Table des matières

	Page
Résumé et conclusions	3
1. Introduction	5
2. Ouverture de la réunion	5
3. Adoption de l'ordre du jour	6
4. Questions concernant le rapport de la treizième Réunion des parties intéressées	6
5. Rapport de l'examen externe des Programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës	6
6. Programme de lutte contre les infections respiratoires aiguës	9
6.1 Vue d'ensemble — Etat d'avancement et projets du Programme	9
6.2 Rapport de la neuvième Réunion du Groupe consultatif technique	12
6.3 Rapport financier pour l'exercice biennal 1992-1993	14
6.4 Situation financière et budget révisé pour 1994-1995	15
7. Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance — rapport de situation	16
8. Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques	17
8.1 Vue d'ensemble — Etat d'avancement et projets du Programme	17
8.2 Rapport de la quinzième Réunion du Groupe consultatif technique	20
8.3 Rapport financier pour l'exercice biennal 1992-1993	21
8.4 Situation financière et budget révisé pour 1994-1995	22
9. Date et lieu de la prochaine réunion	23
10. Questions diverses	23
Annexe 1 Liste des participants	24
Annexe 2 Ordre du jour	30

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 de l'OMS. Aucune partie ne doit être chargée dans un système documentaire ou diffusée sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit - électronique, mécanique ou autre - sans une autorisation préalable de l'OMS.

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

RESUME ET CONCLUSIONS

Les participants à la quatorzième Réunion des parties intéressées des Programmes de lutte contre les infections respiratoires aiguës (IRA) et les maladies diarrhéiques (LMD) ont accepté le rapport de la treizième Réunion et noté les mesures prises à leur demande.

En ce qui concerne l'Examen externe des deux programmes, les participants à la Réunion:

1. Ont en substance approuvé l'évaluation très positive - faite par le Groupe chargé de l'Examen externe - des résultats obtenus sur le plan technique et programmatique par la Division de la lutte contre les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës (CDR).
2. Ont avancé qu'il n'appartenait pas à CDR de donner suite aux recommandations 1,2 et 3 (lignes 3 et 4) mais ont demandé que le Directeur général de l'OMS examine ces questions et éventuellement prenne des mesures (voir annexe 1 du Rapport de l'Examen externe: recommandations dans le cadre de l'Examen externe).

Ont estimé qu'il n'appartenait pas à CDR de donner suite aux recommandations 1 à 14 mais ont demandé que les bailleurs de fonds prennent éventuellement des mesures.

3. Ont noté que CDR, les donateurs, les pays bénéficiaires et l'OMS notamment devaient donner suite aux recommandations et aux constatations figurant dans le rapport, et ont proposé d'organiser une autre réunion informelle en vue d'examiner les mesures prises et le suivi assuré par ces groupes.
4. Ont proposé que CDR étudie les recommandations et les constatations exposées dans le rapport de l'Examen externe et fasse part de la suite à leur donner aux participants à la Réunion en indiquant les plans d'action retenus et leurs conséquences sur le plan financier.

Ont proposé que CDR communique cette réaction par écrit aux participants à la Réunion avant le 15 août en les invitant à lui présenter leurs observations à ce sujet pour en débattre lors d'une réunion informelle le 30 août 1994.

Ont proposé à CDR de rendre compte, à la Réunion qui aura lieu en 1995, des progrès se rapportant à la suite à donner aux recommandations issues de l'Examen externe.

En ce qui concerne les deux programmes, les participants à la Réunion:

1. Ont examiné et commenté l'état d'avancement et les projets des programmes ainsi que les rapports des neuvième (IRA) et quinzième (LMD) réunions des Groupes consultatifs techniques de ces programmes.
2. Ont assuré de nouveau les deux programmes de leur soutien en faveur des principales démarches adoptées, soulignant une nouvelle fois que les activités en matière d'IRA et de LMD étaient importantes à tous les niveaux d'un système de soins de santé primaires intégrés.
3. Ont félicité le Secrétariat des progrès et des résultats considérables obtenus l'année précédente et de la grande qualité des documents, en particulier des rapports de programmes pour l'exercice 1992-1993.
4. Ont accueilli avec satisfaction la recherche par le Programme de formules de financement bilatérales et multilatérales en vue d'appuyer des activités au niveau des pays et ont entrepris de faciliter les relations avec les donateurs concernés dans les pays et aux sièges des organismes donateurs.

5. Ont réaffirmé qu'il était important d'élaborer et de mettre en oeuvre des interventions préventives et ont accueilli favorablement les activités programmatiques dans les domaines suivants: nutrition, en particulier l'allaitement maternel, pollution à l'intérieur des habitations, recherche sur les vaccins et examen d'interventions préventives potentielles pour la lutte contre les IRA.
6. Ont salué les efforts des programmes en vue de mettre au point des méthodes permettant de mieux contrôler la qualité du travail de l'agent de santé.
7. Ont demandé qu'à l'avenir, l'état des budgets révisés soit soumis à l'avance, en même temps que les autres documents.

En ce qui concerne l'élaboration de l'approche intégrée de la prise en charge des maladies de l'enfance, les participants à la Réunion:

1. Ont accueilli avec satisfaction le rapport de situation sur cette activité et souscrit à la manière d'envisager la question.
2. Tout en prenant en considération le fait que certains pays réclament des approches intégrées, ont instamment demandé d'engager ces activités de manière progressive, de façon à ne pas désorganiser les programmes IRA et LMD en cours, et de les évaluer avec soin.
3. Ont félicité CDR du rôle qu'il a joué dans la mise sur pied d'un groupe de travail informel, au siège, afin de coordonner les apports d'un certain nombre de programmes, ainsi que du niveau de collaboration atteint.
4. Ont instamment demandé à l'OMS d'accorder également toute l'attention voulue aux interventions préventives axées sur les grandes maladies responsables de décès d'enfants.

En ce qui concerne le Programme IRA, les participants à la Réunion:

1. Ont vivement engagé les responsables du Programme de faire connaître les résultats de la recherche ainsi que le fondement scientifique de la méthode de prise en charge des cas de façon qu'ils soient plus largement acceptés, en particulier par les responsables de la santé.
2. Ont accueilli avec satisfaction les travaux concernant les aspects de la lutte contre les IRA qui ont trait au comportement, y compris l'utilisation d'études ethnographiques ciblées.
3. Ont salué les efforts visant à renforcer l'aide accordée aux pays africains en particulier, et ont à nouveau fortement recommandé de les poursuivre.
4. Ont accepté le budget révisé pour 1994-1995 et pris note avec satisfaction des annonces de contributions qui devraient permettre au Programme de combler son déficit.

En ce qui concerne le Programme LMD, les participants à la Réunion:

1. Ont accepté le rapport portant sur l'impact des activités programmatiques au Brésil et ont incité à poursuivre les efforts visant à mesurer l'incidence du programme dans d'autres pays.
2. Ont à nouveau vivement engagé le Programme à renforcer ses activités en Afrique et ont noté que des efforts considérables devaient encore être fournis pour mettre sur pied, au niveau national, des programmes de lutte durables dans cette région.

3. Ont accepté le budget révisé pour 1994-1995 et ont exprimé leur préoccupation devant la situation financière grave que connaît actuellement le Programme. Les donateurs étaient instamment priés tout au moins de maintenir leurs contributions à leurs niveaux actuels lorsque cela est possible et de les verser aussitôt que possible. Les participants à la Réunion ont noté avec approbation la façon dont le Programme a jusqu'ici préparé un budget réaliste -plutôt que péchant par optimisme - pour 1996-1997, tout en demandant que l'on envisage également de présenter un budget de réserve mentionnant les activités qui pourraient être mises en oeuvre au cas où des fonds supplémentaires seraient dégagés.

* * *

1. INTRODUCTION

Les représentants de 31 gouvernements et de 13 organismes ont participé à la quatorzième Réunion des parties intéressées, convoquée par la Division CDR les 30 juin et 1er juillet 1994 au Siège de l'OMS afin d'examiner:

- a) le rapport final de l'Examen¹ externe des deux Programmes;
- b) l'état d'avancement et les projets du Programme IRA, et notamment le rapport de la neuvième Réunion de son Groupe consultatif technique;
- c) un rapport de situation sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance;
- d) l'état d'avancement et les projets du Programme LMD, et notamment le rapport de la quinzième réunion de son Groupe consultatif technique et les activités programmatiques concernant la lutte contre le choléra, et
- e) pour les deux programmes, le rapport financier pour l'exercice 1992-1993 et la situation financière et les budgets révisés pour 1994-1995.

La liste des participants à la Réunion figure à l'annexe 1.

2. OUVERTURE DE LA REUNION

Le Docteur R. Henderson, sous-directeur général, en ouvrant la Réunion, a souligné que dans un monde complexe et en changement, il est de plus en plus important - et aussi de plus en plus difficile - d'arrêter des priorités en matière de santé. Toutefois, si l'on est en droit de s'inquiéter de l'avenir, il n'en reste pas moins que la santé des enfants aujourd'hui, en particulier dans les pays en développement, qui ont une moins grande capacité d'action, ne saurait être négligée. En traitant les deux principales causes de morbidité et de décès chez l'enfant, les programmes LMD et IRA contribuent à faire avancer le "mouvement pour la survie de l'enfant".

Les responsables de ces deux programmes ont élaboré de bons outils techniques et des instruments de gestion qui permettent d'offrir des services de santé élémentaires pour lutter contre les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës. Il est vivement recommandé de se servir des directives programmatiques pour la planification, la formation, la communication et l'évaluation. Ces programmes figurent également parmi ceux qui, à l'OMS, ont réussi à établir un pont entre la recherche et la mise en oeuvre du programme et s'en sont servi pour veiller à ce que les activités de développement soient pertinentes.

¹ Il a été décidé par les trois organes qui constituent le Comité d'examen de la gestion que l'Examen externe LMD/IRA pouvait exceptionnellement remplacer la tenue de sa quatorzième réunion.

Outre leurs activités propres, ces deux programmes, qui forment la division CDR, coordonnent au siège de l'OMS des efforts plus vastes visant à élaborer une approche intégrée des principales causes de mortalité infanto-juvénile. Cette action concerne 10 programmes de l'OMS, qui collaborent avec l'UNICEF, et constitue un modèle de collaboration entre les divisions qui mériterait d'être appliqué à d'autres secteurs d'activités de l'Organisation.

Le Docteur Henderson a remercié le Groupe chargé de l'Examen externe, représenté à la Réunion par le Docteur Ashley, des efforts qu'il a déployés ces derniers mois pour procéder en toute indépendance à l'évaluation des programmes LMD et IRA et a espéré que la Réunion jugerait que le Groupe, et partant l'Examen, avait rempli son objectif.

