



TRENTE-NEUVIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE

Point 27 de l'ordre du jour provisoire



PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

Rapport de situation et d'évaluation présenté par le Directeur général

Pour l'information du Conseil exécutif, le Directeur général a préparé un rapport de situation et d'évaluation sur le Programme élargi de vaccination qu'il a présenté au Conseil à sa soixante-dix-septième session, en janvier 1986 (document EB77/27).¹ Ce rapport faisait le point des progrès réalisés depuis le rapport² présenté à la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé (mai 1982) et, conformément au programme d'action en cinq points approuvé en 1982,³ recommandait que soient prises trois mesures générales et quatre mesures spécifiques dans le cadre des programmes nationaux pour accélérer la mise en oeuvre du Programme élargi de vaccination. Après correction et mise à jour pour tenir compte des données disponibles en janvier 1986, ce document est présenté ci-joint à l'Assemblée de la Santé pour information (voir l'annexe).

L'attention de l'Assemblée est attirée sur la résolution EB77.R7,⁴ dans laquelle le Conseil exécutif recommande à la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter une résolution approuvant les mesures proposées par le Directeur général et invitant instamment les Etats Membres à les appliquer pour réduire la morbidité et la mortalité par la vaccination de tous les enfants du monde d'ici à 1990.

¹ Les observations du Conseil exécutif sur ce rapport figurent dans les procès-verbaux de ses quatorzième et quinzième séances (voir document EB77/1986/REC/2).

² Document WHA35/1982/REC/1, annexe 7.

³ Résolution WHA35.31.

⁴ Document EB77/1986/REC/1, p. 8.



Soixante-dix-septième session

Point 18 de l'ordre du jour provisoire

PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

Rapport de situation et d'évaluation présenté par le Directeur général

Le présent rapport est soumis pour examen au Conseil exécutif afin de compléter les informations communiquées à la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé en mai 1982 (document A35/9). Il a été examiné par le Comité du Programme du Conseil exécutif en octobre 1985 et par le Groupe consultatif mondial du PEV en novembre 1985. Le Groupe consultatif mondial a recommandé que soient prises des mesures spécifiques dans le cadre des programmes nationaux soutenus par l'OMS pour accélérer la mise en oeuvre du Programme.

Table des matières

	<u>Pages</u>
1. HISTORIQUE	1
2. RAPPEL DES PROGRES REALISES DANS LA MISE EN OEUVRE DU PEV	1
3. MESURES NECESSAIRES POUR REALISER LE BUT DU PEV	15

1. HISTORIQUE

1.1 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, et singulièrement le but consistant à assurer la vaccination de tous les enfants du monde d'ici 1990, ont été énoncés dans la résolution WHA30.53 adoptée en mai 1977. L'importance du PEV en tant qu'élément essentiel de la santé maternelle et infantile et des soins de santé primaires a été soulignée dans la résolution WHA31.53, adoptée en mai 1978, et dans la Déclaration d'Alma-Ata de septembre 1978. En 1982, l'Assemblée avait prévenu que si l'on voulait atteindre le but fixé pour 1990, les progrès devraient être plus rapides et elle avait demandé instamment aux Etats Membres de mettre en oeuvre un programme d'action en cinq points (résolution WHA35.31).

2. RAPPEL DES PROGRES REALISES DANS LA MISE EN OEUVRE DU PEV

2.1 La vaccination est, de tous les services de santé, celui qui offre le rapport coût/efficacité le plus avantageux. Or, elle demeure tragiquement sous-utilisée. Dans le monde en développement - Chine exceptée -, moins de 40 % des nourrissons reçoivent la troisième dose de DTC ou de vaccin antipoliomyélitique (tableau 1). La couverture par le vaccin antirougeoleux ne représente qu'environ la moitié de celle du DTC ou de la poliomyélite, en partie parce que c'est un fait nouveau dans certains programmes; plus de trois millions d'enfants meurent encore chaque année de la rougeole, du tétanos du nouveau-né et de la coqueluche, et plus d'un quart de million sont rendus infirmes par la poliomyélite (tableau 2). Peut-être ces chiffres prennent-ils tout leur poids quand nous réalisons qu'à chacune de nos respirations un enfant meurt d'une maladie évitable par la vaccination.

TABLEAU 1. ESTIMATIONS DES COUVERTURES VACCINALES PAR LE BCG, LE DTC ET LES VACCINS ANTIPOLIOMYELITIQUE, ANTIROUGEOLEUX ET ANTITÉTANIQUE DANS DES PAYS EN DÉVELOPPEMENT, CLASSES SELON LE NOMBRE DES ENFANTS ATTEIGNANT L'ÂGE D'UN AN, D'APRÈS LES DONNÉES DISPONIBLES EN JANVIER 1986

Pays	Enfants atteignant l'âge d'un an (millions)	Pourcentage cumulé de naissances	Couverture vaccinale (%)				
			Enfants		de moins d'un an		Femmes enceintes
			BCG	DTC III	Polio III	Rougeole	Tétanos II
1. Inde ^a	21,73	27	65	51	37	...	33
2. Indonésie ^a	4,53	32	56	6	7	7	20
3. Nigéria	4,11	38	...	...	...	...	...
4. Pakistan ^a	3,50	42	55	44	44	33	10
5. Bangladesh ^a	2,94	45	2	2	1	1	1
6. Brésil ^a	2,85	49	75	67	89	80	...
7. Mexique ^a	2,44	52	25	52	49	...	...
8. République islamique d'Iran ^{a*}	2,01	54	10	68	65	69	4
9. Philippines ^b	1,70	57	76	61	58	30	...
10. Viet Nam ^b	1,63	59	5	4	2	4	...
11. Égypte ^{a*}	1,49	60	53	57	67	41	19
12. Éthiopie ^a	1,49	62	11	7	7	8	3
13. Turquie ^b	1,40	64	65	56	59	30	...
14. Zaïre ^c	1,29	66	34	16	18	20	...
15. Birmanie ^a	1,26	67	25	8	2	...	12
16. Afrique du Sud	1,11	69	...	...	...	...	...
17. Thaïlande ^a	1,05	70	81	57	56	7	41
18. Kenya ^{b*}	0,98	71	76	58	57	55	...
19. République-Unie de Tanzanie ^c	0,95	72	73	52	49	63	32
20. République de Corée ^b	0,91	73	84	69	78	...	...
21. Maroc ^a	0,91	74	70	48	48	42	...
22. Colombie ^a	0,86	76	68	60	61	53	6
23. Soudan ^a	0,85	77	7	4	4	3	2
24. Algérie ^c	0,81	78	59	33	30	17	...
25. Argentine ^b	0,70	78	64	65	64	62	...
Total (25 pays)	63,50	78	49	39	35	15	15
Autres pays en développement	17,43	22	45	33	33	27	10
Total partiel, pays en développement (Chine non comprise)	80,94	100	79	48	38	34	14
Chine ^{a*}	21,16	21	50	63 ^d	78 ^d	74	...
Total pour les pays en développement (Chine comprise)	102,09	100	49	43	43	32	13
Total pour les pays développés	17,34		56	62	66	74	0
Total général	119,43		50	46	47	38	11

^a Données de couverture de 1984.

^b Données de couverture de 1983.

^c Données de couverture de 1981.

^d Deux doses seulement.

* Données d'enquête.

... Pas d'informations disponibles.

TABLEAU 2. ESTIMATIONS DES NOMBRES DE DECES DUS AU TETANOS DU NOUVEAU-NE, A LA ROUGEOLE ET A LA COQUELUCHE ET DES NOMBRES DE CAS DE POLIOMYELITE PAR AN DANS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT (CHINE NON COMPRISE) - JANVIER 1986¹

	Tétanos du nouveau-né (en milliers)	Rougeole (en milliers)	Coqueluche (en milliers)	Total des décès (en milliers)	Pourcentage cumulé du total des décès %	Cas de poliomyélite (en milliers)	Pourcentage cumulé des cas %
25 plus grands pays en développement (classés selon le nombre d'enfants atteignant l'âge d'un an)	663	1 721	471	2 855	80	212	78
Autres pays en développement	176	389	128	693	20	60	22
Total pour les pays en développement	839	2 110	599	3 548	100	272	100

¹ Ces estimations ont été établies sur la base des chiffres concernant la couverture vaccinale donnés dans le tableau 1 et des hypothèses suivantes :

Tétanos du nouveau-né : les nombres sont estimés sur la base de données provenant d'enquêtes ou, en l'absence d'enquête, sur la base des nombres obtenus pour des pays les conditions socio-économiques sont semblables.

Rougeole : on suppose que l'efficacité du vaccin est de 95 % et que 90 % des enfants non vaccinés contracteront la rougeole. La couverture est supposée nulle dans les pays pour lesquels on ne dispose pas de données.

Coqueluche : on suppose que l'efficacité du vaccin est de 80 % et que 80 % des enfants non vaccinés contracteront la coqueluche. La couverture est supposée nulle dans les pays pour lesquels on ne dispose pas de données.

Poliomyélite : comme les résultats des enquêtes sur la poliomyélite varient très peu, en l'absence de programme de vaccination, on suppose un taux d'incidence fixe de 5 cas pour 1000 nouveau-nés. L'efficacité du vaccin est estimée à 95 %. La couverture est supposée nulle dans les pays pour lesquels on ne dispose pas de données.

