



TRENTE ET UNIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE

Point 2.6.10 de l'ordre du jour provisoire



PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION
RAPPORT DE SITUATION DU DIRECTEUR GENERAL

Ce rapport est présenté à l'Assemblée de la Santé aux termes de la résolution WHA30.53. Il passe en revue les progrès réalisés dans la planification et l'exécution du Programme et insiste sur l'importance capitale de la formation du personnel et de la mise en place de chaînes du froid dans les pays qui envisagent d'élargir la couverture vaccinale. Il constate qu'un nombre croissant de pays en développement participent désormais activement au Programme, mais que ces pays ont besoin d'une aide extérieure accrue pour assurer en permanence une couverture vaccinale satisfaisante.

Table des matières

	<u>Pages</u>
1. Objectifs du programme	2
2. Progrès réalisés à ce jour	2
2.1 Planification	3
2.2 Formation	4
2.3 Recherche et développement	6
2.4 Etat vaccinal	8
3. Institutions et organisations collaboratrices	11
4. Ressources	11

1. Objectifs du programme

Le Programme élargi de vaccination (PEV) a été institué à la suite de l'adoption par l'Assemblée mondiale de la Santé, en mai 1974, de la résolution WHA27.57. Les objectifs généraux du Programme ont été énoncés dans la résolution WHA30.53, adoptée en mai 1977. Les objectifs à long terme du PEV sont les suivants :

- réduire la morbidité et la mortalité dues à la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la rougeole, la poliomyélite et la tuberculose en vaccinant contre ces maladies tous les enfants du monde d'ici à 1990 (les vaccinations contre d'autres maladies pourront, le cas échéant être effectuées en même temps);
- promouvoir l'autosuffisance des pays en matière de services de vaccination dans le cadre de services de santé complets;
- promouvoir l'autosuffisance régionale en ce qui concerne le contrôle de la qualité et la production des vaccins.

A moyen terme, le Programme vise à :

- mettre sur pied des plans satisfaisants de vaccination aux échelons régional et national;
- mettre au point des stratégies pour la formation de personnel national et international dans les différentes disciplines qui doivent permettre de planifier et de réaliser le Programme de façon satisfaisante;
- obtenir de sources bilatérales et multilatérales une aide extérieure pour soutenir les activités aux échelons mondial, régional et national;
- mettre au point des systèmes nationaux, régionaux et mondiaux d'informatique de gestion pour mesurer de façon exacte et en permanence les progrès dans la voie de la réalisation des objectifs du Programme;
- améliorer l'efficacité et la rentabilité économique des stratégies recommandées pour réduire la morbidité et la mortalité des maladies cibles;
- améliorer la sécurité d'emploi, l'activité, la stabilité, la facilité d'administration et l'efficacité de la production de tous les vaccins auxquels le Programme s'intéresse;
- améliorer et développer les équipements nécessaires pour la mise en oeuvre du Programme afin de mieux adapter ce dernier aux objectifs visés, d'en réduire le coût et, le cas échéant, d'en faciliter la production dans les pays en développement;
- améliorer à tous les égards la gestion du Programme en utilisant les connaissances acquises grâce aux systèmes d'informatique de gestion et d'évaluation et grâce aux recherches entreprises pour promouvoir les techniques de lutte contre les maladies les plus efficaces et les plus rentables pour chaque pays;
- mettre au point des stratégies mondiales et régionales pour répondre aux exigences du Programme en matière de contrôle de la qualité, de production et de distribution des vaccins;
- promouvoir les vaccinations dans le cadre de services de santé complets couvrant la population entière, grâce à la coopération avec les gouvernements et en collaboration étroite avec d'autres programmes de l'OMS.

Fondés sur les politiques adoptées par la Trentième Assemblée mondiale de la Santé, ces objectifs à long et à moyen terme dictent la stratégie actuelle qui consiste à former pour commencer du personnel de gestion compétent aux échelons supérieurs et intermédiaires pour ensuite établir le Programme sur des fondements solides et durables.

2. Progrès réalisés à ce jour

Les progrès réalisés jusqu'en mai 1977 ont été résumés dans les rapports précédents soumis à l'Assemblée mondiale de la Santé (documents A28/WP/5, A29/16 et A30/13).

2.1 Planification

2.1.1 Planification à l'échelon mondial

Les autorités régionales et nationales ont participé à la planification mondiale dans le cadre de visites sur le terrain et de réunions périodiques des personnels des échelons mondial, régional et national. La création du Groupe consultatif mondial du Programme élargi de vaccination permettra de renforcer encore la collaboration en matière de planification et de coordination du Programme à l'échelon mondial; l'accent sera mis :

- sur la réalisation pratique du Programme dans les régions et les pays;
- sur la mise au point de programmes prototypes de formation et de matériels d'enseignement modèles;
- sur l'établissement de diverses variantes en matière de stratégie opérationnelle et de stratégie d'évaluation;
- sur le développement et le transfert de technologies appropriées;
- sur l'établissement de systèmes d'information dans les deux sens qui d'une part recueilleraient des données mondiales sur les maladies cibles et sur les besoins de vaccination et, d'autre part, fourniraient des données pour faciliter les prises de décisions des autorités nationales;
- sur l'appel aux ressources extrabudgétaires et la coordination de ces ressources.

