

DÉCLARATION COMMUNE DE L'OMS ET DE L'UNICEF



PRISE EN CHARGE DE LA PNEUMONIE DANS LES COMMUNAUTÉS



ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ

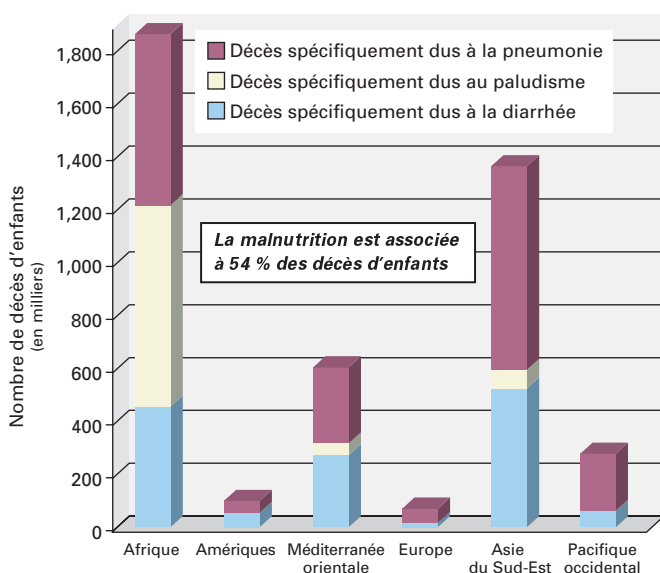


La pneumonie continue à être l'une des maladies les plus meurtrières pour les enfants de moins de cinq ans. Le meilleur moyen de faire reculer la mortalité due à la pneumonie consiste à traiter le patient rapidement et efficacement. Une réunion d'experts, les organismes nationaux et internationaux, une méta-analyse des essais et un examen exhaustif des programmes de traitement communautaires ont tous abouti à la même conclusion : la pneumonie peut être traitée efficacement dans la communauté. L'OMS et l'UNICEF recommandent donc que le traitement soit appliqué dans la communauté, sous supervision, par des agents de santé communautaires qualifiés.

CAUSE MAJEURE DE DÉCÈS CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

Près d'un cinquième des décès d'enfants dans le monde, soit environ 2 millions de décès d'enfants de moins de cinq ans par année, sont imputables à la pneumonie. La majorité de ces décès surviennent en Afrique et en Asie du Sud-Est.

Nombre annuel de décès d'enfants imputables à la pneumonie, au paludisme et à la diarrhée, par région OMS.



Sources : concernant la mortalité totale, estimation extraite de 'Proportionate mortality among under fives by region, 2000', Ahmad, O. B., A. D. Lopez et M. Inoue, 'The Decline in Child Mortality: A reappraisal', *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, vol. 78, no. 10, 2000. Concernant la mortalité proportionnelle, estimation extraite du *Rapport sur la santé dans le monde 2003*, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2003. Concernant la malnutrition, Pelletier, D.L., E.A. Frongillo, et S.P. Habicht, 'Epidemiological evidence for a potentiating effect of malnutrition on child mortality', *American Journal of Public Health*, vol. 83, no. 8, août 1993, pp. 1130-1133.

Note : l'OMS et l'UNICEF sont en train de revoir les chiffres concernant la proportion des décès d'enfants de moins de cinq ans, par cause.

TROIS STRATÉGIES VISANT À RÉDUIRE LA MORTALITÉ DUE À LA PNEUMONIE

Outre les interventions préventives telles que la vaccination systématique, l'allaitement exclusivement au sein et l'alimentation, trois grandes stratégies peuvent faire reculer la mortalité due à la pneumonie dans les pays en développement. Ces trois approches dépendent toutes du renforcement des capacités communautaires.