2.2 Lorsque le PEV a été créé en 1974, le Programme d'éradication de la variole avait déjà obtenu des résultats très encourageants. Mais les efforts de vaccination contre d'autres maladies dans les pays en développement n'étaient que sporadiques et n'assuraient qu'une couverture régulière négligeable des enfants au cours de la première année de la vie, sans impact aucun sur l'incidence des maladies. Il était alors largement admis que la poliomyélite ne constituait pas un problème dans les pays en développement et que la rougeole se limitait en gros à l'Afrique. Quant au tétanos du nouveau-né, il n'en était à peu près pas tenu compte. Enfin, le système d'information nécessaire à l'estimation des niveaux nationaux et mondiaux de la couverture vaccinale n'existait pas.

2.3 En développant le PEV, l'OMS a privilégié le renforcement de la gestion des programmes nationaux. Un programme très actif de formation a été mis en oeuvre et renforcé grâce au

système de surveillance et d'évaluation des programmes. On s'est attaché à assurer le contrôle de la qualité des vaccins et à n'utiliser que des vaccins conformes aux normes fixées par l'OMS. Les données utilisées pour la surveillance des programmes nationaux ont constitué la base des systèmes d'information régionaux et mondial qui ont été mis en place. On a mis au point une méthode d'examen des programmes nationaux qui permet à une équipe de personnels nationaux et internationaux d'examiner la gestion et la mise en oeuvre des services de vaccination dans un programme donné et de recommander un plan d'action en vue de son amélioration. Ce processus d'examen, qui a été un puissant instrument de formation pour les intéressés, est maintenant utilisé pour examiner d'autres interventions en soins de santé primaires, souvent en association avec le PEV. Des méthodes d'enquête épidémiologique et d'investigation sur les poussées épidémiques ont été mises au point et appliquées, ce qui a permis rapidement de prendre la mesure de l'énorme tribut levé dans les pays en développement par la rougeole, le tétanos du nouveau-né et la poliomyélite.

2.4 Le PEV n'aurait guère progressé si le FISE ne s'y était pas rapidement et activement associé. Le FISE, qui fournit depuis longtemps des vaccins et du matériel aux pays du tiers monde, s'est associé à l'OMS dans le cadre du PEV pour s'attacher à améliorer la gestion des programmes existants. Un secteur où la collaboration s'est révélée particulièrement fructueuse a été l'amélioration des matériels mis en oeuvre pour la "chaîne du froid", c'est-à-dire l'ensemble des moyens qui permettent de conserver les vaccins à la température voulue depuis le lieu de fabrication jusqu'à l'endroit où ils sont utilisés. En fixant des normes, en testant les produits et en n'achetant que ceux qui se sont révélés satisfaisants, l'OMS et le FISE ont joué auprès des fabricants un rôle d'incitation qui s'est traduit par de nettes améliorations de la qualité et de la gamme des produits désormais offerts. Mais le FISE a également apporté sa contribution lorsqu'il s'est agi d'appuyer les initiatives nationales en matière de formation et d'examen des programmes nationaux et il assure une précieuse continuité dans l'approvisionnement en vaccins et matériels à de nombreux programmes qui, sans cela, ne seraient pas opérationnels.

Progrès dans la mise en oeuvre du programme d'action en cinq points

2.5 D'initiative OMS patronnée collectivement, le PEV était devenu en 1982 un programme opérationnel des Etats Membres. Mais il était manifeste que, sans une forte accélération, son objectif ne serait pas atteint. Examinant le Programme au cours de cette même année, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé un programme d'action en cinq points.

2.6 Le premier point appelle à promouvoir le PEV dans le contexte des soins de santé primaires en s'attachant plus particulièrement à faire participer activement les communautés au Programme et en associant la vaccination et d'autres activités sanitaires afin qu'elles s'appuient mutuellement. L'OMS s'est attachée à promouvoir ces concepts par les activités de formation et les examens de programme, dont la mise en oeuvre est de plus en plus le résultat d'une collaboration entre plusieurs programmes et divisions de l'OMS. Le recours aux stratégies de la "canalisation" et aux journées de vaccination constitue actuellement de puissantes incitations à la participation communautaire dans différents programmes (ces questions seront traitées plus en détail dans des sections ultérieures).

2.7 Depuis la mise sur pied en 1977 du premier cours de formation PEV, plus de 17 000 travailleurs sanitaires ont pris part à des cycles patronnés par l'OMS ou le FISE utilisant des matériels du PEV, et le chiffre est 20 fois celui-là si l'on compte les personnes formées avec ces matériels dans le cadre des programmes nationaux. La formation à la gestion pour le PEV se combine avec la formation pour d'autres programmes dans la mesure où ces programmes mettent au point du matériel approprié. La formation PEV pour les gestionnaires de niveau intermédiaire a été combinée à la formation à la lutte contre les maladies diarrhéiques à partir de 1983. En 1985, des modules concernant l'espacement des naissances et la prévention et le traitement des infections respiratoires étaient en préparation. A partir de 1982, l'OMS a patronné des cours sur la chaîne de froid et la logistique dans les soins de santé primaires qui mettent l'accent sur les compétences en planification et gestion nécessaires pour assurer aux travailleurs sanitaires un approvisionnement adéquat en fournitures et en matériel dans différents programmes d'action sanitaire, notamment : vaccination, lutte contre les maladies diarrhéiques, médicaments essentiels et planification familiale. La formation PEV a conduit à utiliser des formules

combinant la courbe de croissance et l'enregistrement des vaccinations et a mis en lumière l'intérêt de vacciner les enfants amenés aux services de santé pour des affections mineures. Des matériels destinés à faciliter la fonction de guidance auprès des mères en matière de nutrition maternelle, allaitement, sevrage, vaccination, réhydratation orale, surveillance de la croissance et espacement des naissances sont encore en préparation.

2.8 Depuis 1978, le PEV a procédé à l'examen de plus de 100 programmes nationaux de vaccination, souvent combiné à l'examen d'autres programmes de santé. En 1984, la Division du Renforcement des Services de Santé s'est attachée à mettre au point pour ce genre d'examen des protocoles types qui donnent aux gestionnaires nationaux une liste de questions possibles concernant les huit éléments essentiels des soins de santé primaires. Toutefois, les gestionnaires doivent être sélectifs car si les examens trop limités sont stériles, les examens trop larges sont inefficaces.

2.9 La nécessité d'un engagement communautaire plus effectif est une constatation fréquente dans les examens de programmes nationaux. Mais il est plus facile de mettre ce problème en lumière que de le résoudre. Les enquêtes sur la couverture vaccinale continuent de faire apparaître des taux d'abandon élevés entre la première et la troisième dose de DTC et de vaccin antipoliomyélitique puisqu'ils vont de 10 % à 70 %, avec une moyenne de 30 %, les mères à qui l'on demande pourquoi elles n'ont pas commencé ou achevé la vaccination de leurs enfants répondent très souvent qu'elles n'ont pas été suffisamment informées. Trop peu de personnels sanitaires sont préparés à être de véritables partenaires des représentants des communautés ou à collaborer utilement avec d'autres secteurs, notamment avec le secteur privé ou le secteur des bénévoles.

2.10 Les points 2 et 3 du programme d'action soulignent la nécessité d'investir suffisamment de ressources humaines et financières dans le PEV. Les compétences gestionnaires restent la contrainte la plus sévère du Programme. Il convient de continuer d'insister sur la nécessité d'affecter des personnels capables et d'assurer leur formation et leur encadrement. Il faut aussi réduire la rotation de personnel, qui sape les efforts de formation et d'encadrement les plus vigoureux. Afin de compléter sur le court terme les capacités gestionnaires nationales, l'OMS a recruté, pour travailler à l'échelon national, des "experts associés" qui souvent sont affectés à la fois au PEV et au Programme LMD. Ils sont détachés auprès de l'OMS par leurs gouvernements et ce sont généralement des personnes de moins de 35 ans, dont l'engagement au service de l'OMS est limité à trois ans. Vers le milieu de 1985, il y avait 11 experts associés travaillant à l'échelon national, soit dans des postes PEV, soit dans des postes PEV/LMD, et deux autres travaillaient à l'échelon régional ou sous-régional. Ils étaient envoyés par le Danemark, la Finlande, l'Italie, les Pays-Bas et la Suède.

2.11 L'appui aux programmes de vaccination, tant au titre de programmes nationaux qu'au titre de ressources extérieures, a progressé de façon notable. De nombreuses organisations associées de longue date au PEV renforcent leur appui, tandis que le nombre des organismes qui collaborent est en augmentation. Il s'agit d'institutions du système des Nations Unies (notamment : FISE, Banque mondiale et PNUD), d'organismes bilatéraux de développement (notamment de ceux représentant l'Australie, le Canada, la Chine, le Danemark, la France, la Finlande, l'Italie, le Japon, le Koweït, les Pays-Bas, la Norvège, la Suède, la Suisse et les Etats-Unis d'Amérique) et de fondations privées ou bénévoles (comme le Programme du Golfe arabe pour les Organisations de Développement des Nations Unies (AGFUND), le Rotary International, la Fondation Sasakawa et les Fonds "Save the Children" du Royaume-Uni et des Pays-Bas). L'IMPACT, qui est un programme international patronné par le PNUD, le FISE et l'OMS, soutient des programmes de vaccination contre la poliomyélite qui se déroulent actuellement en Inde, au Kenya et en Guinée.

2.12 Parmi les exemples récents, on peut citer : l'annonce d'une contribution de US \$120 millions du Rotary International pour la fourniture de vaccins antipoliomyélitiques aux pays qui se sont dotés d'un plan de vaccination ayant l'approbation du Rotary et de l'OMS; l'annonce de contribution du Gouvernement italien, qui s'engage à fournir US \$100 millions au FISE au cours des 18 prochains mois pour la vaccination et d'autres activités liées "au développement et à la survie des enfants" dans certains pays en développement; une initiative du FISE visant à lever 100 millions de plus pour appuyer les activités de vaccination antirougeoleuse; ainsi qu'un

ensemble d'initiatives prises par les Etats-Unis d'Amérique pour appuyer les programmes de vaccination et d'autres programmes de soins de santé primaires - dont le montant avoisine actuellement US \$100 millions. En l'état actuel des choses, aucun pays s'étant doté d'un plan d'opération PEV réaliste ne devrait souffrir du manque de vaccins, de matériels de chaîne du froid ou de fournitures.