A la suite de la Trentième Assemblée mondiale de la Santé, puis à l'occasion du cours OMS interrégional de formation à la planification et à la gestion du programme élargi de vaccination élargie (Kuala Lumpur), des conseillers nationaux et du personnel OMS ayant des responsabilités régionales en ce qui concerne le PEV se sont réunis pour coordonner la planification régionale et nationale. Les débats ont été utiles dans la mesure où ils ont permis de mettre au point des programmes interrégionaux d'intérêt commun. Les pays participants ont mis l'accent sur les problèmes de "consommation" intéressant d'autres pays que ceux directement en cause. Des consultations se tiendront de nouveau en 1978, après la Trente et Unième Assemblée mondiale de la Santé, et à l'occasion de la première réunion du Groupe consultatif mondial du Programme élargi de vaccination.

Ainsi qu'un groupe consultatif du Programme élargi de vaccination l'a recommandé lors d'une réunion officielle tenue en octobre 1977, l'OMS est en train de créer un Groupe consultatif mondial du Programme élargi de vaccination qui aura pour mission :

- de conseiller le Secrétariat de l'OMS sur les priorités à court, à moyen et à long terme du Programme;
- de promouvoir les échanges d'informations sur les stratégies et les tactiques du Programme entre les différents participants à l'échelon national, régional et mondial;
- de faire mieux comprendre les objectifs du Programme aux instances techniques et politiques et d'obtenir leur soutien.

La première réunion du Groupe consultatif doit se tenir en novembre 1978 et l'OMS publiera un rapport qui rendra compte de ses débats et de ses recommandations.

2.1.2 Activités à l'échelon régional

Au cours de l'année passée, tous les bureaux régionaux ont créé des centres actifs pour le PEV; dans trois de ces centres, du personnel a été chargé de s'occuper exclusivement de la coordination et de la coopération avec les pays de la Région dans le domaine du PEV. Dans trois bureaux régionaux, cette coordination se fait dans le cadre plus vaste des activités relatives aux maladies transmissibles ou à la santé maternelle et infantile.

Voici où en sont actuellement la planification et la mise en oeuvre à l'échelon national des programmes de vaccination, à la réalisation desquels tendent tous les efforts sur le plan mondial et régional :

Région	Nombre d'Etats Membres dans la Région	Nombre d'Etats Membres collaborant avec l'OMS à l'expansion de leurs services de vaccination ¹
Afrique	42	11
Amériques	29	2
Asie du Sud-Est	10	9
Europe	34	--
Méditerranée orientale	22	15
Pacifique occidental	15	5

Le tableau ci-dessus ne donne pas, bien entendu, une idée complète du Programme élargi de vaccination car dans chacune des Régions, particulièrement en Europe et dans les Amériques, un certain nombre de pays prennent entièrement à leur charge les dépenses de leurs services de vaccination et ces pays, de même que ceux qui collaborent activement avec l'OMS, s'efforcent certainement d'atteindre les objectifs communs du Programme à l'échelon mondial.

Dans sa résolution WHA30.54, la Trentième Assemblée mondiale de la Santé a appelé l'attention sur l'importance de promouvoir l'autosuffisance régionale et nationale en matière de production de vaccins. Pour ce qui concerne l'année passée, on peut signaler les faits suivants :

- Le service OMS des Produits biologiques a diffusé des projets de manuels sur la production et le contrôle de la qualité des vaccins antidiphthérique, antitétanique et anticoquelucheux et a organisé un cours pour enseigner les techniques de titrage des virus de la rougeole et de la poliomyélite. Ces travaux ont bénéficié du soutien du PNUD, qui a aidé également à organiser, en 1977, à Genève et à Mexico deux séminaires sur la création et l'entretien de laboratoires de contrôle de la qualité; d'autre part, des consultants en matière de contrôle de la qualité et de production des vaccins se sont rendus en mission en Inde, en Indonésie, en Irak, en Jordanie, aux Philippines, au Soudan et en Tunisie.
- Dans la Région des Amériques, une aide est accordée à des laboratoires nationaux qui recherchent des souches satisfaisantes pour la production des vaccins et souhaitent améliorer leurs méthodes de production et de contrôle. Des dispositions sont actuellement prises pour créer deux laboratoires de référence pour les vaccins, qui serviront de centres de formation et de centres d'essai des vaccins.
- Dans l'Asie du Sud-Est, à la suite des débats du Comité régional, une réunion spéciale va être convoquée pour 1978 pour étudier la production régionale de vaccins dans le cadre du Programme élargi de vaccination.
- Le Bureau régional du Pacifique occidental a envoyé du personnel en mission pour créer des laboratoires chargés de contrôler les vaccins pour ceux des pays de la Région où il n'est pas possible de mettre en place des services complets de contrôle de la qualité.

2.2 Formation

La formation de personnel du Programme élargi de vaccination est une des principales responsabilités de l'OMS sur les plans mondial et régional. Si la formation de ressortissants nationaux relève de la responsabilité de chaque pays et doit être adaptée à ses conditions et à ses stratégies particulières, le Siège de l'OMS et les Bureaux régionaux

¹ Afrique : Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Kenya, Libéria, Mozambique, Nigéria, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Sierra Leone, Zambie.

Amériques : Equateur, Guatemala.