Le Docteur Henderson a eu le plaisir d'annoncer que la contribution prévue aux programmes LMD et IRA pour 1994 et 1995, imputée sur le budget ordinaire de l'OMS était 15 % plus élevé que pour l'exercice précédent, ce qui confirmait l'attachement continu de l'OMS à ces deux programmes. Toutefois, l'étendue du travail à fournir pour être à la hauteur des besoins des pays excède de loin les fonds disponibles provenant du budget ordinaire. Le Docteur Henderson et les programmes - connaissaient parfaitement le rôle vital que jouaient les donateurs en apportant des fonds extrabudgétaires et ils espéraient qu'en dépit des problèmes énormes et urgents posés à la santé et à la stabilité générale dans le monde, les enfants du monde en développement continueraient de recevoir l'attention qu'ils méritent.

Les participants à la Réunion ont élu comme Président le Docteur B. Liese, Directeur des Services de Santé à la Banque mondiale à Washington, D.C. (Etats Unis d'Amérique).

3. ADOPTION DE L'ORDRE DU JOUR

Les participants ont adopté le projet d'ordre du jour en modifiant l'ordre des sujets à traiter (voir annexe 2). Il a été décidé de présenter en premier le rapport du Groupe chargé de l'Examen externe.

4. QUESTIONS CONCERNANT LE RAPPORT DE LA TREIZIEME REUNION DES PARTIES INTERESSEES

Les participants à la Réunion ont adopté le rapport de la treizième Réunion².

5. RAPPORT DE L'EXAMEN EXTERNE DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHEIQUES ET LES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES

Le Docteur Deanna Ashley, présidente du Groupe chargé de l'examen externe, a présenté en détail les objectifs, la méthodologie et les résultats de l'Examen ainsi que les recommandations formulées dans ce cadre.

La composition du Groupe chargé de l'Examen était la suivante:

- Docteur Deanna Ashley, santé maternelle et infantile et planification familiale, ministère de la Santé, Kingston, Jamaïque
- Docteur John Bennett, Task Force for Child Survival and Development, Carter Center, Atlanta, Etats-Unis d'Amérique
- Docteur Sadia Chowdhury, Programme pour la santé et le développement des femmes, Bangladesh Rural Advancement Committee, Dhaka, Bangladesh
- Docteur Adetokunbo Lucas, Department of Population and International Health, Harvard School of Public Health, Boston, Etats-Unis d'Amérique

² Document CDR/MIP/93.10

- Docteur Paul Nchoji Nkwi, département d'anthropologie, Université de Yaoundé, Cameroun
- Docteur Giovanni de Virgilio, Istituto Superiore di Sanita, Rome, Italie

Le Groupe s'est rendu officiellement dans cinq pays, à savoir le Brésil, le Guatemala, le Pakistan, les Philippines et la Zambie, et a profité de la présence de membres du groupe dans quatre autres pays pour se renseigner également sur les programmes. Des entretiens ont été tenus avec les personnels appartenant à des organismes de collaboration bilatérale qui apportent également une aide financière aux programmes et avec ceux qui relèvent de différents programmes OMS au Siège et dans les bureaux régionaux, ainsi qu'avec des représentants d'organismes collaborateurs.

Le Docteur Ashley a brièvement rappelé l'évolution des deux programmes qui a abouti à la coordination, assurée par trois groupes de travail internes, de leurs activités de recherche et de développement au niveau mondial, tandis que le soutien aux programmes nationaux est assuré à la fois distinctement et, peu à peu, de façon intégrée.

En prenant l'initiative de coordonner la préparation d'une approche intégrée de la prise en charge de l'enfant malade, la Division a renforcé sa collaboration avec d'autres programmes de l'OMS. La collaboration avec l'UNICEF et d'autres partenaires pour la mise en oeuvre du programme et la recherche et le développement est généralement satisfaisante et fructueuse.

Le Docteur Ashley a examiné l'état d'avancement des programmes compte tenu de leurs cibles, lesquelles sont résumées dans les rapports annuels les concernant. Au niveau des pays, on s'était en particulier intéressé, dans le cadre de l'examen, au rang de priorité accordé aux programmes par les pouvoirs publics, et en conclusion, il ressortait que ces programmes avaient réussi, à des degrés divers, bien évidemment, à attirer l'attention et à recueillir un soutien. On s'inquiétait dans le rapport de savoir si les résultats obtenus jusqu'ici étaient durables. On prenait également en considération le fait qu'il fallait trouver un équilibre entre la nécessité d'élaborer des approches intégrées et celle de ne pas perdre de vue ce qui avait caractérisé et en partie expliqué le relatif succès des programmes.

Il était admis dans le rapport de l'Examen qu'il était difficile de mesurer les changements intervenus dans la mortalité infanto-juvénile et surtout de les attribuer à des programmes particuliers. En conclusion néanmoins, on pouvait raisonnablement penser que le Programme LMD avait tout au moins contribué à la baisse de la mortalité de ce type dans le monde.

L'impact potentiel des programmes était, jugeait-on, limité par un nombre de facteurs inhérents au système, dont la forte rotation du personnel dans les services de santé et une collaboration intersectorielle insuffisante, notamment avec le secteur privé et les organisations non gouvernementales (ONG).

En ce qui concerne l'examen des activités de recherche, on a noté qu'il y avait eu une diminution de la recherche fondamentale depuis la création du programme LMD parallèlement à un renforcement de la recherche opérationnelle. On estimait que la recherche comportementale, assez avancée pour le programme IRA et plus faible pour le programme LMD, devait être encouragée. Actuellement, environ 25 % des ressources des programmes vont à la recherche. D'après le rapport de l'Examen, les résultats de ces travaux avaient bien servi à élaborer une politique et des directives mondiales générales, mais l'application directe au niveau des pays était moins évidente. Il était donc nécessaire de renforcer la capacité de recherche au niveau national; à cet égard, le recours par les programmes aux ateliers portant sur la mise au point de projets avait reçu un accueil favorable dans le rapport.

En ce qui concerne l'évaluation de la gestion des programmes, les personnels des deux programmes ont été félicités dans le rapport de l'Examen; en effet, malgré des effectifs réduits, le travail effectué est énorme. La gestion des fonds alloués au Programme était jugée satisfaisante. Toutefois, le maintien de deux Groupes consultatifs techniques paraissait une dépense inutile, et il était recommandé de les regrouper. Quant au rôle de la Réunion des Parties intéressées, peut-être méritait-il d'être mieux défini.

Le Docteur Ashley a conclu son exposé en résumant les 18 recommandations formulées dans le cadre de l'Examen (voir encadré page 10).

À l'issue de la présentation du Docteur Ashley, les participants à la Réunion ont formulé un certain nombre d'observations et le Docteur Ashley a apporté des éclaircissements, le cas échéant. Les débats ont surtout porté sur les questions ci-après:

- Le choix des pays à retenir pour l'Examen s'est inévitablement porté sur les pays où l'existence de certains paramètres permettait une évaluation: un programme LMD ou IRA opérationnel, par exemple, et doté d'un centre de coordination capable d'organiser la visite dans le pays retenu. Faute de temps, et pour des raisons d'organisation, seul un nombre limité de pays ont pu faire l'objet d'une visite.
- D'après l'équipe chargée de l'Examen, on pouvait raisonnablement conclure que le programme LMD avait contribué à abaisser les taux de mortalité observés dans de nombreux pays. Les programmes étaient vivement encouragés à poursuivre leurs efforts visant à mesurer l'incidence de leur action sur la mortalité et, le cas échéant, sur la morbidité.
- Les participants à la Réunion, pensait-on, devraient être en mesure de préciser le rôle de la Réunion des parties intéressées eux-mêmes, sans avoir recours à un mécanisme plus formel.
- Si tous s'accordaient à penser que les programmes devaient oeuvrer davantage dans le domaine de la prévention des maladies, il a néanmoins été admis qu'une recommandation similaire formulée à l'occasion du précédent Examen externe du Programme LMD n'avait pas été suivie d'une augmentation des ressources. Il ne fallait pas compter que les programmes étendent leur domaine d'action sans accroissement des fonds, comme recommandé par l'équipe chargée de l'Examen externe.
- En conclusion, on manquait de temps pour examiner convenablement tous les résultats de l'examen et la manière dont les programmes envisageaient de leur donner effet. Il a été convenu qu'une réunion de suivi serait tenue avec les parties qui souhaitaient y participer le 30 août 1994. Le Secrétariat avait jusqu'au 15 août pour communiquer aux participants la suite qu'il entendait donner aux résultats de l'Examen et aux recommandations.

Le président a demandé au Docteur Tulloch d'analyser les résultats de l'Examen externe et les débats. Il a remercié le groupe chargé de cet Examen pour ses efforts et pour l'évaluation très positive des programmes. L'Examen avait vraiment été réalisé en toute indépendance, le Secrétariat collaborant du mieux possible quand il y était invité. Il appartenait à la Réunion des parties intéressées de décider quelle suite il fallait donner à cette étude. Le Secrétariat a accueilli avec satisfaction la possibilité qui lui a été laissée d'analyser les résultats de l'Examen et d'y réagir avant la réunion de suivi.

Il a confirmé que la plupart des données présentées dans le rapport du Groupe chargé de l'Examen externe provenaient des programmes, en soulignant qu'il était illusoire d'attendre d'un petit groupe externe qu'il vérifie, en un temps limité, les informations générées par les Programmes tout au long de l'année, à l'aide de plusieurs instruments d'évaluation. Les données reçues ont été analysées de manière critique et les programmes n'ont pas retenu que les résultats positifs, comme l'indiquait clairement les faibles taux notifiés pour certains indicateurs clés.

En ce qui concerne la redéfinition du rôle de la Réunion des parties intéressées, le Docteur Tulloch a souligné qu'il ne s'agissait pas d'une instance constituée de membres officiels mais d'un simple mécanisme qui permettait de faire connaître, chaque année, l'état d'avancement, des projets et la situation financière des programmes. Le Secrétariat avait par le passé réagi aux observations faites à la Réunion sur les orientations et les priorités des programmes et il ne fallait pas espérer améliorer cette procédure en officialisant la structure ou le mandat.

Le rôle attribué à CDR en matière de coordination de la prise en charge intégrée de l'enfant malade grevait les ressources de la Division. Il était illusoire de penser que la Division pouvait maintenir un vaste programme en matière de recherche et de mise en oeuvre dans tous les domaines de la prévention des maladies, notamment dans la mesure où d'autres programmes étaient chargés de plusieurs aspects de cette prévention.

Le Docteur Tulloch a conclu en rappelant que certaines recommandations émises par le Groupe chargé de l'Examen externe n'étaient pas destinées aux programmes strictement mais aussi aux donateurs, notamment. On ferait le mieux possible, dans le cadre des programmes, pour tenir dûment compte de ces recommandations et on espérait que tous ceux qui étaient concernés en feraient de même.

6. PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES

6.1 Vue d'ensemble - Etat d'avancement et projets du Programme

Le Docteur J. Tulloch, Directeur de CDR, en faisant le point des progrès accomplis, s'est rapporté au Sixième Rapport du Programme pour 1992-1993³, et a commencé par présenter un rapport sur les activités de recherche.