2.13 Le FISE a été remarquablement efficace dans son effort pour mobiliser un soutien politique et financier en faveur du PEV tant à l'échelon international qu'à l'échelon national. Il s'est attaché à amplifier son plaidoyer pour une "révolution de la santé de l'enfant", en se servant du rapport sur la situation des enfants du monde et d'autres moyens pour sensibiliser les dirigeants politiques mondiaux à la pandémie silencieuse de morts d'enfants qui sévit dans les pays en développement. Le FISE a préconisé des mesures particulièrement énergiques destinées à promouvoir la surveillance de la croissance, le traitement de réhydratation par voie orale dans les cas de diarrhée, l'allaitement maternel, la vaccination, les aliments d'appoint, l'espacement des naissances et l'éducation des femmes. Plus récemment, le FISE a été l'une des principales institutions à patronner les journées nationales de vaccination, qui ont été un extraordinaire succès dans plusieurs pays.

2.14 En mars 1984, la Fondation Rockefeller a accueilli à Bellagio (Italie) une conférence, réunie sous l'égide de l'OMS, du FISE, de la Banque mondiale et du PNUD, dont le sujet était "Protéger les enfants du monde : vaccins et vaccination dans le cadre des soins de santé primaires". Outre les dirigeants des institutions parrainantes, y participaient des représentants de plusieurs grands organismes de développement (généralement le directeur de l'organisme), le Ministre de la Santé du Sénégal et des représentants de la Colombie et de l'Inde. A la clôture de la conférence, les institutions parrainantes et la Fondation Rockefeller ont décidé de constituer ensemble un Groupe d'étude pour la survie de l'enfant, qui s'est donné pour mission de promouvoir la réduction de la morbidité et de la mortalité infantiles par l'accélération des activités clés de soins de santé primaires en centrant son action initialement sur la vaccination.

2.15 Une conférence de suivi s'est tenue en octobre 1985 à Cartagène, Colombie. Elle a été ouverte par Monsieur Betancur, Président de la République colombienne. Quelque 80 personnes y assistaient, soit les représentants de 10 pays en développement, neuf pays industrialisés et six fondations/organisations non gouvernementales ainsi que du Secrétariat du Groupe d'étude pour la survie des enfants et des organisations qui le parrainent. Les exposés présentés ont souligné les progrès réalisés depuis la dernière conférence. Les rapports de plusieurs pays ont mis en lumière le potentiel d'accélération des programmes nationaux par mobilisation de larges soutiens public et privé, qui est bien illustré par les expériences de Colombie. Les lacunes en matière de capacité gestionnaire demeurent une contrainte généralisée. La recherche fondamentale et la recherche appliquée méritent l'une et l'autre un appui accru. Il s'est dégagé des débats la conviction optimiste que l'objectif fixé pour 1990 est réalisable et que le supplément nécessaire de ressources nationales et internationales peut être obtenu. Les participants ont exprimé leur satisfaction à l'égard du travail du Groupe d'étude, qui se poursuivra au moins pendant une autre période de trois ans.

2.16 L'engagement à l'égard de l'objectif de 1990 a également marqué des progrès. Il a déterminé un accroissement des ressources mises à la disposition du Programme et s'en est trouvé lui-même renforcé. Cet engagement s'est manifesté notamment lors des célébrations commémorant le quarantième anniversaire des Nations Unies à New York, le 25 octobre 1985. A cette occasion, une déclaration réaffirmant l'engagement à l'égard de l'objectif vaccination pour 1990 a été signé par les gouvernements et par des personnes représentant 57 pays, notamment quelque 20 présidents, premiers ministres et ministres des affaires étrangères/envoyés spéciaux ainsi que par le Secrétaire général et le Président de l'Assemblée générale des Nations Unies.

2.17 Cet engagement a encouragé les programmes nationaux à rechercher de nouveaux moyens d'accroître rapidement les niveaux de couverture vaccinale. Une de ces stratégies a reçu en Colombie le nom de stratégie de la "canalisation" : un notable de la collectivité et un agent de santé se rendent ensemble dans les ménages, où ils recensent les enfants à vacciner et les enregistrent pour le compte du programme tout en assurant des activités d'éducation sanitaire et de motivation. A Madras, en Inde, c'est soit un membre de la communauté soit un agent de

santé qui a assuré ces visites. Les deux méthodes ont été très fructueuses. Les établissements scolaires représentent aussi un moyen trop négligé. Les efforts d'éducation sanitaire déployés auprès des enfants scolarisés d'Abidjan, en Côte d'Ivoire, et de Bombay, en Inde, - pour ne citer que deux exemples - ont permis d'accroître la couverture vaccinale dans la mesure où les enfants ont su persuader leurs parents de vérifier que leurs enfants plus jeunes étaient complètement vaccinés. Les efforts de la communauté en matière de vaccination sont potentiellement à même de déboucher sur un appui à l'ensemble de l'action en soins de santé primaires.

2.18 Les journées nationales de vaccination sont également utilisées comme moyen d'accélérer les programmes. On y a déjà eu recours avec succès dans certains pays et on se prépare activement à faire de même dans plusieurs autres. Les pays qui ont obtenu des succès sont ceux qui ont réussi à gagner l'appui des dirigeants politiques et, à travers eux, à mobiliser au profit du programme un vaste appui multisectoriel. On s'aperçoit, si l'on comptabilise exactement les dépenses, que ces efforts reviennent cher, mais il est difficile de savoir dans quelle mesure ces investissements diminuent effectivement les ressources disponibles pour les autres programmes de santé. Dans les cas où les communautés ont pu être pleinement mobilisées, les offres de temps et de matériel affluent. L'enthousiasme suscité par une journée nationale est difficile à obtenir par d'autres moyens, et il est difficile d'apprécier la mesure dans laquelle cet enthousiasme contribue à renforcer le bon fonctionnement de l'ensemble du service de santé. La principale difficulté avec ces stratégies de journées nationales est de faire en sorte que les efforts déployés, y compris la participation des collectivités, puissent être continus, soit en poursuivant la même stratégie, soit en la laissant progressivement dépérir à mesure que les services ordinaires accroissent leur couverture. La stratégie de la "canalisation" évoquée plus haut a beaucoup contribué au succès tant des services ordinaires que des journées nationales. Elle peut fournir un lien important susceptible d'assurer dans de bonnes conditions la transition entre ces deux approches.

2.19 Le point 4 du programme d'action invite à veiller à ce que les programmes soient continuellement évalués et adaptés afin de parvenir à un taux de couverture élevé et à une réduction maximale du nombre de cas et de décès pour les maladies cibles. L'évaluation demeure une activité prioritaire pour le PEV. Il est important de documenter les réussites, mais il faut aussi insister sur la nécessité de documenter les échecs du programme, que révèlent les taux de couverture insuffisants, l'administration de vaccins inactifs ou la persistance d'épidémies de maladies aussi visibles que la poliomyélite ou la rougeole. Cette information constituera un stimulus puissant pour la recherche des mesures correctives.

2.20 Le programme mondial à moyen terme du PEV (1984-1989) fixe comme objectif d'amener d'ici 1987 tous les pays à mettre en place des mécanismes d'évaluation nationale, à évaluer leurs programmes de vaccination par rapport à l'objectif de 1990 et à réviser de façon continue leurs programmes en vue de cet objectif. A la fin de l'année 1985, 32 (42 %) des 77 pays en développement qui enregistraient un taux de couverture inférieur à 60 % pour la troisième dose de DTC n'avaient pas encore procédé à une révision à l'échelon national de leurs programmes de vaccination.

2.21 Le point 5 du programme d'action invite à poursuivre les efforts en matière de recherche dans le cadre même des opérations du Programme. Il n'y a pratiquement pas d'aspects du PEV qui ne pourraient être améliorés par la recherche et le développement, bien que la priorité essentielle du Programme réside dans l'application des connaissances actuelles et non dans l'acquisition de nouvelles connaissances; le PEV n'a généralement pas investi directement dans la recherche, sauf lorsque des résultats semblaient pouvoir être obtenus à court terme et avoir un impact direct sur l'amélioration des opérations.

2.22 Les investissements dans la recherche sur la chaîne du froid ont abouti à une nette amélioration de la gamme et de la qualité des produits actuellement sur le marché. L'OMS publie conjointement avec le FISE des notices d'information sur les produits qui constituent un guide pour l'achat des matériels les mieux adaptés aux besoins du PEV - chambres froides, congélateurs, réfrigérateurs, glacières et accessoires divers. En 1985, ce guide recensait quelque 126 produits qui, après évaluation par l'OMS, étaient considérés comme convenant pour le PEV, 18 % étant fabriqués dans les pays en développement. Une sélection de produits nouveaux ou améliorés résultant de la contribution de l'OMS à la recherche et au développement en matière de matériel de froid est donnée à la figure 1.

FIG. 1 MATERIEL POUR LA CHAÎNE DU FROID



- a) Sélection de matériel spécialement conçu pour la chaîne du froid destinée à la conservation des vaccins. De gauche à droite : un congélateur pouvant fabriquer 40 kg de glace par jour en climat tropical; un congélateur à pétrole; un réfrigérateur fonctionnant avec seulement 8 heures d'électricité par jour; un réfrigérateur à pétrole à utiliser dans un centre de santé; et deux glacières pouvant conserver les vaccins au froid jusqu'à 10 jours sans apport extérieur d'énergie.