Méditerranée orientale : Afghanistan, Arabie Saoudite, Egypte. Irak, Jordanie, Liban, Oman, Pakistan, Qatar, République arabe syrienne, République démocratique du Yémen, Somalie, Soudan, Tunisie, Yémen.

Asie du Sud-Est : Bangladesh, Birmanie, Inde, Indonésie, Maldives, Mongolie, Népal, Sri Lanka, Thaïlande.

Pacifique occidental : Malaisie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, République démocratique populaire lao, Tonga.

se sont employés à organiser des cours de formation et à mettre en place du matériel d'enseignement à l'échelon interrégional et inter-pays, en mettant l'accent sur les problèmes de gestion et les problèmes techniques qui intéressent d'une façon générale les programmes de vaccination. Ces travaux à l'échelon inter-pays et à l'échelon interrégional n'ont pas seulement permis d'éviter tout double emploi des efforts dans un grand nombre de cas, mais ils ont encore eu l'avantage d'élargir l'horizon des personnels national et international grâce à l'examen en commun des problèmes et à l'expérience acquise dans la mise en oeuvre des différents programmes nationaux.

Jusqu'en 1977, six séminaires consacrés au Programme élargi de vaccination avaient été convoqués en Afrique, dans les Amériques et dans l'Asie du Sud-Est. Ces séminaires ont été d'un très grand intérêt dans la mesure où ils ont été l'occasion d'une prise de conscience des problèmes de la vaccination et des difficultés auxquelles doivent faire face les pays qui se proposent de lancer un programme élargi de vaccination. Les activités de formation exposées ci-dessous visent à résoudre les problèmes communs que pose la mise en oeuvre du Programme élargi.

2.2.1 Cours de planification et de gestion axé sur le programme élargi de vaccination

En collaboration avec le Center for Disease Control du Service de la Santé publique des Etats-Unis d'Amérique, l'Organisation a élaboré un cours original portant sur la planification initiale et la gestion organisationnelle d'un programme de vaccination national, en se basant sur des données hypothétiques proches des conditions réelles existant dans de nombreux pays en développement. Les participants (comprenant à la fois du personnel national et du personnel international) travaillent individuellement et en petits groupes, avec l'aide d'un "directeur de cours", à résoudre les problèmes ou étudier les options présentés dans une série de "modules" couvrant le déroulement logique d'un programme de vaccination :

- 1) Identification et estimation chiffrée des problèmes
- 2) Priorités
- 3) Objectifs
- 4) Systèmes de travail
- 5) Evaluation

Bien qu'il s'agisse essentiellement d'un exercice individuel, le cours a été conçu de manière assez souple pour permettre des discussions en petits groupes sur des problèmes communs et des conférences/discussions rassemblant tous les participants et portant sur des questions techniques précises d'intérêt général. La méthode de "l'immersion totale" est appliquée, le cours d'une durée de deux semaines étant dispensé dans les locaux mêmes où logent les participants.

Le premier cours de ce genre a eu lieu à Kuala Lumpur en octobre et novembre 1977 et a réuni 50 participants nationaux et internationaux appartenant à cinq des Régions de l'OMS ou venus du Siège de l'OMS. Suite à la réaction positive des participants et compte tenu de l'expérience acquise dans le cadre de ce premier cours, celui-ci est actuellement révisé et son contenu traduit en français et en espagnol. Il est maintenant prévu d'organiser d'autres cours s'inspirant de celui-ci dans toutes les Régions en 1978 et 1979 de sorte qu'à la fin de cette période de hauts fonctionnaires sanitaires de chaque pays participant chargés de responsabilités particulières en matière de vaccination auront été exposés à cet exercice pratique et auront eu l'occasion de partager leurs expériences avec des collègues nationaux et internationaux.

2.2.2 Formation de personnel national d'encadrement de niveau intermédiaire

Un nombre croissant de pays qui se trouvent actuellement au stade pré-opérationnel de leurs activités de vaccination demandent qu'on les aide à former des cadres de niveau intermédiaire pouvant s'occuper de la gestion de routine de ces activités. On s'emploie actuellement à mettre au point des prototypes de programmes d'études, couvrant les aspects opérationnels fondamentaux du programme, pour la formation de surveillants de district, d'administrateurs de centres de santé et de chefs d'équipe de vaccination. Pour chacun des

cours, le modèle devra être adapté aux besoins particuliers du pays et le rôle de l'OMS en la matière consistera essentiellement à collaborer à la mise au point des programmes d'études avec les autorités nationales compétentes et à accorder, le cas échéant, une assistance limitée sur le plan de l'enseignement et du financement.

2.2.3 Formation aux méthodes d'entretien de la chaîne du froid

Les problèmes que pose la gestion de la chaîne du froid sont communs à tous les pays; aussi, comme noté plus bas, a-t-on accordé à la recherche et au développement dans ce domaine une place prioritaire dans le programme. Les opérations en cours ne peuvent cependant pas être suspendues en attendant l'introduction d'améliorations et d'innovations techniques et il est urgent d'améliorer la manutention des vaccins en utilisant le matériel actuellement disponible. Avec la coopération de Appropriate Health Resources and Technologies Action Group Ltd et du Bureau régional pour les Amériques, un cours destiné à des techniciens nationaux sera donné en Amérique latine et, après révision et traduction, il sera étendu à toutes les régions au cours du second semestre de 1978. Le cours sera généralement donné à l'échelon inter-pays, l'un des objectifs primordiaux étant de faire acquérir aux participants des compétences nécessaires pour assurer ensuite la formation et l'encadrement à l'échelon national.