Trente-cinq nouveaux projets de recherche ont bénéficié d'une aide financière en 1992-1993 et 20 autres continuaient d'être soutenus. Ces travaux intéressaient 22 pays et se répartissaient de manière égale entre la prise en charge des cas, la recherche comportementale, la recherche sur les systèmes de santé et les travaux relatifs à la prévention des maladies.

Une des principales réalisations avait été l'achèvement d'une étude multicentrique, engagée en 1990, sur les signes cliniques et les agents étiologiques de la pneumonie, de l'épisode septique et de la méningite chez le jeune enfant. 8400 nourrissons avaient été recrutés pour l'étude et 2400 avaient subi un examen clinique et un bilan radiographique et de laboratoire complets, d'où un ensemble de données très riches sur le sujet. Les résultats de l'analyse préliminaire faisaient apparaître un taux de létalité notablement plus élevé associé à une hypoxémie et mettaient en évidence le rôle important que jouaient les germes suivants: *Streptococcus pneumoniae*, les streptocoques du groupe A et *Streptococcus aureus*. Une analyse détaillée se poursuivait.

Les autres études qui étaient sur le point d'être achevées étaient les suivantes: comparaison du cotrimoxazole et de l'amoxicilline dans le traitement de la pneumonie, pharmacocinétique du cotrimoxazole et du chloramphénicol, antibiothérapies de rechange, méthodes optimales d'administration de l'oxygène, facteurs de risque de rechute à la suite d'un traitement pour la pneumonie et diagnostic de pneumonie chez l'enfant malnutri.

En procédant à des essais de terrain du Manuel sur la surveillance de l'antibiorésistance dans trois pays, le Programme avait cerné de nombreux problèmes pratiques qu'il fallait à présent résoudre, dont le besoin de simplifier, si possible, les méthodes de laboratoire.

En matière de recherche sur les comportements et la communication, on a cherché à valider l'utilisation du protocole d'étude ethnographique ciblée mis au point par le Programme et à compléter les résultats de cette étude dans un pays distinct en utilisant un protocole plus simple qui permet de s'adapter à d'autres zones géographiques.

L'examen des interventions préventives potentielles a été mené à terme en 1993. Il en ressort que le vaccin pneumococcique conjugué et la réduction de la pollution de l'air dans les habitations sont les interventions qui ont le plus de chances de réduire les infections aiguës des voies respiratoires, de 18 et de 13 à 20 %.

³ Document WHO/ARI/94.33

RECOMMANDATIONS

1. a) Accroître les fonds alloués à CDR par les donateurs.
b) L'OMS doit accroître le financement de base à CDR.
2. L'OMS doit préciser comment s'organisent les programmes qui s'occupent de la santé des enfants et quelles sont leurs responsabilités.
3. L'OMS doit établir un mandat clair pour l'Initiative en faveur des enfants malades.
4. L'Initiative doit être mise en oeuvre après avoir procédé à des essais de terrain rigoureux, sans nuire à l'efficacité des activités LMD/IRA en cours.
5. a) L'OMS doit inciter les instituts de médecine et les autres écoles à intégrer des directives en matière de diagnostic et de traitement dans leur enseignement.
b) Les données scientifiques qui sous-tendent les interventions devraient être publiées et disséminées au niveau des instances internationales.
6. CDR doit renforcer la base de la collaboration avec les instituts universitaires dans l'ensemble des secteurs de programme.
7. CDR doit renforcer et étendre sa collaboration avec l'UNICEF et d'autres organismes.
8. CDR doit davantage axer son action sur les études comportementales et sur les ethnographiques ciblées pour résoudre les grands problèmes de communication entre les agents de santé et les mères.
9. L'évaluation des programmes doit s'orienter vers l'utilisation des indicateurs relatifs à l'issue des maladies et des systèmes de surveillance.
10. La recherche dans le domaine de la prévention doit être accrue.
11. Les plans des pays doivent être intégrés pour garantir la longévité des programmes dans le cadre de leur stratégie nationale en matière de soins de santé primaires.
12. Un seul et unique groupe consultatif technique multi-disciplinaire devrait être constitué pour CDR afin de fournir les conseils et l'aide techniques aux programmes LMD et IRA, ainsi qu'à l'Initiative en faveur de l'enfant malade.
13. CDR doit examiner sa stratégie en matière de recherche pour veiller à prendre en considération les idées d'un réseau plus important de chercheurs.
14. Il faut encourager les donateurs à apporter un soutien sur plusieurs années à CDR.
15. a) La Division doit renforcer la surveillance et l'évolution des germes pathogènes et de leur résistance aux antimicrobiens partout dans le monde.
b) Il convient de poursuivre la recherche sur les traitements de rechange.
16. Il faut encourager les ateliers sur la mise au point de projets et les essais multicentriques.
17. CDR doit inciter davantage les responsables des bureaux régionaux de l'OMS à sélectionner des spécialistes, des instituts et des activités de recherche.
18. Les représentants de l'OMS dans les pays doivent travailler de concert avec les scientifiques de niveau national pour circonscrire les activités de recherche et de renforcement des capacités.

respectivement. Ces résultats étaient à comparer à une réduction de la mortalité de 50 % grâce à la prise des cas, selon les estimations d'une méta-analyse de 9 études. Le Programme soutient la préparation d'essais d'un vaccin pneumococcique et d'interventions visant à réduire la pollution de l'air dans les habitations. Un essai de vaccin contre *Haemophilus influenzae* a également été mis en route et des plans ont été élaborés pour procéder à des essais portant sur l'apport supplémentaire de vitamine A associé aux vaccinations systématiques dans la petite enfance.

Dans le domaine de la technologie appropriée, des feuilles d'information sur les appareils de mesure de la fréquence respiratoire, les concentrateurs d'oxygène et les dispositifs de pompes à pied et de nébulisateurs éprouvés par le Programme ont été incluses dans les fiches signalétiques d'article des séries techniques de l'OMS/UNICEF, qui sont très largement distribuées. Trois nouvelles directives techniques ont été publiées sur l'oxygénothérapie, l'utilisation des bronchodilatateurs et la prise en charge de la fièvre chez l'enfant atteint d'IRA.

En matière de mise en oeuvre des programmes, l'accent continue d'être placé sur la formation, notamment sur l'utilisation du cours de brève durée sur la prise en charge des cas d'IRA. Ce cours vient s'ajouter aux autres formations à la gestion des programmes, aux techniques de supervision et à la prise en charge des cas par les agents de santé communautaires. Une stratégie visant à accélérer la formation a été mise au point en 1993. Parmi les nombreuses activités de formation conduites en 1993, deux ateliers ont eu lieu pour former des consultants à appuyer ces activités dans la Région africaine. Treize pays d'Amérique latine ont fait figurer les matériels de formation aux IRA au programme des écoles de médecine. Les activités de communication dans le domaine des IRA comprenaient notamment la réalisation d'une étude ethnographique ciblée dans 5 pays en 1993, ce qui portait le total à 19 pays. Des ateliers interpays associés à ces activités ont eu lieu en Afrique et en Amérique latine.

Pour la première fois, le Programme était en mesure de présenter des données issues de plusieurs enquêtes réalisées dans les ménages concernant le recours aux soins et la thérapeutique dans le domaine des IRA. Ces enquêtes ont été conduites dans 6 pays et bien qu'elles ne permettaient pas de parler de la situation dans le monde, elles apportaient des éléments d'information importants permettant de conseiller les programmes nationaux. Le recours abusif aux antibiotiques pour des enfants qui n'en avaient pas besoin était signalé dans 15 à 55 % des cas mais l'utilisation de médicaments dangereux était très faible. Les résultats provenant d'enquêtes sur les pratiques thérapeutiques appliquées dans six établissements de soins faisaient apparaître des taux encourageants en ce qui concerne la mesure de la fréquence respiratoire et l'observation du patient à la recherche d'un tirage, mais il fallait encore améliorer ces résultats dans tous les pays ayant fait l'objet d'une enquête. Entre 16 et 69 % des cas de pneumonie observés dans les enquêtes étaient convenablement traités. Une enquête réalisée dans les établissements de soins au Pakistan faisait ressortir des différences très marquées dans les pratiques entre les agents de santé non formés et ceux qui étaient formés à appliquer la méthode de formation de l'OMS.

A la fin de 1993, 77 pays étaient dotés de programmes opérationnels, dont 57 pays cibles, c'est-à-dire ayant un taux de mortalité infantile supérieur ou égal à 40 pour mille. En outre, 14 pays étaient dotés de plans d'opérations. Durant 1992-1993, le Programme avait renforcé sa collaboration avec les ONG en tenant des réunions avec certaines de celles qui sont établies en Afrique et des séances d'information avec les grandes ONG nord-américaines et européennes.

Le programme avait continué à bénéficier de l'appui des cadres associés, actuellement en poste dans 9 pays. La collaboration avec l'UNICEF, avec la Banque mondiale, avec plusieurs organismes bilatéraux et avec de nombreux instituts de recherche était décisive pour l'avancement du programme.

6.2 Rapport de la neuvième réunion du Groupe consultatif technique

Le professeur A. Muller, président du Groupe consultatif technique du Programme IRA, a présenté le rapport de la neuvième Réunion du Groupe qui s'est tenue du 18 au 20 avril 1994 au Siège de l'OMS à Genève. Se fondant sur le rapport de cette réunion⁴, il a mis en évidence certaines conclusions, notamment:

- Le Groupe était satisfait des progrès réalisés dans l'ensemble dans le cadre du Programme et sensible aux efforts visant à accroître la coopération avec les pays de la Région africaine. Il appuyait sans réserve l'initiative destinée à élaborer une approche intégrée de la prise en charge des maladies de l'enfance, tout en encourageant le Programme à veiller à ce qu'elle n'entrave pas - mais plutôt facilite - les efforts de lutte contre la mortalité et la morbidité par IRA.
- Le Groupe engageait le Programme à adopter une ligne de conduite à l'égard du secteur privé, notamment en mettant au point des cours de formation et des matériels de formation médicale et en collaborant avec des associations professionnelles. Le Groupe saluait la grande qualité des matériels de formation mais soulignait qu'il était nécessaire d'assurer une surveillance et un encadrement, au moyen de méthodes locales adaptées.
- Tout en accueillant favorablement l'achèvement et l'utilisation du protocole d'étude ethnographique ciblée, le Groupe a souligné qu'il fallait mettre au point des directives sur l'utilisation des données dérivées des études. Les séries d'examen technique du Programme et la grande qualité du *Bulletin sur les IRA* étaient appréciées au plus haut point.
- La bonne mise en oeuvre des programmes passant par l'approvisionnement continu en médicaments, le Groupe a réaffirmé qu'il était nécessaire de travailler étroitement avec le Programme d'action pour les médicaments essentiels. Lui aussi s'inquiétait de plus en plus de la pharmacorésistance des bactéries et priait instamment le Programme de poursuivre ses efforts en vue de mettre en place des méthodes de surveillance efficaces.
- Le Groupe a appuyé les orientations prises par le Programme en matière de recherche, la réorganisation des activités de recherche et de développement en trois groupes de travail et approuvé le rôle de coordonnateur que joue le programme pour ce qui est des travaux de recherche motivés par la prise en charge intégrée de l'enfant malade.
- Le Groupe a en particulier approuvé les sujets retenus en ce qui concerne la recherche sur la prise en charge des cas, la recherche comportementale et les domaines réclamant une attention particulière. Eu égard à la prévention des IRA, le Groupe estimait que les résultats de l'examen des interventions préventives indiquaient qu'il fallait continuer à privilégier l'amélioration de la prise en charge des cas et le recours aux vaccins existants. Il était satisfait de voir que l'on avait engagé des essais du vaccin contre *H. influenzae* de type b et encourageait le Programme à continuer de participer à la mise au point d'essais de vaccins conjugués contre *S. pneumoniae* et d'études apparentées. Il appuyait en outre l'étude d'intervention que l'on comptait entreprendre sur l'impact de la lutte contre la pollution dans les habitations et sur l'innocuité et l'efficacité de la vitamine A administrée au moment des vaccinations des nourrissons.
- Le Groupe a noté avec satisfaction l'augmentation de l'aide financière allant à la Région africaine et a approuvé le budget 1994-1995 tout en notant qu'il demeurait modeste compte tenu de l'étendue du problème des IRA.
- Enfin, le Groupe a exposé ses vues de manière détaillée sur le premier projet de rapport de l'Examen externe des programmes LMD et IRA.