- b) Thermomètre à cristaux liquides à placer dans les réfrigérateurs à vaccins. Le témoin passe du noir au vert vif quand la température correspond au chiffre apparaissant sous le témoin.



- c) Brûleur pour réfrigérateur à pétrole équipé d'un manchon incassable en métal.



- d) Boîte à outils portative pour les techniciens réparateurs de réfrigérateur du PEV.

2.23 D'autres exemples de recherche sont la mise au point de la méthodologie PEV d'enquête sur le taux de couverture; le recours à des enquêtes de morbidité et de mortalité pour déterminer l'importance des maladies cibles; des études sur les raisons données pour ne pas faire vacciner un enfant; et des études sur les coûts des programmes. Une analyse critique continue des pratiques en matière de vaccination a abouti au cours des dernières années à un soutien du PEV pour la vaccination des enfants fortement exposés aux maladies cibles, même en cas de malnutrition ou d'affection mineure. La vaccination par voie orale contre la poliomyélite à la naissance, la vaccination au DTC à partir de six semaines et la vaccination contre la rougeole à partir de neuf mois ont également été conseillées dans les pays où ces maladies continuent à poser des problèmes pour les nourrissons.

2.24 Le PEV profite également des activités de recherche et de développement en matière de vaccins qui sont conduites par d'autres. Dans le cadre de l'OMS, des travaux de ce genre sont menés activement par des programmes tels que TDR, LMV, CDS, HRP et le nouveau Programme OMS de développement des vaccins. L'un des objectifs de l'initiative de Bellagio mentionnée au paragraphe 2.14 est de veiller à ce que des ressources suffisantes soient libérées pour soutenir la recherche fondamentale et la recherche appliquée.

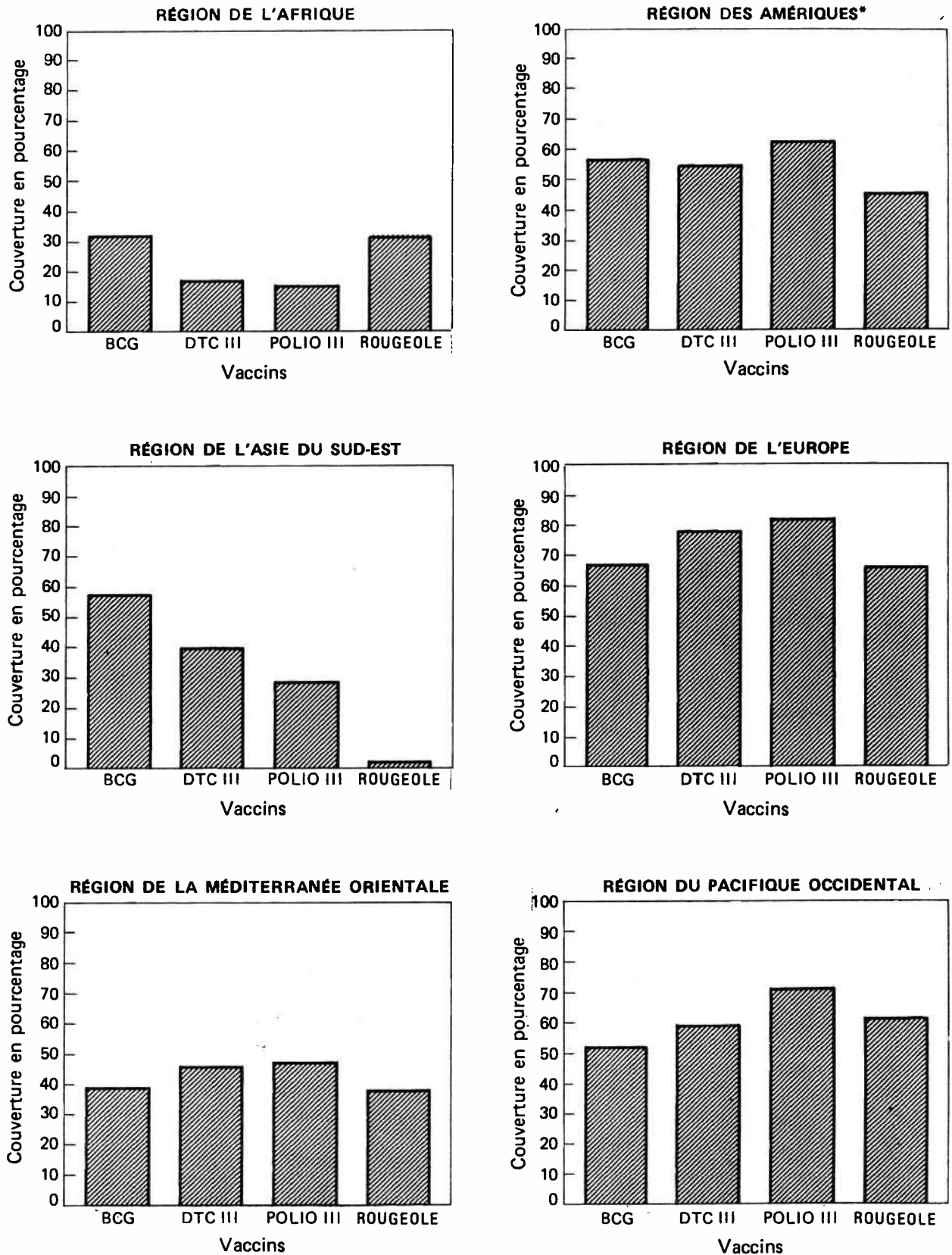
Progrès au plan régional

2.25 Les progrès enregistrés dans les différentes Régions de l'OMS sont très largement fonction des différences du niveau de développement socio-économique et soulignent le fait qu'un rapide accroissement de la couverture vaccinale est plus facile à obtenir lorsque l'infrastructure sanitaire est déjà développée (figures 2 et 3).

2.26 Dans la Région de l'Europe, l'objectif du PEV en matière de couverture vaccinale a été largement atteint, encore que le système d'information régional commence à peine à tirer pleinement parti des données disponibles au niveau national pour en apporter la preuve. En 1984, le Comité régional a fixé des objectifs de réduction des maladies qui doivent servir à surveiller la progression vers la santé pour tous en l'an 2000. La poliomyélite indigène, le tétanos du nouveau-né, la diphtérie, la rougeole et la rubéole congénitale doivent disparaître d'ici l'an 2000. Une conférence OMS des pays européens s'est déroulée en décembre 1984 à Karlovy Vary (Tchécoslovaquie) en vue de formuler des recommandations détaillées à l'intention des gouvernements au sujet des mesures et des orientations à prendre, avec un calendrier précis, pour réaliser les objectifs régionaux en matière de vaccination.

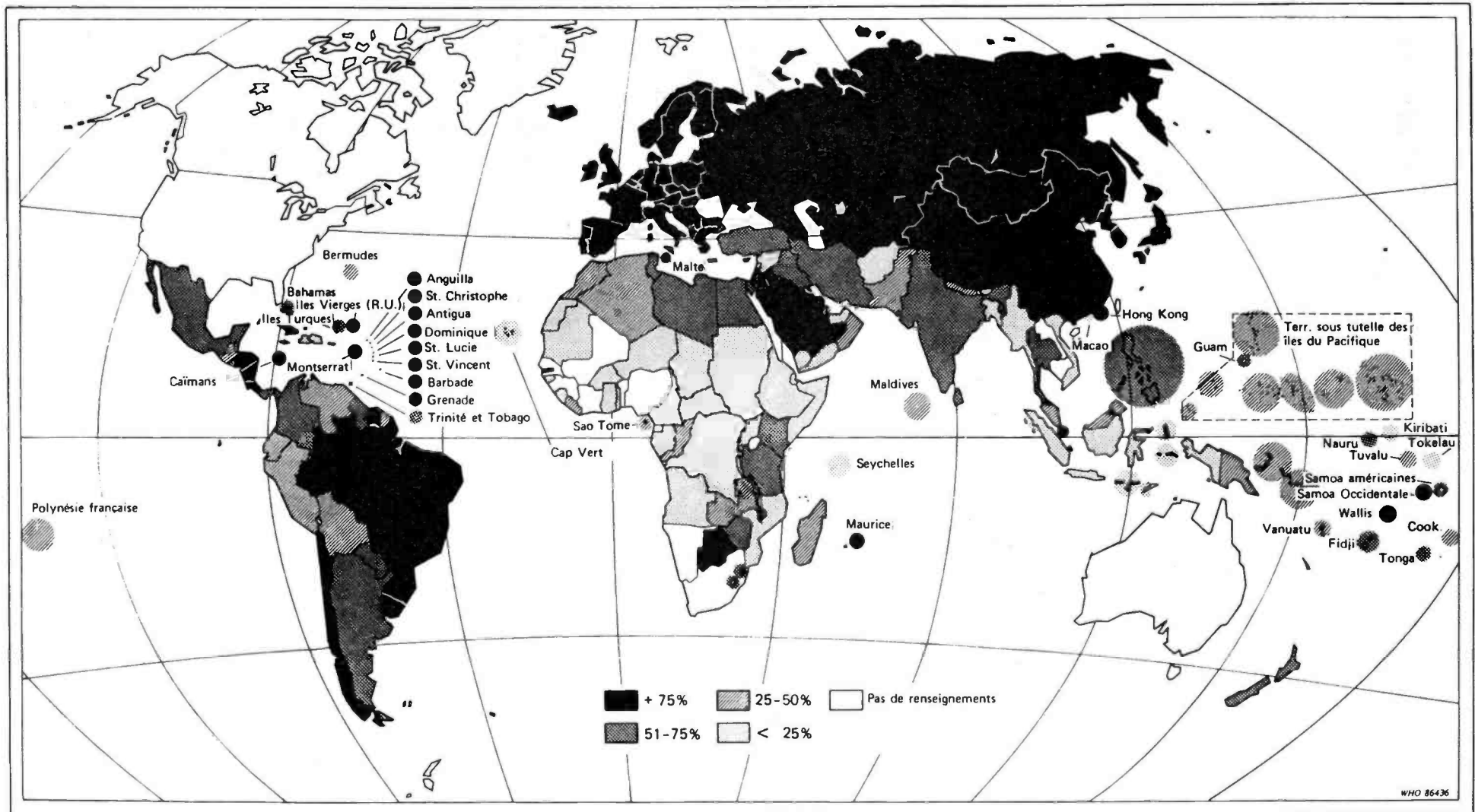
2.27 Dans la Région des Amériques, au cours des années 70, le taux de couverture vaccinale chez le nourrisson restait très en deçà des possibilités des services de santé existants. Des progrès spectaculaires ont été réalisés depuis l'introduction du PEV. L'utilisation efficace de la formation à la gestion du PEV, combinée à des examens de programmes nationaux et à des réunions sous-régionales des dirigeants régionaux, a nettement amélioré la couverture vaccinale, tandis que la preuve est faite que ces mesures permettent de réduire l'incidence des maladies, et notamment celle de la poliomyélite (fig. 4). Le Brésil et la Colombie ont remporté des succès avec les journées nationales de vaccination pour accroître rapidement la couverture vaccinale et leur exemple, qui a fait l'objet d'une large publicité, a conduit plusieurs autres pays de la Région à adopter des mesures analogues. Le plan décennal d'action sanitaire dans les Amériques pour les années 70 a fixé des objectifs régionaux. En 1984, l'objectif relatif à la poliomyélite (incidence notifiée de moins de 0,1 pour 100 000 habitants pendant cinq ans ou davantage) a été atteint par 26 pays (57 % du total régional). En mai 1985, le Directeur régional a annoncé que l'OPS s'était engagée à éliminer la poliomyélite des Amériques d'ici 1990.