En outre, des auxiliaires audio-visuels concernant l'entretien de la chaîne du froid sont en cours de préparation. Il s'agit :

- d'un film en couleur d'une durée de 20 minutes, tourné au Ghana, illustrant les méthodes correctes de manutention du vaccin, depuis l'arrivée à l'aéroport jusqu'à la vaccination à la périphérie;
- d'une série de 50 diapositives portant sur la manutention des vaccins et sur les méthodes fondamentales d'entretien des réfrigérateurs et des congélateurs, accompagnée de deux textes dont l'un sera destiné aux membres de l'équipe de vaccination, aux magasiniers et aux chauffeurs et l'autre aux cadres supérieurs.

2.2.4 Manuel d'opérations sur le terrain

Ce manuel, qui existe en anglais, en français et en espagnol, a fait l'objet d'une large diffusion. Il comprend les cinq volumes suivants :

- 1) Conception du programme
- 2) Gestion du programme
- 3) Manipulation des vaccins
- 4) Education sanitaire
- 5) Evaluation du programme

Il s'agit à la fois d'un ouvrage de référence et d'un guide pour les responsables nationaux chargés de la planification, de la formation et de la gestion. Ce manuel constitue la base technique des cours décrits en 2.2.1-2.2.3 et plusieurs pays ont entrepris de le traduire et de l'adapter pour en faire un manuel national de vaccination.

2.3 Recherche et développement

2.3.1 Chaîne du froid

Une grande importance est attachée à l'amélioration de l'équipement utilisé dans la chaîne du froid; à l'amélioration des systèmes de gestion dans le cadre desquels ce matériel devra être utilisé; et, comme noté plus haut, à la formation du personnel du programme qui doit pouvoir utiliser le matériel approprié dans le cadre d'un système de gestion adéquat.

Bon nombre des éléments de la chaîne du froid actuellement utilisés dans les pays en développement sont fabriqués en vue d'être utilisés dans les pays développés qui jouissent généralement de températures ambiantes plus fraîches, de sources d'énergie sûres et de moyens satisfaisants d'entretien et de réparation. Les conditions du marché n'ont guère stimulé la production d'un matériel spécifiquement conçu pour les conditions plus rigoureuses qui règnent dans de nombreux pays en développement, de sorte qu'une bonne partie du travail d'adaptation et de mise au point d'un matériel approprié incombe à l'OMS, au FISE et aux pays donateurs qui collaborent au programme.

Des progrès notables ont été réalisés en ce qui concerne la mise au point de glacières adaptées au transport de vaccins par véhicule, ainsi que de conteneurs de vaccins portatifs. La glacière maintiendra les vaccins à une température située entre 0°C et +8°C pendant une semaine avec une température ambiante de +34°C, et dans les mêmes conditions le conteneur portatif les maintiendra à la bonne température pendant deux jours. Des spécifications détaillées concernant la fabrication des glacières ont fait l'objet d'une vaste diffusion, et les conteneurs portatifs sont maintenant en vente dans le commerce.

La mise au point de réfrigérateurs et de congélateurs que l'on puisse utiliser dans les zones sans électricité, ou dans des zones où l'approvisionnement en électricité est intermittent ou médiocre, pose des problèmes plus complexes et il faudra encore attendre deux ou trois ans avant de pouvoir espérer des progrès sensibles. En liaison avec le FISE, qui est le principal acquéreur de ce type d'équipement pour le programme élargi de vaccination, et grâce aux contributions versées au fonds bénévole pour la promotion de la santé, l'OMS a conclu des accords contractuels avec des laboratoires d'essai indépendants et des instituts scientifiques pour qu'ils procèdent à des essais sur les réfrigérateurs actuellement disponibles et sur des congélateurs modifiés, afin de déterminer les températures internes, les effets de l'ouverture des portes, les caractéristiques de l'élévation de température et les effets des chutes de tension. Outre qu'ils influenceront sur les politiques actuelles d'achat, ces essais indiqueront aux pays qui ont déjà institué un programme élargi de vaccination les moyens d'utiliser au mieux l'équipement dont ils disposent actuellement et les modifications qu'il est possible d'apporter sur le terrain et au moment de la fabrication en vue d'assurer la protection maximale du vaccin. Des séries similaires d'essais sont actuellement exécutées sur les glacières, les conteneurs à vaccins, les accumulateurs de froid et les thermomètres à cadran.

Sous le patronage de l'OMS et du FISE, des consultants se sont rendus dans 11 pays en 1977 en vue d'améliorer les systèmes de gestion de la chaîne du froid. Leurs travaux ont essentiellement porté sur les méthodes de distribution des vaccins à l'intérieur des pays concernés, sur l'entretien du matériel et sur l'évaluation et la surveillance de la chaîne du froid. Dans la plupart des pays visités, les systèmes de distribution employés mettaient en danger les vaccins et l'on cherche à y remédier par la formation du personnel et par l'introduction de systèmes simples de relevés et de rapports. Les observations faites montrent qu'il est universellement nécessaire d'améliorer l'entretien du matériel, en particulier l'entretien préventif de routine. On cherche à y répondre par la formation et par un approvisionnement adéquat en pièces détachées. On continue à faire appel aux services de transport et d'entretien de l'équipement du FISE pour aider les ministères de la santé à assurer la formation du personnel et l'entretien du matériel dans le cadre du programme élargi de vaccination.

