



Rapport de la réunion du Groupe consultatif mondial du Programme élargi de Vaccination,
9-13 novembre 1987, Washington, DC

Table des matières

	<u>Pages</u>
1. Introduction	2
2. Conclusions et recommandations	3
3. Résumé du Programme mondial et des programmes régionaux	9
4. Bilan du PEV dans la Région des Amériques	22
5. Eradication de la poliomyélite	27
6. Recherche et développement	29
7. Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et vaccination systématique des enfants	29
8. Lutte contre la rougeole	30
9. Lutte contre le tétanos néonatal	30
10. Possibilités de vaccination non exploitées	32
11. Réseau de surveillance locale	34
12. Accélération des programmes de vaccination	34
13. Mobilisation sociale	36
14. Vaccination contre l'hépatite B	37
15. Administration de compléments de vitamine A et d'iode	38
16. Vaccins nouveaux ou améliorés	39
17. Propositions pour la réunion de 1988 du Groupe consultatif mondial	39
Annexe 1. Liste des participants	41
Annexe 2. Liste des documents	49
Annexe 3. Mandat du Groupe consultatif mondial du Programme élargi de Vaccination	50
Annexe 4. Données relatives au Programme mondial	51
Annexe 5. Mandat du Groupe de recherche et de développement du PEV	57
Annexe 6. Déclaration sur le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et la vaccination systématique des enfants	58

This document is not issued to the general public, and all rights are reserved by the World Health Organization (WHO). The document may not be reviewed, abstracted, quoted, reproduced or translated, in part or in whole, without the prior written permission of WHO. No part of this document may be stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means - electronic, mechanical or other - without the prior written permission of WHO.

The views expressed in documents by named authors are solely the responsibility of those authors.

Ce document n'est pas destiné à être distribué au grand public et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il ne peut être commenté, résumé, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, sans une autorisation préalable écrite de l'OMS. Aucune partie ne doit être chargée dans un système de recherche documentaire ou diffusée sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit - électronique, mécanique, ou autre - sans une autorisation préalable écrite de l'OMS.

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

1. INTRODUCTION

Le Groupe consultatif mondial du Programme élargi de Vaccination (PEV) comprend 12 membres. Toutes les Régions de l'OMS y sont représentées : six membres doivent être choisis sur des listes d'experts établies par chaque bureau régional, les six autres étant sélectionnés "à l'extérieur" ou sur des listes régionales, de manière à assurer un équilibre géographique et technique. Les représentants des institutions collaborant avec l'OMS et des organismes donateurs sont invités à assister aux réunions du Groupe en qualité d'observateurs, et il est tenu compte de leurs observations lors de l'établissement du rapport.

La dixième réunion du Groupe consultatif mondial du PEV a eu lieu du 9 au 13 novembre 1987 à Washington, DC, au Bureau régional pour les Amériques. Le bureau de la réunion était composé comme suit :

Président : Professeur L. Kaprio (Finlande)
Vice-Président : Docteur J. P. Risi (Brésil)
Rapporteur : Docteur Manbu-Ma-Disu (Zaire)

On trouvera dans les annexes 1-3 la liste des participants, la liste des documents utilisés au cours de la réunion et le mandat du Groupe consultatif mondial. Le Dr Robert Knouss, Directeur adjoint de l'Organisation panaméricaine de la Santé, a ouvert la réunion et souhaité la bienvenue aux participants au nom du Directeur, le Dr Carlyle Guerra de Macedo.

Le Dr Knouss a fait remarquer que tous les pays du monde accélèrent désormais leurs programmes de vaccination en vue d'atteindre l'objectif de la vaccination universelle d'ici à 1990, étape sur le chemin conduisant à l'objectif mondial de la santé pour tous en l'an 2000. Les pays de l'hémisphère américain se sont en outre fixé comme objectif l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage d'ici à 1990.

Le succès remporté par le PEV dans les Amériques démontre à l'évidence que ni les problèmes techniques ni les différents stades auxquels sont parvenus les pays dans leur développement ne constituent des menaces graves pour la réalisation des objectifs du PEV. L'engagement politique des divers gouvernements et la coordination des différents organismes internationaux qui soutiennent les programmes de vaccination et autres initiatives en faveur de la survie de l'enfant sont les facteurs clés du succès.

La déclaration conjointe sur la politique et les approches stratégiques du PEV dans les Amériques, récemment signée par l'OPS, le FISE, l'Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique, l'Interamerican Development Bank et le Rotary international, ainsi que les organisations constituant le Comité de Coordination interinstitutions du PEV, est un exemple de l'excellente coordination qui prévaut désormais parmi ces organismes internationaux. Cette stratégie mettra à profit l'élimination de la polio pour amorcer le développement complet des services de vaccination et de la surveillance des maladies. Ces services, à leur tour, renforceront la capacité institutionnelle nécessaire au maintien de la prestation d'autres services de soins de santé primaires.

La recherche opérationnelle est un autre facteur décisif pour le succès du PEV. On vient d'identifier et de résoudre les problèmes de formation, d'exécution, de surveillance et d'évaluation spécifiques à chaque programme national, en tirant parti de la pratique et des idées des agents de santé, acteurs quotidiens du déroulement des programmes à l'échelon périphérique. Cette recherche est appelé à jouer un rôle constant dans l'évolution des programmes, en raison notamment de l'arsenal de vaccins nouveaux qui deviendront disponibles, grâce à la révolution biotechnologique, pour leur utilisation généralisée en santé publique.

Le Dr Knouss, en son nom propre et au nom du Dr Macedo, a souhaité un plein succès à la réunion. Ils attendent avec impatience les conclusions et recommandations du Groupe consultatif mondial, destinées à nouveau à servir de cadre aux actions du PEV dans les Amériques.

En assurant la présidence, le Dr Kaprio a remercié le Dr Knouss de l'hospitalité du Bureau régional qui a accueilli la réunion. Il a particulièrement souhaité la bienvenue aux nouveaux membres du Groupe : le Dr Salah Hassan Al-Kandari (empêché) et le Professeur V. I. Pokrovski. Il a également souhaité la bienvenue aux observateurs représentant les organismes de développement nationaux, les institutions des Nations Unies et les organisations non gouvernementales, faisant remarquer que leur collaboration visant à soutenir les efforts des programmes nationaux concourt à faire du PEV un tel succès.

Le Groupe a commencé ses travaux en faisant un tour d'horizon des progrès réalisés aux échelons mondial et régional; et les travaux se sont achevés avec la discussion de certaines questions techniques de portée mondiale.

2. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Après examen et discussion des points de l'ordre du jour, le Groupe consultatif mondial du PEV a adopté les conclusions et recommandations suivantes.

2.1 Bilan mondial

Grâce aux efforts des autorités nationales, des organisations non gouvernementales et à l'appui offert par la communauté internationale, le Programme élargi de Vaccination est en train d'obtenir un succès remarquable. La couverture pour la troisième dose de DTC ou de vaccin polio chez le nourrisson est de 50 % dans les pays en développement (annexe 4 : tableau 1; figure 1) où les programmes de vaccination préviennent dorénavant plus d'un million de décès par an par rougeole, coqueluche et tétanos néonatal et plus de 188 000 cas de poliomyélite (annexe 4 : tableau 2). En dépit des progrès importants réalisés, on ne doit pas oublier que plus de 3 000 000 de décès évitables par la vaccination continuent à se produire chaque année.

Une accélération permanente du PEV est nécessaire pour atteindre l'objectif de la vaccination universelle des enfants d'ici 1990. On poursuivra dans cette voie sans perdre de vue les directives énoncées par l'Assemblée mondiale de la Santé en 1982 (résolution WHA35.31) et en 1986 (résolution WHA39.30) et les recommandations faites par le Groupe consultatif mondial, notamment celles de 1986.

De nombreux pays en développement auront besoin d'un appui extérieur bien au-delà de l'an 2000 pour maintenir l'élan de leur programme de vaccination. Les institutions des Nations Unies, les organismes de développement internationaux, les organisations non gouvernementales et d'autres donateurs devront planifier la poursuite de leur appui aux échelons national, régional et mondial du programme dans un avenir prévisible, en reconnaissant le rôle capital de la vaccination pour réduire la mortalité et les infirmités chez l'enfant, ainsi que son rôle comme base à l'établissement d'une infrastructure des soins de santé primaires.

L'amélioration de la coordination parmi les donateurs extérieurs soutenant les programmes de vaccination nationaux serait précieuse dans la majorité des pays. Cette coordination est excellente dans la plupart des pays des Amériques, où des comités de coordination interorganismes efficaces ont été créés au niveau des pays et des régions sous l'impulsion de l'OPS. Ces comités ont élaboré des plans financiers détaillés, esquissant les engagements des autorités nationales et des organismes extérieurs pour une période de cinq ans, et ils suivent l'exécution des programmes à l'échelon des pays par l'intermédiaire de réunions trimestrielles et annuelles, en procédant à l'ajustement nécessaire des plans et

des financements. La formation de tels comités est recommandée dans toutes les régions et dans tous les pays qui reçoivent un appui extérieur pour leur vaccination; là où de tels comités existent déjà, il convient qu'ils reçoivent l'appui de tous les organismes concernés. Cette coordination profitera tant aux pays qui en bénéficient qu'aux organismes donateurs. Elle favorisera l'utilisation efficace des ressources disponibles et offrira aux différents donateurs un droit de regard et la transparence souhaitables, ce qui leur permettra d'offrir leur soutien sans relâche.

L'objectif premier de la vaccination est de réduire la mortalité et la morbidité. Les pays et les Régions sont encouragés à fixer des objectifs spécifiques de réduction de la maladie à atteindre au cours de la période 1990-1995 (pendant cette période, les taux de couverture vaccinale atteints en 1990 et au-delà retentiront sur l'incidence des maladies) et à mettre au point des systèmes de surveillance adéquats pour mesurer cet impact. Une surveillance en sentinelle sera encouragée au cours de la période qui verra le renforcement de la surveillance de routine. Chaque Région est invitée à adresser des rapports concernant la fixation des objectifs de réduction des maladies pour la prochaine réunion du Groupe consultatif mondial en 1988.

Le renforcement de la surveillance portera spécialement sur la poliomyélite, la rougeole et le tétanos du nouveau-né. Ensemble, ils serviront d'indicateurs à une vaste gamme d'activités du programme. La poliomyélite devrait être rapidement jugulée là où les services de vaccination obtiennent des niveaux de couverture moyens. La rougeole ne sera parfaitement maîtrisée que dans le cadre des meilleurs programmes de vaccination. On obtiendra les meilleurs résultats dans la lutte contre le tétanos du nouveau-né en renforçant les services de soins de santé primaires de manière à assurer des accouchements et des soins postnatals hygiéniques et la vaccination des femmes en âge de procréer.