FIG. 2 COUVERTURE DES ENFANTS A 12 MOIS PAR LE BCG, ET LES VACCINS DTC III, ANTIPOLIOMYÉLITIQUE III ET ANTIROUGEOLEUX, PAR RÉGION DE L'OMS D'APRÈS LES DONNÉES DISPONIBLES EN JANVIER 1986



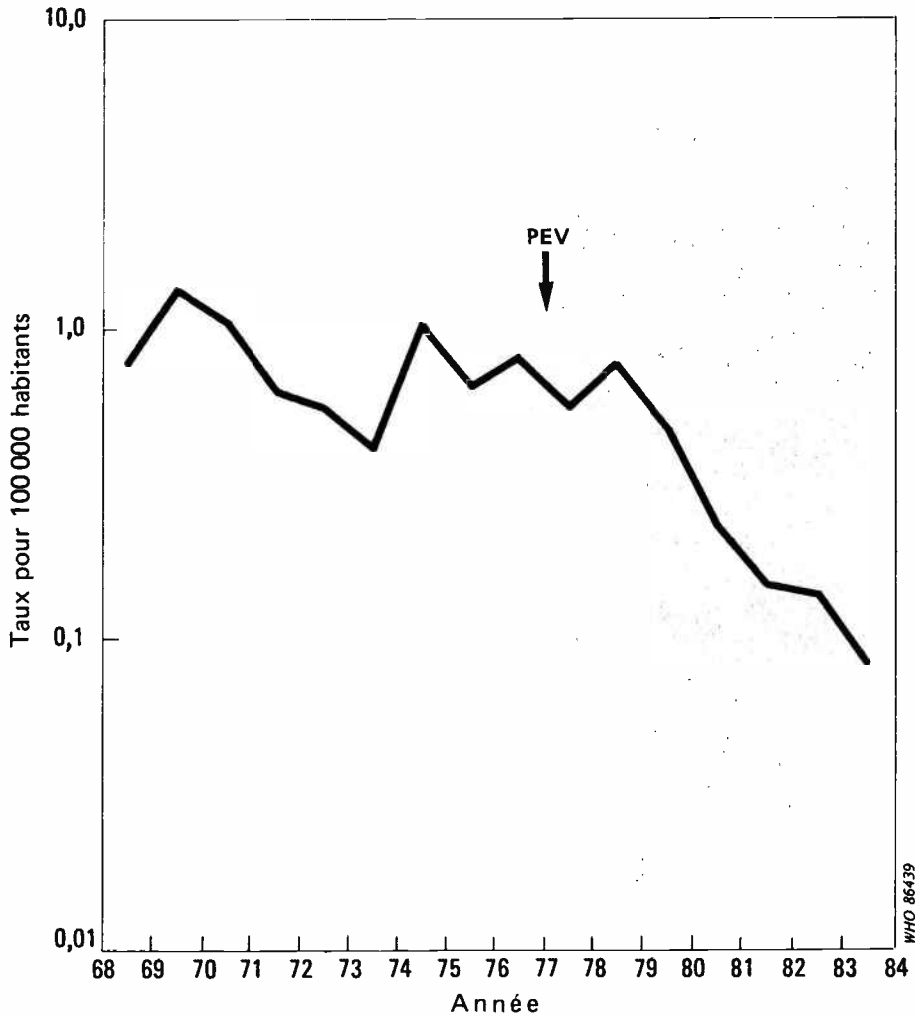
*Etats-Unis d'Amérique et Canada non compris

FIG. 3
 TAUX DE COUVERTURE VACCINALE PAR LE DTC III ET LE VACCIN ANTIPOLIDMYÉLITIQUE III
 JANVIER 1986



WHO 86436

FIG. 4 MORBIDITÉ ANNUELLE NOTIFIÉE DUE A LA POLIOMYÉLITE
(Pour 100 000 habitants),
AMÉRIQUES 1969 – 1984



Source: Rapport de situation sur le Programme élargi de vaccination dans les Amériques, avril 1985

2.28 La Région de l'Asie du Sud-Est peut faire état de progrès réguliers depuis les origines du PEV. Jusqu'en 1977, on ne disposait que de peu d'informations sur les programmes de vaccination au niveau régional, et seul le BCG était largement utilisé (encore que la couverture vaccinale fût médiocre chez les nourrissons). Dans la plupart des pays, la poliomyélite, la rougeole et le tétanos du nouveau-né n'étaient pas perçus comme des problèmes importants. En 1985, des rapports de routine concernant la couverture vaccinale et l'incidence des maladies notifiées pour tous les pays étaient rassemblés et analysés à l'échelon régional. Grâce aux enquêtes et investigations épidémiologiques, on a mis en évidence au début des années 80 l'énorme tribut de décès et d'incapacités dus à la poliomyélite, à la rougeole et au tétanos du nouveau-né et, en 1985, dix des onze pays de la Région utilisaient les vaccins antirougeoleux et antipoliomyélitique dans leurs programmes nationaux. Dans neuf pays, on incitait les mères à se faire vacciner par l'anatoxine tétanique. Le recours à la formation et à la gestion du PEV, aux examens des programmes nationaux et aux réunions régionales de gestionnaires se poursuit

activement dans la Région. Les taux de couverture vaccinale ont augmenté de façon spectaculaire au Sri Lanka ainsi que dans certaines régions au moins de la plupart des autres pays. En 1985, des objectifs régionaux de réduction des décès par tétanos du nouveau-né et poliomyélite ont été convenus. Bien que des difficultés dues aux lacunes de la gestion centrale et à la faiblesse des infrastructures continuent à se faire sentir dans quelques pays, tous semblent avoir la possibilité d'atteindre l'objectif de 1990.

2.29 La Région du Pacifique occidental est la plus hétérogène, avec des pays comptant parmi les plus petits du monde et d'autres parmi les plus grands. On retrouve les mêmes disparités en ce qui concerne les niveaux de développement socio-économique, la couverture vaccinale et l'incidence des maladies. Les activités de formation et d'examen des programmes nationaux appuyées par l'OMS ont été moins intenses que dans plusieurs autres Régions. Il n'en reste pas moins que l'on constate des progrès satisfaisants dans la plupart des pays. La Chine compte à elle seule plus des trois quarts de tous les enfants qui atteignent leur premier anniversaire. Elle a organisé un programme de vaccination pour deux décennies et a réalisé d'importants progrès dans la lutte contre les maladies cibles du PEV. Les principales contraintes du programme dans ce pays sont liées au renforcement de la chaîne de froid et à l'amélioration de la qualité des vaccins; le ministère de la santé publique, en coopération avec des institutions internationales (Banque mondiale, FISE et OMS) prend des mesures importantes pour y porter remède. Mais dans les quelques grands pays où les programmes de vaccination doivent être encore accélérés (notamment le Kampuchea démocratique, la République démocratique populaire lao, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, les Philippines et le Viet Nam), il existe des contraintes économiques et politiques qui augurent mal de progrès rapides dans un proche avenir.

2.30 La Région de la Méditerranée orientale regroupe elle aussi des situations socio-économiques diverses. Dans plusieurs pays, de récents et importants accroissements de la richesse nationale continuent à se traduire par l'amélioration du logement, de l'enseignement et de la santé. L'accroissement de la couverture vaccinale a fait des progrès très remarquables dans la plupart des pays de la Région où l'on a fait largement appel aux examens de programmes nationaux et aux réunions de directeurs nationaux pour appuyer les programmes des pays. En 1985, la Région a lancé le processus de fixation d'objectifs de couverture vaccinale et de réduction des maladies. Le revers de la médaille est que la sécheresse, la famine et/ou des troubles civils ravagent à l'heure actuelle un certain nombre de pays où l'amélioration des services de vaccination sera vraisemblablement difficile pendant le reste de la décennie.

