



QUARANTIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ

Point 18.2 de l'ordre du jour provisoire

PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHÉIQUES

Rapport de situation du Directeur général

Le présent rapport, qui est soumis à l'examen de l'Assemblée conformément à la résolution WHA35.22, décrit l'état d'avancement et la situation actuelle du Programme. Il passe en revue les stratégies mises en avant pour la lutte contre les maladies diarrhéiques, les activités et les réalisations de la composante services de santé, la situation actuelle du choléra dans le monde et les méthodes adoptées pour le combattre, et les activités de la composante recherche, y compris les progrès réalisés dans les domaines prioritaires. La dernière section décrit les objectifs renforcés du Programme pour 1989 et propose l'action à entreprendre par les Etats Membres en collaboration avec l'OMS.

Ce rapport a été examiné par le Conseil exécutif qui, dans sa résolution EB79.R8, a proposé le texte d'une résolution dont il recommande l'adoption par l'Assemblée. Par la suite, le rapport a été modifié de manière à tenir compte des dernières informations disponibles et il faudra donc changer en conséquence les chiffres du troisième alinéa du préambule de la résolution recommandée.

TABLE DES MATIERES

	<u>Pages</u>
1. Généralités	1
2. Situation actuelle du Programme	2
3. Orientations futures	16

1. GENERALITES

1.1 Le Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques (LMD) a pour origine la résolution WHA31.44, adoptée par la Trente et Unième Assemblée mondiale de la Santé en mai 1978, en application de laquelle l'OMS a institué un programme mondial ayant pour objectif de réduire la mortalité et la morbidité dues aux maladies diarrhéiques et les effets nocifs qui leur sont associés, en particulier la malnutrition, chez les nourrissons et les jeunes enfants. En 1982, l'Assemblée de la Santé a examiné l'état d'avancement du Programme et, dans la résolution WHA35.22, elle a invité instamment les Etats Membres à intensifier leurs activités de lutte contre les maladies diarrhéiques considérées comme l'un des points d'accès aux soins de santé primaires.

1.2 Depuis sa création, le Programme a été édifié sur deux composantes principales : une composante services de santé comportant l'incorporation des connaissances actuelles sur le traitement et la prévention des maladies diarrhéiques dans les programmes nationaux de soins de santé primaires; et une composante recherche par le biais de laquelle un soutien est fourni à la recherche appliquée (sur les services de santé) pour améliorer l'exécution des stratégies de lutte existantes et à la recherche fondamentale (biomédicale) pour mettre au point et essayer

des outils et des approches nouveaux ou meilleurs pour combattre les maladies diarrhéiques. Pour plus de commodité, ces deux composantes sont décrites séparément ci-après, mais leur articulation étroite dans un même programme a pour but d'assurer que la recherche bénéficiant d'un appui corresponde parfaitement aux besoins des programmes de lutte et que les découvertes issues de la recherche puissent être rapidement appliquées dans le cadre de ces programmes.

1.3 Le Programme a été guidé par un Groupe consultatif technique composé de spécialistes scientifiques éminents et d'administrateurs de la santé publique qui se réunit tous les ans pour examiner et évaluer le Programme d'une manière indépendante du point de vue scientifique et technique. Depuis 1981, un Comité d'examen de la gestion composé de représentants des organisations compétentes du système des Nations Unies (OMS, PNUD, FISE) et de la Banque mondiale ainsi que de trois représentants nationaux siégeant par roulement (pour deux ans), a procédé chaque année à un examen de la gestion du Programme et en particulier des questions budgétaires et financières. Les recommandations de ces deux organes sont étudiées chaque année lors d'une Réunion des Parties intéressées à laquelle assistent des représentants de gouvernements et d'institutions qui fournissent un appui financier au Programme ou qui envisagent de le faire et des représentants de pays en développement où sont exécutés des programmes de lutte. Les participants à cette réunion passent en revue l'état d'avancement et les plans du Programme et prennent acte des annonces de contributions financières.

1.4 Depuis 1978, le Programme a reçu des ressources financières de 29 contributeurs (OMS incluse), pour un total de US \$49,5 millions. Les prévisions budgétaires du Programme pour l'exercice biennal 1986-1987 s'élèvent à US \$19,5 millions et le budget projeté pour l'exercice 1988-1989 est de US \$22,8 millions.

1.5 On trouvera ci-après un bref exposé de la situation actuelle et des plans du Programme. Des renseignements plus précis sur ces activités figurent dans les documents publiés par le Programme, notamment le Cinquième Rapport du Programme.¹

2. SITUATION ACTUELLE DU PROGRAMME

Composante services de santé

Stratégies de lutte

2.1 De l'avis général, c'est la prise en charge satisfaisante malades qui aura dans l'immédiat le maximum d'impact sur la mortalité diarrhéique. Les éléments de cette stratégie sont les suivants :

- prévention de la déshydratation grâce au traitement précoce de la diarrhée à domicile au moyen de solutions disponibles ou spécialement préparées;
- traitement de la déshydratation au moyen de sels de réhydratation orale (SRO) fournis à tous les échelons du système de soins de santé;
- prévention des conséquences nutritionnelles de la diarrhée grâce à une alimentation judicieuse pendant et après la maladie;
- utilisation sélective de liquides administrés par voie intraveineuse pour le traitement de la déshydratation prononcée et d'antibiotiques pour le traitement du choléra et de la dysenterie à Shigella.

2.2 La mise en oeuvre satisfaisante de cette stratégie, telle qu'elle est énoncée dans un document conjoint OMS/FISE,² peut réduire parfois des deux tiers la mortalité par diarrhée, la létalité et le coût du traitement. Elle peut aussi éviter bien des cas de malnutrition et de

¹ Cinquième Rapport du Programme, 1984-1985 (document WHO/CDD/86.16).

² Traitement de la diarrhée et utilisation de la thérapie par réhydratation orale (TRO) : document conjoint OMS/FISE, 2^e édition, Genève, OMS, 1986.

diarrhée persistante (ou chronique). Elle exige que toutes les familles soient instruites et motivées en vue de traiter la diarrhée correctement lorsqu'elle débute en utilisant des ingrédients disponibles à la maison, et aussi que tous les agents de santé participants aux soins aux enfants apprennent à employer les SRO en toute confiance. Il faut un programme équilibré garantissant que les familles, d'une part aient l'autosuffisance nécessaire pour soigner à domicile la grande majorité des cas de diarrhée et, d'autre part, fassent appel aux services de santé pour le traitement des cas plus graves nécessitant des SRO, voire l'administration de liquides par voie intraveineuse. Les solutions préparées à domicile et les SRO jouent un rôle complémentaire dans la prise en charge des malades et ne doivent pas être considérées comme des moyens interchangeable (voir aussi paragraphe 2.7).

2.3 Se fondant sur un examen approfondi de l'efficacité, de la faisabilité et du coût d'autres interventions possibles pour réduire la morbidité et la mortalité dues à la diarrhée, le Programme a formulé un ensemble de trois stratégies supplémentaires qui méritent de bénéficier d'une haute priorité dans les programmes LMD nationaux, à savoir :

- l'amélioration de la nutrition grâce à l'allaitement au sein ininterrompu pendant les deux premières années de la vie et à des pratiques de sevrage adéquates;
- l'utilisation d'une eau saine, en particulier l'obtention d'une quantité abondante d'eau provenant de la source la plus sûre et la protection de cette eau contre la contamination;
- une bonne hygiène corporelle et familiale, en particulier l'utilisation de latrines, l'évacuation des selles de nourrissons et le lavage des mains.

Ces stratégies sont déjà en cours d'exécution dans une certaine mesure dans la plupart des pays. Il est prévu qu'elles bénéficieront d'une priorité accrue dans les programmes LMD nationaux à mesure que la thérapie par réhydratation orale (TRO)¹ est plus largement utilisée et que la mortalité par diarrhée diminue. La vaccination antirougeoleuse a aussi été identifiée comme intervention hautement prioritaire, mais comme le programme élargi de vaccination de l'OMS collabore activement avec les pays dans ce domaine, cette vaccination n'est pas incluse comme action prioritaire dans le Programme LMD.