* * *

⁴ Document WHO/ARI/94.35

Lors des débats qui ont suivi sur les deux points précédents, plusieurs participants ont demandé des renseignements complémentaires ou des précisions sur des questions particulières. Le Secrétariat a donné les réponses suivantes:

- Le niveau requis pour habilitier les agents de santé à traiter la pneumonie par des antibiotiques varie selon les pays, certains d'entre eux continuant à s'opposer à les mettre à la portée des agents de santé communautaires. Les consultations engagées avec les pays pour définir une politique nationale sur la prise en charge des cas portent notamment sur ce genre de décisions.
- Une étude sur les médicaments contre la toux et le rhume est encore en préparation. Il n'y a pas d'indications claires aussi tranchées sur l'utilisation de ces médicaments que pour les antidiarrhéiques notamment, puisque certains d'entre eux, s'ils ne modifient pas le cours de la maladie, sont apaisants et apparemment inoffensifs.
- La mise au point de matériels destinés à améliorer l'enseignement sur les IRA dans les écoles de médecine sera entreprise après l'achèvement des matériels sur la prise en charge à l'hôpital de la pneumonie grave et d'autres affections apparentées. On n'a pas encore élaboré de matériels pour les écoles de pharmacie mais le programme LMD élargit son approche des pharmaciens pour tenir compte du traitement des IRA. S'occuper des étudiants en médecine et des pharmaciens, c'est traiter des pratiques thérapeutiques dans le secteur privé, problème important s'il en est. On ne sait pas exactement quelles autres mesures efficaces et d'un coût abordable on peut prendre pour cette catégorie de dispensateurs de soins, très souvent consultée.
- Jusqu'ici, les activités de formation n'ont pas été suffisamment axées sur les zones prioritaires. S'il y a eu moins de cours de formation à la gestion des programmes dans la Région africaine, c'est que ce type de formation n'a pas encore été étendu au niveau provincial dans cette Région, contrairement aux autres régions.
- En 1988, 88 pays ont été jugés prioritaires parce que le taux de mortalité infantile y était supérieur à 40 pour mille. Le Programme consacre cependant son attention à un plus petit nombre de pays, retenus pour leur forte mortalité par IRA et parce qu'il est possible d'y améliorer les résultats obtenus en matière de lutte. Ce choix est difficile à opérer, ces deux facteurs ne coïncidant pas toujours.
- En réponse aux souhaits émis par le Groupe et à l'occasion de réunions précédentes, des efforts particuliers ont été faits pour renforcer les activités dans la Région africaine. On y trouve à présent un conseiller régional, deux médecins à l'échelon sous-régional et des médecins ou des cadres associés dans 10 pays. Les personnels au niveau sous-régional et des pays oeuvrent également en faveur de la LMD.
- La participation du programme aux situations d'urgence est limitée; elle existe néanmoins indirectement par le biais de la formation des ONG.
- La méthode d'enquête dans les ménages mise au point en collaboration avec le programme LMD se fonde sur plus de 10 années d'expérience et de perfectionnement de la méthodologie. Tout en reconnaissant qu'il est difficile d'obtenir des informations fiables de la part des ménages, les Programmes sont convaincus que cet instrument est ce qu'on faire de mieux à cet égard.
- La résistance des bactéries responsables de la pneumonie aux antibiotiques recommandés est un problème dont l'importance va croissant et une véritable épée de Damoclès. Le Programme a éprouvé sur le terrain un manuel sur la surveillance de l'antibiorésistance et a révélé qu'il était nécessaire de trouver des méthodes plus simples de transport des échantillons et d'isolement des germes. Cette démarche est en cours mais le coût est un facteur de limitation pour les toutes nouvelles méthodes. La surveillance systématique pourrait s'avérer très coûteuse et le Programme cherche donc à collaborer avec d'autres partenaires qui conçoivent des systèmes similaires.

- Les documents du programme sont surtout destinés aux pays en développement car c'est là que la pneumonie de type bactérienne est la plus répandue et que l'approche thérapeutique de l'OMS a le plus de chances de donner des résultats. Le Programme souhaiterait instaurer une collaboration avec des projets bénéficiant d'un financement bilatéral pour faire traduire ces documents dans les langues locales. Une contribution plus importante d'articles dans le Bulletin sur les IRA au niveau local serait également bienvenue.
- Le Docteur Henderson a répondu à plusieurs questions concernant les vaccins. Il a souligné que l'utilisation du nouveau vaccin anticoquelucheux acellulaire multiplierait par deux le coût du vaccin DTC sans nécessairement en accroître l'efficacité ou l'innocuité globale. Il a également approuvé la décision de CDR d'appuyer les essais portant sur l'administration de vitamine A parallèlement à la vaccination durant les premiers mois de vie, en indiquant que l'apport de cette substance à la mère serait peut-être, en définitive, plus indiqué.
- Le Docteur Muller a expliqué que le Groupe estimait que le renforcement de la capacité de recherche découlait indirectement de l'appui apporté à des travaux de grande qualité sur des sujets prioritaires. Compte tenu du budget limité alloué à la recherche, on n'a pas pu accorder la priorité à cet élément. Il a également expliqué que les priorités n'ont pas été exposées dans le rapport de la dernière réunion du Groupe car on avait estimé que le Programme était sur la bonne voie à cet égard. Il a réaffirmé le point de vue du Groupe selon lequel la recherche devrait s'attacher aux sujets présentant le plus d'intérêt pour la mise en oeuvre du Programme. Si la recherche sur les interventions préventives est importante, par exemple sur la pollution de l'air dans les habitations, elle n'en est pas moins coûteuse et doit donc être réalisée en collaboration avec d'autres partenaires.
- Le Docteur Muller a indiqué que les directives pour la prise en charge des cas mises au point par le Programme devraient aboutir à une utilisation plus circonscrite des antibiotiques et donc ralentir, plutôt qu'accélérer, l'émergence de germes résistants.
- Enfin, le Groupe a estimé que l'état d'avancement du programme IRA était en partie à attribuer à son orientation générale et qu'il faudrait en tenir compte lorsque les activités seraient intégrées, comme dans le cas de la prise en charge de l'enfant malade.

6.3 Rapport financier pour l'exercice biennal 1992-1993

Mr R.C. Hogan, responsable de la gestion des programmes, en présentant ce point de l'ordre du jour, a appelé l'attention sur les points suivants:

Le niveau des contributions au Programme avait augmenté de manière encourageante en 1992-1993 par rapport aux exercices précédents, c'est-à-dire de US\$ 5,9 millions - soit 73 % - par rapport à 1990-1991. Le nombre des bailleurs de fonds s'était également accru, passant de 13 à 17.

Durant l'exercice biennal, 85 % des dépenses estimées avaient été effectivement engagées, ce qui représentait une augmentation de 40 % par rapport à 1990-1991. Si les fonds que l'on avait fini par recevoir avaient suffi pour honorer la totalité du budget, une bonne partie d'entre eux avaient été reçus en fin d'exercice.

Aux niveaux mondial et interrégional, les engagements de dépenses effectifs au titre des services de santé étaient très proches des estimations et faisaient apparaître une hausse de 25 % par rapport à 1990-1991. Si les engagements de dépenses aux niveaux régional et des pays avaient augmenté de 37 % par rapport à l'exercice précédent, ils restaient de 22 % inférieurs aux estimations initiales, notamment en raison de la mise en oeuvre au niveau des pays, qui se faisait à un rythme très lent.

Les dépenses engagées au titre de la "recherche", y compris les contrats, ont été multipliées par deux en deux ans mais elles étaient encore inférieures d'un peu plus de 20 % par rapport aux prévisions, certaines études avançant très lentement.

Les engagements de dépenses étaient légèrement supérieurs aux prévisions en ce qui concerne le poste "gestion et soutien du programme" car le coût effectif des traitements du personnel était plus élevé que les coûts moyens servant à la budgétisation.

Le Programme disposait d'un report de US\$3,9 millions au début de l'exercice 1994-1995, ce qui permettait de poursuivre les activités sans interruption. Toutefois, un report de 20 % est jugé suffisant et on s'attend à un solde reporté plus faible d'ici à la fin de l'exercice en cours.

6.4 Situation financière et budget révisé pour 1994-1995

M. Hogan a présenté la situation financière et le budget révisé pour 1994-1995. Le projet de budget pour 1994-1995 avait été approuvé en 1993 aux réunions du Groupe, du Comité d'examen de la gestion et des parties intéressées, et le Programme continue de juger réalistes les prévisions budgétaires qui avaient alors été présentées. Par conséquent, le montant total du budget révisé correspondait à peu près à l'estimation primitive.

Les révisions consistaient dans des augmentations des montants affectés aux salaires aux niveaux mondial, régional et des pays. Les effectifs actuels en personnel demeuraient moins importants en comparaison avec les autres programmes prioritaires à l'OMS. Par conséquent, les augmentations de traitements correspondaient à un faible renforcement des effectifs ainsi qu'à une répartition plus équitable des coûts afférents au personnel de CDR qui contribue au programme IRA.

Dans les régions, les augmentations au titre des opérations reflétaient également le partage égal des coûts afférents aux huit postes dans les pays entre le programme LMD et le programme IRA. Bien que les dépenses engagées au titre de la planification, de la formation et de l'évaluation soient supérieures de 50 % par rapport à 1992-1993, elles demeurent de 15 % inférieures au budget primitif pour ces catégories.