- **Améliorer la qualité des soins dans les structures de santé publique de premier niveau et veiller à ce que ces établissements soient accessibles sur les plans financier, logistique et géographique.** Même dans ce cas, des obstacles pourraient empêcher les parents d'utiliser ces structures.
- **Améliorer la qualité des soins dans le secteur privé.** Il arrive souvent, en particulier en zone urbaine, que les enfants soient traités dans le secteur privé. Bien que la collaboration active entre le secteur privé et le secteur public soit une stratégie relativement nouvelle et que rien ne prouve que cette approche soit la plus efficace, il faut poursuivre les interventions prévoyant la participation des praticiens privés.
- **Améliorer l'accès à des soins de qualité grâce aux soins communautaires.** Il est possible de donner une formation aux agents de santé communautaires pour qu'ils soient capables d'assumer tout un éventail de fonctions : examen des enfants malades pour rechercher les symptômes de la pneumonie; choix des traitements appropriés; administration des doses adéquates d'antibiotiques; conseils aux parents sur la manière d'administrer le traitement recommandé et soutien aux soins à domicile; et examens de suivi des enfants malades pour les orienter vers un centre médical en cas de complications. Les programmes qui favorisent la prise en charge de la pneumonie chez l'enfant par des agents de santé communautaires compétents peuvent contribuer à améliorer la disponibilité du traitement dans la

communauté. L'efficacité de cette approche a été largement démontrée aux niveaux scientifique et programmatique.

DE NOMBREUX ENFANTS MALADES NE SONT JAMAIS AMENÉS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

La fréquentation des structures sanitaires reste faible dans plusieurs régions du monde. De nombreux enfants sont traités à domicile, par l'intermédiaire du secteur non structuré ou par des guérisseurs traditionnels. Les études confirment régulièrement que de nombreux enfants malades ne sont pas amenés dans les établissements de santé pour y être examinés; les enfants des familles les plus pauvres ont encore moins de chance que les autres d'être traités. Au **Bangladesh**, par exemple, 8 % seulement des enfants malades sont amenés d'abord dans des établissements de santé appropriés¹. Une étude réalisée en **Bolivie** a révélé que 62 % des enfants décédés par la suite n'avaient pas été examinés par un soignant agréé lorsqu'ils étaient tombés malades²; et une étude similaire réalisée en **Guinée** a révélé que sur la totalité des décès d'enfants, 61 % n'avaient pas été examinés par un soignant agréé³. Une étude récente a révélé qu'en **République-Unie de Tanzanie**, 41 % des enfants malades sont amenés dans des structures sanitaires appropriées pour y être examinés et que l'on administre moins souvent des antibiotiques pour traiter la pneumonie ou des médicaments antipaludiques aux enfants des familles pauvres⁴.

IMPORTANCE DE LA RAPIDITÉ DU TRAITEMENT

Pour administrer un traitement rapide et efficace par antibiotiques, il faut souvent rapprocher le traitement de l'endroit où vivent les enfants malades. Les mesures préventives, telles que la vaccination contre la rougeole, la coqueluche et l'*Haemophilus influenzae* de type b, ainsi que l'amélioration de la nutrition – grâce à l'allaitement maternel et à une supplémentation en micronutriments – peuvent contribuer à faire reculer l'incidence et la gravité des infections respiratoires. Les pays en développement n'ont pas largement accès aux nouveaux vaccins qui protègent contre les infections respiratoires et ceux-ci ne ciblent qu'un éventail limité de causes de la pneumonie. Toutefois, des recherches sont en cours pour identifier des mesures de prévention plus efficaces.

LE TRAITEMENT DANS LA COMMUNAUTÉ RÉDUIT CONSIDÉRABLEMENT LA MORTALITÉ

Lorsque les enfants souffrant de pneumonie sont traités rapidement et efficacement par antibiotiques, leurs chances de survie s'améliorent. Les études sur les interventions



précoces et les recherches ultérieures révèlent que la prise en charge des cas par les agents de santé communautaires a un réel impact sur la mortalité des moins de cinq ans en général et sur la mortalité des moins de cinq ans due à la pneumonie en particulier. Selon une méta-analyse des études sur la prise en charge des cas de pneumonie dans la communauté, la réduction de la mortalité des enfants de moins d'un an, toutes causes confondues, serait de 20 % et la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans, toutes causes confondues, serait de 24 %⁵.