Mise en oeuvre des programmes nationaux

2.4 En développant les programmes LMD nationaux, l'OMS a accordé une haute priorité au renforcement de la gestion des programmes, et d'abord à une planification minutieuse. A la fin de 1986, 110 pays avaient établi des plans pour des programmes LMD, soit 87 % des 125 pays visés, ces plans couvrant d'après les estimations 98 % de la population totale des pays en cause; les plans étaient opérationnels dans 93 pays. A la fin de l'exercice biennal 1986-1987, des plans auront été établis par tous les pays visés. Dans chacun des pays dotés d'un programme opérationnel, un administrateur du Programme LMD, assisté d'un personnel d'appui, a été nommé à l'échelon central, quoique les programmes eux-mêmes soient exécutés comme partie intégrante des services de santé maternelle et infantile et autres services de soins de santé primaires, avec utilisation du personnel sanitaire déjà en place. Du fait que les maladies diarrhéiques sont très répandues et qu'il existe pour les traiter une approche simple et extrêmement efficace, les activités entreprises pour les combattre peuvent permettre aux mères et autres membres de la famille d'avoir mieux confiance dans leur aptitude à se soigner eux-mêmes et aux communautés de participer d'une manière plus active aux soins de santé; par conséquent, ces activités constituent un point d'accès précieux pour d'autres services préventifs et curatifs dans le cadre des soins de santé primaires.

Formation

2.5 La formation à la gestion et la formation technique sont des secteurs prioritaires du Programme. A la fin de 1986 au moins 8450 personnels de santé avaient participé à des cours de formation aux techniques de supervision, mais ce total ne représente que 5 à 10 % du groupe cible. De nombreux pays ont utilisé le module "Traitement de la diarrhée" du cours de formation aux techniques de supervision pour former des agents de santé du niveau périphérique. Ce cours

¹ Dans l'ensemble du présent rapport, l'expression "thérapie par réhydratation orale (TRO) s'entend de l'administration d'un liquide par voie buccale pour prévenir ou corriger la déshydratation due à la diarrhée.

et le cours de formation des administrateurs de programme sont actuellement révisés de manière à contenir davantage d'informations sur les solutions de TRO préparées à domicile, sur les stratégies préventives de lutte (voir paragraphe 2.3) et sur de meilleures approches pour les activités du Programme concernant la planification, la surveillance continue et l'évaluation. Depuis 1983, la formation aux techniques de supervision a souvent été associée avec la formation dispensée au titre du programme élargi de vaccination et, depuis 1986, il a été possible également d'y associer la formation au traitement des infections respiratoires aiguës. Un module de formation sur l'espacement des naissances est en cours d'élaboration. On estime qu'à la fin de 1986 6 % du personnel de santé avait reçu une formation sur la prise en charge de la diarrhée, y compris une formation pratique sur la TRO. Beaucoup de ces cours sont dispensés dans des unités régionales, sous-régionales ou nationales de formation qui ont été mises en place dans des pays de toutes les Régions de l'OMS. Dans la Région africaine, trois unités de formation ont été créées en Angola, en Ethiopie et au Sénégal et trois autres sont actuellement mises en place au Cameroun, au Malawi et au Zaïre dans le cadre d'un accord conclu entre le Bureau régional et le programme de lutte contre les maladies transmissibles de l'enfance (CCCD) parrainé par l'Agency for International Development des Etats-Unis. Pour assurer que les cours donnés dans ces unités soient efficaces, le Programme a élaboré un module de formation sur la prise en charge clinique qui comprend un guide pour les administrateurs indiquant comment préparer, dispenser et évaluer les cours et comment aider les participants à créer des unités, et qui contient du matériel de conférence et des auxiliaires audiovisuels à utiliser dans les cours.

2.6 Reconnaissant qu'à long terme la formation appropriée des futurs membres des professions de santé constitue le meilleur moyen de garantir une prise en charge satisfaisante des cas de diarrhée, le Programme a mis l'accent sur le renforcement de l'enseignement des stratégies de lutte contre les maladies diarrhéiques dans les établissements de formation médicale et paramédicale. En collaboration avec le programme élargi de vaccination, il a organisé des ateliers dans de nombreux pays afin de passer en revue et de modifier les programmes d'études dans les établissements formant le personnel infirmier, les sages-femmes et les assistants sanitaires. Avec l'aide du Projet PRITECH financé par l'USAID, le Programme produit un manuel décrivant les méthodes à appliquer pour créer et exploiter de petites unités de lutte anti-diarrhéique dans les hôpitaux universitaires, ainsi que du matériel pédagogique destiné aux étudiants en médecine faisant leurs stages de pédiatrie et de médecine communautaire. Etant donné que de nombreux personnels de santé de pays en développement reçoivent une formation dans des pays développés, ou sont influencés par l'enseignement et les pratiques médicaux de ces pays, le Programme s'est également attaché à promouvoir l'utilisation de la TRO dans les pays développés grâce à une participation à des cours de formation dans des établissements d'enseignement médical et paramédical aux Etats-Unis d'Amérique, en France, en Italie, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni, en Suède et en URSS. Par ailleurs, il collabore étroitement avec l'Association internationale de Pédiatrie à l'organisation aux niveaux mondial, régional et national d'ateliers où de hauts responsables d'associations pédiatriques de pays développés et de pays en développement discutent des meilleures approches du traitement et de la prévention de la diarrhée, ainsi que des moyens par lesquels les pédiatres pourraient appuyer les programmes LMD nationaux.

Promotion de la thérapie par réhydratation orale

2.7 Il ressort d'une étude effectuée par le Programme¹ que le traitement précoce de la diarrhée à domicile est conçu de façons très diverses. La solution salée-sucrée est le liquide préparé à domicile qui a fait le plus souvent l'objet d'une large promotion. Toutefois, sa préparation et son emploi se heurtent à de nombreux obstacles, par exemple l'incertitude de pouvoir se procurer du sucre et sa qualité variable (et de même parfois pour le sel), l'absence d'ustensiles convenables pour mesurer les ingrédients et l'eau, et la difficulté qu'éprouvent les mères à assimiler, retenir et appliquer les connaissances requises pour bien préparer et administrer les liquides. C'est pourquoi on accorde désormais plus d'attention à l'utilisation de solutions à base de produits alimentaires (par exemple les bouillies ou les potages) que

¹ La thérapie par réhydratation orale pour le traitement à domicile de la diarrhée (document WHO/CDD/SER/86.9).

les mères connaissent déjà bien. D'une manière générale, les responsables des programmes nationaux doivent choisir des solutions à utiliser à domicile qui soient correctes sur le plan physiologique et faciles à préparer d'une manière exacte et pour lesquelles les ingrédients et les ustensiles nécessaires sont aisément disponibles. Le choix de la solution à adopter peut nécessiter des recherches opérationnelles et il doit tenir compte de facteurs tels que les pratiques traditionnelles pour le traitement de la diarrhée, les connaissances et croyances quant aux causes de la diarrhée, la composition et la disponibilité des solutions les plus courantes à base de produits alimentaires, la disponibilité et le prix du sucre, la disponibilité d'un ustensile standard pour mesurer les ingrédients, et la possibilité pour les programmes LMD nationaux de former les agents de santé et d'assurer un approvisionnement en SRO pour traiter les cas de déshydratation. Des directives sur le choix d'une solution à préparer à domicile en vue de son utilisation dans les programmes LMD nationaux ont été élaborées.¹

2.8 Dans presque tous les programmes nationaux on utilise les SRO comme solution universelle pour le traitement de la déshydratation. L'OMS et le FISE ont publié conjointement pour la production des SRO² de nouvelles directives qui contiennent des recommandations détaillées pour la fabrication de la nouvelle formule de SRO plus stable contenant 2,9 g de citrate trisodique dihydraté au lieu de 2,5 g de bicarbonate de sodium.³ En 1986, on estime que 270 millions de sachets de SRO équivalant à 1 litre ont été fabriqués dans le monde entier, ce qui représente de cinq à six fois plus que le nombre de sachets disponibles en 1981. La production locale représentait 56 % de l'approvisionnement total, le FISE a livré 24 % et les 20 % restants provenaient d'autres fournisseurs extérieurs et des importations commerciales. Il est prévu que le pourcentage des sachets fabriqués sur place augmentera à mesure que d'autres pays se lanceront dans la production. La production locale a pour avantage qu'elle permet d'adopter un mode de présentation spécifique du pays et une dose correspondant à la contenance d'un récipient disponible dans tout le pays. A la fin de 1986, 47 pays en développement produisaient des SRO. L'OMS et le FISE ont collaboré étroitement avec beaucoup de ces pays à l'achat de matériel et à l'instauration de procédures de contrôle de la qualité. Quand les ministères de la santé le demandaient, ils ont étendu cette collaboration aux producteurs commerciaux locaux qui contribuent à couvrir les besoins nationaux. En fournissant cette aide, le Programme a souligné combien il importe que les secteurs privé et public travaillent ensemble pour mettre au point une formule de SRO et une étiquette de sachet uniformes.