2.31 Dans la Région de l'Afrique, les difficultés causées par la sécheresse, la famine et les troubles civils sont encore plus graves que dans la Région de la Méditerranée orientale. Ils viennent accabler une population moins riche, moins instruite et affligée de taux de morbidité et de mortalité plus élevés que dans toute autre Région, et qui souffre depuis dix ans d'une baisse du revenu par habitant. Cependant, malgré ces circonstances, les progrès ont été satisfaisants dans de nombreux pays et exemplaires dans un petit nombre. L'information en matière de programme de vaccination a été sensiblement améliorée tandis que l'on tire un excellent parti des programmes nationaux de formation, des examens de programme et des réunions sous-régionales de directeurs nationaux (limités à ce jour à l'Afrique de l'Est et du Sud-Est) en vue de promouvoir le développement des programmes. En septembre 1985, le Comité régional, réuni à Lusaka, a adopté à l'unanimité la résolution AFR/RC35/R9 déclarant 1986 l'Année africaine de la Vaccination, au cours de laquelle les Etats Membres sont invités à mettre en oeuvre les mécanismes requis pour obtenir la couverture vaccinale des populations à risque. Toutefois, les chances d'atteindre l'objectif de couverture fixé pour 1990 ne paraissent pas très grandes actuellement pour la plupart des pays d'Afrique les moins avancés.

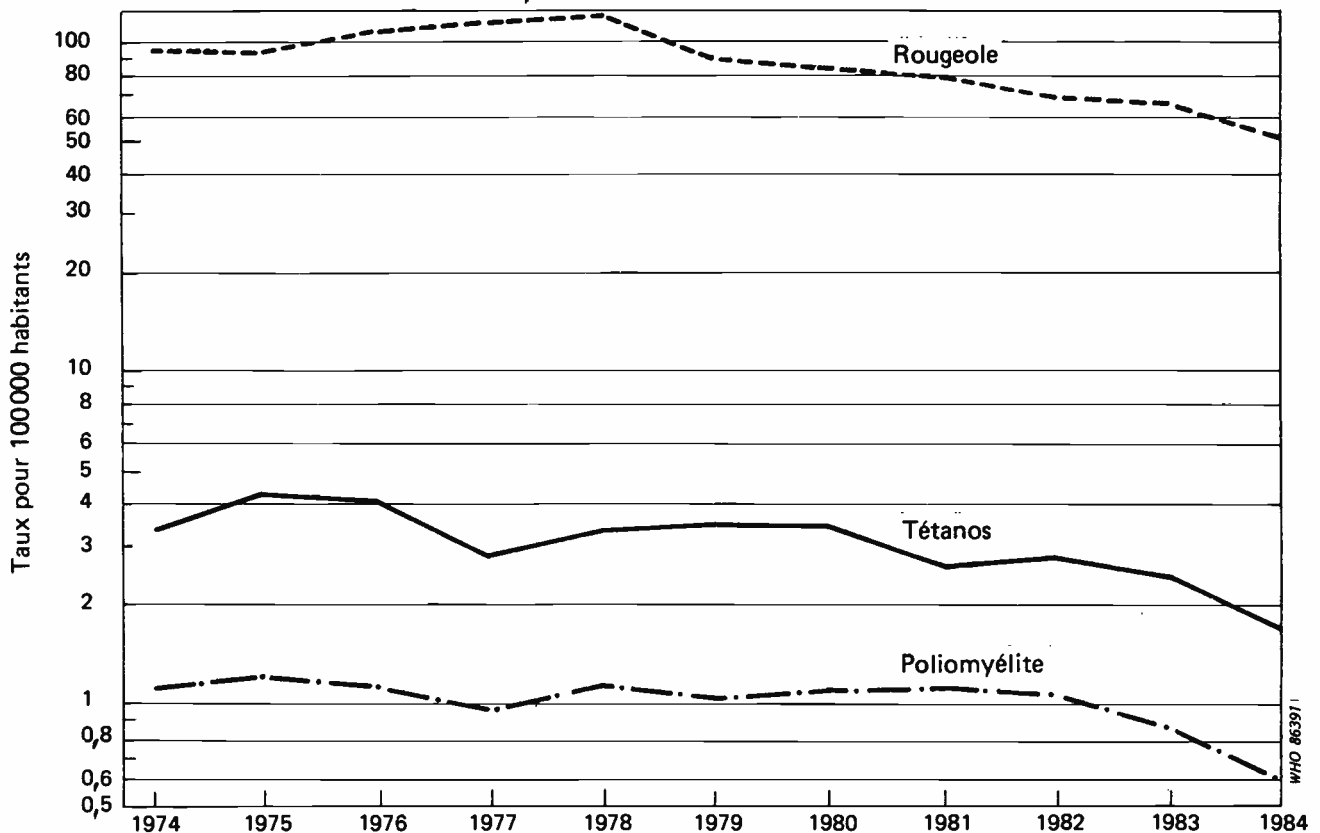
2.32 La capacité gestionnaire au sein des programmes nationaux demeure pour le PEV la contrainte la plus grave au plan mondial. Si l'augmentation des ressources extérieures mises à la disposition du Programme est réconfortante, la capacité d'absorption de ces ressources demeure limitée dans de nombreux pays. On ne nomme pas suffisamment de personnalités compétentes et souvent même l'action des personnels compétents est contrariée par des niveaux de rémunération qui les obligent à se charger de tâches supplémentaires en dehors de leur travail dans l'administration. Comme on pouvait s'y attendre, c'est dans les pays aux ressources les plus limitées que les problèmes sont les plus graves.

2.33 Les lacunes en matière de gestion se traduisent en particulier par la lenteur de l'amélioration des systèmes nationaux d'information. Il reste difficile d'obtenir des données en temps voulu, tandis que les estimations de la couverture vaccinale et de l'incidence des maladies demeurent insuffisantes. Les informations dont on dispose actuellement ne permettent toujours pas de distinguer, au niveau mondial, entre le tétanos du nouveau-né et les autres formes de la maladie. Il n'y a que pour la poliomyélite que les tendances mondiales de l'incidence de la maladie témoignent sans aucun doute de l'impact du PEV (fig. 5). En matière de poliomyélite, la tendance subit surtout l'influence des progrès réalisés dans les Amériques, où l'on trouve plusieurs programmes ayant donné d'excellents résultats ainsi que des systèmes de surveillance suffisamment développés pour témoigner de l'impact de l'action menée.

2.34 Du fait de ses insuffisances, la surveillance ne fait pas apparaître ce qui est réalisé dans l'action contre la poliomyélite dans d'autres Régions, ni les résultats de la lutte contre la rougeole et le tétanos du nouveau-né.

FIG. 5

SITUATION MONDIALE: TAUX D'INCIDENCE NOTIFIÉE DE LA ROUGEOLE, DU TÉTANOS ET DE LA POLIOMYÉLITE POUR 100 000 HABITANTS, 1974 - 1984^a



^a Il s'agit des maladies censées être le plus précisément diagnostiquées et notifiées, et les plus influencées à court terme par les programmes de vaccination. Leur diagnostic et leur notification posent encore des problèmes majeurs dans de nombreux pays.

3. MESURES NECESSAIRES POUR REALISER L'OBJECTIF DU PEV

3.1 D'emblée, le PEV a bénéficié d'un appui non seulement pour ses propres mérites, mais également en temps qu'élément de l'édifice des soins de santé primaires. Pour être efficaces, il faut que les services de vaccination soient régulièrement assurés auprès d'une forte proportion d'enfants au cours de la première année de la vie ainsi que d'autres sujets sensibles (par exemple, les femmes en âge de procréer dans le cas de l'anatoxine tétanique). Il faut pour cela des personnels de santé motivés, qui soient correctement formés et encadrés et qui reçoivent un appui logistique leur permettant de disposer des vaccins et des fournitures nécessaires au moment et à l'endroit voulu.

3.2 Les vaccinations comptent parmi les prestations médico-sanitaires les plus faciles à assurer. En outre, la mise en oeuvre des services de vaccination est facile à évaluer. Si la couverture est insuffisante, on s'en apercevra à la persistance des maladies cibles. Lorsque la poliomyélite ou la rougeole ont été précédemment maîtrisées, toute détérioration de la couverture vaccinale s'annoncera au grand jour par une épidémie. Rares sont les programmes de santé qui proposent aux personnels qui s'y consacrent des résultats aussi manifestement élevés. Etant donné que les programmes de vaccination sont relativement faciles à assurer et à évaluer, ils constituent un excellent point de départ lorsqu'on veut développer les aptitudes à la gestion exigées par des programmes plus complexes.

3.3 La stratégie centrale du PEV a consisté jusqu'ici à faire en sorte que la vaccination aille de pair avec les autres services de santé, notamment ceux qui sont destinés aux mères et aux enfants. A long terme, ces efforts ont pour but de renforcer l'infrastructure sanitaire afin d'assurer la régularité des vaccinations et des autres services de soins de santé primaires. La priorité est allée à l'amélioration de la vaccination dans les services de santé existants. Bien des choses simples restent à réaliser : il faut que les personnels reçoivent la formation voulue, et qu'ils bénéficient d'un encadrement et d'un appui logistique suffisants. Tous les établissements de soins et dispensaires doivent être propres et agréables, de façon à ce qu'ils évoquent l'idée de la santé plutôt que de la maladie. Trop souvent, les dispensaires imposent de longues attentes tandis que les personnels oublient, trop souvent aussi, de dire aux mères quand elles doivent ramener leurs enfants pour continuer les vaccinations. Seul un faible pourcentage des établissements de santé existants assurent des vaccinations, et bien des centres de vaccination/santé maternelle et infantile refusent encore sans motif de vacciner les enfants atteints d'affections bénignes ou de malnutrition. Les antennes et dispensaires mobiles sont encore trop peu nombreux, et ceux qui existent ont des heures et des lieux d'ouverture souvent irréguliers et malcommodes. Les communautés doivent être associées beaucoup plus étroitement à la planification et à la mise en oeuvre des services de vaccination.