Une fois que l'on connaîtra mieux la structure des engagements de dépenses et les possibilités de financement, on procédera à une révision finale du budget pour 1994-1995 à la fin de 1994. Jusqu'ici, le Programme n'a pas dépassé le budget prévu, ayant engagé un quart de son budget durant le premier trimestre de l'exercice.

Treize des 17 bailleurs de fonds pour 1992-1993 ont également apporté des fonds pour l'exercice en cours, et un nouveau contributeur a accordé son soutien financier au Programme. Les projections montrent que le Programme devrait pouvoir éponger le déficit actuel, qui est de US\$ 3,9 millions, sans néanmoins pouvoir se ménager un solde reporté suffisant, auquel cas il faudrait procéder à une révision à la baisse du budget à la fin de 1994. En se fondant sur l'expérience du programme LMD, on estime que le programme IRA ne pourrait probablement pas engager des fonds au-delà du niveau de contributions atteint durant le dernier exercice.

Compte tenu des incertitudes liées à la situation financière, il a été décidé qu'on ne présenterait pas de budget préliminaire pour 1996-1997. On se fonderait donc sur un budget équivalent à celui de 1994-1995 à moins d'obtenir davantage d'informations sur le budget.

* * *

Lors des débats qui ont suivi sur les deux points précédents, il a été décidé qu'à l'avenir, les budgets révisés seraient remis aux participants au préalable, en même temps que d'autres documents. Jusqu'à présent, la règle était de présenter les données relatives au budget - autres que celles qui étaient mentionnés dans le Rapport du programme - à la réunion.

Les participants à la Réunion ont accepté le budget révisé pour 1994-1995 et ont remarqué avec satisfaction que les engagements de dépenses faits à ce jour devraient permettre au Programme de faire face à la crise actuelle de son financement.

7. PRISE EN CHARGE INTEGREE DES MALADIES DE L'ENFANCE — RAPPORT DE SITUATION

Le Docteur S. Gove, président du groupe de travail de CDR sur la prise en charge des cas hors du domicile et sur la gestion des programmes nationaux, a résumé les progrès réalisés à ce jour sur la mise au point d'une approche intégrée de la prise en charge des maladies de l'enfance.

Cette initiative, également connue sous le nom de prise en charge intégrée de l'enfant malade, a été lancée par l'OMS en collaboration avec l'UNICEF en 1992. Dix programmes de l'OMS y collaborent, la coordination ayant été confiée à CDR.

Le Docteur Gove a expliqué que l'initiative s'attachait aux cinq principales maladies responsables de décès d'enfants dans la période postnatale immédiate: infections respiratoires aiguës, maladies diarrhéiques, rougeole, paludisme et malnutrition. Ensemble, elles sont responsables de sept des 10 décès - soit 70 % des 12,3 millions de décès survenus, selon les estimations, en 1993 parmi les enfants de moins de 5 ans.

Cette raison à elle seule ne justifie pas la mise au point d'une approche intégrée pour combattre ces maladies. Ce qui compte davantage à cet égard est qu'elles surviennent souvent en même temps et que leur tableau clinique se recoupe souvent. Un enfant qui tousse ou dont la respiration est rapide, par exemple, souffre peut-être d'une pneumonie, de paludisme ou d'anémie. Un enfant anormalement somnolent ou difficile à éveiller est peut-être atteint de paludisme cérébral, de méningite, de déshydratation sévère ou d'une pneumonie hypoxique grave. La rougeole peut être compliquée par une diarrhée, par une pneumonie ou par une infection de l'oreille et la malnutrition accompagner et masquer d'autres affections plus graves. Pour toutes ces raisons, une approche intégrée de l'enfant malade est essentielle.

Le Docteur Gove a cité les partenaires qui collaborent à ce projet, tant à l'OMS qu'à l'extérieur, et a mentionné une série de six consultations que l'on a tenues afin d'étudier les différents aspects des activités de recherche et de développement. En matière de développement, l'activité la plus importante a été le cours de formation à l'intention des agents de santé de premier niveau. Les directives pour la prise en charge des cas, qui constituent le fondement de ce cours, ont été définies à l'aide d'une méthode similaire à celle qui a été appliquée pour les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës. Ces principes directeurs sont résumés dans quatre tableaux. Les modules de formation et les autres matériels d'enseignement sont en cours d'élaboration et s'articulent autour des directives techniques. Un guide permettant d'adapter les directives et les matériels aux conditions locales est également en préparation. Il traitera notamment des conseils en matière d'alimentation en fonction de l'environnement et du choix des antimicrobiens, en tenant compte des caractéristiques locales de leur sensibilité.

Outre le cours de formation pour les agents de santé des établissements de premier niveau, quatre autres jeux de matériels sont en cours d'élaboration. On citera notamment:

- les matériels de formation sur la prise en charge des cas hospitalisés
- un cours de formation en cours d'emploi sur la gestion des médicaments
- des directives pour surveiller et améliorer les résultats des agents de santé, et
- un guide pour la mise au point d'interventions visant à modifier les comportements de la famille eu égard aux maladies de l'enfance.

L'évaluation préliminaire des étapes du bilan et de la classification du malade qui figurent dans ces matériels a été réalisée en Gambie et au Kenya. La plupart des symptômes observés étaient traités dans les tableaux et le mécanisme de détection des maladies fonctionnait convenablement, sauf pour le paludisme et l'anémie. Les directives avaient été précisées compte tenu des résultats de la recherche et un essai préalable du cours de formation était en préparation. D'autres priorités ont été fixées en matière de recherche.

En principe, le cours de formation à l'intention des agents de santé de premier niveau devrait être prêt mi-1995.

Lors des débats qui ont suivi, les observations suivantes ont été faites et les points suivants éclaircis:

- Actuellement, il n'existe pas de service de l'OMS ni de poste budgétaire officiellement affectés à la prise en charge intégrée de l'enfant malade. L'aide financière pourrait être apportée à CDR ou, pour certaines activités de recherche, au Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR), ou encore à d'autres programmes intéressés. CDR a jusqu'ici supporté la plupart des coûts de développement et s'attendrait à prendre en charge la majeure partie des frais de mise en oeuvre. Aucun fonds provenant du budget ordinaire n'ont encore été alloués en faveur de cette initiative.
- L'initiative en faveur de l'enfant malade prévoyait bien certaines mesures préventives dans le cadre de la prise en charge des cas et du suivi. Certains aspects de la prévention de ces mêmes maladies étaient également déjà traités par d'autres programmes de l'OMS. Toutefois, il conviendrait peut-être de mettre au point une série d'interventions complémentaires axées sur cette prévention, par exemple par le biais d'interventions dans la communauté ou auprès des ménages. Cette action excédait les possibilités financières de CDR. On l'a souvent dit, le succès relatif des programmes LMD et IRA tient surtout à leur perspective. L'initiative en faveur de l'enfant malade ne devait pas perdre de vue sa spécificité, qui était d'améliorer la prise en charge des cas.
- Il faut continuer de soutenir les activités en matière de LMD et d'IRA tout en assurant la transition vers l'approche intégrée. On ne pouvait pas prévoir la manière dont les activités seraient coordonnées et comment elles évolueraient dans tous les pays. CDR travaillerait avec des pays et des partenaires pour adapter les matériels et définirait la manière d'en tirer au mieux parti en fonction du contexte de chacun des pays. Le fondement scientifique de l'initiative serait constamment amélioré grâce à des travaux de recherche continus et circonscrits.
- La prise en compte de la prise en charge intégrée de l'enfant malade dans des projets bénéficiant d'une aide financière bilatérale serait tout à fait bienvenue. CDR s'intéresse à toute offre d'aide technique en faveur de ces projets.
- On sait que dans un certain nombre de pays, les soins de santé intégrés en faveur de l'enfant sont déjà encouragés et qu'au niveau de l'agent de santé, les soins sont nécessairement de type intégré. La nouvelle approche permettra néanmoins de systématiser le processus d'interaction entre l'agent de santé et l'enfant malade et de rendre plus efficace le soutien apporté à la prestation de services, y compris la formation, la surveillance et l'évaluation.

8. PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHEIQUES

8.1 Vue d'ensemble - Etat d'avancement et projets du Programme

Le Docteur Tulloch, directeur de CDR, a fait le point de l'état d'avancement du Programme LMD en se référant au neuvième Rapport du Programme 1992-1993⁵. Il a commencé sa présentation par un rapport sur les activités de recherche.

En 1992, 18 nouveaux projets ont été financés et 16 autres l'ont été en 1993. Sur ces 34 études, 12 concernaient l'alimentation des nourrissons et 12 autres les aspects de la prise en charge des cas et l'usage rationnel des médicaments. On avait décidé de financer ces études et leur mise au point en se fiant aux avis émis par 85 conseillers extérieurs représentant 14 domaines de connaissances. En outre, les conseils des experts ont été recueillis à l'occasion de deux consultations, l'une organisée conjointement avec CWS (Approvisionnement public en eau et Assainissement) - sur le thème des habitudes en matière d'hygiène dans la communauté - et l'autre avec Nut (Nutrition) sur l'amélioration de l'alimentation complémentaire.

⁵ Document WHO/CDD/94.46

L'une des activités de recherche les plus étendues du Programme concerne, depuis plus de 10 ans, les travaux relatifs aux sels de réhydratation orale (SRO). Les SRO à base de riz sont les plus prometteurs quant à leurs bienfaits. Une méta-analyse portant sur 9 études de SRO à base de riz, toutefois, a montré qu'ils ne présentaient pas plus d'avantages par rapport à la solution type à base de glucose associée à une alimentation précoce chez les enfants atteints de diarrhée non cholérique. Les SRO à base de riz présentent apparemment certains avantages en cas de choléra et leur utilisation devrait alors être encouragée dans la mesure du possible.

Les études relatives à l'amélioration des SRO ayant toujours souligné l'importance d'une solution d'osmolarité totale, une étude portant sur 4 pays et concernant des SRO de faible osmolarité a été engagée et a donné des résultats très encourageants. Une étude similaire portant sur les cas de choléra chez l'adulte est en cours. En juin 1993, on a terminé l'étude d'un algorithme du traitement de la diarrhée persistante réalisée dans six centres. Malgré la nature grave des 485 cas traités dans les études, le taux de réussite de l'algorithme s'est élevé à 88 %.

Une série de quatre études est actuellement en cours en vue d'examiner quels sont les principaux dispensateurs de médicaments et ce que coûte l'utilisation de ces substances et également d'éprouver des interventions visant à modifier les mauvaises pratiques. En outre, on évalue en ce moment les conséquences du retrait du marché de médicaments antidiarrhéiques au Pakistan. Dans d'autres études, on a observé que le pivmecillinam était efficace contre la shigellose et que le cotrimoxazole ne présentait aucun avantage en cas de diarrhée persistante. Les facteurs qui déterminent l'utilisation prolongée de SRO sont à l'étude, de même que l'on examine si l'augmentation de liquide pendant la diarrhée ne risque pas de modifier les apports alimentaires.