2.2 Élimination de la poliomyélite

On applaudit à l'initiative visant à éliminer la poliomyélite dans les Amériques. L'engagement des pays de la Région d'éliminer cette maladie d'ici à 1990 sert à accélérer les progrès du PEV en particulier et augmente l'efficacité du programme en contribuant au développement du système de soins de santé primaires en général. C'est particulièrement évident en ce qui concerne les services de surveillance et de laboratoire. On se sert efficacement de cette initiative pour accroître les ressources disponibles pour le PEV dans la Région et pour améliorer la coordination parmi les donateurs.

L'éradication de la poliomyélite dans le monde entier est désormais en vue. Le succès général du PEV, le succès de l'initiative actuelle visant à éradiquer la poliomyélite dans les Amériques et l'adoption de cet objectif par l'Europe, tout concourt à rendre inévitable cette éradication mondiale. Il faut, sans discontinuer, s'efforcer de souscrire à cet objectif, en s'en servant comme moyen de renforcer et d'accélérer l'impact du PEV sur la prévention de toutes les maladies cibles et comme moyen d'augmenter sa contribution à l'implantation d'une infrastructure des soins de santé primaires. Bien qu'il soit souhaitable de continuer à améliorer les vaccins et les calendriers de vaccination (voir ci-dessous), les outils techniques et gestionnaires nécessaires pour accomplir cette tâche sont désormais disponibles. Chaque Région est invitée, pour la prochaine réunion du Groupe consultatif mondial, à faire le point du potentiel nécessaire à l'éradication de la poliomyélite dans la Région au cours de la prochaine décennie, de manière que le Groupe, à son tour, puisse évaluer une date possible pour cette éradication mondiale.

Des équipements permettant le diagnostic en laboratoire de la poliomyélite doivent être accessibles dans le monde entier. Chaque Région doit créer des laboratoires de référence à l'échelon régional et/ou sous-régional auxquels des échantillons pour le diagnostic pourront être adressés, en particulier par le biais de laboratoires existants que l'on renforcera.

La survenue d'une épidémie de poliomyélite de type 1 en Afrique de l'Ouest en 1986 a permis d'étudier sur le terrain l'efficacité du vaccin polio oral (VPO) en Zambie et le vaccin polio inactivé à hautes doses (VPI) dans la région de Kolda, Sénégal.

En s'appuyant sur les résultats de deux études cas-témoins, on peut conclure que :

- Les vaccins VPO et VPI utilisés en Gambie et au Sénégal préviennent efficacement la poliomyélite. Les données provenant des deux études suggèrent une protection comparable à partir de deux doses de VPI et trois doses ou plus de VPO.
- Le VPO reste le vaccin de choix pour l'utilisation systématique dans les pays en développement en raison de son faible coût, de sa facilité d'administration, de sa supériorité tenant à sa capacité de conférer l'immunité intestinale (ce qui peut limiter la propagation interhumaine du poliovirus sauvage) et de sa possible transmission (ce qui peut protéger un certain nombre d'enfants non vaccinés). C'est le vaccin de choix pour la lutte contre les épidémies.
- Des enquêtes dans les régions suivantes doivent être poursuivies :
 - évaluation clinique des divers schémas d'inoculation et formulation de l'activité du VPO conçu pour maximiser l'efficacité du vaccin;
 - études sur le terrain de l'efficacité du VPI et du VPO chaque fois que les circonstances le permettent;
 - évaluation clinique des divers calendriers d'administration du VPI-DTC conçus pour offrir une protection satisfaisante contre la coqueluche et contre la poliomyélite;
 - évaluation clinique des diverses combinaisons d'administration du VPI et du VPO susceptibles de garantir l'utilisation optimale des deux vaccins.

2.3 Recherche et développement

La création d'un Groupe de recherche et développement du PEV est souhaitable. Les programmes de vaccination nationaux parvenus à maturité permettent de déceler les problèmes nouveaux qui doivent être résolus avant de pouvoir disposer du potentiel de vaccination maximal nécessaire à la lutte contre les maladies évitables par la vaccination. La recherche est de mise pour traiter ces problèmes opérationnels et trouver les moyens de pouvoir utiliser au mieux, dans les programmes nationaux de vaccination, les connaissances et les outils nouveaux que la recherche de base est en train d'apporter. Il convient que le Groupe consultatif mondial soit tenu au courant des travaux du Groupe de recherche et développement.

2.4 Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et vaccination systématique des enfants

La déclaration conjointe issue de la consultation tenue en août 1987 à l'OMS sur le VIH et la vaccination universelle des enfants est approuvée (annexe 6). Le PEV devrait continuer à faire le point des informations nouvelles relatives à l'infection par le VIH et à la vaccination et de faire, selon le cas, de nouvelles déclarations conjointes avec le Programme spécial de l'OMS sur le SIDA. Il faut poursuivre la recherche visant à élaborer les moyens d'administrer les vaccins permettant la simplification ou l'élimination des normes requises en matière de stérilisation.

2.5 Lutte contre la rougeole

On estime que deux millions d'enfants décèdent chaque année de la rougeole et de ses complications. La mortalité tardive, se produisant jusqu'à 12 mois après l'infection, provoque de nombreux autres décès.

La lutte contre la rougeole est rendue difficile en raison de sa transmission constante dans les régions ayant une couverture moyenne à élevée et où son incidence est forte chez les enfants de moins de neuf mois.

Il faut continuer à explorer les stratégies permettant d'accroître l'impact des services de vaccination sur l'incidence de la maladie. Elles comportent l'investigation de stratégies de remplacement pour l'utilisation du vaccin Schwarz (y compris l'utilisation de calendriers à deux doses), la prestation de services de vaccination à chaque point de contact avec les services de santé et l'efficacité des campagnes de vaccination en zone urbaine.

La souche du vaccin antirougeoleux Edmonston-Zagreb, si elle se révèle efficace à vacciner les enfants âgés de moins de neuf mois, contribuera également à augmenter l'impact du programme. Il faudra, dès que possible, terminer les études actuelles portant sur la souche de ce vaccin et l'on devra déterminer si des obstacles s'opposent à ce que cette souche, ou des souches présentant des caractéristiques similaires, soient rendues disponibles à un coût abordable pour leur utilisation dans le cadre du PEV.

2.6 Lutte contre le tétanos du nouveau-né

Le tétanos néonatal demeure un problème grave et négligé dans de nombreuses régions du monde. Les progrès réalisés dans la lutte contre cette maladie au moyen de la vaccination restent insignifiants comparés aux progrès réalisés dans la couverture vaccinale des nourrissons.

Le tétanos néonatal frappe électivement les analphabètes et les pauvres, groupes qui ont le moins accès aux soins prénatals et à ceux accordés à la parturiente. Tandis qu'il convient d'améliorer et d'étendre les services de soins prénatals et de soins à l'accouchement, il ne suffira pas de s'en remettre à eux seuls. Il faut aussi prendre des mesures urgentes pour améliorer la couverture vaccinale.

Les recommandations de la Huitième Conférence internationale sur le tétanos qui s'est tenue à Léninegrad (1987) sont donc approuvées. Les questions suivantes méritent d'être soulignées :

- Tous les pays doivent relever le défi visant à éliminer le tétanos néonatal dans le monde, en prenant les initiatives spéciales recommandées à cet effet, selon les besoins.
- Il faut élargir le groupe cible justiciable de la vaccination contre le tétanos au moyen de l'anatoxine tétanique en y incluant toutes les femmes en âge de procréer, et spécialement les femmes enceintes.
- Les pays doivent améliorer la surveillance du tétanos néonatal :
 - en signalant systématiquement le nombre de vaccinations antitétaniques effectuées par population cible et par dose, et
 - en incluant dans les enquêtes portant sur la couverture vaccinale chez les enfants l'évaluation de l'état vaccinal des mères en ce qui concerne la vaccination antitétanique.

2.7 Possibilités de vaccination non exploitées

Des études faites dans plusieurs pays en développement indiquent que la majorité des enfants fréquentant des établissements de soins curatifs présentent les conditions requises pour être vaccinés mais ne le sont pas lors de ces consultations. Elles ont aussi identifié des enfants qui ont reçu une partie des antigènes seulement, alors qu'ils pouvaient bénéficier de toutes les vaccinations. D'autres enquêtes sont nécessaires pour attester de la portée et de l'importance de ce problème chez les enfants, et les mères en âge de procréer. Les cas de maladies évitables par la vaccination peuvent aussi révéler des possibilités de vaccination non exploitées. Il faut enquêter sur ces cas, à l'aide de définitions de cas types, pour établir pourquoi les services de vaccination ont failli à leur tâche. Enfin, il est recommandé d'étudier les stratégies visant à réduire le problème des possibilités de vaccination non exploitées. Il est souhaitable que les cliniciens travaillant dans un cadre dispensant des soins curatifs participent à cette oeuvre.

2.8 Réseau de surveillance locale

Le projet de réseau de surveillance locale (LAM) doit être poursuivi. Les données existantes étant incomplètes, il n'est pas justifié, pour le moment, d'étendre à l'échelle mondiale le nombre des sites existants. Cependant, il est légitime de consentir à des efforts pour améliorer la surveillance nationale et il convient de promouvoir l'extension de ce système ou d'autres systèmes en sentinelle dans les régions ou les divers pays. La surveillance ainsi conçue s'entend aussi bien pour les sites ruraux qu'urbains. Les efforts de ce type révèlent souvent les faiblesses observées dans la collecte et l'analyse des données de routine, dont n'ont pas conscience les individus concernés; ils peuvent aussi mettre à jour les occasions gâchées permettant d'exploiter les données disponibles qui seront perdues sans cela.

2.9 Accélération des programmes de vaccination

L'examen des stratégies d'accélération utilisées dans 22 pays confirme la validité de la déclaration commune OMS/FISE sur "L'accélération des activités de vaccination : Principes de vaccination". Les activités visant à l'accélération des programmes de vaccination relevées lors de cet examen comportent entre autres avantages :

- l'augmentation du soutien politique en faveur de la vaccination universelle des enfants,
- l'efficacité de la mobilisation sociale, et
- l'augmentation de la couverture vaccinale.

Les problèmes relevés dans au moins quelques programmes sont les suivants :

- planification inadéquate,
- vaccination en trop grand nombre d'enfants trop âgés pour en retirer un bénéfice,
- taux d'abandon élevés,
- coût élevé,
- perturbation d'autres services de soins de santé primaires en cours, et
- incapacité à maintenir la couverture au niveau atteint pendant l'accélération.

Les activités d'accélération futures devront être menées en vue d'assurer :

- qu'elles contribuent au développement à long terme des programmes de vaccination soutenus,
- que le choix des stratégies d'accélération soit adapté à la situation locale (notamment rythmes périodiques [mois, semaines ou jours], extension géographique échelonnée et publicité intensifiée soulignant l'utilisation des moyens existants),
- une surveillance satisfaisante de la couverture et des coûts vaccinaux, et
- la coordination des aides provenant des donateurs.