3.4 Si avec l'actuelle stratégie du PEV moins de 40 % des nourrissons des pays en développement, Chine exceptée, ont reçu jusqu'ici une troisième dose de DTC ou de vaccin antipoliomyélique, quelque 60 % ont reçu la première dose car les taux d'abandon restent de l'ordre de 30 % dans beaucoup de régions. Il y a tout lieu d'espérer que, moyennant un simple renforcement des services de santé existants, on pourra atteindre un taux de couverture de 60-70 % avec les vaccins du PEV dans les pays en développement d'ici 1990. La tâche principale consiste à faire en sorte que les enfants exposés au risque se trouvant à la portée des services de santé soient recensés et suivis jusqu'à vaccination complète.

3.5 Cette situation représente un important acquis de l'action de santé publique au cours des dix dernières années. Mais cela n'est manifestement pas assez. La moyenne mondiale est fortement pondérée par la situation des grands pays en développement et masque la situation dans quelques grands pays et dans de nombreux pays plus petits où les services de vaccination en sont encore aux balbutiements. Les données actuellement disponibles montrent que la couverture vaccinale au moyen d'une troisième dose de DTC reste inférieure à 15 % dans 13 des pays les moins avancés qui représentent quelque 10 % des nourrissons du monde en développement, Chine exceptée (tableau 3). Dans les pays qui obtiennent des taux de couverture plus élevés, les enfants et les femmes en âge de procréer qui ne sont pas vaccinés comptent parmi les plus désavantagés du monde. Leur apporter, à eux et à leur famille, la vaccination et les autres services de santé demeure une tâche prioritaire.

TABLEAU 3. ENFANTS ATTEIGNANT L'AGE D'UN AN DANS LES PAYS LES MOINS DEVELOPPES OU LA COUVERTURE VACCINALE PAR LE DTC III EST INFÉRIEURE A 15 % PAR REGION OMS, D'APRES LES DONNEES DISPONIBLES EN JANVIER 1986

Région de l'Afrique		Région des Amériques		Région de l'Asie du Sud-Est		Région de la Méditerranée orientale	
(millions)		(millions)		(millions)		(millions)	
Burkina Faso	0,28	Haïti	0,20	Bangladesh	2,95	Yémen démocratique	0,09
République centrafricaine	0,10					Somalie	0,22
Tchad	0,19					Soudan	0,85
Ethiopie	1,45					Yémen	0,26
Guinée-Bissau	0,03						
Niger	0,26						
Ouganda	0,68						
Total	2,99		0,20		2,95		1,42

3.6 L'enthousiasme actuel à l'égard de l'objectif de 1990 est réel et les ressources extérieures, à la condition qu'elles se maintiennent au niveau que l'on a connu dans un passé récent, ne semblent pas devoir limiter les opérations des programmes. Dans les pays dotés d'une infrastructure sanitaire relativement bien développée, mais sous-utilisée, l'impulsion à court terme donnée par une ou plusieurs journées nationales pourrait fort bien déclencher une amélioration plus soutenue des services de vaccination, qui pourrait se communiquer à d'autres services de santé. Les deux ou trois prochaines années apporteront, avec l'expérience que constituent ces approches, des éléments qui pourraient confirmer ces conjectures.

3.7 Dans les pays les moins avancés et dans de nombreux autres pays en développement, il ne semble pas, à l'heure actuelle, qu'avant 1990 les crédits budgétaires puissent suffire au règlement des dépenses locales requises pour assurer de façon régulière une couverture vaccinale complète ni que les services de vaccination puissent mobiliser un nombre suffisant de gestionnaires nationaux compétents pour permettre de conjuguer les ressources intérieures et extérieures en des programmes efficaces. Dans ces pays, la réalisation de l'objectif de 1990 supposera vraisemblablement des fonds extérieurs pour faire face à des dépenses précédemment considérées comme relevant de la responsabilité nationale - frais de carburant, d'entretien et de réparation, indemnités journalières aux personnels en déplacement ou même, dans certains cas, rémunération de base de certains agents - alors que l'envoi de personnel extérieur sera probablement nécessaire pour aider à gérer ces programmes. Dans ces pays, l'aide extérieure peut finir par dominer, ce qui représente une menace potentielle pour l'autonomie nationale et peut-être même pour le développement du pays.

3.8 Le programme doit-il donc recommander de renoncer à l'échéance de 1990 dans un certain nombre de pays en développement, en limitant l'aide extérieure pour la vaccination aux habituels 20 % environ du coût total ? Ou bien aller de l'avant, en s'attachant à éviter de créer une dépendance permanente à l'égard des ressources extérieures, tout en reconnaissant que les cas de réussite de cette démarche restent jusqu'ici fort rares ? Ni l'une ni l'autre de ces deux

options n'est très séduisante, et l'on peut s'attendre à ce que les différents pays optent pour des voies différentes. Toutefois, dans les pays où il existe un effort concerté faisant largement appel aux ressources extérieures, il sera important de veiller à ce que ces ressources soient régulières et soutenues pendant une période de dix à vingt ans, plutôt que de s'en tenir à l'horizon de planification plus traditionnel de trois à cinq ans. Dans la mesure où l'on fait appel à des cadres extérieurs, il convient de penser non seulement à les doter d'homologues nationaux, mais à utiliser des ressources extérieures pour engager de jeunes ressortissants du pays qui serviront pendant deux ou trois ans comme stagiaires auprès des personnels extérieurs et de leurs homologues, avec des possibilités de voyages et de formation tant sur place qu'en dehors du pays.

3.9 La priorité absolue du PEV est pour le moment l'accélération des efforts actuels par des méthodes qui doivent varier en fonction des impératifs des différents programmes. Très souvent, il s'agira d'améliorer les services existants et d'y associer davantage les communautés, démarches qui sont essentielles pour renforcer l'ensemble de l'infrastructure sanitaire. Le centrage sur l'amélioration de la qualité d'un service de santé discret comme la vaccination peut aussi aider à améliorer la qualité et l'efficacité d'autres services. Les communautés qui s'attachent à fournir des services de vaccination seront probablement amenées à s'intéresser de plus près à d'autres services. Cette accélération des efforts recèle donc la possibilité de conduire à une utilisation optimale des services existants tout en incitant à améliorer et à développer ces services. De telles approches, tout en faisant face aux problèmes immédiats, peuvent aussi contribuer aux solutions à long terme.

3.10 Le Groupe consultatif mondial du PEV s'est réuni en novembre 1985 pour faire le point de la situation mondiale du PEV sur la base des rapports détaillés soumis par chaque Région, dont certains présentaient les résultats des conclusions et recommandations formulées par leurs comités régionaux en 1985. Le Groupe a également entendu d'autres organisations, qui de plus en plus participent au PEV tant au plan national qu'au plan international. En application du programme d'action en cinq points approuvé par la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé en 1982,¹ le Groupe consultatif mondial recommande aux programmes nationaux soutenus par l'OMS de prendre trois mesures générales et quatre mesures spécifiques afin d'accélérer la progression du PEV. Ces recommandations reflètent la conviction optimiste que le but fixé pour 1990 de réduire la morbidité et la mortalité en assurant la vaccination de tous les enfants du monde est réalisable; mais elles reconnaissent aussi que nombre de problèmes essentiels restent à résoudre au niveau de la gestion des programmes nationaux. Les soutiens extérieurs accrus qu'a reçus récemment le PEV sont naturellement les bienvenus, mais ils renforcent la nécessité d'augmenter parallèlement au plan national l'appui au PEV et les capacités mises au service des programmes. Etant donné la crise financière actuelle, il sera nécessaire, dans certains pays, d'assurer un soutien extérieur à long terme plutôt que de se contenter de l'engagement habituel de 3 à 5 ans. Des fonds extérieurs pourront être indispensables pour financer les dépenses renouvelables des programmes (indemnités journalières pour le personnel national d'encadrement, frais d'entretien et d'utilisation des véhicules, etc.).

3.11 A mesure que les programmes parviennent à des taux de couverture vaccinale plus élevés, il devient plus important de fixer des objectifs en termes de réduction de la morbidité et de la mortalité. Ces objectifs stimuleront la mise en place des systèmes nationaux de surveillance, qui actuellement font défaut dans beaucoup de pays et qui sont indispensables pour réaliser les objectifs.

3.12 Les trois mesures d'ordre général à prendre sont les suivantes :

3.12.1 Promouvoir au plan national et au plan international l'objectif vaccination pour 1990 par une collaboration, tant dans le secteur public que dans le secteur privé, entre les ministères, les organisations et les personnes. Sensibiliser les services d'action sociale afin de créer une demande effective chez les usagers et de susciter la mobilisation des ressources et la création des incitations qui permettront d'y répondre rapidement par des prestations efficaces.

¹ Résolution WHA35.31.