Communication

2.9 Les pays qui ont consacré des ressources considérables à l'information du public sur le traitement et la prévention appropriés de la diarrhée (par exemple l'Egypte ou le Honduras) sont parmi ceux dont les programmes LMD ont donné les résultats les plus satisfaisants. Les activités de communication efficaces ont été centrées sur les besoins des consommateurs et non pas seulement des fournisseurs et elles ont fait partie intégrante d'un programme complet de lutte qui comprend une formation adéquate des personnels de santé et un approvisionnement fiable en SRO. Pour de telles activités, on peut avoir recours à diverses approches, notamment les grands moyens d'information, les médias traditionnels (par exemple le folklore), les textes imprimés, les écoles et l'entretien direct afin de transmettre des messages standards qui sont spécialement conçus pour l'auditoire visé. Tout comme pour d'autres programmes (par exemple le programme élargi de vaccination), les "campagnes" intensives de brève durée destinées à

¹ Processus de décision pour une politique de traitement de la diarrhée à domicile (document WHO/CDD/SER/87.10).

² Sels de réhydratation orale : planification, installation et fonctionnement des unités de fabrication (document WHO/CDD/SER/85.8).

³ Les autres ingrédients des SRO sont : 3,5 g de chlorure de sodium, 1,5 g de chlorure de potassium et 20 g de glucose dans 1 litre d'eau.

sensibiliser le public à la TRO ou à d'autres stratégies de lutte ne peuvent être efficaces que si elles sont menées dans le cadre d'un plan d'activité à long terme visant à atteindre les buts du Programme. Afin de faire mieux comprendre et utiliser les méthodes de communication dans les programmes LMD nationaux, un manuel est en cours d'élaboration pour les administrateurs de programmes; il décrit les différentes étapes du processus de communication, le rôle de l'administrateur du Programme LMD à chaque étape, et l'évaluation et l'emploi des ressources des secteurs public et privé pour soutenir les activités de communication. La désignation d'un membre du personnel conjoint OMS/FISE au début de 1987 a considérablement renforcé la capacité des deux organisations de fournir une assistance technique dans ce domaine.

Evaluation

2.10 Le Programme a collaboré avec les pays en vue d'attester l'ampleur du problème de la diarrhée, de surveiller l'état d'avancement de leurs programmes et d'en évaluer l'impact. Dès décembre 1986, 49 pays avaient effectué 193 enquêtes sur la morbidité, la mortalité et le traitement en utilisant un protocole commun préparé par le Programme. Les résultats ont montré que, sur l'ensemble de la planète, chaque enfant de moins de cinq ans avait en moyenne 3,5 épisodes diarrhéiques par an et qu'un tiers de la totalité des décès dans ce groupe d'âge était associé à la diarrhée. C'est dans la Région africaine qu'on enregistre les taux les plus élevés pour la morbidité diarrhéique, la mortalité associée à la diarrhée et la proportion de décès associés à la diarrhée. Le Programme a mis au point des directives pour améliorer la précision des enquêtes afin qu'elles puissent servir à mettre en évidence l'impact des programmes, et simultanément il étudie d'autres approches pour mesurer la mortalité. Par ailleurs, le Programme a établi des directives pour mettre en place des systèmes de notification par sentinelles utilisant un petit nombre d'équipements sanitaires spécialement choisis comme instruments pour surveiller les programmes nationaux. Un tel système pourrait être utilisé en même temps pour surveiller d'autres programmes (par exemple le programme sur les infections respiratoires aiguës et le programme élargi de vaccination) et il doit être considéré comme le complément des systèmes de notification de routine.

2.11 Dès décembre 1986 le Programme avait participé, souvent avec d'autres institutions internationales ou bilatérales, à 48 évaluations ou examens externes officiels de programmes LMD nationaux exécutés dans 43 pays. La moitié environ de ces examens servaient aussi à évaluer une ou plusieurs autres composantes des soins de santé primaires, en particulier le programme élargi de vaccination. Ces examens constituent une évaluation indépendante des programmes nationaux et offrent aux administrateurs de programmes de pays voisins l'occasion d'échanger des données d'expérience. Le Programme améliore actuellement le protocole établi pour ces examens afin d'en faciliter l'emploi et d'y inclure des informations sur les stratégies de prévention.

2.12 Depuis 1984 les gouvernements ont communiqué au Programme des informations provenant d'enquêtes, de systèmes de surveillance, d'examens de programmes et d'études spéciales sur l'accès aux SRO et aux solutions préparées à domicile et sur leur emploi, en utilisant un mode de présentation normalisé. Il ressort des données disponibles à ce jour qu'au niveau mondial, le taux minimal estimatif d'accès aux SRO chez la population des pays en développement (Chine non comprise) était passé de 4 % en 1982 à 51 % en 1985, et même à 70 % dans la Région de l'Asie du Sud-Est (Fig. 1). La proportion minimale estimative des cas de diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans traités aux SRO est passée de 5 % en 1983 à 11 % en 1985 (Chine non comprise); si l'on inclut également la proportion d'enfants traités au moyen d'une solution salée-sucrée (on dispose d'informations incomplètes sur les autres solutions préparées à domicile), le taux d'utilisation minimal de la TRO à l'échelle mondiale en 1985 était de 18 % (tableau 1). Ce taux a peut-être permis d'éviter 500 000 décès dus à la diarrhée en 1985. Le Programme va s'efforcer de mettre au point des types d'indicateurs semblables pour certaines de ses autres stratégies au cours des prochaines années.

2.13 Les examens de programmes et les études spéciales ont mis en évidence une diminution non négligeable des hospitalisations pour diarrhée et des taux de létalité ainsi que du coût du traitement des malades dans les grands hôpitaux urbains dans un certain nombre de pays où la TRO a remplacé la thérapie par voie intraveineuse comme pratique systématique pour soigner la

diarrhée. Ce résultat peut être attribué à la meilleure efficacité et au coût moins élevé de la TRO et au fait que son emploi entraîne moins souvent des complications. L'expérience montre que dans n'importe quelle installation de traitement l'administration de liquides par voie intraveineuse est nécessaire dans pas plus de 5 % des cas de diarrhée, à l'exception du choléra où il se peut que l'on y ait recours dans 10 à 15 % des cas. Etant donné que la démonstration de ces avantages des SRO peut être particulièrement utile pour obtenir des hauts fonctionnaires de l'administration sanitaire et des praticiens qu'ils soutiennent les programmes LMD nationaux, il convient sans doute au premier stade des programmes de veiller particulièrement à ce que tous les enfants qui se rendent dans les grands établissements sanitaires y reçoivent un traitement approprié; à l'occasion de ces consultations, les membres de leurs familles peuvent recevoir des instructions portant sur les solutions préparées à domicile et sur la prévention de la diarrhée. Dès lors que les hauts fonctionnaires de l'administration sanitaire ont bien accepté la TRO, il devient plus facile d'accélérer les activités visant à développer l'accès aux SRO et leur emploi ainsi qu'à accroître l'utilisation des solutions préparées à domicile.