2.10 Mobilisation sociale

Il est possible d'adapter et d'appliquer à la tâche visant à modifier les comportements des individus vis-à-vis de l'importance de la vaccination les techniques et les principes qui ont fait leurs preuves quant à la promotion efficace de l'utilisation ou de l'achat de

produits ou de services. Le secteur sanitaire sera en mesure d'obtenir un meilleur impact des efforts de communication si des experts nationaux de la communication, de la publicité et des techniques commerciales sont consultés pour la recherche, la conception, la production et la diffusion de matériels et de messages centrés sur la vaccination. La distribution personnalisée de matériels par les dirigeants ou les organisations respectées au sein de la communauté constitue un moyen efficace de faire participer ces dirigeants ou organisations et de transmettre les messages.

2.11 Vaccination contre l'hépatite B

L'infection chronique par le virus de l'hépatite B est fréquente dans de nombreux pays. Cette infection est cause d'hépatocarcinomes et d'autres maladies hépatiques chroniques. Le vaccin contre l'hépatite B est sûr et efficace pour prévenir l'infection et son prix est en train de baisser. Si on l'utilise précocement chez le nourrisson, on pourra réduire les taux de portage chronique de plus de 75 %. Les programmes de vaccination contre l'hépatite B doivent principalement viser à prévenir le portage chronique du virus de l'hépatite B et doivent être envisagés dans tous les groupes de population où les taux de portage chronique du virus de l'hépatite B dépassent 2 %; ces programmes seront fortement prioritaires en santé publique dans les populations où ces taux excèdent 10 %.

Les pays ayant des taux de portage chronique de l'hépatite B excédant 2 % et possédant les moyens de lancer et de maintenir des programmes de vaccination contre l'hépatite B doivent intégrer la vaccination contre l'hépatite B dans les programmes de vaccination infantile existants. On utilisera ce vaccin selon des moyens propres à renforcer les programmes existants.

Il est recommandé d'administrer au minimum trois doses de vaccin anti-hépatite B, par voie intramusculaire. On conseille d'administrer la première dose à la naissance ou le plus tôt possible après celle-ci, la deuxième dose 4 à 12 semaines après la première et la troisième dose 2 à 12 mois après la deuxième dose. Alors que la voie intramusculaire est la seule voie actuellement recommandée, des études ultérieures sur d'autres modes d'administration - dont la voie intradermique -, susceptibles de contribuer à de nouvelles réductions des coûts vaccinaux, doivent être encouragées.

Les calendriers de vaccination seront intégrés de manière que l'utilisation du vaccin contre l'hépatite B ne nécessite pas de nouveaux contacts avec le système de santé au-delà de ceux déjà nécessaires pour les vaccins inclus dans les programmes nationaux de vaccination infantile.

Tandis que l'usage de l'immunoglobuline anti-hépatite B est un complément efficace à l'utilisation du vaccin contre l'hépatite B pour prévenir l'infection périnatale, son coût élevé et la nécessité de l'administrer dans les heures suivant la naissance en interdisent l'emploi dans la majorité des pays en développement.

2.12 Apports complémentaires de vitamine A et d'iode

Dans les pays où l'avitaminose A et/ou la carence en iode constituent notoirement d'importants problèmes en santé publique, les directeurs des PEV se doivent de collaborer avec les nutritionnistes et les responsables du programme de prévention de la cécité pour explorer les moyens permettant au PEV d'apporter sa contribution à des programmes prévoyant l'administration de suppléments aux groupes vulnérables.

Dans les pays où des programmes d'apports complémentaires en vitamine A et/ou en iode existent déjà, il conviendra d'assurer une coordination entre ceux-ci et le PEV.

Il sera nécessaire de concevoir, à l'intention des agents périphériques et des cadres moyens, une formation et des matériels de référence relatifs aux apports complémentaires en vitamine A et en iode.

On créera des systèmes d'enregistrement à l'aide des fiches de soins de santé existantes, là où c'est possible, pour attester de l'administration de suppléments et pour éviter que les enfants ne risquent pas de recevoir des doses excessives de vitamine A ou d'huile iodée.

Les principales mesures recommandées dans la déclaration conjointe OMS/FISE sur la vitamine A pour la rougeole sont approuvées :

"Dans les communautés où il existe un problème d'avitaminose A, des compléments de vitamine A à hautes doses seront administrés à tous les enfants chez lesquels on aura diagnostiqué la rougeole. Dans les pays où le taux de létalité par rougeole est d'un pour cent ou davantage, les indices actuels militent en faveur de l'administration de compléments de vitamine A à tous les enfants chez lesquels on a diagnostiqué la rougeole."

Les enquêtes visant à étudier plus avant la relation entre les apports en vitamine A avec l'issue de la rougeole restent d'actualité, surtout dans les régions où n'existe pas le problème de l'avitaminose A.

Les projets visant à mettre en oeuvre et à contrôler les protocoles d'administration de compléments vitaminés A et iodés dans le cadre du PEV doivent être mis au point dans des pays choisis.

3. RESUME DU PROGRAMME MONDIAL ET DES PROGRAMMES REGIONAUX

3.1 Bilan mondial

En décembre 1987, les données fournies par le système d'information du PEV ont montré pour la première fois que la couverture vaccinale au moyen de 3 doses de DTC ou de vaccin antipoliomyélitique chez le nourrisson atteignait 50 % dans les pays en développement (annexe 4 : tableau 1; figure 1). C'est là une belle réalisation dans le domaine de la santé publique. Quand le programme a été lancé en 1974, on ne disposait d'aucune estimation immédiate de la couverture, mais, en se basant sur les quantités de vaccins utilisés à cette époque, la couverture des nourrissons à l'aide d'une troisième dose de DTC ou de vaccin antipoliomyélitique devait être bien inférieure à 5 %.

Les programmes de vaccination réalisés dans les pays en développement évitent désormais plus d'un million de décès chaque année par rougeole, tétanos néonatal et coqueluche, et plus de 188 000 cas de poliomyélite (annexe 4 : tableau 2). Toutefois, les systèmes de déclaration officiels présentent toujours des points faibles et ils ne notifient, souvent avec un retard considérable, qu'une petite fraction des cas qui se produisent réellement (annexe 4 : figure 2). Une couverture vaccinale totale - objectif du programme pour 1990 - épargnerait de nombreux autres décès et cas de maladies : la rougeole continue à tuer près de deux millions d'enfants chaque année, le tétanos néonatal quant à lui quelque 800 000 enfants et la coqueluche près de 600 000 (annexe 4 : tableau 3). Un quart de million de cas de poliomyélite surviennent encore chaque année.

Le 7 avril 1987, date retenue pour la Journée mondiale de la santé, avait pour thème : "Vaccination - une chance pour chaque enfant". La mise à jour du PEV préparée à cette occasion constatait les faits suivants :

- Une couverture vaccinale satisfaisante équivaut à une bonne infrastructure sanitaire. On signale une couverture avoisinant 80 % dans la Région européenne. Cette couverture est inférieure à 40 % dans les Régions africaine et de l'Asie du Sud-Est.
- La moitié des nourrissons du monde en développement se répartit dans 4 pays : Chine, Inde, Indonésie et Nigéria. L'amélioration de la couverture dans ces pays aura des répercussions sensibles à l'échelle mondiale.

- L'accélération des programmes de vaccination s'impose si l'on veut atteindre l'objectif de la vaccination universelle des enfants en 1990. Cette accélération nécessite deux mesures complémentaires : la mobilisation sociale et l'amélioration de la gestion des services de santé.
- La mobilisation sociale peut donner l'impulsion initiale, mais il est plus important qu'elle assure la poursuite des programmes. La mobilisation sociale est en mesure de modifier les attitudes de manière que la société ne tolère plus que des enfants souffrent et décèdent de maladies évitables par la vaccination.
- L'amélioration de la gestion des programmes doit veiller à saisir toute occasion de vacciner les enfants et les femmes qui répondent aux conditions requises. Elle doit insister pour que la vaccination ait lieu le plus tôt possible, en minimisant les contre-indications et offrant les vaccinations dans tous les centres de santé accueillant les enfants et les femmes.

Les problèmes majeurs qui se posent au PEV actuellement demeurent l'accélération et la poursuite des efforts nationaux en matière de vaccination. L'accélération ne doit pas devenir un ennemi du maintien de l'élan. Le risque existe que des programmes nationaux et des collaborateurs extérieurs, avides d'atteindre l'objectif de 1990, agissent de manière à compromettre le concept de durabilité. Cette attitude serait naturellement contraire à l'objectif fondamental du PEV. L'année 1990 ne peut être considérée comme un point limite : c'est en fait une date de départ pour la vaccination en cours de tous les enfants du monde. Les moyens actuellement engagés dans le programme (et leur augmentation à mesure que naîtront plus d'enfants et que de nouveaux vaccins s'ajouteront à la panoplie existante) devront continuer à être assurés dans un avenir prévisible. Cette nécessité est susceptible de constituer un défi particulier pour les donateurs extérieurs qui constatent souvent que les efforts à court terme, dont l'objectif est plus évident, sont plus faciles à soutenir que les efforts à plus long terme. Cependant, de nombreux programmes nationaux connaîtront d'extrêmes difficultés si le soutien extérieur ne peut être assuré au cours de la prochaine décennie et prolongé au-delà.

Les stratégies centrales du programme ont été élaborées par le Groupe consultatif mondial du PEV et approuvées par l'Assemblée mondiale de la Santé et sont désormais bien définies. En 1982, l'Assemblée mondiale de la Santé a souscrit à un plan d'action en 5 points recommandé par le Groupe, axé sur la création d'une infrastructure vaccinale de base dans chaque pays (résolution WHA35.31). Le plan d'action appelle à promouvoir le PEV dans le contexte des soins de santé primaires, à investir dans le programme les ressources humaines et financières adéquates, à assurer une évaluation satisfaisante et à poursuivre la recherche dans le cadre des opérations du programme.

En 1986, adoptant à nouveau les recommandations du Groupe, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé trois mesures générales et quatre mesures spécifiques nécessaires pour atteindre l'objectif de 1990 (résolution WHA39.30).

Les mesures générales visant à :

- promouvoir 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 individus,
- adopter une combinaison de stratégies complémentaires pour l'accélération des programmes, et
- veiller à ce que les améliorations rapides de la couverture vaccinale soient soutenues grâce à des mécanismes propres à renforcer la distribution des autres prestations de soins de santé primaires.