3.12.2 Adopter une combinaison de stratégies complémentaires pour l'accélération des programmes. Dans les pays où l'on constate un taux de couverture insuffisant ou une persistance de la transmission, mettre en oeuvre des approches intensifiées telles que l'organisation de journées nationales de vaccination pour renforcer l'action des services existants et obtenir une augmentation rapide et soutenue de la couverture vaccinale. Pour ce type d'approches (notamment les journées nationales de vaccination), utiliser chaque fois que possible tous les vaccins dont dispose le PEV et envisager chaque fois que possible l'administration d'anatoxines tétaniques aux femmes en âge de procréer. On pourra fixer une seule journée, ou plusieurs journées isolément ou encore plusieurs journées ou semaines consécutives. La déclaration commune OMS/FISE "Accélération des activités de vaccination : principes de planification" constitue un guide utile.

3.12.3 Veiller à ce que les améliorations rapides de la couverture vaccinale soient aussi soutenues grâce à des mécanismes propres à renforcer la distribution des autres prestations de soins de santé primaires. L'accélération de l'action implique souvent des efforts extraordinaires. Une des préoccupations essentielles devra être de veiller à ce que les progrès réalisés soient maintenus et à ce que toutes les activités intéressant la vaccination contribuent à développer les soins de santé primaires. Il faut veiller à assurer de façon continue la vaccination complète de tous les nouveau-nés.

3.13 Les quatre mesures d'ordre spécifique à mener sont les suivantes :

3.13.1 Assurer la vaccination ou renseigner à son sujet à tous les points de contact avec les services de santé. La vaccination doit être proposée par tous les services de santé, curatifs aussi bien que préventifs, même pour les enfants souffrant de malnutrition ou d'affection bénigne. Les agents de santé doivent évaluer les besoins de la mère et de l'enfant en fait de vaccination et leur administrer les vaccins qu'il faut quand il le faut. Afin d'assurer une protection maximale moyennant un coût minimal, il conviendra d'appliquer des schémas simplifiés adaptés aux besoins du pays et de lever les contre-indications excessives^{1,2}. S'il n'est pas possible de pratiquer des vaccinations lors d'un contact donné, il faut diviser le patient de telle sorte qu'il soit vacciné à la première occasion.

3.13.2 Réduire les taux d'abandon entre les premières et dernières vaccinations. Les mesures recommandées à cet effet sont les suivantes :

- déterminer le taux d'abandon par l'examen systématique des dossiers des services de santé ou par des enquêtes;
- déterminer les raisons de la non-participation et adopter des mesures propres à y porter remède, qui peuvent être notamment :
 - associer plus étroitement les communautés aux programmes de vaccination, en faisant participer le secteur public, le secteur privé, les bénévoles et les enseignants;
 - assurer les services de vaccination à des heures et en des lieux plus commodes et recourir davantage à des "antennes" régulièrement programmées;
 - mieux informer les parents de la nécessité de revenir pour continuer la vaccination, en leur indiquant le temps et le lieu;
 - mieux identifier les enfants à vacciner et rechercher activement ceux que l'on n'a pas pu joindre.

3.13.3 Améliorer les services de vaccination proposés aux populations déshéritées des zones urbaines. On prévoit qu'en l'an 2000, la moitié de la population du monde vivra dans un petit nombre de mégapoles. Malgré l'abondance relative des équipements et des personnels de santé

¹ Galazka, A. M. et al. Indications et contre-indications des vaccins utilisés dans le Programme élargi de vaccination, Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, 62 (3) : 517-526.

² Relevé épidémiologique hebdomadaire, 60 (3) : 13-16 (1985).

dans les zones urbaines par comparaison avec les campagnes, les taux de couverture vaccinale dans les populations déshéritées qui entourent les grandes villes sont généralement médiocres. Les taux élevés de migration, le manque de cohésion sociale ainsi que les frictions entre les nouveaux immigrants et les autorités en place constituent des obstacles qui se sont révélés difficiles à surmonter. Il n'en reste pas moins que des services accessibles peuvent être fournis sans beaucoup de problèmes financiers ou logistiques. Il conviendrait de faire d'urgence le nécessaire pour le court terme, tout en poursuivant les efforts destinés à mettre à la disposition des zones rurales des services plus équitables.

3.13.4 Elever la priorité accordée à la lutte contre la rougeole, la poliomyélite et le tétanos du nouveau-né.

- De toutes les maladies cibles du PEV, c'est la rougeole qui a le taux de mortalité le plus élevé. Or, dans certains secteurs, la couverture du vaccin antirougeoleux est inférieure à celle du DTC ou de la poliomyélite. Les enfants du groupe d'âge le plus exposé au risque de rougeole n'ont souvent que peu accès aux établissements sanitaires et ces établissements sanitaires peuvent d'ailleurs eux-mêmes jouer un rôle important dans la transmission de la rougeole. Il convient de déterminer pour tous les enfants, malades ou en bonne santé, qui sont amenés au service sanitaire s'ils ont besoin d'être vaccinés et dans l'affirmative de le faire sur le champ. Il faut veiller à ce que la vaccination antirougeoleuse soit quotidiennement assurée dans tous les services sanitaires qui voient des enfants susceptibles d'en avoir besoin. Il faut ouvrir un flacon de vaccin même s'il y a un seul enfant à vacciner. En insistant sur la vaccination des enfants contre la rougeole, on ne contribuera pas seulement à accroître le taux de couverture antirougeoleuse, mais également la couverture à l'égard du DTC et de la poliomyélite, notamment pour les seconde et troisième doses, étant donné qu'elles peuvent être administrées en même temps que le vaccin antirougeoleux.
- Les effets invalidants de la poliomyélite sont connus et redoutés dans la plupart des communautés où cette maladie sévit encore. Des réductions au plan mondial de l'incidence notifiée de la poliomyélite sont déjà enregistrées du fait de l'action du PEV, et l'on peut s'attendre à de nouvelles et spectaculaires diminutions les années prochaines, à mesure que la couverture vaccinale s'améliorera. L'administration du vaccin antipoliomyélique oral dès la naissance peut contribuer à accélérer la régression de la poliomyélite. Des objectifs régionaux en vue de l'élimination de la poliomyélite d'ici 1990 ont été fixés pour l'Europe et pour les Amériques.
- Très peu de progrès ont été réalisés dans la lutte contre le tétanos du nouveau-né, qui demeure une maladie négligée bien qu'elle entraîne près d'un million de décès chaque année. Les cas peuvent être empêchés par l'hygiène de l'accouchement et les soins prénatals et par la vaccination maternelle. Chaque cas témoigne d'une multiplicité d'échecs dans les soins de santé maternelle et infantile. Cette maladie, qui a disparu des pays industrialisés, ne devrait plus être tolérée où que ce soit dans le monde.

Elever la priorité accordée à la lutte contre la rougeole, la poliomyélite et le tétanos du nouveau-né ne doit pas affaiblir l'effort portant sur la vaccination par le BCG et le DTC.

3.14 Il faut aussi poursuivre les efforts pour :

- Renforcer la surveillance des maladies et la lutte contre les flambées. Le but du PEV est de prévenir la maladie et la mort. Pour évaluer l'impact des activités du PEV, il est essentiel de disposer des moyens adéquats en matière de surveillance des maladies et de services de laboratoire. De même, il est important qu'il y ait des mécanismes capables de réagir rapidement aux flambées épidémiques pour limiter la propagation. Là où les systèmes de surveillance réguliers ne sont pas suffisants pour la bonne marche du programme, il est impératif d'organiser une surveillance en sentinelle. Il convient de promouvoir de plus en plus activement les enquêtes autour des flambées à mesure que les maladies cibles du PEV sont mieux maîtrisées. Les bureaux régionaux doivent soutenir les programmes nationaux afin que les indications apportées par la surveillance soient utilisées au maximum par ceux qui dirigent les opérations.

- Renforcer la formation et l'encadrement. Rares sont les pays qui sont dotés de plans de formation complets en vue de la formation initiale et du recyclage des personnels des services intermédiaires et périphériques ou qui encouragent les types d'encadrement susceptibles de motiver et d'appuyer le personnel de façon à ce qu'il fasse de son mieux. Tous les vaccins utilisés doivent être conformes aux normes OMS; les systèmes de chaîne de froid doivent être améliorés; et il faut veiller à ce que, sur tous les sujets à vacciner, les vaccins soient administrés comme il convient (aiguilles et seringues stériles pour les préparations injectables).
- Poursuivre l'action de recherche et de développement en privilégiant l'évaluation des solutions de rechange pour la mise en place de services efficaces - notamment ceux qui peuvent directement renforcer d'autres éléments de soins de santé primaires - ainsi que l'introduction de méthodes et de matériels nouveaux susceptibles d'alléger la gestion du Programme.

3.15 L'OMS et le FISE ont activement collaboré avec le PEV depuis le début du Programme. Du fait de l'accélération des efforts nationaux, cette collaboration revêt encore plus d'importance, notamment à l'échelon national. Elle pourra encore être facilitée par des directives à l'échelon mondial et régional (telles que la brochure "Accélération des activités de vaccination : principes de planification"), par des accords de collaboration entre l'OMS et le FISE à l'échelon régional (comme ceux qui ont été conclus dans les Régions de l'Afrique, des Amériques et de la Méditerranée orientale) et par des accords conclus entre les gouvernements, l'OMS, le FISE et d'autres grands partenaires de l'entreprise. En outre, l'OMS et le FISE doivent s'efforcer de coordonner les procédures administratives et budgétaires à l'échelon des pays.

3.16 Le Groupe consultatif mondial du PEV recommande à l'Assemblée mondiale de la Santé de réaffirmer son engagement à l'égard de l'objectif du PEV pour 1990 et de la mise en oeuvre du programme d'action en cinq points approuvé en 1982 et plus particulièrement des aspects mentionnés ci-dessus, pour la réalisation de cet objectif.

= = =