Selon les conclusions d'une méta-analyse de 29 études concernant les effets des repas lactés pendant la diarrhée, rien ne vient étayer la recommandation selon laquelle il faut délayer ces rations. On a également accordé une grande attention à l'allaitement maternel. Au Brésil, une étude a montré que la formation à la conduite de l'allaitement maternel conduisait à un plus grand respect par l'agent de santé des pratiques encourageant la mère à allaiter, et, partant, à en allonger la durée parmi la population desservie. 43% des mères qui fréquentaient les dispensaires où l'on encourage l'allaitement maternel continuaient d'allaiter leur enfant à 4 mois, contre 18% chez celles qui ne s'y rendaient jamais. Des résultats comparables ont été constatés dans une étude réalisée au Pakistan.

Il ressort d'une étude menée à la Jamaïque que la densité énergétique des aliments complémentaires est plus importante que la fréquence des repas lorsqu'il s'agit d'assurer l'apport énergétique total. On a constaté que la bouillie fluidifiée par de l'amylase diminuait la durée des repas sans pour autant augmenter l'apport énergétique par rapport à une bouillie épaisse. Ces 2 bouillies étaient nettement supérieures à une bouillie peu épaisse et moins énergétique.

Deux études relatives à l'apport supplémentaire de vitamine A ont fait apparaître une incidence sur la prévalence et la gravité de la diarrhée. Un apport supplémentaire donné pendant 4 mois à l'occasion de visites à domicile dans le cadre d'une étude réalisée au Brésil a conduit à une réduction de 23 % des épisodes de diarrhée grave, les effets de cet apport allant s'amenuisant pour disparaître totalement après 4 mois.

Bien que la mise au point de vaccins incombe aujourd'hui essentiellement au Programme mondial des Vaccins et Vaccinations, le Programme LMD continu de procéder à des essais de terrain de vaccins candidats. Au Venezuela, un vaccin antitrotavirus tétravalent fait encore l'objet d'essais. Des essais de deux vaccins anticholériques oraux sont également appuyés par le Programme au Pérou et en Indonésie. La recherche d'un vaccin anticholérique a été compliquée en raison de l'apparition d'un nouveau germe responsable de la maladie, *Vibrio cholerae* O139.

Pour appuyer la mise en oeuvre du programme national, les examens de programmes ont été suivis d'une nouvelle planification dans 12 pays. Cinq pays d'Asie centrale ont élaboré des plans pour la première fois et 5 réunions d'examen et de planification ont été tenues à l'échelon régional. La collaboration avec les ONG s'est renforcée, à preuve la collaboration avec la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge

et du Croissant-Rouge dans l'ex-Union Soviétique. A cet égard, il a été nécessaire de traduire de nombreux documents en russe.

En 1992-1993, l'éventail des matériels de formation a encore été élargi avec l'adjonction de deux séries de matériels destinées à améliorer l'enseignement dans les écoles de médecine et d'autres écoles de formation professionnelle. Un cours d'enseignement à distance sur les compétences cliniques et un guide pour l'amélioration des pratiques thérapeutiques et des dépositaires de médicaments a également été achevé. On peut également se procurer des modules de formation sur la manière de conseiller les mères, ainsi qu'un jeu complet de matériels sur le conseil en allaitement maternel. Tous ces matériels sont à intégrer dans des plans de formation.

En 1992-1993, plus d'un millier de cours de formation à la prise en charge des cas de diarrhée ont été notifiés à l'OMS contre 280 durant l'exercice précédent. Soixante-douze d'entre eux étaient des cours de formateurs nationaux et 8 autres des cours de formateurs interpays. Trente-neuf cours de gestion des programmes ont également été tenus durant le tout dernier exercice. Fin 1993, 84 écoles de médecine avaient bénéficié des efforts visant à améliorer l'enseignement sur les maladies diarrhéiques aux étudiants en médecine.

On a continué d'aider les pays à produire des SRO, notamment en intensifiant la collaboration avec le secteur privé et en donnant des conseils sur la manière de contenir les coûts de production et, partant, les prix de vente. La production totale de SRO dans les pays en développement est restée relativement stable. Toutefois, il y a des différences régionales importantes pour ce qui est du degré d'auto-suffisance des pays. L'UNICEF continue de fournir 75 % des SRO utilisés sur le continent africain contre environ 1 % en Asie du Sud-Est.

Dans le domaine de la communication, le guide concernant le conseil aux mères est à présent intégré dans la formation clinique de la plupart des pays. La méthode a été appliquée dans 8 pays et un groupe de consultants a été formé. Un guide sur l'utilisation effective de la radio a été mis au point et a subi des essais de terrain. Dans la plupart des pays, les activités de communication sont menées en collaboration avec l'UNICEF.

Le Programme LMD a continué de coordonner les activités du groupe spécial mondial de lutte contre le choléra. Bien que le nombre de pays ayant notifié des cas de choléra n'ait jamais été aussi élevé - 78 au total - le nombre de cas et de décès était en baisse par rapport à 1993. Les grandes épidémies de dysenterie qui ont éclaté en Afrique australe ont constitué de nouveaux défis et le groupe spécial a élargi son champ d'action pour aborder toutes les maladies diarrhéiques épidémiques.

En 1992-1993, nombreux ont été les pays à appliquer les instruments d'évaluation du Programme: 24 enquêtes ont été réalisées dans les ménages, 13 autres l'ont été dans les établissements de soins et l'on a procédé à 12 examens ciblés de programmes. Dans le cadre de ces examens, les problèmes les plus courants que l'on a rencontrés dans un premier temps, puis analysés dans un deuxième temps, étaient les suivants: formation, encadrement, communication et gestion des programmes.

Soixante-seize enquêtes réalisées auprès des ménages dans 36 pays, de 1990 à 1993, ont montré que 57 % des épisodes de diarrhée chez l'enfant de moins de 5 ans étaient traités avec des SRO ou un liquide maison recommandé. Si, dans 32 % des cas, l'apport liquidien était accru et dans 69 % des cas, l'alimentation était poursuivie, ces deux éléments de la prise en charge à domicile n'étaient appliqués ensemble que dans 21 % des cas. Six autres enquêtes réalisées plus récemment à l'aide d'une méthode révisée ont donné des résultats plus encourageants, un tiers des cas observant ces deux recommandations en même temps.

Les enquêtes conduites dans des établissements de soins de 23 pays ont donné des résultats très divers, les valeurs médianes étant cependant beaucoup trop faibles. Cela tient en partie à ce que des critères très stricts ont été appliqués pour évaluer les prestations des agents de santé.

Bien que les possibilités d'accès aux SRO aient continué de s'améliorer, 25 % des enfants dans les pays en développement ne peuvent toujours pas se procurer ce remède peu coûteux et qui peut sauver des vies. En ce qui concerne les cibles en matière de formation, des progrès notables ont été réalisés et le niveau de 40 %

fixé pour 1995 pour la formation à la prise en charge des cas et les techniques de supervision pourrait être atteint. Certaines autres cibles paraissaient moins faciles à atteindre.

Une évaluation du programme réalisée dans les états du nord-est du Brésil a apporté des preuves convaincantes de l'impact de ce programme sur la mortalité. Une étude similaire est en cours aux Philippines.

Le Docteur Tulloch a terminé sa présentation en soulignant que pour continuer à aller de l'avant, le programme était tributaire des efforts conjugués d'un grand nombre de collaborateurs. Pour ce qui est de ses travaux avec les ministres de la santé, le Programme comptait sur le soutien de l'UNICEF et d'autres organismes internationaux et bilatéraux. Quant aux activités de recherche et de développement, nombreuses étaient les personnes, physiques ou morales, qui continuaient de collaborer activement avec le Programme dans les pays développés et les pays en développement.

8.2 Rapport de la quinzième Réunion du Groupe consultatif technique

Le Professeur S. Lie, président du Groupe consultatif technique, a présenté le rapport de la quinzième Réunion⁶ qui a eu lieu du 20 au 23 avril 1994 au Siège de l'OMS à Genève.

Le Groupe consultatif technique a en particulier souligné la grande qualité du Rapport de programme pour 1992-1993 et a approuvé les orientations qui y étaient présentées. Selon lui, le Programme avait évolué en tenant compte de l'expérience et de la recherche, et actuellement il était adapté à la situation tant sur le fond que sur la forme.

Le Professeur Lie a choisi de mettre en évidence les aspects suivants des conclusions du Groupe:

- Le Groupe a appuyé la notion de **prise en charge intégrée des maladies de l'enfance** et a félicité la Division pour le rôle de coordination qu'elle joue dans cette initiative. Il a examiné de manière assez détaillée l'état d'avancement des travaux à ce jour et s'est montré satisfait de ce que les directives s'inspiraient fortement des résultats de la recherche.
- Le Groupe a salué l'évaluation de l'impact du programme LMD au nord-est du Brésil et a insisté auprès du Programme pour qu'il conduise des études similaires dans d'autres pays.
- La définition de méthodes de surveillance des prestations des agents de santé figure parmi les autres activités particulièrement bien accueillies par le Groupe. Toutefois, ce dernier s'est inquiété de ce que l'on évalue comme il faut l'applicabilité de ces méthodes avant de les promouvoir sur une grande échelle.
- Enfin, le Professeur Lie a indiqué que le Groupe appréciait à sa juste valeur l'analyse des résultats des examens ciblés du programme. Le Président du Groupe avait lui-même participé à l'un de ces examens et il jugeait cette méthode bien conçue et des plus utiles.
- Après avoir examiné les questions financières, le Groupe s'est déclaré très préoccupé du recul de l'aide financière apportée entre 1990 et 1993. Il a souligné et appuyé les mesures prises par le Programme en 1993 lorsque celui-ci avait été confronté à une diminution des contributions. Il a approuvé le budget pour 1994-1995 et était d'avis que le Programme offrait une occasion unique aux donateurs de contribuer à réduire la morbidité et la mortalité infantile et juvénile.