Les mesures spécifiques visent à :

- assurer la vaccination à tous les points de contact avec les services de santé,

- réduire les taux d'abandon entre les premières et les dernières vaccinations,
- améliorer les services de vaccination proposés aux populations déshéritées des zones urbaines, et
- élever la priorité accordée à la lutte contre la rougeole, la poliomyélite et le tétanos du nouveau-né.

En 1986, appliquant la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé, le Groupe a adopté une série de recommandations relatives à chacun des points d'action précités. Ces recommandations demeurent un guide utile pour les actions nationales et internationales visant à soutenir le PEV.

De nombreuses questions, toutefois, surviennent au cours de l'exécution du programme et découlent de nouvelles observations, de la disponibilité de vaccins ou matériels nouveaux ou améliorés, voire de nouvelles maladies telles que le SIDA. La majeure partie de cette réunion du Groupe y a été consacrée. Les points soulevés font l'objet de rubriques distinctes présentées dans les chapitres suivants du présent rapport.

3.2 Région africaine

3.2.1 Année de la vaccination africaine

Lors de sa réunion de 1985, le Comité régional pour l'Afrique a déclaré 1986 l'année de la vaccination africaine. Cette résolution a joué un rôle important pour la mobilisation des ressources et la promotion du Programme élargi de Vaccination.

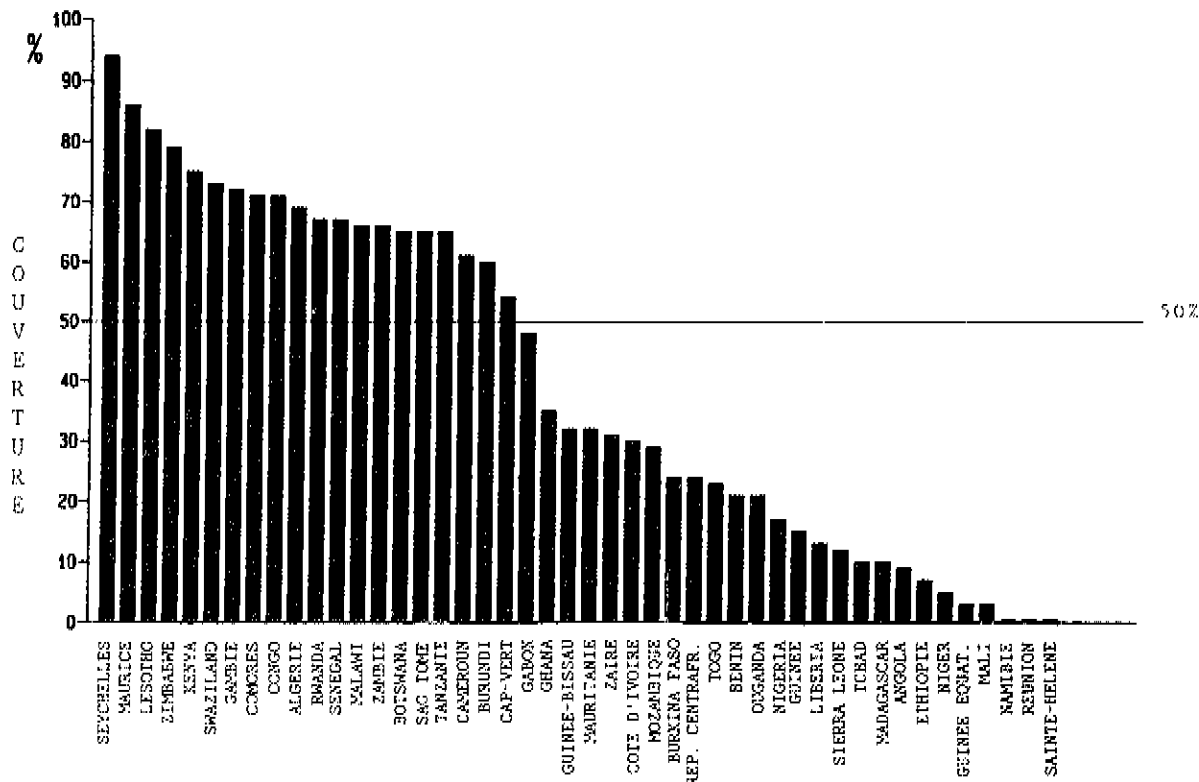
En 1987, une attention particulière a été accordée à l'évaluation des activités de l'année de la vaccination africaine, afin de formuler d'autres mesures pour la réalisation de l'objectif. Le présent rapport résume les principales conclusions et recommandations résultant de cette évaluation.

3.2.2 Echelon national

Les rapports ont été adressés par 39 pays :

- 39 pays ont élaboré des plans d'action pour la période 1986-1990.
- Dans 31 pays, l'accélération du programme a été lancée par des présidents, des chefs d'Etat ou des ministres de la santé.
- Dans 30 pays, on a créé 2379 nouveaux postes de vaccination.
- 26 pays ont organisé des cycles de vaccination de masse.
- Plus de 20 000 personnes ont été formées à l'occasion de 641 cours, séminaires et ateliers, portant le chiffre total de personnel formé dans la Région africaine à environ 46 000.
- Tandis qu'en 1984, le nombre total de vaccinations était de 42 millions, ce nombre dépassait 62 millions en 1986.
- La couverture vaccinale régionale pour la troisième dose de DTC était de 20 % en 1984 et 33 % en 1986. Le taux de couverture pour 20 pays de la Région dépassait 50 % (figure 1).

Figure 1. Notification de la couverture vaccinale obtenue avec 3 doses de DTC chez des enfants de moins de 12 mois dans la Région africaine en 1986



3.2.3 Echelon des centres de santé

Au cours de cette évaluation, 20 consultants de l'OMS se sont rendus dans 424 centres de vaccination au total, répartis dans 39 pays :

- 91 % avaient établi un programme satisfaisant d'implantation de centres de vaccination.
- 88 % utilisaient des aiguilles qui avaient été stérilisées entre les injections.
- 82 % étaient approvisionnés en vaccins de façon régulière et suffisante.
- 78 % bénéficiaient d'un système de chaîne du froid satisfaisant.

- 78 % administraient le vaccin antirougeoleux à partir de 9 mois.
- 75 % ne conservaient pas des ampoules à moitié utilisées pour s'en resservir le jour suivant.
- 74 % étaient dotés de personnel en nombre suffisant.
- 57 % avaient assez d'aiguilles.
- 50 % administraient le DTC à 6 semaines.
- 50 % assuraient les vaccinations dans le cas de maladies bénignes.
- 42 % utilisaient une seringue et une aiguille stérilisées pour chaque injection.
- 34 % administraient le VPO à la naissance.
- 23 % avaient suffisamment de seringues.
- 22 % avaient parfaitement ciblé les groupes à vacciner.
- 22 % possédaient des stérilisateur à vapeur (presque tous les centres possédaient un matériel de stérilisation d'un type ou d'un autre).

3.2.4 Principales conclusions et recommandations

- Il est nécessaire que tous les pays poursuivent l'accélération de leur programme de vaccination.
- Il faut continuer à étendre les services de vaccination; il est nécessaire de créer de nouveaux centres fixes et temporaires. Tous les centres de santé doivent assurer la vaccination des enfants et des femmes lorsque ces derniers s'y rendent.
- Il convient d'utiliser tous les moyens d'information et de promotion pour inciter les mères à faire vacciner leurs enfants dès que possible.
- On ouvrira un flacon et une ampoule de vaccin même pour un seul enfant ou une seule femme, afin d'éviter de gâcher des possibilités de vaccination.
- On améliorera la qualité de la prestation des services en suscitant un plus grand engagement du personnel de santé.
- Le soutien international actuel au programme et la collaboration de la communauté internationale avec ce dernier doivent être poursuivis.

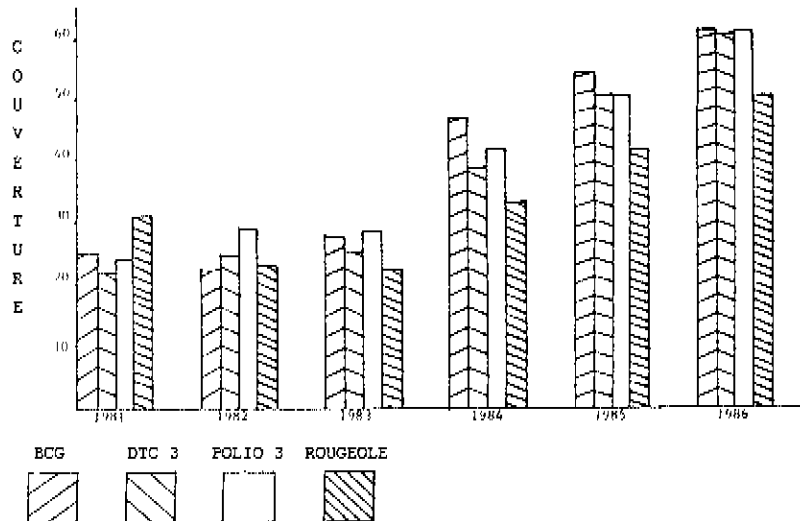
3.3 Région de la Méditerranée orientale

3.3.1 Couverture vaccinale

Au cours des deux dernières années, 13 des 24 pays/régions de la Région ont accéléré leur programme de vaccination. Cela s'est traduit par une augmentation de la couverture vaccinale au moyen de trois doses de DTC ou de vaccin antipolio, le taux passant à 60 % à la fin de 1986 (figure 2). Quinze pays/régions comptant 46 % de la population de la Région signalent désormais des taux dépassant 60 % pour la troisième dose de DTC ou de vaccin antipolio contre 11 pays/régions qui comptaient 25 % de la population en 1985.

Les taux d'abandon restent préoccupants en dépit d'une amélioration sensible ces dernières années : alors qu'en 1983, 9 pays avaient des taux d'abandon pour le DTC dépassant 50 %, aucun de ces pays ne présentait de tels taux en 1986.