FIG. 1 ESTIMATION DU TAUX D'ACCÈS MINIMAL AUX SRO 1982 - 1985

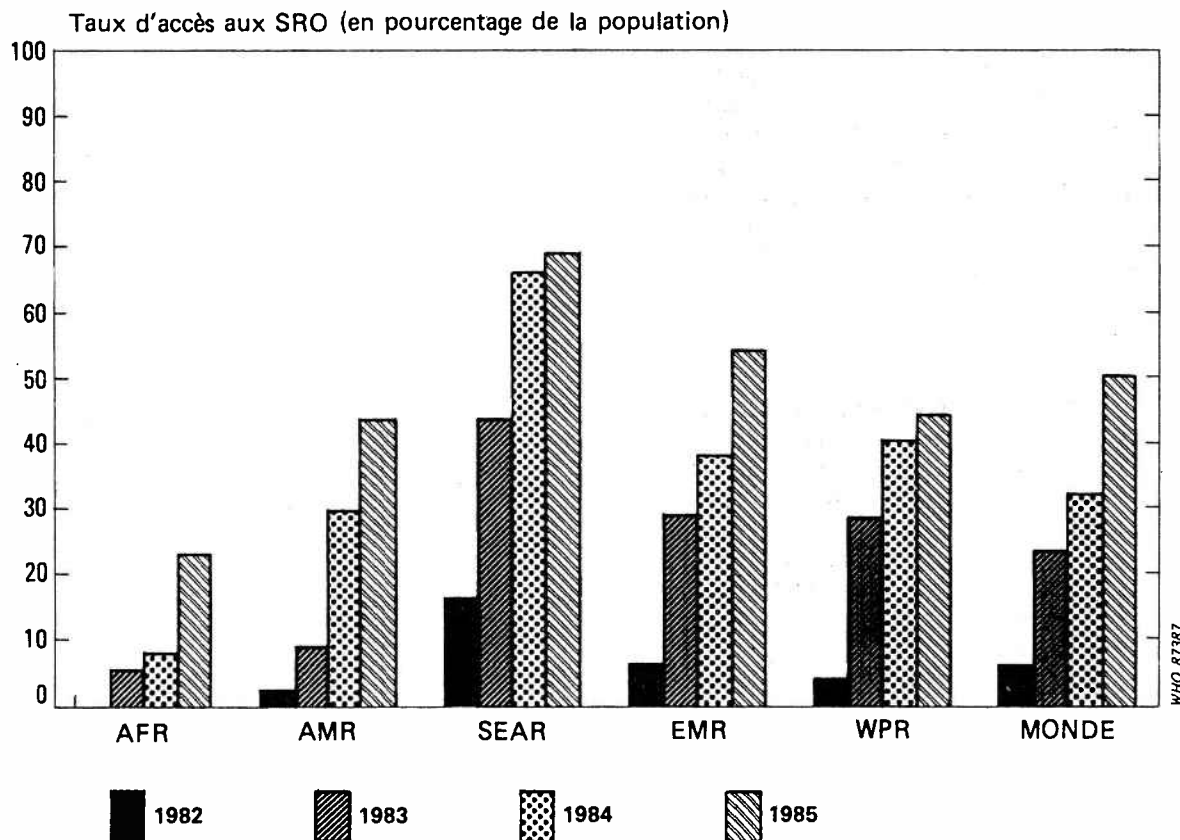


TABLEAU 1. ESTIMATION DES TAUX D'UTILISATION MINIMUMS
POUR LES SRO ET LA TRO^b CHEZ LES ENFANTS AGES DE 0 A 4 ANS EN 1983 ET 1985,
PAR REGION ET POUR LE MONDE ENTIER^a

Région	Taux d'utilisation des SRO			Taux d'utilisation de la TRO	
	1983	1984	1985	1984	1985
Afrique	1	3	5	4	8
Amériques	2	12	10	12	10
Asie du Sud-Est	9	9	12	14	25
Méditerranée orientale	6	12	17	21	22
Pacifique occidental ^b	9	13	22	27	32
Monde ^b	5	8	11	12	18

^a Les taux d'utilisation se rapportent aux proportions des épisodes de diarrhée chez les enfants âgés de 0 à 4 ans traités respectivement au moyen de SRO ou de la TRO. Par TRO il faut entendre en l'occurrence les SRO ou une solution sucrée-salée. Quand on disposait pour un pays d'estimations concernant les deux, on a retenu le point médian entre la somme et la plus forte des deux valeurs. Tous les numérateurs ont été calculés en supposant que les SRO et la TRO ne sont pas utilisés dans les pays pour lesquels on ne dispose pas de données.

^b Chine non comprise.

2.14 L'examen de programmes a révélé par ailleurs un certain nombre de contraintes communes aux programmes nationaux, à savoir : formation insuffisante des agents de santé à la prise en charge des cas de diarrhée; absence de directives normalisées pour le traitement dans les établissements sanitaires; distribution inégale des SRO; absence de désignation d'une solution préparée à domicile pour le traitement précoce de la diarrhée; nécessité d'améliorer la surveillance des activités de LMD. On a pu observer dans presque tous les pays du monde l'utilisation systématique des préparations antidiarrhéiques et des antibiotiques, ce qui est particulièrement troublant étant donné que ces produits sont coûteux, détournent l'attention des familles de la nécessité d'une réhydratation et d'une alimentation pendant les épisodes de diarrhée et, dans le cas des préparations antidiarrhéiques, n'ont aucune efficacité ou sont potentiellement dangereuses chez les jeunes enfants. Le Programme met au point un manuel qui a déjà fait l'objet d'essais sur le terrain en Indonésie et au Népal et qui suggère de procéder par étapes pour déterminer le coût du traitement de la diarrhée dans les établissements sanitaires; ce manuel

devrait aider à déterminer l'ampleur et le coût de l'utilisation de ces médicaments. Il faut espérer que le désir tout naturel de mettre fin à la diarrhée, lequel explique le succès que connaissent ces médicaments, sera satisfait grâce à la mise au point d'une solution de SRO ayant elle-même un pouvoir antidiarrhéique (voir paragraphe 2.24).

Collaboration avec d'autres programmes de l'OMS et avec des institutions internationales et bilatérales

2.15 Aux niveaux mondial et régional et au niveau des pays, le Programme a collaboré activement avec d'autres programmes de l'OMS ainsi qu'avec des institutions internationales ou bilatérales. Par exemple, il collabore a) avec le programme élargi de vaccination, l'Unité Tuberculose et Infections respiratoires et le programme d'action sur les médicaments essentiels à la formation des personnels de niveau moyen; b) avec le programme élargi de vaccination, le programme mixte de soutien pour la nutrition et la Division du Renforcement des Services de Santé aux évaluations de programmes; c) avec l'Unité des Préparations pharmaceutiques à la mise au point d'une norme de qualité pour les SRO; et d) avec la Division de l'Hygiène du Milieu à l'élaboration et à l'application de "procédures d'évaluation minimales" pour examiner l'utilisation et l'entretien des installations d'adduction d'eau et d'assainissement. Pour ce qui est d'autres institutions, la coopération étroite avec le FISE a accéléré la mise en oeuvre de programmes LMD nationaux dans de nombreux pays. Le PNUD a fourni un soutien précieux à des programmes LMD nationaux, notamment en mettant sur pied des unités de formation au traitement de la diarrhée et en formant des administrateurs dans 14 pays d'Asie. Le Programme a collaboré en outre avec l'ONUDI à la production locale de SRO, avec le HCR aux efforts déployés pour combattre les flambées de choléra parmi les réfugiés, et avec le projet "Que vive l'enfant" de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Les Gouvernements du Danemark, de la Finlande, de l'Italie, du Japon, des Pays-Bas et de la Suède ont fourni un appui généreux au Programme tant au niveau mondial qu'au niveau national, notamment en affectant des cadres associés à des programmes dans 15 pays, à un bureau régional et aux trois bureaux sous-régionaux pour le développement sanitaire dans la Région africaine. Des institutions bilatérales (représentant l'Australie, la Belgique, le Canada, la Chine, les Etats-Unis d'Amérique, la France, l'Inde, le Japon, le Maroc, le Nigéria, la Norvège, le Royaume-Uni et la Suisse) ainsi que des organisations privées ou bénévoles (Programme du Golfe arabe pour les organisations de développement des Nations Unies, Rotary International, Fonds fiduciaire Sasakawa pour la Santé, Ciba-Geigy) ont également fourni au Programme un appui extérieur inestimable, tant au niveau mondial qu'au niveau national. En 1983 et en 1985, l'OMS, de concert avec le Centre international de Recherche sur les Maladies diarrhéiques au Bangladesh, le FISE, le PNUD et la Banque mondiale, a participé à une importante conférence internationale sur la thérapie par réhydratation orale organisée par l'USAID et à laquelle assistaient des représentants de plus d'une centaine de pays en développement.