Plusieurs études révèlent que les agents de santé communautaires peuvent traiter efficacement sur place les cas de pneumonie sans complications. Ils savent comment prendre les cas en charge, à savoir classer les infections respiratoires sur la base de la fréquence respiratoire et du tirage sous-costal, traiter par antibiotiques les cas de pneumonie sans gravité et aiguiller les cas graves de pneumonie, le cas échéant.

VOLETS PROGRAMMATIQUES NÉCESSAIRES

Un traitement efficace de la pneumonie au niveau communautaire repose sur un certain nombre de facteurs : bonne connaissance de la communauté, formation appropriée des agents de santé communautaires, soutien, supervision et liens étroits avec des centres de soins qui fonctionnent et sont dotés d'un personnel qualifié, et approvisionnement adéquat en médicaments. Il faut des politiques nationales soutenant l'identification et le traitement de la pneumonie par ces agents, autorisant l'usage d'antibiotiques appropriés dans la communauté, et renforçant le lien entre les agents de santé communautaires et les établissements de santé. Les structures de supervision, les systèmes d'information sanitaire, les mécanismes d'aiguillage et les chaînes d'approvisionnement en médicaments reposent sur des liens solides entre les systèmes de santé et les agents de santé communautaires. Il faut inclure dans les activités programmatiques des procédures permettant de surveiller la couverture et la qualité des services assurés par des agents de santé communautaires.

UTILISATION DES ANTIBIOTIQUES DANS LA COMMUNAUTÉ

Les spécialistes de la santé se préoccupent souvent de savoir si les antibiotiques peuvent être administrés en toute sécurité dans la communauté, en particulier :

- Les agents de santé sont-ils capables de classer et de faire la différence entre les diverses conditions exigeant un traitement par antibiotiques?
- Sont-ils capables d'administrer des antibiotiques correctement?
- La personne qui s'occupe de l'enfant lui administre-elle la totalité du traitement ?

Les programmes communautaires axés sur le traitement de la pneumonie ont révélé que le suivi de la qualité des soins pour s'assurer que les antibiotiques sont utilisés à bon escient est efficace et réalisable. Au **Népal**, dans un programme à grande échelle, deux méthodes sont utilisées pour surveiller la qualité des soins : examen des dossiers médicaux et observation directe du diagnostic et du traitement des enfants malades par les agents de santé communautaires. Dans 80 % des cas, les soins étaient appropriés et la posologie correcte, et dans moins de 3 % des cas, des antibiotiques avaient été recommandés à tort⁶.

Les démarches visant à promouvoir un usage approprié des antibiotiques dans la communauté, y compris le respect de la posologie à domicile, doivent encore faire l'objet d'évaluations plus poussées. Dans les programmes communautaires de traitement du paludisme, le seul fait de donner aux dispensateurs de soins des instructions claires avec des illustrations décrivant le régime posologique à observer, a permis d'améliorer le traitement. Il pourrait s'avérer efficace de donner aux personnes qui s'occupent des enfants des boîtes ou blisters d'antibiotiques préemballés contenant le nombre de doses nécessaires pour la durée du traitement afin d'améliorer les pratiques d'administration des médicaments et la posologie à domicile.

Il est également possible d'améliorer le traitement si les agents de santé communautaires conseillent les parents sur la manière d'administrer le médicament et leur expliquent pourquoi il est important de ne pas écourter un traitement par antibiotiques. Des évaluations et recherches opérationnelles régulières contribueront à identifier et améliorer les stratégies encourageant l'usage approprié d'antibiotiques et favorisant un meilleur accès à des soins de qualité.