Figure 2. Notification de la couverture vaccinale concernant
des enfants de moins de 12 mois
dans la Région de la Méditerranée orientale, 1981-1986



3.3.2 Incidence des maladies

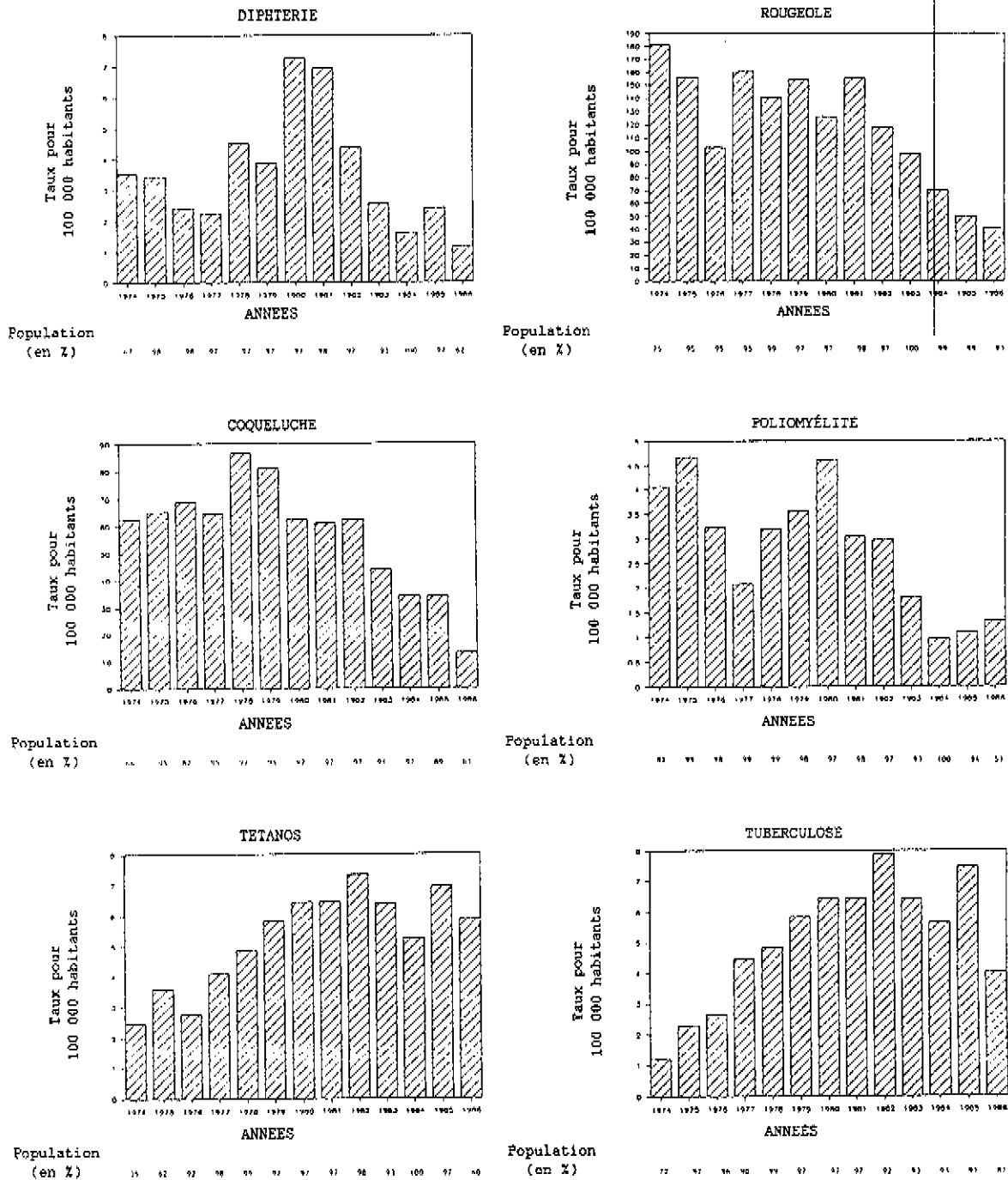
La figure 3 montre les taux d'incidence notifiés ces dernières années. Il faut aborder avec prudence les interprétations relatives à la baisse des taux d'incidence. Néanmoins, il est intéressant de noter que les taux d'incidence notifiés pour la diphtérie, la rougeole, la coqueluche et la poliomyélite reflètent une baisse constante ces dernières années, tandis que les taux d'incidence pour le tétanos (tous âges confondus et tétanos néonatal compris) et la tuberculose demeurent assez constants. Ces données sont compatibles avec l'impact escompté du programme.

3.3.3 Evaluation

Depuis la dernière réunion du Groupe, on a fait le bilan des PEV djiboutien, iranien, jordanien, omanais, soudanais, des Emirats arabes unis et de la République arabe du Yémen.

Pour pallier le problème de la notification incomplète des maladies, le Bureau régional encourage l'idée consistant à obtenir des informations plus complètes grâce au réseau de surveillance locale. Cette notification sentinelle a continué à se développer durant 1986. Ayant recouru à cette méthode, plusieurs grandes villes, notamment Karachi, Khartoum et Téhéran, ont toutes fourni des données dignes d'intérêt concernant l'incidence des maladies.

Figure 3. Notification des taux d'incidence pour les maladies cibles du PEV, Région de la Méditerranée orientale, 1974-1986



3.4 Région européenne

3.4.1 Groupe consultatif européen

La première réunion du Groupe consultatif européen sur le PEV s'est tenue à Copenhague en septembre 1986. Le Groupe a noté que de nombreux pays n'avaient notifié aucun cas de diphtérie, de poliomyélite ou de tétanos néonatal ces dernières années. Il a insisté pour la réalisation des objectifs visant à l'élimination des maladies précisées dans la stratégie de la santé pour tous applicable dans la Région et élaborés lors de la conférence de Karlovy Vary consacrée aux politiques vaccinales en Europe. Le Groupe a souligné que de nouvelles ressources sont nécessaires à l'échelon de la Région.

En août 1987, une consultation préparatoire pour la seconde réunion du Groupe consultatif s'est tenue à Gothenburg. La seconde réunion est prévue pour décembre 1987 à Rome. Les grands thèmes en seront l'élimination de la poliomyélite, les besoins de formation des directeurs de programmes nationaux, l'uniformisation des définitions de cas, la méthodologie d'évaluation de la couverture, les contre-indications, les calendriers de vaccination, l'évaluation de la chaîne du froid et l'ordre du jour d'une réunion destinée aux directeurs de programmes de la Région européenne.

3.4.2 Autres activités de la Région

- Atelier sur la surveillance des maladies transmissibles, Rome, novembre 1986.
- Séminaire de haut niveau consacré au PEV, au Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques (IMD) et au programme IRA, Moscou, mai 1987.
- Huitième Conférence internationale sur le tétanos, Leningrad, août 1987.

3.4.3 Faits nouveaux dans les pays

La Suède, la Turquie et l'URSS ont signalé des cas de diphtérie; augmentation de l'incidence de la coqueluche en France, en Grèce, au Royaume-Uni et en URSS; les cas de tétanos restent élevés en Espagne, en France, en Grèce, en Pologne, en République fédérale d'Allemagne, au Royaume-Uni, en Turquie, en URSS et en Yougoslavie; les taux de rougeole déclinent en Albanie, Bulgarie, Hongrie, Norvège, aux Pays-Bas, en Pologne, Roumanie, en Suède et Tchécoslovaquie.

Quarante-sept pour cent des Etats Membres ont adressé des rapports à EURO concernant la couverture vaccinale en 1986.

Le Danemark, la France, les Pays-Bas, le Portugal et la Suisse ont introduit le vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole dans le groupe d'âge 12-15 mois.

Le Danemark, le Portugal et la Suisse ont inclus la rougeole, les oreillons et la rubéole dans la liste des maladies à déclaration obligatoire.

Au Royaume-Uni, des directeurs de programmes de vaccination ont été nommés à l'échelon de district.

Des évaluations de la chaîne du froid sont en cours en Grèce, Hongrie, Roumanie et Tchécoslovaquie. La Bulgarie, l'Espagne, le Portugal, le Royaume-Uni et l'URSS sont également d'accord pour participer, tandis que la France, l'Italie et la Yougoslavie se sont montrées intéressées.

La promotion du PEV a été assurée dans les Etats Membres au moyen des contacts personnels lors des réunions, conférences, séminaires et cours. L'appui aux programmes nationaux assurant une information en retour, des conseils techniques, des équipements et

des matériels favoriserait encore cette promotion. En outre, des séances de démonstration consacrées à des histoires réussies et à l'analyse d'échecs pourraient servir à motiver les directeurs de programmes.

3.5 Région de l'Asie du Sud-Est

3.5.1 Couverture vaccinale

Depuis le lancement du PEV dans la Région, on a assisté à une augmentation progressive des taux de couverture vaccinale, quoique la couverture pour la rougeole reste faible. La couverture vaccinale avec 3 doses de DTC est passée à 48 % et avec 3 doses de VPO à 41 % (voir tableau 1). Quatre des pays signalent déjà des taux de couverture dépassant 60 % grâce à ces vaccins.

Il sera nécessaire d'accélérer considérablement les programmes de vaccination pour atteindre l'objectif de la couverture vaccinale universelle en 1990. Les forts taux d'abandon et le nombre élevé de possibilités de vaccination non exploitées des femmes et des enfants dans les centres de santé généraux sont des domaines prioritaires pour l'amélioration de la couverture vaccinale.

TABLEAU 1. NOTIFICATION DE LA COUVERTURE VACCINALE (EN %) CHEZ DES ENFANTS DE MOINS DE 12 MOIS ET CHEZ DES FEMMES ENCEINTES; LES PAYS SONT CLASSES PAR COUVERTURE REALISEE PAR LE DTC 3, DANS LA REGION DE L'ASIE DU SUD-EST, 1986

Pays	Nourrissons				Femmes enceintes
	BGG	DTC 3	VPO 3	Rougeole	Tétanos 2
Mongolie	52	81	86	10	-
Sri Lanka	76	77	77	47	44
Thaïlande	83	62	62	39	45
République populaire démocratique de Corée	53	61	62	44	-
Inde	29	53	45	1	40
Indonésie	67	48	46	47	26
Népal	67	38	34	66	14
Maldives	28	25	25	13	11
Birmanie	32	20	4	3	21
Bhoutan	32	16	16	14	5
Bangladesh	5	5	4	3	5
Région de l'Asie du Sud-Est	35	48	41	12	32

3.5.2 Incidence des maladies

En Mongolie, en République populaire démocratique de Corée, à Sri Lanka et en Thaïlande, une réduction globale de la morbidité de quelques-unes des maladies cibles du PEV a déjà démontré l'impact du programme. Le nombre de cas de diphtérie et de coqueluche qui ont été signalés a baissé au cours de la période 1983-1985, tandis que le nombre de cas de rougeole (pour laquelle la couverture vaccinale reste faible) est demeuré parfaitement stable. On estime qu'avec les taux de couverture actuels, plus de 17 millions d'épisodes de maladies du PEV et près de 300 000 décès sont évités actuellement chaque année (tableau 2).

Six pays de la Région de l'Asie du Sud-Est ont désormais fixé des objectifs pour la réduction des maladies, notamment la rougeole, le tétanos néonatal et la poliomyélite. Avec la réduction sensible du nombre de cas de poliomyélite réalisée en Mongolie, en République populaire démocratique de Corée, à Sri Lanka et en Thaïlande, on en est désormais au stade de pouvoir envisager l'objectif de l'élimination de la polio dans ces pays et finalement dans la Région de l'Asie du Sud-Est.