On évalue actuellement la possibilité de recourir à la méthode des indicateurs à base d'enzymes dans la gestion de la chaîne du froid. Ces indicateurs changent de couleur après avoir été exposés à une température déterminée, pendant une certaine durée, celle-ci diminuant à mesure que la température augmente. Ces indicateurs semblent être assez peu coûteux et assez fiables pour pouvoir être joints aux envois de vaccins afin d'avertir les magasiniers et les utilisateurs, par leur changement de couleur, qu'ils doivent, soit utiliser les vaccins immédiatement, soit les contrôler, soit les jeter. Les résultats des études faites au Ghana sur l'utilisation de ces indicateurs sur le terrain devraient être disponibles avant la fin de 1978.

2.3.2 Vaccins

Les travaux de recherche se poursuivent en vue de mettre au point pour le PEV des vaccins plus stables, plus actifs et moins réactogènes :

Rougeole. On a réussi à mettre au point un vaccin antirougeoleux lyophilisé plus stable qu'on espère pouvoir commercialiser en quantités limitées en 1978. L'OMS et l'Institut national de la Santé publique, à Bilthoven (Pays Bas), soutiennent des études devant permettre de mieux caractériser l'effet stabilisateur de diverses altérations du liquide de reconstitution employé pour le vaccin lyophilisé, et les premiers résultats sont encourageants. Les recherches sur le renforcement de la stabilité du vaccin liquide (par exemple non lyophilisé) se poursuivent sous le patronage de l'OMS, du PNUD et de la London School of Hygiene.

Poliomyélite. Avec la collaboration de l'OMS et du PNUD, le National Institute of Biological Standards and Control, à Londres, et l'Institut national d'Hygiène, à Budapest, poursuivent leurs recherches sur les milieux de suspension et les matériaux utilisés pour la fabrication des conteneurs servant à la distribution des vaccins antipoliomyélitiques.

Diphthérie/tétanos/coqueluche. L'OMS et le PNUD collaborent avec l'Institut de Recherche et de Production séro bactériologiques de Budapest, l'Institut Mechnikov de Recherche sur les Vaccins et les Sérums, à Moscou, et l'Institut d'Immunologie de Zagreb (Yougoslavie) à des recherches destinées à améliorer la stabilité du composant coqueluche des vaccins DTC grâce à l'utilisation de vaccins lyophilisés (URSS et Hongrie) et à une meilleure caractérisation de la stabilité des vaccins anticoquelucheux préparés à partir d'extraits de souches uniques de Bordetella pertussis (Yougoslavie). L'OMS a organisé des études concertées en vue de caractériser le pouvoir réactogène et la toxicité de différents vaccins DTC aux Etats-Unis d'Amérique, aux Pays-Bas, en Pologne, en République fédérale d'Allemagne, en Roumanie, au Royaume-Uni, en Suède, en Tchécoslovaquie et en URSS. En outre, le Japon, la Suède et l'URSS ont signalé des résultats encourageants obtenus dans la préparation de vaccins anticoquelucheux moins réactogènes, en utilisant certaines fractions du micro-organisme plutôt que des extraits des cellules totales. A l'automne de 1977, avec le concours du PNUD, l'OMS a réuni un groupe de travail officieux sur la production et l'essai des vaccins anticoquelucheux composé de 25 participants ainsi que de membres du Secrétariat de l'OMS. Le groupe a passé en revue les progrès et les problèmes actuels, puis il a arrêté un plan d'action concertée pour les recherches futures. D'autres réunions sont prévues pour 1978. En outre, les normes de l'OMS pour les substances biologiques applicables à l'anatoxine diphthérique, à l'anatoxine tétanique et au vaccin anticoquelucheux (datant toutes de 1964) ont été révisées de manière à tenir compte des progrès techniques réalisés, si bien qu'elles sont maintenant pleinement conformes aux spécifications des manuels OMS concernant la production et le contrôle de la qualité rédigés en 1977.