SOINS COMMUNAUTAIRES DURABLES ET À GRANDE ÉCHELLE

Le traitement de la pneumonie au niveau communautaire est une mesure qui peut être largement appliquée et qui est viable. On trouvera ci-après des exemples de programmes communautaires englobant le traitement de la pneumonie et couvrant une large proportion de la population ciblée. Un engagement vigoureux de la part du gouvernement et une solide collaboration entre les communautés et des partenaires extérieurs ont permis d'élargir ces programmes.

- En Afrique, la **Gambie** a un programme national de traitement de la pneumonie dans la communauté. Dans le District de Siaya au **Kenya**, un programme dirigé par une organisation non gouvernementale qui inclut le traitement de la pneumonie et d'autres maladies de l'enfant par les agents de santé communautaires fonctionne efficacement. Dans d'autres pays d'Afrique, des recherches opérationnelles visant à prouver la faisabilité et l'efficacité de la prise en charge des infections aiguës des voies respiratoires au niveau communautaire sont en cours.
- Au **Honduras**, le traitement de la pneumonie a été incorporé au programme national de soins intégrés à l'enfant dans la communauté (Atención Integral a la Niñez en la Comunidad, AIN-C). Des volontaires de la

communauté se chargent de la surveillance de la croissance, de l'éducation sanitaire, ainsi que du traitement de la pneumonie et de la diarrhée dans plus de 1 800 communautés.

- Au **Népal**, le programme de renforcement de la lutte contre les infections respiratoires aiguës (IRA) a été mis en œuvre par le Ministère de la santé en 1993. Ce programme communautaire s'appuie sur des travailleuses sanitaires bénévoles ayant suivi une formation pour apprendre à diagnostiquer et traiter la pneumonie. Ce programme, soutenu par des donateurs et des organisations non gouvernementales, s'est élargi et couvre aujourd'hui plus d'un tiers de la population nationale des moins de cinq ans.



- Au **Pakistan**, le programme Femmes – agents sanitaires emploie près de 69 000 femmes qui assurent des services d'éducation et de santé dans les communautés, notamment la prise en charge et le traitement de la pneumonie chez les enfants, et couvrent plus de 30 millions de personnes.

Les programmes de traitement de la pneumonie dans la communauté sont viables. Les programmes du Népal et du Pakistan sont opérationnels depuis plus de dix ans.

AUTRES MALADIES DE L'ENFANT COURANTES

RECOUPEMENT CLINIQUE ENTRE LA PNEUMONIE ET LE PALUDISME

Dans les régions où le paludisme est également une cause majeure de morbidité et de décès chez les jeunes enfants, les signes cliniques révèlent que le paludisme et la pneumonie se recoupent. Pour les deux maladies, la fièvre est présente dans la majorité des cas. Une fièvre ou des antécédents de fièvre peuvent être des critères suffisants pour administrer des médicaments antipaludiques dans les régions où le paludisme est endémique, mais ces critères de traitement ne sont pas assez spécifiques pour exclure la présence d'autres maladies comme la pneumonie.

L'accélération de la fréquence respiratoire permet de juger de la gravité des infections respiratoires. Cependant, les épisodes de paludisme peuvent aussi être associés à la toux et à une accélération de la fréquence respiratoire chez certains enfants. Dans les régions où le paludisme est endémique, un enfant chez qui on a diagnostiqué une pneumonie sur la base de l'accélération du rythme respiratoire, du tirage sous-costal, ou des deux, peut également souffrir de paludisme.

LES ENFANTS PEUVENT ÊTRE ATTEINTS DE PLUS D'UNE MALADIE

Les épisodes de pneumonie s'accompagnent souvent de maladies diarrhéiques, et le taux de mortalité des enfants souffrant à la fois de pneumonie et de diarrhée est plus élevé que le taux de mortalité résultant de ces deux maladies prises séparément. Dans les régions où le paludisme est courant, les enfants peuvent souffrir à la fois de paludisme et de pneumonie, deux infections qui exigent un traitement. Par exemple, en **Ouganda**, 30 % des enfants de moins de cinq ans venus en consultation dans un centre de santé présentaient des symptômes à la fois de pneumonie et de paludisme exigeant un traitement pour les deux maladies. Sur la totalité de ces enfants fiévreux, ce qui dans un contexte à haut risque comme celui de l'Ouganda entraîne un diagnostic du paludisme, 37 % satisfaisaient aussi aux critères de diagnostic de la pneumonie⁷.