3.5.3 Surveillance et évaluation

Le PEV dans la Région de l'Asie du Sud-Est a mis au point un système d'information PEV informatisé au niveau des pays qui est désormais disponible pour s'adapter aux systèmes d'information sanitaire nationaux. Ce système, de manipulation fort commode, est compatible avec les systèmes d'information PEV régional et mondial. Depuis la réunion en 1986 du Groupe consultatif mondial du PEV, le Bangladesh, l'Inde, l'Indonésie et la Thaïlande ont procédé à des bilans de leur programme. L'Inde et le Népal ont évalué leur chaîne du froid à l'aide des fiches de contrôle de la chaîne du froid.

TABLEAU 2. ESTIMATIONS DE LA MORBIDITE ET DE LA MORTALITE
(CHIFFRES EN MILLIERS) DUES A DES MALADIES CIBLES DU PEV,
REGION DE L'ASIE DU SUD-EST, 1986

Maladies	Sans vaccination		Niveau actuel de vaccination*			
	Cas prévisibles	Décès prévisibles	Cas prévisibles	Décès prévisibles	Cas évités	Décès évités
Tétanos néonatal	485	388	338	270	147	118
Rougeole	34 931	699	30 949	619	3 982	80
Coqueluche	31 050	155	18 195	91	12 855	64
Diphtérie	388	29	191	14	197	15
Tuberculose de l'enfant	39	35	30	27	9	8
Poliomyélite	194	12	91	5	103	6

* Voir le tableau 1 pour ce qui concerne le niveau actuel de la couverture vaccinale dans la Région de l'Asie du Sud-Est.

Note : pour les hypothèses, voir le document SEA/EPI/MEET.87/17.

3.6 Région du Pacifique occidental

La Région du Pacifique occidental a lancé son PEV en 1976. Le plan d'action ci-après est en cours pour atteindre les buts et objectifs fixés pour 1990 :

- Bilan et développement des plans d'opération, en mettant l'accent sur l'exécution des programmes à l'échelon périphérique et l'inclusion des recommandations OMS relatives aux calendriers de vaccination, la qualité des vaccins produits et utilisés, les systèmes de chaîne du froid, la formation sanitaire et l'éducation pour la santé.
- Développement des compétences en gestion et formation chez les personnels de santé de rang moyen et supérieur responsables de la mise en oeuvre du programme. Une attention spéciale est actuellement accordée au renforcement des animateurs nationaux qui vont continuer à organiser et diriger des cours de formation nationaux.
- Développement et renforcement des activités de surveillance des maladies.
- Diffusion et échange des informations en rapport avec le programme de la Région.
- Appui aux enquêtes sur l'épidémiologie des maladies cibles et à la recherche opérationnelle sur les méthodes permettant d'améliorer la logistique et la distribution des vaccins.
- Approvisionnement en vaccins des pays qui n'ont pas la capacité de les produire chez eux, de même que collaboration avec les autorités nationales pour uniformiser la qualité des vaccins là où cette capacité existe.

Des progrès satisfaisants ont été réalisés par la majorité des pays de la Région. Néanmoins, l'accélération des programmes demeure la priorité des priorités si l'on veut réaliser l'objectif fixé pour 1990. De façon spécifique, l'extension des activités du PEV devra se poursuivre en Chine, au Kampuchea, au Laos, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, aux Philippines et au Viet Nam.

On trouvera ci-après un aperçu des progrès réalisés par le PEV en 1986-1987 dans la Région du Pacifique occidental en rapport avec le programme d'action en cinq points de l'Assemblée mondiale de la Santé.

3.6.1 Promouvoir le PEV dans le contexte des soins de santé primaires (SSP)

Des PEV, en cours d'élaboration à l'échelon national dans le contexte des soins de santé primaires, mettent l'accent sur l'exécution du programme à l'échelon périphérique. Dans les pays où le PEV ne fait pas partie des SSP, son évaluation se fait conjointement avec celle des SSP.

La majorité des cours de formation au PEV menés à l'échelon national comportaient des matériels relatifs à d'autres éléments de soins de santé primaires (lutte contre les maladies diarrhéiques, allaitement maternel, surveillance de la croissance, nutrition, hygiène de l'environnement et surveillance de la maladie).

3.6.2 Investir dans le PEV des ressources humaines adéquates

Plusieurs cours de formation ont été donnés au cours de la période couverte par le présent rapport. Le premier atelier réunissant des directeurs de PEV de la Région du Pacifique occidental s'est tenu en 1986. Depuis lors, des cours de formation ont eu lieu en Chine, dans les Iles Marshall, dans les Iles Salomon, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, aux Philippines, au Vanuatu et au Viet Nam.

3.6.3 Investir dans le PEV les ressources financières adéquates

Un certain nombre d'organismes extérieurs accordent un soutien financier pour les activités des PEV régionaux. Au nombre de ces organismes, on trouve le FISE et le Rotary international entre autres. Les autorités nationales assurent actuellement un financement important en ce qui concerne la main-d'oeuvre. La majorité des pays de la Région continuent d'avoir besoin d'un appui financier extérieur, en raison notamment de la situation économique mondiale actuelle.

3.6.4 Veiller à ce que les programmes soient continuellement évalués et adaptés de manière à assurer une réduction maximale de la morbidité et de la mortalité imputables aux maladies cibles

Neuf enquêtes portant sur la couverture vaccinale ont été conduites dans cinq pays au cours de la période considérée (tableau 3). Le tableau 4 montre la couverture vaccinale.

Des problèmes demeurent avec les taux d'abandon élevés (5 à 25 %) entre les premières et dernières doses des vaccins à doses multiples. Les taux de couverture pour la rougeole se sont améliorés par rapport aux années précédentes, mais restent faibles en général en raison de l'introduction relativement récente de ce vaccin dans certains pays de la Région. La couverture de la rougeole, à Tonga et Samoa, atteignait toutefois près de 90 %.

TABLEAU 3. RÉSULTATS DES ENQUÊTES SUR LA COUVERTURE VACCINALE, RÉGION DU PACIFIQUE OCCIDENTAL, 1987

Vaccins	Valeurs extrêmes des estimations (%)
BCG	61-98
DTC 3	24-93
VPO 3	24-92
Rougeole	19-92
Complètement vaccinés	13-89

Des évaluations de la chaîne du froid ont été effectuées au cours de l'année en Papouasie-Nouvelle-Guinée, à Singapour, au Brunéi Darussalam, à Hong Kong et en Malaisie. Des cours sur la logistique ont été organisés en Chine, à Hong Kong, en Malaisie, aux Philippines et au Viet Nam.

On affine actuellement les systèmes d'information du PEV pour améliorer la notification des maladies cibles. On encourage les programmes à examiner l'intérêt de mettre sur pied des systèmes de surveillance en sentinelle des maladies.

TABEAU 4. REPARTITION DES PAYS EN FONCTION DE LA COUVERTURE VACCINALE,
REGION DU PACIFIQUE OCCIDENTAL, 1985

Vaccins	Niveau de couverture vaccinale			
	0 %-39 %	40 %-59 %	60 %-79 %	80 %-100 %
BCG	Nouvelle-Zélande	Vanuatu Viet Nam	Kiribati Nouvelle-Calédonie Papouasie- Nouvelle-Guinée Philippines Singapour	Iles Cook Fidji Polynésie française Hong Kong Macao Malaisie Tonga Tuvalu Vanuatu Samoa occidental
DTC 3	Kiribati Macao Le territoire sous tutelle des Iles du Pacifique (TTIP) Vanuatu	Malaisie Papouasie- Nouvelle-Guinée Tokelau Viet Nam	Samoa améric. Iles Cook Corée Nouvelle-Zélande Philippines Singapour	Brunéi Guam Hong Kong Tonga Tuvalu Samoa occidental
Polio 3	Kiribati Macao Papouasie- Nouvelle-Guinée Le territoire sous tutelle des Iles du Pacifique (TTIP) Vanuatu	Samoa améric. Fidji Malaisie Philippines	Corée Polynésie française Nouvelle- Calédonie Viet Nam	Brunéi Iles Cook Hong Kong Singapour Tonga Tuvalu Samoa occidental
Rougeole	Kiribati Macao Malaisie Nouvelle- Calédonie Papouasie- Nouvelle-Guinée Vanuatu Viet Nam	Philippines	Fidji Polynésie française Singapour	Iles Cook Guam Corée Tonga Tuvalu Samoa occidental

Des évaluations de programme ont été faites depuis novembre 1986 dans des provinces de Chine, de Papouasie-Nouvelle-Guinée, des Philippines, du Vanuatu et du Viet Nam.

Des études de séroprévalence ont mis en évidence que le portage chronique du virus de l'hépatite B est endémique dans de nombreux pays de la Région, les taux allant de 2,7 à 11 %. La Région a donc pris l'initiative d'intégrer le vaccin contre l'hépatite B dans le PEV. La Chine, Hong Kong, le Japon, la Nouvelle-Zélande, la Nioué, les Samoa américaines, la Nauru ont introduit ce vaccin dans leur calendrier du PEV. Des progrès ont aussi été réalisés dans l'uniformisation des calendriers de vaccination contre l'hépatite B.

4. BILAN DU PEV DANS LA REGION DES AMERIQUES

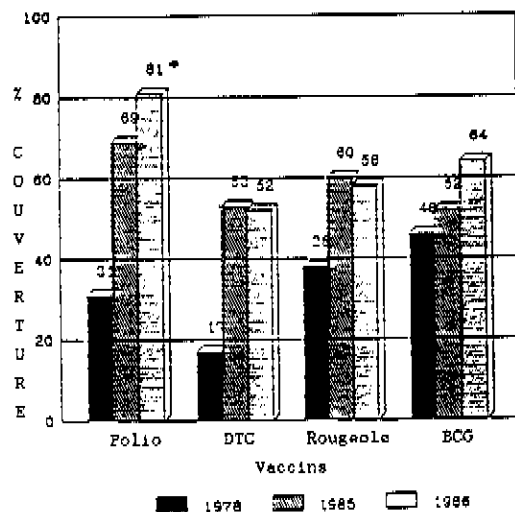
Le PEV continue à faire des progrès dans la réalisation de l'objectif de 1990 visant à assurer la vaccination de tous les enfants de la Région et l'éradication de la transmission indigène du poliovirus sauvage dans l'hémisphère des Amériques.

La coordination entre les organismes soutenant le programme dans les Amériques a permis une implantation souple au niveau des pays de la Région. Les efforts intenses déployés par les pays dans le domaine de la planification et de l'analyse financière du programme ont donné naissance à des plans d'action nationaux pour la période quinquennale 1987-1991 dans chacun d'eux. Ces plans constitueront le cadre de l'exécution du programme et de la coordination interorganismes nécessaire au soutien des programmes nationaux dans les Amériques.