2.4 Etat vaccinal

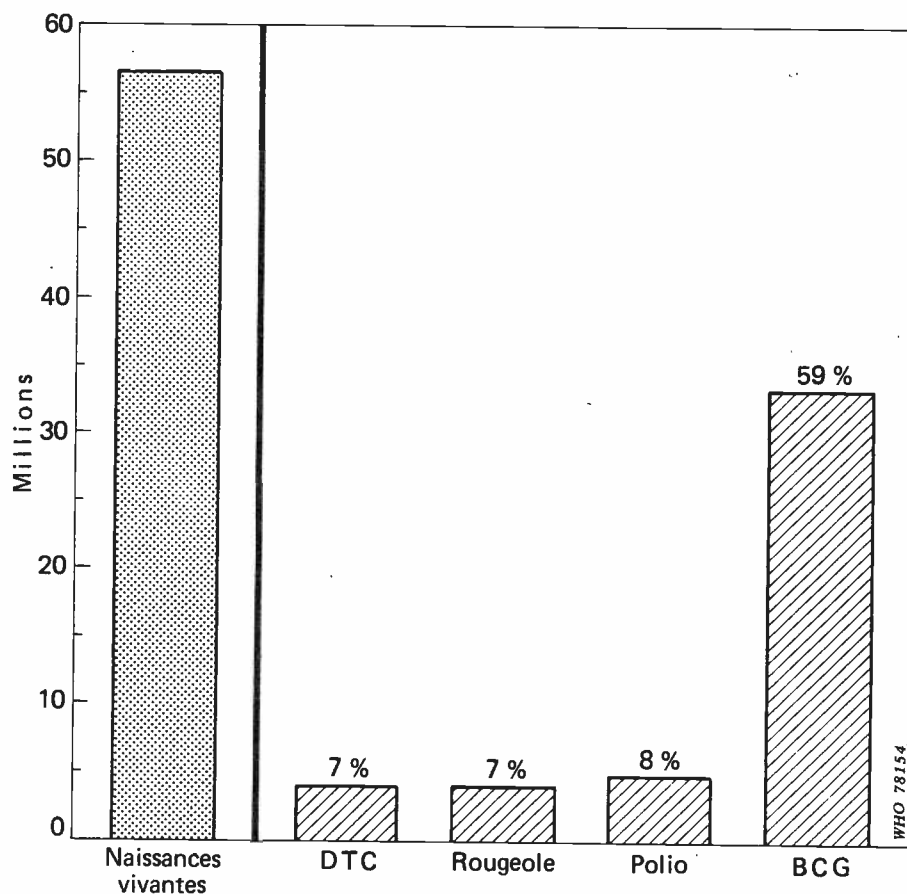
A l'heure actuelle, rares sont les Etats Membres qui peuvent fournir des données dignes de confiance sur la situation présente des programmes de vaccination contre les maladies retenues comme objectifs par le programme élargi de vaccination. Malgré cela, les données disponibles ont été résumées, étant donné qu'elles permettent tout de même de procéder à certaines généralisations, et qu'elles présentent un intérêt historique dans la mesure où elles servent d'étalons pour mesurer les améliorations actuellement apportées aux systèmes nationaux d'information sanitaire et à la couverture vaccinale réelle.

Moyennant des critères qui varient quelque peu d'une région à l'autre, on a pu établir que 42 pays en développement où naissent chaque année environ 57 millions d'enfants étaient en train de développer leurs programmes de vaccination en active collaboration avec l'OMS. Tous ces pays n'ont pas communiqué à l'OMS le nombre des vaccinations assurées contre les maladies cibles du programme élargi et certains de ceux qui l'ont fait n'ont pas nécessairement signalé toutes les vaccinations effectivement pratiquées (celles qui sont administrées dans le secteur privé ou par des organismes bénévoles ne sont pas toujours faciles à connaître). En outre, les données fournies portent sur le nombre total des vaccinations pratiquées et non pas sur le nombre total d'enfants correctement immunisés, chiffre plus difficile à obtenir mais plus significatif.

Les hypothèses ci-après permettent de se faire une idée approximative de ce chiffre. On suppose donc : a) que toutes les vaccinations communiquées ont été administrées correctement, au moyen d'un vaccin actif, à des enfants réceptifs à la maladie en question; b) que les enfants ont reçu une série de trois injections DTC, de trois injections anti-poliomyélitiques et d'une injection antirougeoleuse ou d'un BCG; c) que dans les programmes en cours, le nombre annuel des naissances permet de se faire une idée de l'importance de la population cible passible de ces vaccinations.

La figure 1 illustre l'application de ces hypothèses aux données disponibles et fait ressortir l'insuffisance de la couverture vaccinale réalisée dans ces pays au cours des périodes ayant précédé le programme élargi et faisant généralement l'objet des rapports.¹ Il faut bien souligner que les hypothèses retenues fournissent des données incontestablement faussées dans la mesure où elles indiquent des taux de couverture des enfants réceptifs plus élevés que la réalité. (On n'a pas fourni d'estimations pour la couverture vaccinale contre le tétanos, étant donné que les données communiquées concernent la vaccination et la revaccination de l'ensemble de la population adulte plutôt que la vaccination des femmes enceintes, groupe prioritaire étant donné la nécessité de prévenir le tétanos des nouveau-nés et le tétanos puerpéral.)

FIG. 1
COMPARAISON DES ESTIMATIONS ANNUELLES
DES NAISSANCES VIVANTES ET DE LA COUVERTURE
VACCINALE POUR 42 PAYS PARTICIPANT ACTIVEMENT
AU PROGRAMME ÉLARGI DE VACCINATION



¹ Les figures 1 à 7 reposent sur les derniers rapports concernant des années complètes communiqués par les pays au cours de la période 1974-1977.

Les figures 2-7 font appel aux mêmes hypothèses pour estimer la couverture vaccinale réalisée par région - tous les pays, qu'ils collaborent ou non avec l'OMS pour élargir leurs programmes, étant compris.

On trouvera au tableau 1 une comparaison des taux d'incidence communiqués d'une part par 42 pays dont on sait qu'ils sont en train d'élargir leurs programmes de vaccination en collaboration active avec l'OMS, et d'autre part par 20 pays industrialisés d'Europe et d'Amérique du Nord.