CE QUE LES PAYS PEUVENT FAIRE

LES PAYS PEUVENT RÉDUIRE LA MORTALITÉ LIÉE À LA PNEUMONIE DANS LES COMMUNAUTÉS EN ADOPTANT LES MESURES SUIVANTES :

1. Adoption et promotion de politiques visant à

- Soutenir le rôle des agents de santé communautaires, avec une surveillance et une supervision appropriées, quand il s'agit d'identifier et de traiter la pneumonie par antibiotiques, en encourageant l'établissement de liens étroits avec les centres de soins
- Autoriser la prescription d'antibiotiques par les agents de santé communautaires
- Renforcer les réglementations et les contrôles de qualité relatifs à la distribution et à l'usage approprié d'antibiotiques
- Encourager les familles à s'adresser aux agents de santé communautaires dûment formés pour la prise en charge des enfants souffrant de pneumonie.

2. Octroi des ressources nécessaires aux programmes de santé communautaires afin de

- Former les agents de santé communautaires en poste ou futurs à la prise en charge des cas de pneumonie, à l'octroi de conseils et à l'aiguillage vers d'autres structures
- Superviser correctement les agents de santé communautaires lors de leurs activités de prise en charge des cas de pneumonie
- Renforcer les systèmes d'approvisionnement en médicaments, afin de garantir la disponibilité constante des antibiotiques et de surveiller leur utilisation
- Suivre et évaluer les activités des agents de santé communautaires dans le cadre du programme.

3. Définition et clarification

- Du rôle des agents de santé communautaires au sein du système de santé, notamment pour administrer des soins et encourager les familles à rechercher des soins appropriés
- De la superposition entre le traitement de la pneumonie et du paludisme au niveau communautaire
- Des lignes directrices concernant le type d'antibiotiques et autres médicaments à administrer aux différents groupes d'âges et leur dosage
- Des sources appropriées d'approvisionnement en antibiotiques.

4. Intégration des activités communautaires de traitement de la pneumonie

- Aux autres efforts et initiatives visant à promouvoir la santé de l'enfant, en particulier le traitement du paludisme et de la diarrhée aux niveaux du ménage et de la communauté.

5. Renforcement des pratiques familiales et communautaires liées à la prévention et au traitement de la pneumonie

- En améliorant les soins, par exemple la reconnaissance des signes et des symptômes, en sachant quand et où s'adresser pour obtenir des soins, en suivant le traitement à la lettre, et en reconnaissant les signes de danger
- En mettant au point des stratégies efficaces d'information, d'éducation et de communication liées aux pratiques familiales et communautaires
- Dans les zones où des activités de Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) sont en cours, en intégrant le renforcement des capacités communautaires contre la pneumonie dans les programmes PCIME communautaires.

6. Établissement de partenariats avec des organisations non gouvernementales et communautaires

- Identification, recrutement et formation des agents de santé communautaires et surveillance de leurs prestations
- Garantie de l'assimilation de la prise en charge des cas de pneumonie avec la prise en charge d'autres maladies, et activités de promotion de la santé dans la communauté.

7. Mise au point d'un plan sur trois à cinq ans visant à faire reculer la mortalité due à la pneumonie comprenant

- Une amélioration de la prise en charge des cas dans les structures de premier niveau
- La formation et la supervision des agents de santé communautaires, ainsi que la livraison de fournitures appropriées
- Le renforcement des liens entre les communautés, les agents de santé communautaires et les structures sanitaires.