4.1 Couverture vaccinale

Les taux de couverture vaccinale pour la polio, le DTC et le BCG chez les enfants de moins d'un an ont augmenté entre 1985 et 1986. La couverture pour deux doses ou plus de VPO a atteint 80 % (figure 4).

Figure 4. Couverture vaccinale notifiée pour des enfants de moins de 12 mois, Région des Amériques, 1978, 1985 et 1986



Note : La couverture pour le Brésil, Cuba, le Mexique et le Paraguay a été réalisée au moyen de deux doses.

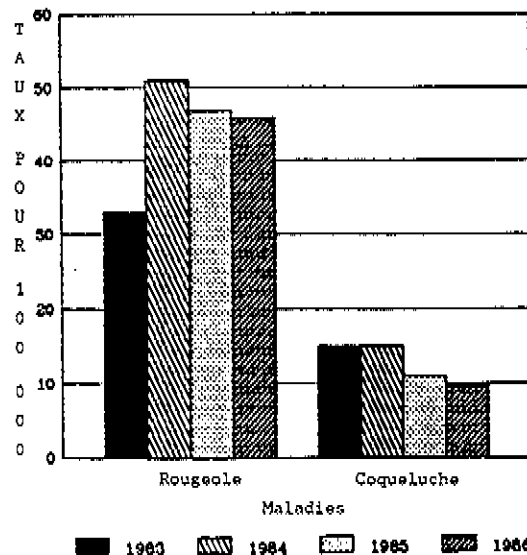
La couverture pour la rougeole montre un recul de 5 %. C'est l'expression d'un taux de couverture plus faible au Brésil et au Mexique, de même que d'une baisse dans la sous-région andine.

Dans l'ensemble, l'accélération du PEV et le recours à des journées nationales de vaccination sont actuellement utilisés par les pays de la Région pour améliorer leur couverture. Mais il reste beaucoup à faire si l'on veut atteindre l'objectif de la vaccination universelle des enfants que l'on s'est fixé.

4.2 Incidence des maladies

Une flambée épidémique de polio survenue au Brésil a changé le cours de la tendance à la baisse de l'incidence de la poliomyélite observée jusqu'en 1985, associée à une augmentation de l'incidence due à une meilleure notification des cas. La baisse de l'incidence pour la rougeole et la coqueluche se poursuit (figure 5), bien que la prudence soit de mise pour l'interprétation des données les concernant, les systèmes de surveillance pour ces maladies n'étant pas aussi bien développés que pour la polio. Néanmoins, on constate, dans toutes les sous-régions de la Région des Amériques, une baisse des cas, ce qui est compatible avec l'augmentation de la couverture vaccinale.

Figure 5. Taux d'incidence de la rougeole et de la coqueluche pour 100 000 habitants, Région des Amériques, 1983-1986



4.3 Journées nationales de vaccination

Treize pays ont mené des campagnes nationales de vaccination : Bolivie, Brésil, Colombie, El Salvador, Equateur, Guatemala, Honduras, Mexique, Nicaragua, Paraguay, Pérou, République dominicaine et Venezuela. Cette stratégie a été recommandée par le Groupe consultatif technique (TAG) du PEV pour la Région des Amériques à l'intention des pays où la polio reste endémique. En outre, en incorporant d'autres antigènes du PEV dans ces campagnes de vaccination, on a amélioré la couverture pour les autres vaccins du PEV, de même que pour le VPO.

4.4 Plans d'action nationaux

L'ensemble des Etats Membres de la Région des Amériques ont élaboré des plans d'action nationaux couvrant la période quinquennale 1987-1991. Ces plans abordent tous les aspects de l'exécution des programmes, en définissant les activités spécifiques pour 1987 et en projetant les besoins pour les années à venir. Dans l'ensemble, le niveau des ressources financières est de l'ordre de US \$450 millions, 85 % de cette somme étant financés par les budgets nationaux et 15 % par les organisations membres du Comité de coordination interorganisations (ICC).

4.5 Formation

Plus de 1500 professionnels de la santé ont reçu une formation en surveillance dans 10 pays. En l'absence de ces personnels formés et disponibles à l'échelon des pays, l'amélioration de la surveillance de la polio n'aurait pas été possible pour la Région. Un guide pratique pour l'éradication de la polio a été largement distribué, la rédaction finale devant paraître très prochainement.

4.6 Laboratoire

Six laboratoires de référence pour le poliovirus ont été désignés en Amérique latine et aux Caraïbes. Ils se trouvent en Argentine, au Brésil, en Colombie, au Guatemala (INCAP), au Mexique et à la Trinité-et-Tobago (CAREC). Le laboratoire de référence central des Centers for Disease Control (Etats-Unis d'Amérique) coordonne les formations dispensées aux personnels de ces institutions en matière de technologie d'exploration de l'ADN.

4.7 Groupe consultatif technique (TAG)

Le Groupe pour le PEV et l'éradication de la polio dans le Bureau régional des Amériques s'est réuni pour la quatrième fois du 20 au 22 avril 1987. Les conclusions et recommandations du Groupe sont résumées ci-après :

- La surveillance de la maladie est manifestement l'élément décisif de la lutte contre la maladie et de son éradication. Elle doit par conséquent recevoir la priorité la plus élevée. Bien que la surveillance s'améliore dans de nombreux pays, elle n'est toujours pas satisfaisante dans aucun pays Membre et est encore absente dans un grand nombre d'entre eux. Les cas de polio "suspectés" qui sont signalés doivent inclure tous les cas de maladie paralytique chez les personnes de moins de 15 ans. Tous les cas présentant le syndrome de Guillain et Barré dans ce groupe d'âge doivent être considérés comme des cas de polio "probables", sauf preuve du contraire. Les définitions et classifications des cas, mises au point par le TAG, doivent être utilisées par tous les pays de la Région des Amériques. Enfin, un registre détaillé de tous les cas "suspects", comportant un classement par cas "confirmés", "probables" et "non poliomyélitiques" (assortis d'explications) à définir dans un temps donné, sera tenu par tous les pays Membres.
- La réalisation et le maintien de taux de couverture vaccinale élevés constituent la clé de l'éradication de la polio. Les journées nationales de vaccination doivent être organisées par tous les pays du Groupe I (infectés par la polio) au moins deux fois l'an. Le DTC, le vaccin antirougeoleux et l'anatoxine tétanique (pour les femmes justiciables de cette vaccination) seront inclus dans ces campagnes en plus du VPO. On ne négligera aucun effort pour s'assurer que de telles journées de vaccination renforcent les services de vaccination en cours. Chaque fois que possible, une dose de VPO sera administrée aussitôt après la naissance. La couverture vaccinale sera évaluée et surveillée dans chaque municipalité (ou son équivalent) de chacun des pays.
- On a fait des progrès dans le développement d'un réseau de laboratoires de référence pour la polio, mais il reste beaucoup à faire pour assurer que les échantillons sont traités et adressés promptement et que les résultats sont fiables.

- Des mesures destinées à juguler la maladie s'imposent sans tarder en ce qui concerne tous les cas "probables" de poliomyélite.
- Les principales priorités en matière de recherche sont les suivantes :
 - Détermination, aussi vite que possible, de la formulation et du calendrier d'administration du VPO les meilleurs dans des conditions propres aux Amériques. La survenue de l'épidémie de type 3 au Brésil, en 1986, et la mise en évidence de taux de séroconversion plus faibles que désiré pour la P3 (et, dans une moindre mesure, pour la P1) justifient cette action.
 - Examen des directives officielles des pays pour les contre-indications. On y associera les efforts visant à garantir l'adoption officielle des directives énoncées par le PEV et approuvées par l'Association des Pédiatres d'Amérique latine.
 - Identification du pourcentage d'enfants, venant dans les centres de santé, qui présentent les conditions requises pour être vaccinés, mais qui ne sont pas vaccinés, ainsi que les raisons invoquées pour refuser la vaccination (possibilités de vaccination non exploitées).
 - Mise au point de techniques permettant d'évaluer l'efficacité et l'efficience des journées nationales de vaccination.
 - Comparaison de l'efficacité du vaccin antirougeoleux Edmonston-Zagreb et de celui préparé à partir de la chorio-allantoïde du poulet, chez les enfants de 6 à 9 mois.
 - Evaluation de l'efficacité d'autres stratégies de vaccination antirougeoleuse (par exemple, stratégie à deux doses, campagnes de masse).
 - Elaboration et utilisation des techniques de détection rapide pour l'identification et la caractérisation des poliovirus.
 - Evaluation de l'impact du tétanos néonatal dans les Amériques.
 - Mise au point de méthodes efficaces de surveillance de la coqueluche.

4.8 Comité de coordination interorganisations (ICC)

Trois déclarations communes ont été faites par l'ICC lors des réunions de janvier et de septembre 1987. La première se rapportait à l'examen concerté de plans d'action nationaux et à la signature conjointe d'accords avec les gouvernements pour leur mise en oeuvre. La seconde portait sur l'exécution d'un plan conjoint de communication sociale visant à soutenir le PEV dans la Région. La déclaration commune finale traitait de la question de la politique et de la stratégie du PEV pour les Amériques. Cette déclaration soulignait les questions relatives à :

- l'impact du PEV sur l'incidence des maladies,
- l'amélioration des systèmes de surveillance,
- l'utilisation des journées nationales de vaccination pour augmenter la couverture vaccinale, et
- la valeur de l'initiative prise au sujet de l'éradication de la polio en tant que porte-étendard pour le développement du PEV dans son ensemble.

La coordination interorganisations est destinée à jouer un rôle toujours plus important dans l'élaboration de programmes de vaccination durables pour la fin de cette décennie et au-delà.

4.9 Transfert des technologies

La Région des Amériques/l'OPS coopèrent avec les pays Membres et les organisations internationales participantes pour maintenir et améliorer les normes relatives à la production des vaccins et à leur approvisionnement dans les Régions.

Afin de faciliter la mise au point de vaccins appropriés pour les maladies jugées importantes dans les Amériques, la Région des Amériques/l'OPS étudient les possibilités de créer des centres régionaux pour la mise au point, l'essai sur le terrain et la production de tels vaccins.

4.10 Communication sociale

Ces dernières années, les Amériques ont été le théâtre d'initiatives prises pour accélérer le PEV dans la Région et les innovations dont on a fait preuve témoignent notamment d'une plus grande attention accordée à la communication et à la mobilisation sociale.

Les objectifs généraux que l'on s'est fixés pour la communication sociale propre à soutenir le PEV sont les suivants :

- éducation de la population sur la prévention des maladies grâce à la vaccination,
- éducation de la population concernant ses droits de bénéficier de services de vaccination et sa responsabilité dans l'exercice de ses droits, et
- participation par tous les secteurs sociaux et mobilisation de ces derniers pour effectuer les vaccinations et prendre les initiatives de surveillance épidémiologique.