Lutte contre le choléra

2.16 En raison de son potentiel épidémique, le choléra reste un grave sujet de préoccupation pour les administrateurs sanitaires, bien que dans les zones où il est endémique il n'est responsable que de 5 à 10 % de tous les cas de diarrhée. Depuis le déclenchement de la pandémie actuelle (la septième) de choléra en 1961, cette maladie a été notifiée par 93 pays, surtout en Afrique et en Asie. Dans beaucoup de pays, pour des raisons inconnues, la maladie, tout en conservant un caractère saisonnier, s'est souvent manifestée par cycles de trois à quatre ans. En 1984, le choléra a été notifié par plus de pays africains qu'à toute autre époque depuis 1978. Depuis lors, de vastes poussées épidémiques entraînant des taux de létalité élevés se sont produites en Afrique de l'Ouest et, tant parmi les réfugiés que dans la population autochtone, en Afrique de l'Est. Les taux de létalité élevés s'expliquaient par l'insuffisance des systèmes de surveillance pour le dépistage précoce, la difficulté d'accès au personnel de santé, le manque de fournitures et de moyens de transport, le recours à un traitement non approprié, le mauvais état nutritionnel de la population atteinte, enfin les pratiques traditionnelles (par exemple, lors des obsèques) qui facilitent la transmission de la maladie.

2.17 La situation actuelle du choléra et la lutte anticholérique en Afrique ont été l'objet d'entretiens lors de trois réunions de groupes de travail sous-régionaux sur la coopération technique entre pays en développement qui se sont tenues en mars 1985 en Côte d'Ivoire, au

Kenya et à Maurice. En juin 1986, le Bureau sous-régional pour le développement sanitaire I a organisé une réunion pour passer en revue les stratégies de lutte contre le choléra à laquelle assistaient les représentants des ministères de la santé et de l'intérieur de 10 pays d'Afrique de l'Ouest. Il a été admis par consensus au cours de ces réunions que la meilleure façon de combattre le choléra consistait à mettre en oeuvre un Programme LMD national appliquant les stratégies de lutte recommandées : traitement approprié des malades (en particulier au moyen de la TRO) pour empêcher le décès, diffusion générale de messages pratiques d'éducation pour la santé mettant en valeur l'utilisation de l'eau propre, la sécurité des produits alimentaires, l'hygiène, etc., et renforcement des systèmes de surveillance pour dépister les cas précoces afin que des mesures de lutte puissent être prises rapidement. Par ailleurs, les participants à ces réunions ont reconnu d'une part que la vaccination anticholérique et les mesures de quarantaine (cordon sanitaire) étaient inefficaces et risquaient de faire croire à tort à la population qu'elle est protégée et, d'autre part, que la chimioprophylaxie au moyen d'antibiotiques appropriés ne se justifie que chez les familles où l'on a diagnostiqué des cas multiples. Il a été démontré qu'une étroite coopération intersectorielle pour mettre en oeuvre les mesures de lutte avant les épidémies que pendant celles-ci est importante pour inciter les collectivités à faire le nécessaire en vue de combattre la maladie et d'éviter la panique. Le dépistage précoce des épidémies est primordial pour réduire le nombre des décès dus au choléra et il sera facilité par un échange d'informations rapide et franc entre les pays conformément aux dispositions du Règlement sanitaire international.

2.18 En septembre 1986, à sa trente-sixième session, le Comité régional de l'Afrique a examiné un rapport du Directeur régional sur le programme LMD. Reconnaisant que les Etats Membres avaient réalisé des progrès notables dans l'exécution des programmes nationaux, le Comité, dans la résolution AFR/RC36/R9, a prié le Directeur régional de poursuivre sa collaboration avec les gouvernements en vue de développer et de renforcer les activités de planification, de formation et d'évaluation. En outre, il a demandé à l'OMS de continuer à fournir l'aide nécessaire aux pays confrontés à des épidémies de choléra.

2.19 Le Programme a récemment fait paraître des directives révisées pour la lutte contre le choléra;¹ il assure une coopération technique avec les pays atteints et il indique aux institutions internationales et bilatérales si les fournitures et le matériel demandés pendant les épidémies sont appropriés. Une coopération technique de nature analogue a également été assurée lors de flambées de shigellose.

Composante recherche

Gestion de la recherche

2.20 A la suite d'un examen approfondi des connaissances disponibles sur les maladies diarrhéiques, le Programme a créé en 1980 trois groupes de travail scientifiques (GTS) mondiaux pour gérer la recherche biomédicale dans les domaines suivants : a) les infections intestinales bactériennes : microbiologie, épidémiologie, immunologie et élaboration de vaccins; b) les diarrhées virales : microbiologie, épidémiologie, immunologie et élaboration de vaccins; c) la mise au point de médicaments et le traitement des diarrhées aiguës. A sa première réunion, chacun de ces GTS a élaboré un plan de recherche quinquennal et défini des domaines prioritaires pour la recherche. En outre, des GTS régionaux ont été constitués aux bureaux régionaux de l'OMS pour gérer la recherche appliquée (sur les services de santé) qui est étroitement liée aux activités des programmes LMD nationaux. Dans ce cadre gestionnaire, toutes les propositions de recherche soumises sont assujetties à un examen par les pairs et un soutien financier est accordé aux projets qui relèvent des domaines prioritaires de recherche et ont une haute valeur scientifique. Au 31 décembre 1986, ces GTS avaient accordé un appui à 392 projets dans 82 pays, dont 61 % dans des pays en développement. Au 31 décembre 1986, les travaux de recherche financés par l'intermédiaire du Programme avaient donné lieu à quelque 360 communications scientifiques.

¹ Directives pour la lutte contre le choléra (document WHO/CDD/SER/80.4 Rev.1 (1986)).

2.21 A compter de janvier 1986, sur avis du Groupe consultatif technique, les GTS mondiaux ont été réorganisés en fonction des domaines ci-après :

- immunologie, microbiologie et élaboration de vaccins
- prise en charge des cas
- épidémiologie et prévention de la maladie.

Cette réorganisation met davantage l'accent au niveau mondial sur la recherche épidémiologique orientée vers la lutte contre la maladie, mais un appui continue d'être donné aux travaux de recherche qui conduiront directement à de meilleurs moyens de réduire la morbidité et la mortalité par diarrhée, à savoir des vaccins nouveaux ou améliorés, des épreuves diagnostiques simples et bon marché, des solutions de réhydratation orale plus efficaces, des régimes alimentaires optimums pendant et après les épisodes de diarrhée, et des médicaments anti-sécrétoires. Il s'agit aussi d'insister davantage sur le renforcement des institutions dans les pays en développement, surtout d'une manière propre à garantir une exécution et une interprétation correctes des études épidémiologiques et des études concernant diverses interventions.

Activités de recherche

2.22 Le GTS sur l'immunologie, la microbiologie et l'élaboration de vaccins s'occupe principalement de la mise au point, et plus particulièrement de l'essai (essais sur des animaux ou des volontaires et essais sur le terrain), de vaccins contre les maladies qui sont à l'origine de la plus forte proportion d'épisodes diarrhéiques dans les premières années de la vie ou qui accusent un potentiel épidémique élevé. L'accent est mis sur l'élaboration de vaccins buccaux puisque l'immunité intestinale est responsable au premier chef de la protection contre les agents pathogènes provoquant la diarrhée et peut être stimulée surtout par la voie orale. On espère qu'une fois parfaitement mis au point, plusieurs de ces vaccins seront incorporés dans des programmes élargis de vaccination au niveau national. Le GTS soutient aussi la mise au point et l'essai de méthodes diagnostiques simples et bon marché nécessaires pour les études épidémiologiques, ainsi que des travaux de recherche visant à identifier de nouveaux agents pathogènes provoquant la diarrhée. Soixante-cinq projets étaient en cours d'exécution au 31 décembre 1986.