TABLEAU 1. TAUX D'INCIDENCE COMPARES POUR 100 000 HABITANTS
(D'après les données dont disposait l'OMS en février 1978)

	Population (en milliers)	Diphtérie	Coque- luce	Tétanos	Rougeole	Polio- myélite	Tuber- culose
20 pays industria- lisés d'Europe et d'Amérique du Nord ^a	856 333	0,09	7,5	0,07	92,57	0,03	21,93
42 pays en déve- loppement parti- cipant activement au PEV ^b	1 289 583	1,61	13,49	2,44	48,35	1,59	34,92
^a Autriche, Belgique, Canada, Danemark, Etats-Unis d'Amérique, Finlande, France, Hongrie, Irlande, Italie, Norvège, Pays-Bas, Pologne, République Démocratique Allemande, République fédérale d'Allemagne, Royaume-Uni, Suède, Suisse, Tchécoslovaquie et Union des Républiques socialistes soviétiques. ^b Voir la note de la page 4.							

On voit se dégager un certain schéma : les différences les plus importantes à l'égard des taux d'incidence communiqués concernent la poliomyélite (53 fois moindre dans les pays industrialisés), le tétanos (35 fois moindre) et la diphtérie (18 fois moindre). Ces chiffres sont cependant en dessous des véritables différences puisque seule une faible proportion des cas sont signalés par les pays participant au PEV. (Cette situation rappelle celle que l'on constatait dans les premières années du programme d'éradication de la variole, lorsqu'on s'aperçut que moins de 10 % des cas étaient enregistrés dans le cadre des systèmes de notification existants.) Les taux des pays industrialisés traduisent l'efficacité de leurs programmes de vaccination.

Pour la coqueluche les données sont moins spectaculaires, puisque l'incidence communiquée par les pays industrialisés représente un peu plus de la moitié de celle des pays du PEV. Tant dans les pays industrialisés que dans les pays du Programme, l'incidence communiquée pour la coqueluche est plus forte que pour la poliomyélite, la diphtérie et le tétanos, et cela bien que le vaccin anticoquelucheux soit le plus souvent administré en association avec les anatoxines diphtérique et tétanique sous forme de vaccin DTC. Cela traduit le fait que, dans la mesure où la coqueluche s'attaque fréquemment aux enfants en bas âge, et où le vaccin n'est ni aussi stable ni aussi efficace que les anatoxines diphtérique et tétanique, cette maladie se révèle plus difficile à endiguer dans de nombreux pays du monde.

L'incidence de la tuberculose, telle que la communiquent les gouvernements, est élevée, encore que la sous-notification masque la véritable gravité du problème dans les pays du PEV. Même si ces pays notifient un nombre relativement élevée de vaccinations par le BCG, ces dernières sont administrées à des enfants déjà grands aussi bien qu'à des enfants en bas âge, et un certain nombre d'entre elles sont en fait des revaccinations. Il en résulte que la véritable couverture des individus réceptifs est considérablement inférieure au chiffre

de 59 % que l'on trouve à la figure 1. En outre, la tuberculose n'est pas une maladie réservée aux enfants, et l'on peut supposer que le retentissement sur l'incidence notifiée se produit à une époque beaucoup plus éloignée de la vaccination par le BCG que ce n'est le cas pour les autres maladies qui nous occupent ici. Il faut également souligner que la vaccination par le BCG ne constitue qu'un élément des programmes de lutte antituberculeuse.

On constate au tableau 1 que la rougeole est la maladie dont l'incidence notifiée est la plus forte, tant dans les pays industrialisés que dans les pays du PEV. Le vaccin est par lui-même extrêmement efficace, mais il n'est pas d'un emploi généralisé dans tous les pays industrialisés, ce qui explique la forte incidence. La sous-notification de la rougeole dans les pays du Programme est telle que, même si elle figure au tableau 1 avec un taux d'incidence inférieur à celui que présentent les pays industrialisés, le taux réel y est certainement plus élevé.

3. Institutions et organisations collaboratrices

Le succès du programme élargi de vaccination dépend de l'appui et de la collaboration de particuliers et de groupes des secteurs public et privé, y compris l'aide bénévole. On trouvera résumées dans la section 4 du présent rapport, consacrée aux ressources directement mises à la disposition de l'OMS, les contributions fournies par certains donateurs. Toutefois, la majorité des contributions n'apparaissent pas dans cette section : il s'agit de l'appui directement fourni aux programmes des pays (tel celui qu'apportent le FISE ou le PNUD, ou les pays donateurs à titre bilatéral) ou de l'aide apportée, sous forme de temps, de conseils et de matériel, par certains citoyens motivés, ainsi que par certains spécialistes et par les institutions dont ils relèvent. On trouvera ci-après la liste des institutions qui, à l'échelle mondiale, se sont montrées particulièrement actives à cet égard :

Institut royal tropical, Amsterdam, Pays-Bas
Center for Disease Control, Atlanta, Etats-Unis d'Amérique
Institut de Production et de Recherche séro bactériologiques, Budapest
London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres
National Institute for Biological Standards and Control, Londres
Institut Gamaleja, Moscou
Medical Research Centre, Nairobi
Institut Pasteur, Paris
Laboratoire national d'Ingénierie, Stockholm
Institut national de la Santé publique, Bilthoven, Pays-Bas
Institut national d'Hygiène, Budapest
Technology Consultancy Centre, Kumasi, Ghana
Intermediate Technology Development Group, Ltd., Londres
Appropriate Health Resources and Technologies Action Group, Londres
Institut Mechnikov de Recherche sur les Vaccins et les Sérums, Moscou
Centre international de l'Enfance, Paris
Laboratoire national de Bactériologie, Stockholm
Institut d'Immunologie, Zagreb, Yougoslavie

Outre les instituts qui précèdent, de nombreuses organisations non gouvernementales participent avec l'OMS et d'autres organisations internationales à des initiatives concernant la prestation des soins de santé primaires ou l'Année internationale de l'Enfant (1979). Ces deux initiatives comprennent une aide aux activités de vaccination, le PEV bénéficiant au moyen de cette collaboration de l'appui des groupes les plus divers.