* * *

⁶ Document WHO/CDD/94.47

Lors des débats qui ont suivi au sujet des deux points présentés ci-dessus, plusieurs participants ont demandé des renseignements ou des éclaircissements sur certaines questions. Le Secrétariat a fourni les renseignements suivants:

- Le fait que la prise en charge des cas de diarrhée avait considérablement évolué depuis la création du Programme n'était, jugeait-on, pas une raison valable pour se consacrer essentiellement à présent aux stratégies préventives. Se tourner en ce moment vers d'autres domaines d'activité aurait certainement pour effet de perdre les bénéfices acquis jusqu'ici.
- Au centre des activités en matière de recherche, de développement et de mise en oeuvre touchant à la prévention de la diarrhée, on trouve aujourd'hui l'amélioration de la nutrition des nourrissons et des jeunes enfants, en particulier l'encouragement, la protection et le soutien de l'allaitement maternel. Différents programmes à l'OMS sont chargés d'autres aspects de la prévention comme l'eau et l'assainissement et la salubrité des aliments. Dans le domaine des vaccins, on se borne à achever les essais de vaccins antirotavirus et anticholérique.
- Comme l'ont fait observer certains participants à la Réunion, le Programme a reconnu que le niveau actuel d'activité ne lui permettrait pas d'atteindre toutes les cibles qu'il a arrêtées. Même dans les pays où les progrès étaient encourageants, il fallait continuer d'apporter un soutien pour retenir l'attention et assurer une activité continue.
- Les niveaux des différents indicateurs clés variaient énormément, tombant à 11% pour les connaissances par les mères des trois règles des soins à domicile en cas de diarrhée. On estime que les instruments d'évaluation utilisés actuellement donnent des estimations fiables. Toutefois, les critères appliqués pour déterminer si les prestations sont satisfaisantes, notamment celles des agents des établissements de soins, sont très stricts. Les résultats des enquêtes ont servi non seulement à mesurer les résultats des programmes mais aussi à réorienter les activités programmatiques comme la formation.
- En ce qui concerne les carences en vitamine A, l'apport supplémentaire de cette substance chez le nourrisson et chez l'enfant de plus de six mois peut nettement réduire la gravité des épisodes diarrhéiques et la mortalité par diarrhée. Le Programme dirige en ce moment une étude multicentrique sur l'apport supplémentaire de vitamine A liée à la vaccination durant les premiers mois de la vie.
- La résistance des shigelles aux antibiotiques courants pose de sérieux problèmes pour ce qui est des recommandations thérapeutiques. Si, par le passé, l'innocuité de l'administration de quinolones chez l'enfant avait été un sujet de préoccupation qui avait empêché leur évaluation, on avait récemment décidé d'étudier la ciprofloxacine à cette fin, compte tenu qu'une cure brève (c'est-à-dire une faible dose totale) pourrait être efficace et que pour l'acide nalidixique, aujourd'hui largement utilisé, peu d'effets secondaires ont été notifiés.

8.3 Rapport financier pour l'exercice biennal 1992-1993

M. R.C. Hogan, responsables de la gestion des programmes, a présenté ce point de l'ordre du jour et a attiré l'attention sur les points suivants:

La situation du financement du Programme LMD avait évolué en 1992-1993. Si, par le passé, les fonds avaient eu tendance à augmenter ou du moins à rester stables, durant l'exercice en question, le financement avait diminué de US\$ 1,7 millions, c'est-à-dire de 8,5 %. Malgré l'arrivée de deux nouveaux bailleurs de fonds, les autres contributions avaient diminué, les avantages étant ainsi annulés. En conséquence, outre la réduction de 12,4 % qui avait été évoquée à la dernière Réunion, les engagements de dépenses effectifs pour 1992-1993 avaient encore été comprimés de US\$0,5 million, soit de 2,5 %. Toute l'année 1993 a été marquée

par des réductions de coûts, affectant souvent des activités planifiées. Le montant total des dépenses engagées était de US\$ 21,7 millions, soit 4 % de moins qu'en 1990-1991.

Tous les postes de la composante des services (neuf professionnels et six agents des services d'appui) au niveau mondial et interrégional ont été pourvus durant l'exercice, ce qui explique l'augmentation importante des dépenses au titre des traitements par rapport à l'exercice 1990-1991, qui s'était à plusieurs reprises caractérisé par des lacunes fréquentes de la dotation en personnel. On avait également enregistré une augmentation des dépenses en matière de lutte contre le choléra, les fonds étant alloués par le Fonds du Directeur-Général pour le développement.

Bien que la plupart des pays soient à présent dotés de plans nationaux d'opérations, les dépenses engagées ont été inférieures aux prévisions en ce qui concerne la planification, la modification des plans n'étant pas encore devenue prioritaire. Le poste budgétaire le plus important dans la composante des "services" est le soutien des activités opérationnelles, y compris le personnel OMS régional et des pays. Les activités de formation avaient absorbé nettement moins de fonds que prévu et bien qu'elles se soient élargies, la rapidité avec laquelle elles étaient mises en oeuvre et leur portée étaient restées en deçà des espérances.

Les deux-tiers des dépenses occasionnées au titre des "services" étaient, comme par le passé, engagées aux niveaux régional et des pays, tout comme l'était près de la moitié des engagements de dépenses totales du programme LMD.

Deux postes, l'un dans la catégorie des professionnels et l'autre dans celle de services d'appui, ont été supprimés dans la composante "recherche". Globalement, les dépenses ont été inférieures aux prévisions en ce qui concerne les quatre domaines de recherche, tandis qu'une plus grande part du budget était affectée, comme prévu, à la recherche sur la mise en oeuvre. Quant à l'augmentation observée dans le domaine du développement de l'immunologie, de la microbiologie et des vaccins, elle s'explique par un achat unique de vaccins pour des essais, pour lesquels des fonds spéciaux ont été dégagés.

Les coûts de gestion et de soutien correspondent à une augmentation de la dotation en personnel permanent et en personnel à court terme.

Malgré les efforts consentis pour faire des économies en 1993, il n'a pas été facile de suspendre les activités planifiées et celles qui étaient en cours. Il a donc fallu utiliser en partie le solde reporté pour l'exercice biennal afin de compenser l'écart entre les contributions et les dépenses engagées. Le report correspondait déjà à la moitié du montant dont le Programme avait généralement disposé par le passé. Par conséquent, durant l'exercice en cours, le Programme a étroitement surveillé les dépenses totales et a affecté moins de ressources aux bureaux régionaux pendant la première partie de l'année.

8.4 Situation financière et budget révisé pour 1994-1995

M. Hogan a présenté la situation financière et le budget révisé pour 1994-1995.

En 1993, le Groupe consultatif technique, le Comité d'examen de la gestion des programmes et la Réunion des parties intéressées ont approuvé le budget pour 1994-1995, qui s'établissait à US\$ 26,8 millions. Toutefois, faute d'un financement suffisant, on avait dû ramener ce montant à US\$ 17,8 millions, soit une réduction de 33% par rapport à la version primitive du budget. Le programme ne comptait pas obtenir de ressources supplémentaires pour accroître ce niveau.

Les compressions budgétaires touchent, proportionnellement, davantage la mise en oeuvre du programme que la recherche, le principe étant que d'autres organismes peuvent plus facilement appuyer les activités au niveau des pays que des travaux de recherche et de développement de qualité en dehors du cadre de l'OMS. Ces réductions se manifestent également par la suppression de quatre postes de professionnels et de deux postes dans les services d'appui au Siège. Des réductions au niveau régional et des pays ont également dû être opérées. On espère pouvoir maintenir les huit postes au niveau des pays - tous des postes conjoints ARI/CDD.

Les activités de formation ont également fait l'objet de coupes budgétaires et rien n'indique qu'un financement d'une autre provenance viendra compenser cette baisse du soutien accordé par l'OMS.

Jusqu'ici, c'est-à-dire alors qu'un quart de l'exercice était écoulé, le Programme n'avait pas fait d'écart, ayant engagé 25 % de ses dépenses. Une révision budgétaire finale pour l'exercice interviendrait à la fin de 1994 et prendrait en considération la structure des engagements de dépenses et les contributions effectives.

Outre les fonds spéciaux affectés à la lutte contre le choléra et aux Nouveaux Etats indépendants, le Programme LMD avait reçu des annonces de contributions et des contributions de la part de 14 des 20 donateurs actuels, d'où un déficit de 5.6 millions de dollars, sans compter l'absence d'un solde reporté indispensable pour 1996-1997. Des facteurs semblaient indiquer que le Programme pourrait recevoir US\$ 2 millions de fonds extrabudgétaires en moins pour l'exercice en cours par rapport à 1992-1993. On risque fort de devoir encore procéder à d'autres coupes budgétaires à l'occasion de la révision finale.

Il était illusoire à ce stade de faire des projections financières pour 1996-1997. En comptant au mieux sur un financement stable, une proposition officielle d'un montant à peu près identique par rapport au budget prochainement révisé sera préparé en 1995.

Même si le programme LMD s'occupait d'une des principales causes de mortalité et de morbidité chez l'enfant, s'il avait élaboré des instruments techniques et de gestion permettant de s'attaquer au problème et avait montré qu'ils étaient efficaces, et qu'il avait été admis que sa gestion était efficace, il ne pouvait obtenir le soutien requis pour élargir ou même maintenir ses activités.

* * *

Lors des débats qui ont suivi sur les deux points présentés ci-dessus, le budget révisé pour 1994-1995 a été accepté. Les participants se sont dits préoccupés de la situation financière grave que connaît actuellement le programme. Il était demandé aux donateurs de faire en sorte d'assurer leurs niveaux présents de soutien dans la mesure du possible. Ils étaient également invités à verser leurs contributions aussitôt que possible. Les participants à la Réunion se sont félicités de la prudence avec laquelle le Programme envisage de présenter un budget réaliste pour 1996-1997, mais lui ont également demandé de présenter un budget de réserve qui puisse être appliqué au cas où des fonds supplémentaires seraient dégagés.

Le Docteur Tulloch a remercié les bailleurs de fonds des programmes IRA et LMD pour leur soutien indéfectible en cette période difficile et pour les annonces de contributions pour l'exercice en cours et pour celui à venir. Il a réaffirmé que le programme souhaitait collaborer plus étroitement à des projets bénéficiant d'un financement bilatéral et a demandé aux représentants des pays donateurs de tout faire pour faciliter cette collaboration.

9. DATE ET LIEU DE LA PROCHAINE REUNION

A la suite de la décision prise par le Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, à savoir accepter de tenir leur dix-huitième réunion au Luxembourg à l'invitation du Gouvernement de ce pays, il a été convenu que la quinzième Réunion des parties intéressées se tiendrait elle aussi au Luxembourg, les jeudi et vendredi 6 et 7 juillet 1995.

10. QUESTIONS DIVERSES

Aucune autre question digne d'intérêt n'a été relevée.