2.23 Les principales activités de ce GTS sont les suivantes :

- 1) Evaluation de nouveaux vaccins antityphoïdiques administrés par voie orale. Il ressort des résultats de trois essais sur le terrain auxquels est soumis actuellement à Santiago (Chili) un vaccin gastrorésistant (Ty21a) mis au point par l'Institut sérothérapeutique et vaccinal suisse que trois doses administrées en l'espace d'une semaine confèrent une protection de 60 % pendant au moins trois ans. Bien que le vaccin soit efficace, il l'est beaucoup moins qu'au cours d'un essai antérieur en Egypte, lorsqu'il fut administré sous formule liquide et conféra une protection de 96 % pendant trois ans. Aussi une formule liquide modifiée (plus simple à administrer que celle utilisée pour l'essai en Egypte) est-elle actuellement en cours d'évaluation au Chili et en Indonésie. On élabore aussi à l'heure actuelle un nouveau vaccin antityphoïdique vivant buccal, créé par des techniques de recombinaison de l'ADN qui s'étaient déjà révélées efficaces pour la conception de vaccins destinés à éviter la salmonellose chez les bovins. Ce vaccin devrait être prêt à être évalué au cours d'essais sur le terrain dès 1987.
- 2) Elaboration et essai sur le terrain de vaccins anticholériques à base de bactéries vivantes avirulentes ou d'antigènes non vivants. Le Programme collabore avec le Centre international de recherche sur les maladies diarrhéiques au Bangladesh, l'Institut Mérieux (France), l'Université de Göteborg (Suède) et le Laboratoire national suédois de bactériologie à l'essai sur le terrain d'un vaccin buccal contenant des vibrions tués et la sous-unité B non toxique de la toxine cholérique. Après une année de surveillance, ce vaccin, administré en trois doses, a conféré une protection de 63 % chez les enfants et les adultes. Pendant que la surveillance se poursuit, des recherches sont en cours pour découvrir une méthode d'administration plus simple de ce type de vaccin. Simultanément, des recherches visent à mettre au point un vaccin vivant offrant toutes garanties de sécurité et à identifier les antigènes protecteurs les plus importants de Vibrio cholerae 01.

- 3) Etudes visant à caractériser d'une manière plus complète les antigènes protecteurs en vue de leur inclusion dans un vaccin contre la diarrhée due à la souche entérotoxigène d'Escherichia coli (ETEC). Les recherches ont pour but de déterminer les mécanismes génétiques qui contrôlent la production de ces antigènes et la réponse immunologique à leur égard. Certains succès ont été enregistrés dans la mise au point de vaccins destinés à combattre la diarrhée par ETEC chez les animaux, en particulier les veaux; les résultats donnent à penser que, pour être efficace, un vaccin doit conférer une protection contre à la fois les toxines ETEC et les antigènes bactériens qui facilitent la colonisation de l'intestin.
- 4) Etudes sur les facteurs de virulence de Shigella dysenteriae type 1 et sur leur déterminisme génétique, et évaluation de vaccins prototypes à base de Shigella hybride. Pour fabriquer ces vaccins, on insère du matériel génétique qui stimule l'immunité à l'égard de Shigella dans une bactérie "porteuse", par exemple E. coli ou le vaccin antityphoïdique Ty21a. Il est prévu que les essais sur le terrain d'un vaccin hybride Ty21a-S. sonnei débiteront d'ici 1988.
- 5) Mise au point et essai de possibles vaccins contre les rotavirus, y compris des souches de rotavirus atténuées ou naturellement avirulentes provenant d'hôtes humains, des souches atténuées hétérologues (animales), des souches réassorties génétiquement (contenant des gènes de souches provenant d'hôtes humains et animaux) et des bactéries vivantes contenant le génome cloné du rotavirus exprimant les antigènes protecteurs correspondants. Des essais en cours aux Etats-Unis d'Amérique, en Finlande, en Gambie, au Pérou et en Suède, avec l'appui du Programme, ont pour but d'évaluer l'efficacité chez les nourrissons de souches atténuées de rotavirus d'origine bovine ou simienne. Il ressort des premiers résultats qu'une dose de la souche bovine confère une protection de 80-90 % contre la forme grave de la maladie dans les pays développés, mais seulement une protection de 65 % quand le vaccin est administré en trois doses à des nourrissons dans des pays en développement. Etant donné que l'immunogénicité de la souche simienne est plus élevée, on pense que le vaccin correspondant sera plus efficace dans les pays en développement. Les essais sur le terrain d'une souche réassortie génétiquement et d'une seconde souche d'origine bovine moins atténuée débiteront en 1987.
- 6) Evaluation de différentes approches pour l'administration des vaccins afin de les protéger lors de leur passage à travers l'estomac; cette protection est nécessaire pour garantir la "prise" de la plupart des vaccins buccaux vivants ou non vivants.
- 7) Création et développement d'un centre d'essai des vaccins contre les maladies infectieuses à l'Université Mahidol de Bangkok; ce sera la première installation pour l'essai de vaccins sur des volontaires dans un pays en développement.
- 8) Mise au point d'épreuves simplifiées pour le dépistage de la toxine thermostable d'ETEC, l'identification d'E. coli entérotoxigène (EPEC), la lysotypie de V. cholerae 01, et le diagnostic de la typhoïde, de l'amibiase et de la lambliaose. Des travaux de recherche appuyés par le Programme ont déjà contribué à l'application d'une épreuve simple de diffusion en gel (épreuve Biken) mise au point au Japon pour identifier l'entérotoxine thermolabile d'ETEC (LT), à un système de sérotypage mis au point pour Campylobacter jejuni au Canada, et à une épreuve ELISA pour le dépistage des rotavirus mise au point au Royaume-Uni par le Centre collaborateur OMS pour les rotavirus humains.

2.24 Le GTS sur la prise en charge des cas appuie des travaux portant sur un traitement des maladies diarrhéiques amélioré et plus satisfaisant sur le plan coût-efficacité. A la suite de la mise au point réussie par ce GTS (voir paragraphe 2.8) d'une formule de SRO plus stable, l'accent est mis plus particulièrement sur la mise au point et l'essai de formules de SRO et de solutions de TRO préparées à domicile plus efficaces. Sont également soutenus les travaux de recherche visant à déterminer les régimes alimentaires optimums pendant et immédiatement après les épisodes de diarrhée afin de réduire au minimum les effets néfastes de la diarrhée sur l'état nutritionnel. Un troisième secteur sur lequel se porte l'attention est la mise au point et l'évaluation de médicaments antidiarrhéiques (y compris les médicaments antisécrétoires). Afin d'accélérer ces recherches, le Programme a renforcé des instituts en Birmanie, en Egypte et au Pérou pour leur permettre d'entreprendre des essais cliniques et il envisage d'en renforcer d'autres en 1987. Là où il y avait lieu, le Programme a collaboré avec l'industrie pharmaceutique à l'évaluation de certains médicaments. Au 31 décembre 1986, 39 projets étaient en cours d'exécution.

2.25 Les principales activités de ce GTS sont les suivantes :

- 1) Mise au point d'une formule de SRO et de solutions pour TRO préparées à domicile qui puissent réduire le volume et la durée de la diarrhée tout en remplaçant les pertes de liquides et d'électrolytes et, ainsi, accroître l'acceptabilité et l'utilisation de la TRO. Les ingrédients à l'étude pour une formule améliorée de SRO sont des solutés organiques activement absorbés (par exemple la glycine), des polymères du glucose ou des amidons (par exemple les maltodextrines) et des farines de céréales complètes (par exemple de la farine de riz cuite); ces dernières peuvent aussi servir utilement de base à des solutions pour TRO préparées à domicile. Une première série de 25 essais cliniques portant sur différentes formules de SRO a débuté dans 16 institutions, les résultats, qui seront connus en 1987, indiqueront l'orientation à donner aux études ultérieures. Parallèlement, des recherches sont en cours pour déterminer la stabilité de ces formules quand elles sont entreposées dans les régions tropicales.
- 2) Evaluation de l'impact de différentes solutions pour TRO préparées à domicile sur l'incidence de la déshydratation, l'état nutritionnel et la demande de SRO dans les services de santé; ces études fourniront des informations importantes pour le fonctionnement des programmes LMD nationaux.
- 3) Etude de l'efficacité des SRO chez les enfants souffrant de malnutrition prononcée; les résultats auront des conséquences importantes pour le traitement de la diarrhée en période de famine.
- 4) Recensement d'aliments disponibles sur place qui sont bien acceptés et suffisamment absorbés par les nourrissons et les jeunes enfants atteints de diarrhée. Les facteurs étudiés sont l'âge, la phase de la maladie, l'étiologie de la diarrhée, la composition du régime alimentaire et les attitudes traditionnelles en ce qui concerne l'alimentation pendant la diarrhée. Différents régimes alimentaires font l'objet d'essais cliniques sur des malades hospitalisés, des malades ambulatoires et à domicile. Ces études font suite à des recherches déjà effectuées par le Programme, d'où il ressort que les diarrhéiques nourris dès le début de la maladie sont en meilleur état clinique et nutritionnel que les sujets ne recevant qu'une alimentation minimale, et que la durée de la maladie est nettement plus brève chez les nourrissons qui bénéficient pendant la TRO d'un allaitement au sein sans restriction. Les études en cours devraient aboutir à l'élaboration de directives plus précises quant à la prise en charge diététique qui convient aux sujets atteints de diarrhée aiguë.
- 5) Evaluation d'antibiotiques, d'agents antisécrétoires, d'agents antipéristaltiques, de médicaments traditionnels et d'autres agents largement utilisés dans le traitement de la diarrhée, l'intention étant d'identifier ceux qui sont efficaces et auxquels il faudrait avoir plus largement recours et ceux qui sont inefficaces et qui ne devraient faire l'objet d'aucune promotion. Il ressort des travaux de recherche déjà menés à bien que le lopéramide, médicament antipéristaltique souvent utilisé, n'est doué d'aucune propriété antisécrétoire. Pour les quelques maladies où l'administration d'antibiotiques ou de médicaments antiparasitaires est justifiée (par exemple le choléra), des schémas thérapeutiques plus simples sont en cours d'évaluation afin de déterminer le traitement le plus efficace.
- 6) Etudes sur la sécrétion intestinale dans la pathogénie de différentes maladies diarrhéiques. Les informations recueillies aideront à mettre au point de nouveaux médicaments antisécrétoires capables d'inhiber ou d'arrêter l'hypersécrétion intestinale. L'une des questions à l'étude est l'acheminement du calcium par l'intestin grêle, car on soupçonne que des entérotoxines peuvent agir sur ce processus pour stimuler l'absorption ou inhiber la sécrétion d'eau et d'électrolytes.