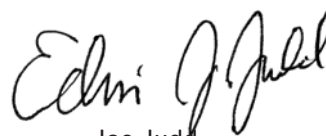
Si un programme de formation en faveur de la PCIME est déjà mis en œuvre à l'usage des agents de santé, le personnel du programme doit :

- Examiner la qualité des services fournis
- Évaluer la couverture et identifier les structures de premier niveau qui ne sont pas couvertes par la formation des agents de santé à la PCIME



Joy Phumaphi
Sous-Directeur général
Santé familiale et communautaire
Organisation mondiale de la Santé
Genève

- Intégrer le plan de formation à la PCIME au plan sur 3 à 5 ans visant à faire reculer la mortalité due à la pneumonie, en évitant les doubles emplois.



Joe Judd
Directeur, Division des programmes
Fonds des Nations Unies pour l'enfance
New York

RÉFÉRENCES

1. Organisation mondiale de la Santé, The Multi-Country Evaluation of IMCI Effectiveness, Cost and Impact (MCE) – Progress Report, mai 2001-avril 2002, WHO/FCH/CAH/02.16, Département de la santé et du développement de l'enfant et de l'adolescent, OMS, Genève, 2002.
2. Aguilar, A. M., et al., *Mortality Survey in Bolivia: The Final Report: Investigating and identifying the causes of death for children under five*, publié pour USAID par le Projet Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS), Virginie, 1998.
3. Schumacher, R., et al., *Mortality Study in Guinea: Investigating the causes of death in children under 5*, publié par Save the Children et le Projet Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS II), Virginie, 2002.
4. Schellenberg, J. A., et al., Inequities Among the Very Poor: Health care for children in rural southern Tanzania, *The Lancet*, vol. 361, no. 9357, février 2003, pp. 561-566.
5. Sazawal, S. et R. E. Black, Effect of Pneumonia Case Management on Mortality in Neonates, Infants, and Preschool Children: A metaanalysis of community-based trials, *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 3, no. 9, septembre 2003, pp. 547-556.
6. Dawson, P., 'Community-based IMCI in Nepal: Partnerships to increase access, quality and scale of childhood pneumonia treatment through female community health volunteers', Document présenté lors d'une réunion intitulée Reaching Communities for Child Health: Advancing PVO/NGO technical capacity and leadership for household and community IMCI, janvier 17-19 2001, John Snow Inc., Maryland, 2001.
7. Källander, K., J. Nsungwa-Sabiiti, et S. Peterson, 'Symptom overlap for malaria and pneumonia – Policy implications for home management strategies', *Acta Tropica*, vol. 90, 2004, pp. 211-214.

PHOTOS :

Couverture : femmes qui attendent avec leurs enfants au dispensaire du village de Rabdure, (Somalie), qui est soutenu par l'UNICEF, ©UNICEF/HQ00-0485/Radhika Chalasani;

Page 3 : un agent de santé du groupe autochtone Aini prend la température d'un enfant souffrant de pneumonie dans un village de la Province du Yunan (Chine), ©UNICEF/HQ93-1692/Roger LeMoyne;

Page 5 : cette jeune Népalaise peut bénéficier d'un programme gouvernemental actuel qui fait appel à des femmes agents de santé bénévoles pour diagnostiquer et traiter la pneumonie, ©UNICEF Népal/2003/Amatya.

Imprimé en mai 2004

© Fonds des Nations Unies pour l'enfance /Organisation mondiale de la Santé, 2004

Ce document peut être modifié, cité, reproduit et traduit librement mais il ne peut ni être vendu ni utilisé à des fins commerciales..

Code de commande : WHO/FCH/CAH/04.06 or UNICEF/PD/Pneumonia/01

Pour obtenir des exemplaires de cette déclaration et des informations supplémentaires, prière de s'adresser à :



ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ

Organisation mondiale de la Santé
Département de la santé et du développement de l'enfant
Santé familiale et communautaire
20 Avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse
Tél. : 41-22-791-3281
Fax : 41-22-791-4853
Courriel : cah@who.int
www.who.int



Fonds des Nations Unies pour l'enfance
Division des programmes
3 United Nations Plaza
New York, NY 10017
États-Unis
Tél. : 1-212-326-7554
Fax : 1-212-303-7924
www.unicef.org