Annexe 1

LISTE DES PARTICIPANTS

PAYS

AFRIQUE DU SUD

Dr L. DU TOIT, Directeur principal, Soins de santé primaires, Département de la santé nationale, Prétoria

ALGERIE

Monsieur le Professeur A. DIF, Directeur de la Prévention, Ministère de la Santé publique et de la Population, Alger

ALLEMAGNE

Dr P. WEIS, Médecin principal, Division de la population et de la nutrition, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), Eschborn

Dr W. WITTE, Chef, Laboratoire d'étude des staphylocoques, Institut Robert Koch, Ministère fédéral de la santé, Berlin

AUSTRALIE

Dr A. KERN, Health adviser, Permanent Mission of Australia to the United Nations Office, Genève

AUTRICHE

M. M. DESSER, Premier secrétaire, Mission permanente de l'Autriche auprès de l'Office des Nations Unies et des organisations spécialisées à Genève

BANGLADESH

Professeur M. NURUN NABI, Directeur-général des services de santé, Ministère de la santé et de la protection familiale, Gouvernement de la République populaire du Bangladesh, Dhaka

BRESIL

Dr E.S. GARCIA, Vice-Président pour la recherche et l'environnement, Département de biochimie et de biologie moléculaire, Fondation Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro

CANADA

Mme A. MOLSON, Administrateur principal du Programme, Division de la coopération technique multilatérale, Service des programmes multilatéraux, Agence canadienne de Développement international (CIDA), Hull

Dr J. R. LARIVIERE, Conseiller médical principal, Division des affaires internationales, Direction générale des affaires intergouvernementales et internationales, Santé et bien-être social, Ottawa

CUBA

Dr G.P. KOURI Directeur général, Institut de médecine tropicale Pedro Kouri, La Havane

DANEMARK

Dr F. SCHLEIMANN, Conseiller technique en santé, Agence danoise pour le développement international (DANIDA), Ministère des affaires étrangères, Copenhague

EGYPTE

Dr M.N. GALAL, Directeur technique, Projet de recherche sur la schistosomiase, Ministère de la Santé, Le Caire

Dr A.E-N.M. AHMED, Coordonnateur de la surveillance des IRA, Programme national IRA, Ministère de la santé, Le Caire

Dr O.S. KOLTA, Programme national LMD, Ministère de la Santé, Le Caire

ETATS-UNIS D'AMERIQUE

Dr C. MILLER, Deputy Chief, Division of Applied Research, Office of Health, United States Agency for International Development, Washington, D.C.

ITALIE

Dr E. MISSONI, Expert médical, Unité technique centrale, Direction générale de la coopération au développement, Ministère des Affaires étrangères, Rome

LUXEMBOURG

Madame le Docteur D. HANSEN-KOENIG, Directeur de la Santé, Ministère de la Santé, Luxembourg

Monsieur P. DUHR, Représentant Permanent adjoint, Mission permanente du Luxembourg auprès de l'Office des Nations Unies et des Organisations internationales à Genève

Monsieur le Docteur R. HEMMER, Chef, Département des Maladies infectieuses, Centre hospitalier, Luxembourg

MALAISIE

Dr M. JEGATHESAN, Directeur général adjoint de la santé, Institut de recherche médicale, Kuala Lumpur

NEPAL

Dr S.P. KOIRALA, Institut KOIRALA des sciences de la santé, Ghopa, Dharan

NIGER

Dr G. ALZOUMA, Coordonnateur du Programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques, Ministère de la Santé publique, Niamey

Dr Y. GAMATIE, Coordonnateur du Programme national de lutte contre les infections respiratoires aiguës, Division de la santé familiale, Ministère de la Santé publique, Niamey

NORVEGE

Dr A.-K. VALLE, Chef de division, Santé internationale, Division de la santé, Oslo

Mme L. JAKHELLN, chef, Département de la coopération pour le développement multilatéral, Ministère royal des affaires étrangères, Oslo

Dr B. LINDTJORN, Chercheur principal, Centre pour la santé internationale, Université de Bergen, Bergen

PANAMA

Dr M. KOURANY, Directeur, Gorgas Memorial Laboratory; Chef de la division des sciences techniques, Ministère de la santé, Panama

PAYS-BAS

Mme A.M. VAN BOLHUIS, Département des affaires multilatérales, DMP/UN, Ministère des affaires étrangères, La Haye

Mme M. STEGEMAN, Conseiller médical, Ministère des affaires étrangères, La Haye

Mr W. VAN REENEN, Premier secrétaire, Mission permanente du Royaume des Pays-Bas auprès de l'Office des Nations Unies et des organisations internationales à Genève

PHILIPPINES

Dr R.M. OLVEDA, Directeur, Institut de recherche en médecine tropicale, Département de la Santé, Alabang, Metro Manille

PORTUGAL

Dra W.C. FERREIRA, Directeur, Institut d'hygiène et de médecine tropicale, Université Nova de Lisboa, Lisbonne

ROYAUME-UNI

Dr P. KEY, Deputy Head, Health and Population Division, Overseas Development Administration, Londres

Mr B. THORPE, Head, International Health Section, Health and Population Division, Overseas Development Administration, Londres

Mr T. SIMMONS, First Secretary, Permanent Mission of the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

Ms S. BOARDMAN, Third Secretary, Permanent Mission of the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

SENEGAL

Monsieur le Docteur M. LOUME, Conseiller technique en Santé publique, Chargé de la Recherche et de la Formation, Ministère de la Santé et de l'Action sociale, Dakar

SLOVAQUIE

Professeur O. BALINT, Chef du Département des maladies infectieuses et parasitaires UTH et Chef du département des maladies infectieuses et tropicales, Ecole supérieure de médecine, Bratislava

SUEDE

Dr L. FREIJ, Chef de la division de la santé et de la nutrition, Agence suédoise de coopération en recherche avec les pays en développement (SAREC), Stockholm

Dr L. GOTHEFORS, Professeur associé, Président, Département de pédiatrie, Université d'Umeå

SUISSE

Professeur N. GYR, Médecin en chef du service des consultations externes, Hôpital universitaire, Bâle

Monsieur le Docteur M. KERKER, Collaborateur au Service des Ressources humaines, Secteur Santé, Direction de la Coopération au Développement et de l'Aide humanitaire, Département fédéral des affaires étrangères, Berne

THAILANDE

Dr TAN CHONGSUPHAJASIDDHI, Doyen de la faculté de médecine tropicale, Université Mahidol, Bangkok

TURQUIE

Professeur R. AKDUR, Département de la santé publique, Faculté de médecine, Université d'Ankara

VENEZUELA

Professeur O.J. CASTEJON SANDOVAL, Attaché scientifique, Mission permanente du Venezuela auprès de l'Office des Nations Unies et des autres Organisations internationales ayant leur siège à Genève

VIET NAM

Professeur DANG DUC TRACH, Directeur adjoint, Institut national d'hygiène et d'épidémiologie, Hanoi; Directeur du programme LMD national

INSTITUTIONS ET ORGANISATIONS**BANQUE MONDIALE**

Dr B. LIESE, Directeur, Département des services de santé, Banque mondiale, Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique)

CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE (CIE)

Monsieur le Docteur D. LEVY-BRUHL, Adjoint du Chef du Service des maladies transmissibles et des Vaccinations, CIE, Paris (France)

CENTRE INTERNATIONAL DE RECHERCHE SUR LE DEVELOPPEMENT (IDRC)

Dr G. FORGET, Director, Health, Society and Environment Program, Health Science Division, IDRC, Ottawa (Canada)

FEDERATION INTERNATIONALE DE L'INDUSTRIE DU MEDICAMENT (FIIM)

Mme M. CONE, Vice Président pour les affaires scientifiques, FIIM, Genève (Suisse)

Dr O. MORIN, cadre scientifique, FIIM, Genève (Suisse)

FONDS OPEP POUR LE DEVELOPPEMENT INTERNATIONAL

Mr A. BENAMARA, Directeur de la Recherche et de l'Information, Fonds OPEP pour le développement international, Vienne (Autriche)

FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE (UNICEF)

Dr M. SHARMA, Conseiller principal LMD/IRA, UNICEF, New York (Etats-Unis d'Amérique)

Dr C. VOUMARD, Conseiller principal, Bureau de l'UNICEF pour l'Europe, Genève (Suisse)

HAUT COMMISSARIAT DES NATIONS UNIS POUR LES REFUGIES

Dr S. MALE, Epidémiologiste principal, UNHCR, Genève (Suisse)

LIGUE DES ETATS ARABES

Monsieur le Docteur O. EL HAJJE, Conseiller à la mission permanente de la ligue des Etats Arabes auprès de l'ONU, Genève (Suisse)

MOTHER AND CHILD INTERNATIONAL (MCI)

Dr R. Cook, Secrétaire-général, MCI, Echenvex (France)

ORGANISATION DE COORDINATION ET DE COOPERATION POUR LA LUTTE CONTRE LES GRANDES ENDEMIES

Monsieur le Docteur N. M. HIEN, Secrétaire général adjoint, OCCGE, Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR L'EDUCATION, LA SCIENCE ET LA CULTURE (UNESCO)

M. P.L. MALHOTRA, Directeur, Bureau de liaison de l'Unesco à Genève (Suisse)

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Représentant du Groupe consultatif technique du Programme de lutte contre les infections respiratoires aiguës

Professeur A.S. MULLER, Professeur de médecine tropicale, Université d'Amsterdam, Centre médical universitaire, Département de médecine sociale, Amsterdam (Pays-Bas).

Représentant du Groupe consultatif technique du Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques

Professeur S.O. LIE, Président du Département de pédiatrie, Rikshospitalet, Oslo (Norvège)

Président chargé de l'examen externe LMD/IRA

Dr D. ASHLEY, Médecin principal, Soins secondaires et tertiaires, SMI et Planification familiale, Ministère de la Santé, Kingston (Jamaïque)

Bureau régional de l'Asie du Sud-Est (SEARO)

Dr S.P. TRIPATHY, RFH, SEARO, New Delhi (Inde)

Siège

Dr R. HENDERSON, Sous-Directeur général

Dr J. TULLOCH, Directeur de la Division de la lutte contre les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës

M. R.C. HOGAN, Responsable de la gestion du programme, Division de la lutte contre les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës

Dr S. GOVE, Coordonnateur de la recherche, Programme de lutte contre les infections respiratoires aiguës

PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DEVELOPPEMENT

Dr G. SHAHI, Health Planning Officer, Division des programmes mondiaux et interrégionaux, PNUD, New York (Etats-Unis d'Amérique)

UNION INTERNATIONALE CONTRE LA TUBERCULOSE ET LES MALADIES RESPIRATOIRES

Dr N.E. BILLO, directeur, Union internationale contre la Tuberculose et les Maladies respiratoires, Paris (France)

Mme P. ENARSON, coordonnateur, Programme IRA, Union internationale contre la Tuberculose et les Maladies respiratoires, Paris (France)

Annexe 2

ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de la réunion
2. Election du Président
3. Adoption de l'ordre du jour
4. Questions concernant le rapport de la treizième Réunion des parties intéressées
5. Rapport de l'examen externe des Programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës
6. Programme de lutte contre les infections respiratoires aiguës
 - 6.1 Vue d'ensemble - Etat d'avancement et projets
 - 6.2 Rapport de la neuvième Réunion du Groupe consultatif technique
 - 6.3 Rapport financier pour l'exercice 1992-1993
 - 6.4 Situation financière et budget révisé pour 1994-1995
7. Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance - rapport de situation
8. Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques
 - 8.1 Vue d'ensemble - Etat d'avancement et projets
 - 8.2 Rapport de la quinzième Réunion du Groupe consultatif technique
 - 8.3 Rapport financier pour l'exercice 1992-1993
 - 8.4 Situation financière et budget révisé pour 1994-1995
9. Date et lieu de la prochaine réunion
10. Questions diverses
11. Clôture