2.26 Le GTS sur l'épidémiologie et la prévention de la maladie appuie des études visant :

a) à évaluer l'impact des interventions (autres que l'administration de vaccins et la prise en charge des cas) que l'on pense être potentiellement satisfaisantes du point de vue coût-efficacité ou dont l'efficacité est incertaine en ce qui concerne la prévention de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies diarrhéiques; b) à clarifier les facteurs de risque et les caractéristiques de transmission de certaines maladies diarrhéiques; c) à élucider l'épidémiologie de la diarrhée persistante. Au 31 décembre 1986, 22 projets bénéficiaient d'un soutien dans ce secteur relativement nouveau du Programme.

2.27 Les principales activités de ce GTS sont les suivantes :

1) Recherches sur l'efficacité, le coût et les méthodes d'utilisation optimales (avec des approches novatrices en matière d'éducation pour la santé) des moyens d'intervention ci-après visant à diminuer la morbidité et/ou la mortalité dues à la diarrhée, soit en réduisant la transmission des agents étiologiques, soit en renforçant l'aptitude de l'enfant à lutter contre l'infection :

- Sevrage : Les recherches sont entrées sur les aliments et les pratiques de sevrage les plus répandus qui facilitent la propagation des principaux agents pathogènes bactériens et/ou conduisent à une détérioration de l'état nutritionnel. L'effet de certaines modifications précises des pratiques de sevrage sur la croissance et sur l'incidence, la gravité et la durée de la diarrhée est en cours d'évaluation et des méthodes visant à les promouvoir dans le cadre de programmes d'éducation sur le sevrage sont actuellement élaborées et mises à l'essai.
- Allaitement au sein : Des études cas-témoins sont effectuées pour déterminer le niveau de protection contre la mortalité par diarrhée que confère l'allaitement au sein dans différents contextes socio-économiques, ainsi que l'association entre l'allaitement au sein et l'incidence et la gravité de la diarrhée d'étiologie spécifique. On évalue aussi le coût des activités de promotion de l'allaitement au sein ainsi que leur impact sur les taux de morbidité et de mortalité par diarrhée afin de déterminer les méthodes de promotion de l'allaitement au sein les plus satisfaisantes du point de vue coût-efficacité.
- Approvisionnement en eau et assainissement : En collaboration avec la Division de l'Hygiène du Milieu, le Programme a élaboré le protocole d'une étude cas-témoins pour mesurer l'impact de l'amélioration des installations d'adduction d'eau et d'assainissement sur l'incidence de la diarrhée. Ce protocole est utilisé au Malawi, au Nicaragua, aux Philippines et au Rwanda.
- Hygiène corporelle et hygiène domestique : Des recherches psychosociales sont en cours pour clarifier la relation entre certaines pratiques qui peuvent favoriser la transmission (par exemple, le manque d'hygiène dans la manipulation des aliments ou le stockage incorrect de l'eau) et le risque de diarrhée d'étiologie connue. Des études seront menées dans divers contextes culturels et socio-économiques afin de déterminer l'impact de programmes d'éducation soigneusement conçus sur le comportement et les causes étiologiques de la diarrhée, ainsi que sur sa gravité et son incidence. Ces études permettront d'attester la faisabilité, l'acceptabilité et le coût de l'intervention et de déterminer si elle est tributaire de ressources déjà existantes.
- Vitamine A : En collaboration avec l'unité de la Nutrition, des études sont organisées en vue de déterminer si l'avitaminose A, même en l'absence de xérophtalmie, prédispose à un accroissement de l'incidence et de la gravité de la diarrhée, et si l'apport d'un complément de vitamine A pendant les épisodes de diarrhée confère une protection.

2) Recherches visant à élucider l'épidémiologie des diarrhées qui contribuent notablement à la morbidité et/ou la mortalité et dont les principaux aspects épidémiologiques demeurent obscurs, y compris celles pour lesquelles des vaccins sont en cours de mise au point. Il s'agit du choléra, de la typhoïde, de la shigellose, de la diarrhée à ETEC, des diarrhées à rotavirus, de la lambliaose, de l'amibiase et de la diarrhée due à des cryptosporidies. Des études de ce genre ont déjà montré que les volailles sont une source importante de l'infection à C. jejuni et que V. cholerae peut persister dans l'eau pendant une longue durée en constituant un réservoir d'infection. Sont également examinés l'étiologie de la diarrhée associée à la rougeole et l'intérêt du point de vue coût-efficacité de la vaccination antirougeoleuse pour réduire l'incidence de la diarrhée et éviter les décès qu'elle provoque. Ces études font suite à une série de 30 enquêtes étiologiques de caractère général bénéficiant déjà du soutien du Programme qui ont montré que l'étiologie de la diarrhée est sensiblement la même dans le monde entier et qu'un agent pathogène connu peut être identifié chez au moins 60 à 65 % des sujets qui se présentent dans des établissements sanitaires pour se faire soigner et chez 30 à 40 % de tous les cas au sein de la collectivité.

3) Recherches fondées sur la communauté pour définir et chiffrer le problème de la diarrhée persistante (qui, selon les estimations, représente environ 5 % des cas de diarrhée et 25 % de tous les décès imputables à la diarrhée) et pour recenser les enfants fortement exposés au risque. L'effet de la diarrhée persistante sur la morbidité ultérieure, la croissance et la mortalité est également en cours d'évaluation. Par la suite, certaines approches spécifiques en matière de prévention et de traitement seront mises à l'essai.

2.28 Pour entreprendre les études épidémiologiques décrites plus haut, il sera nécessaire de renforcer le potentiel de recherche des instituts des pays en développement dans le domaine de l'épidémiologie et des sciences sociales. En conséquence, le GTS s'emploie à recenser une dizaine d'institutions dans différentes régions du monde qui effectuent déjà des recherches sur les maladies diarrhéiques et qui ont le potentiel pour entreprendre les recherches nécessaires sur le terrain et le désir de le faire. Une fois désignés, ces instituts recevront le soutien institutionnel requis pour entreprendre de telles études, notamment par l'attribution de bourses de formation à court terme et la mise à disposition d'installations et de matériel. On estime que les instituts ainsi choisis entreprendront jusqu'à 50 % des projets appuyés par ce GTS.

2.29 Parmi les autres activités de recherche entreprises par le Programme figurent l'organisation de réunions scientifiques pour passer en revue les progrès les plus récents et indiquer les priorités en matière de recherche dans les domaines revêtant une importance particulière, la réunion d'ateliers consacrés à des essais cliniques et à des recherches épidémiologiques pour aider les chercheurs à mettre au point et à rédiger les propositions qui seront soumises au Programme pour obtenir un financement, et l'organisation de stages en laboratoire qui formeront les participants aux techniques de laboratoire les plus récentes pour l'isolement et l'identification des agents pathogènes provoquant des maladies diarrhéiques. En outre, le Programme s'efforce de favoriser dans le domaine de la recherche une collaboration entre instituts de pays en développement et entre ces instituts et certains centres d'excellence dans des pays développés.