4. Ressources

Bien que l'appui du personnel OMS engagé dans les activités du PEV soit assuré au titre du budget ordinaire, y compris des apports au titre des programmes du Directeur général et des Directeurs régionaux pour le développement, l'aide au programme dans les secteurs de la

formation et de la recherche et du développement scientifiques, techniques et opérationnels et pour l'essentiel des fournitures et du matériel nécessaires à la mise en oeuvre effective du programme doit être assurée par des contributions provenant de sources extrabudgétaires. C'est pour cette raison que la Trentième Assemblée mondiale de la Santé a prié instamment "les gouvernements et les organismes qui sont en mesure d'offrir des fonds ou leur équivalent en matériel et en fournitures ... de fournir un soutien maximal de longue durée par l'intermédiaire du fonds bénévole pour la promotion de la santé ... ou sur une base bilatérale ...".

Comme on le verra ci-après, les contributions reçues à ce jour sont encourageantes et ont permis d'appuyer les activités nécessaires à l'échelon mondial et régional dans le domaine de la formation, de la mise en place de la chaîne du froid et de l'amélioration des vaccins. Toutefois, à mesure que des pays de plus en plus nombreux s'emploient à développer activement leur couverture vaccinale dans le cadre de plans d'opération à long terme bien préparés, il faudra disposer d'apports beaucoup plus substantiels pour lancer et, ce qui est plus important, soutenir cette expansion. En ce qui concerne l'avenir prévisible, le prix de revient d'une couverture vaccinale complète de la population infantine dépasse de beaucoup le budget de la santé de la plupart des pays qui se disposent à développer cette couverture. Pour pouvoir porter les taux de couverture vaccinale à un niveau acceptable, ces pays auront besoin de recevoir des contributions soit à titre multilatéral, soit à titre bilatéral, et ceci sur une période de cinq à dix ans.

4.1 Les contributions des gouvernements au Compte spécial du Programme élargi de vaccination du fonds bénévole pour la promotion de la santé, reçues ou promises à ce jour, s'établissent comme suit :

	<u>1975</u>	<u>1976</u>	<u>1977</u>	<u>1978</u>
	US \$	US \$	US \$	US \$
<u>Activités non spécifiées</u>				
Botswana	5 000			
Pays-Bas	183 889			
Nigéria		16 036		
Arabie Saoudite		10 000		
<u>Vaccins</u>				
Finlande				36 057
Suisse			7 843	
Royaume-Uni			96 590	364 000
Yougoslavie		28 730	33 813	25 857
<u>Activités spécifiées</u>				
Iran - pour le Pakistan		344 876		
Koweït - pour la Somalie, le Soudan et le Yémen démocratique		150 000	75 000	275 000
Suède - études de faisabilité au Ghana	105 890	82 898	37 422	
Royaume-Uni - évaluation de l'équi- pement destiné à la chaîne du froid				156 000

4.2 En ce qui concerne les sources non gouvernementales, un appui important a été fourni en 1977 par les organismes ci-après :

Fondation de l'industrie des chantiers navals japonais, (Fonds Sasakawa pour la Santé.....	\$80 000
Professeur I. Dođramaci, Ankara.....	20 000
MEDIMPEX (Hongrie)	7 960 (vaccins)

4.3 Outre les contributions ci-dessus, expressément enregistrées au titre du Compte spécial pour le Programme élargi de vaccination, deux sources de fonds ont permis d'assurer la plupart des activités concernant la formation et le contrôle de la qualité des vaccins :

- DANIDA (Danemark), moyennant des contributions au Compte spécial pour contributions diverses à objet désigné, a constitué le principal appui des activités de formation décrites ci-dessus. Pendant l'année 1977, un montant de \$116 184 a été réservé pour affectation à ces activités, tandis qu'en 1978-1979 une somme de \$391 200 était mise à la disposition du programme élargi de vaccination en vue de la préparation et de l'organisation de cours de formation et de conférences-ateliers interrégionaux, inter-pays et nationaux.
- A ce jour, le PNUD a fourni un montant de \$237 200 pour un projet interrégional destiné à fournir aux pays en développement des vaccins suffisamment actifs et de faible toxicité, ainsi que des vaccins présentant une meilleure stabilité aux températures ambiantes élevées. Le PNUD est également en train d'étudier une proposition visant à prolonger ce projet, ainsi que des propositions régionales, émanant des bureaux régionaux de l'Afrique et de l'Asie du Sud-Est, en vue de développer la mise en oeuvre du programme.

FIG. 2 - 7
COMPARAISONS REGIONALES DES ESTIMATIONS ANNUELLES DES NAISSANCES
VIVANTES ET DE LA COUVERTURE VACCINALE D'APRES LES
DONNEES COMMUNIQUEES A L'OMS