2.30 Pour cette composante également, le Programme collabore étroitement avec d'autres programmes exécutés par l'OMS. Par exemple, il s'appuie sur les activités de renforcement de la recherche du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales en finançant des travaux de recherche menés dans quelques instituts soutenus par ce Programme spécial. D'autre part, il coordonne le soutien qu'il apporte à des projets avec celui qui est fourni par d'autres organisations et institutions (par exemple, le Centre de Recherches pour le Développement international, l'Office suédois de Coopération pour la Recherche avec les Pays en Développement, le Fonds de Recherche Thrasher, l'Agency for International Development des Etats-Unis). Il existe une collaboration étroite avec le Centre international de Recherche sur les Maladies diarrhéiques au Bangladesh, surtout pour la recherche clinique et la recherche sur les vaccins, grâce à un projet soutenu par le PNUD et aussi à l'appui fourni directement par les GTS.

2.31 Au 31 décembre 1986, les GTS régionaux avaient fourni un appui pour 125 projets de recherche appliquée ou de recherche sur les services de santé dans 56 pays. Leur objectif principal a été de soutenir la recherche visant à améliorer la conception et le fonctionnement des programmes LMD nationaux en trouvant une solution aux problèmes constatés lors de leur création ou de leur exécution. Bien qu'un certain nombre d'études appuyées par les GTS aient atteint ce but (par exemple en élucidant les croyances et pratiques traditionnelles des communautés et des agents de santé à l'égard de la diarrhée), ce secteur d'activité a subi des contraintes considérables. Il s'agit notamment du manque général d'intérêt parmi les spécialistes scientifiques des universités pour ce type de recherche, du manque de communication entre le personnel des ministères de la santé chargé des programmes LMD et les spécialistes scientifiques des universités, et d'une définition insuffisante des problèmes nécessitant des recherches. Le Programme, en consultation avec son Groupe consultatif technique, examine diverses manières d'améliorer ce secteur d'activité.

Services d'information

2.32 L'intérêt porté dans le monde à la lutte contre les maladies diarrhéiques s'est considérablement accru ces dernières années grâce aux efforts déployés par le Programme LMD de l'OMS et par un nombre croissant d'autres organisations et institutions. L'une des tâches principales du Programme a été de maintenir le dialogue avec ces organismes afin de s'assurer que les informations diffusées à partir de ces différentes sources soient techniquement exactes et cohérentes. Les documents du Programme sont désormais diffusés en fonction d'un barème de distribution sur lequel figurent les noms de quelque 6400 particuliers et institutions dans le monde entier. Parmi les documents distribués régulièrement figure une Bibliographie des maladies diarrhéiques aiguës établie deux fois par an en collaboration avec la National Library of Medicine des Etats-Unis d'Amérique et un Bulletin bibliographique sur les maladies diarrhéiques produit par le Centre international de l'Enfance à Paris. Le bulletin d'information international "Dialogue on Diarrhoea", produit par le Appropriate Health Resources and Technologies Action Group à Londres avec un soutien partiel du Programme, est le principal organe servant à diffuser des renseignements sur les maladies diarrhéiques à l'intention des agents des services périphériques. L'édition anglaise est tirée à 110 000 exemplaires, une édition française est produite et distribuée par l'Organisme de recherches sur l'alimentation et la nutrition africaines (ORANA) à Dakar (tirage : 10 000 exemplaires) et des éditions composites ont été publiées en arabe, en portugais (15 000 exemplaires chacune) et en espagnol (9000 exemplaires). A partir de 1987, le Programme préparera et distribuera des "mises à jour" actualisées récapitulant l'expérience acquise dans divers domaines d'activité ainsi que les progrès réalisés dans différents secteurs de recherche.

3. ORIENTATIONS FUTURES

3.1 En 1986, vu l'engagement des gouvernements et des institutions internationales et bilatérales vis-à-vis de la lutte contre les maladies diarrhéiques et du développement rapide des programmes nationaux, le Programme, en consultation avec son Groupe consultatif technique, a révisé les buts de sa composante services de santé pour 1989, dernière année d'exécution du septième Programme général de travail de l'Organisation (tableau 2). Les progrès accomplis à ce jour justifiaient par-dessus tout que soient avancées les dates fixées comme buts pour l'accès aux SRO et pour l'utilisation de la TRO. Si le nouveau but de 1989 était atteint pour l'utilisation, il serait possible d'éviter jusqu'à 1,5 million de décès par diarrhée cette année-là.

3.2 Il ne sera pas facile d'atteindre ces buts. Cela nécessitera un engagement politique très ferme de la part des gouvernements, lesquels devront fournir des ressources financières suffisantes et veiller à ce que la LMD soit incluse dans les services de santé existants et reconnue comme activité hautement prioritaire. Il faudra des programmes comportant une stratégie clairement définie pour la diffusion et l'utilisation de la TRO dans les foyers et dans les établissements sanitaires, stratégie formant la base de toutes les activités de formation. Des quantités suffisantes de SRO devront être disponibles partout où elles sont requises et il faudra prendre des mesures pour décourager la promotion et l'emploi des médicaments antidiarrhéiques. Une attention particulière devra être accordée aux activités de communication qui sont orientées vers les besoins des consommateurs, et non pas seulement des prestataires de services, et qui seront entreprises seulement après que les agents de santé auront été formés et que des quantités suffisantes de SRO auront été distribuées. Les programmes devront tenir compte de l'importance de la surveillance et de l'encadrement et il faudra y inclure des plans pour l'évaluation comportant la fixation de buts réalistes et chiffrés.

TABLEAU 2. BUTS PROJÉTÉS - COMPOSANTE SERVICES DE SANTÉ

Catégorie	Situation actuelle ^a	But initial pour 1989	But révisé pour 1989
Nombre de programmes opérationnels	93	80	126
Pourcentage du personnel formé aux techniques d'encadrement	~5	-	20
Pourcentage du personnel formé à la prise en charge des cas	~5	-	20
Nombre de pays produisant des SRO	47	42	60
Nombre d'évaluations de programmes	48	80	80
Pourcentage d'accès aux SRO	51	50	80
Pourcentage d'utilisation de la TRO ^b	18	35	50

^a Chiffres de 1986, sauf pour l'accès aux SRO et l'utilisation de la TRO, pour lesquels sont fournis les chiffres de 1985.

^b TRO = SRO ou solution sucrée-salée.

3.3 Dans la plupart des pays la stratégie applicable à la prise en charge des cas restera prioritaire. A mesure que les programmes se développent, il est hors de doute que les taux d'accès aux SRO et d'utilisation de la TRO augmenteront. Toutefois, pour parvenir à une réduction de la mortalité il sera nécessaire d'utiliser la TRO correctement, ce qui exigera une formation pratique des agents de santé auprès des malades, une éducation appropriée des pharmaciens, des activités de communication soigneusement conçues, un encadrement adéquat des personnels de santé et une évaluation de la pratique de la TRO à l'occasion des examens de programmes. L'utilisation correcte de la TRO sera facilitée par la mise au point d'une formule améliorée de SRO et des solutions préparées à domicile pour la TRO qui puissent réduire le volume des selles diarrhéiques de façon appréciable. L'utilisation efficace de la TRO devrait être l'un des buts principaux de tous les programmes.

3.4 Simultanément les programmes nationaux devraient prêter une attention croissante à la mise en oeuvre des stratégies et des activités visant à réduire la morbidité due à la diarrhée. Cela s'applique particulièrement aux pays qui sont parvenus à un faible taux de mortalité par diarrhée. Il existe des approches permettant d'atteindre cet objectif, mais le succès de leur application nécessitera une planification minutieuse et des activités bien conçues en matière de formation, de communication et d'évaluation. Les recherches menées par le Programme dans le domaine de l'épidémiologie et de la prévention de la maladie permettront, espère-t-on, de trouver de meilleurs moyens d'appliquer les stratégies de lutte, tandis que les études menées dans le domaine de l'immunologie et de la mise au point des vaccins aboutiront à la production de vaccins nouveaux qui permettront de réduire encore davantage la morbidité due à la diarrhée.