Le plan d'action rédigé pour 1987-1988 a été conçu pour promouvoir les initiatives et offrir les matériels d'appui dans le cadre des lignes d'action stratégiques élaborées pour renforcer les activités du PEV en matière de communication sociale. Des réunions sous-régionales se tiendront pour l'évaluation et l'échange de plans d'action à court et moyen terme avec la participation de responsables du PEV et d'experts en communication sociale.

4.11 Plans d'action nationaux ; analyse financière

Afin d'assurer l'utilisation optimale des ressources et d'éviter que des activités identiques ne fassent double emploi, les institutions appuyant l'initiative d'éradication de la polio ont constitué un comité de coordination interorganisations (ICC) dans le dessein de superviser l'exécution du programme à l'échelon régional.

D'autres ressources ayant été dégagées, la question relative à la planification et à l'analyse financière des programmes nationaux est devenue décisive.

Afin de mieux évaluer la durabilité des programmes, une méthodologie de planification des PEV nationaux (mise au point depuis 1981 par l'OPS) a été affinée avec l'apport d'autres organismes de l'ICC.

Les plans nationaux couvrent une période quinquennale (1987-1991). Ils fixent les objectifs et les cibles du programme et décrivent les stratégies et tactiques. Ils fournissent une analyse détaillée des activités à mettre en place, ainsi que le calendrier fixant le délai d'exécution de chaque activité. La tâche pour chacune d'elles est identifiée de même que le coût total, soit l'investissement initial et les dépenses renouvelables. Les coûts sont alors analysés par source de financement. Si la source est un organisme extérieur, on procède également à une nouvelle ventilation. Tout ce qui précède devra être terminé quand s'achèvera cette période quinquennale.

Le plan est d'abord élaboré par les autorités sanitaires nationales, puis fait l'objet d'un débat commun avec les organisations de l'ICC. Une fois que les discussions sont terminées et qu'on est parvenu à un consensus, un protocole d'accord esquissant les responsabilités du gouvernement ainsi que celles des organisations faisant partie de l'ICC est signé entre le gouvernement et les organisations du Comité pour mettre en oeuvre et soutenir le plan.

Des dispositions sont prévues pour la tenue de réunions trimestrielles des organisations de l'ICC et du gouvernement pour contrôler et ajuster le plan. A la fin de chaque année, on procède à son évaluation et l'on établit les grandes lignes d'action pour l'année suivante.

Des plans ont été élaborés pour 19 pays de l'Amérique latine et des Caraïbes. Ces pays abritent 96 % de la population de la région. A ce jour, plus de 340 millions de dollars des Etats-Unis ont été engagés par les gouvernements et 63 millions de dollars par les organisations du Comité pour l'exécution de ces plans.

La proportion des fonds extérieurs varie de 4 % au Brésil à 48 % en Bolivie; près de 75 % de ces apports concernent des dépenses d'équipement, en particulier chaîne du froid, transport, laboratoires de formation et communication sociale. Près de 90 % des dépenses renouvelables sont assurés par un financement national.

L'analyse de ces chiffres par année montre que la plupart des dépenses d'équipement sont nécessaires pendant les deux ou trois premières années et que les dépenses renouvelables représentent la plupart des dépenses nationales. Un très faible pourcentage des ressources nationales est consacré aux dépenses d'équipement.

Ces données donnent à penser que le financement extérieur sera nécessaire au-delà de 1991 à un niveau semblable à celui qui a précédé l'accélération. Une légère augmentation des dépenses nationales se produira à l'achèvement de la période quinquennale, ce qui sera l'indice de l'engagement du gouvernement pour le programme et ce qui témoignera de sa volonté de le prolonger.

Cette analyse sera préliminaire et se poursuivra. Mais elle démontrera l'engagement politique vigoureux manifesté par les gouvernements et les organisations de l'ICC pour réaliser les objectifs du PEV et l'éradication de la polio dans cet hémisphère d'ici à 1990.

5. ERADICATION DE LA POLIOMYELITE

5.1 La poliomyélite dans les Amériques

Depuis septembre 1985, date à laquelle tous les pays de la Région des Amériques s'étaient engagés à éradiquer la poliomyélite d'ici à 1990, l'accent principal a été mis sur l'amélioration des activités de surveillance et la recherche active des cas. Ces efforts se reflètent dans l'augmentation de la notification des cas et dans le taux global de morbidité de la polio pour la Région.

A la fin de l'année 1986, 13 pays avaient signalé 931 cas de poliomyélite contre 869 et 536 cas notifiés en 1985 et 1986 par 13 et 15 pays respectivement.

En 1987, jusqu'à la 42^e semaine, 12 pays avaient signalé 708 cas, tandis que pour la même période de 1986, 835 cas avaient été notifiés par 11 pays. Cette diminution de la notification des cas est attribuée à une baisse importante de l'activité de la poliomyélite au Brésil même si tous les pays de la Région notifient plus de cas que l'année précédente (à l'exception du Guatemala et de Haïti).

Pour 1986, on a obtenu des informations sur l'âge des cas pour 890 des 931 cas confirmés et elles montrent que 79 % des cas concernaient des enfants âgés de moins de cinq ans. On a pu connaître l'état vaccinal de 70 % des cas. Dans la Région, 61 % des cas avaient reçu moins de trois doses de VPO. Quand on exclut les données concernant le Brésil, ce taux passe à 72 %. Au Brésil, 46 % des cas avaient reçu trois doses de VPO ou plus.

Pour 1987, tous les pays ont fourni des données sur l'isolement du virus. Les entérovirus ont été isolés dans 90 (27 %) des 336 échantillons de selles pour lesquels on dispose de résultats définitifs : 48 % concernaient le type 1, 8 % le type 2, 40 % le poliovirus type 3, 2 % le poliovirus vaccinal et 2 % d'autres entérovirus. Si l'on écarte les données concernant le Brésil (où le poliovirus type 3 était isolé dans 54 % des échantillons), la répartition des trois poliovirus était respectivement de 69 %, 2 % et 29 %.

Au cours de 1986, 931 des 1552 cas des cas "probables" et "suspectés" notifiés ont été confirmés comme cas de poliomyélite. Seuls deux pays, le Honduras et le Venezuela, avaient moins de 50 % de cas confirmés parmi leurs cas notifiés, une indication que la définition de cas pour les cas de polio suspectés probables est raisonnablement spécifique.

Des données sur la source de notification étaient disponibles pour le Brésil et le Mexique. La notification de routine ne rendait compte que d'un tiers des cas notifiés par le Mexique, contre 80 % par le Brésil.

Etant donné que les systèmes de surveillance sont encore en cours d'élaboration, l'intervalle entre l'apparition des symptômes de la poliomyélite et la notification du cas reste supérieur au maximum de deux semaines fixé comme indicateur de l'efficacité de la notification. En 1987, la proportion des cas notifiés dans les deux semaines après l'apparition des symptômes allait de 38 % en Colombie à 60 % au Pérou.

L'élément clé d'un programme d'éradication est l'organisation des mesures d'isolement. A ce jour, elles n'ont pas été prises à temps dans la majorité des pays. Ils ne sont généralement pas parvenus à stopper la circulation du poliovirus sauvage. La plupart des cas sont confirmés par la présence d'une paralysie résiduelle 60 jours après l'apparition des symptômes. De manière générale, tous les cas notifiés sont suivis pour la vérification de la paralysie résiduelle, mais les délais de confirmation sont fréquents. Au Pérou, où 100 % des cas signalés ont été suivis en 1986, le temps moyen séparant l'installation de la maladie et sa confirmation était de quatre mois. La maladie la plus souvent confondue avec la poliomyélite est le syndrome de Guillain et Barré. Ce diagnostic représente au moins 1/5 des cas de poliomyélite non confirmés chez des enfants de moins de cinq ans.

On a institué des systèmes de surveillance dans la Région des Amériques pour répondre aux besoins du programme, à savoir la détection précoce des cas suspects et la riposte immédiate pour juguler la flambée épidémique. Il reste pourtant beaucoup à faire si l'on veut atteindre les objectifs du programme que l'on s'est fixés pour 1990. Ce n'est que récemment que la majorité des personnels de terrain supplémentaires qui coopéreront aux échelons régional, interpays et national ont été désignés. En outre, on en est à la phase finale de l'établissement du réseau de laboratoires. La formation à la surveillance est actuellement intensifiée pour 1987. On espère que le programme sera bien lancé au début de 1988 au plus tard, date à laquelle on pourra ajuster et accélérer les stratégies et les activités selon les besoins.

5.2 Etudes des vaccins antipoliomyélitiques en Gambie et au Sénégal

La survenue d'une épidémie de poliomyélite de type 1 en Afrique de l'Ouest en 1986 a donné l'occasion d'étudier l'efficacité sur le terrain du vaccin polio oral (VPO) en Gambie et du vaccin polio inactivé à fortes doses (VPI) au Sénégal.

On a eu recours à des études cas-témoins pour estimer l'activité du vaccin dans une flambée épidémique de poliomyélite de type 1 en Gambie, où le VPO est utilisé, et dans la région de Kolda au Sénégal, où l'on utilise le vaccin VPI plus récent et plus efficace. Les enquêtes différaient quant aux critères utilisés pour choisir les cas et à d'autres aspects méthodologiques. En Gambie de nombreux cas ont été diagnostiqués au stade précoce de la maladie, plusieurs d'entre eux ont guéri ultérieurement sans paralysie résiduelle ou sont décédés. Les diagnostics faits sur le terrain ont été confirmés par trois médecins régionaux

et/ou du personnel hospitalier de Banjul. Au Sénégal, on a retenu les seuls cas qui présentaient une paralysie résiduelle après au moins 60 jours et chez lesquels le diagnostic avait été confirmé par un neurologue et un spécialiste des maladies infectieuses. Ces spécialistes ignoraient l'état vaccinal des cas au moment de l'examen clinique.

En Gambie, l'efficacité de trois doses ou plus de VPO contre zéro dose a été estimée à 79 % (intervalle de confiance à 95 %, 63 % à 88 %). L'efficacité clinique était identique à une récente enquête sérologique en Gambie mettant en évidence un taux de séroconversion de 81 % pour le type 1 consécutif à l'administration de trois doses de VPO trivalent. Au Sénégal, l'efficacité de deux doses de VPI contre zéro dose a été estimée à 89 % (intervalle de confiance à 95 %, 62 % à 97 %). Cette estimation est également identique aux taux de séroconversion après deux doses signalés précédemment au Sénégal.

Les différences des méthodes utilisées dans les deux enquêtes limitent la fiabilité des comparaisons faites entre les résultats. Toutefois, le chevauchement des intervalles de confiance des estimations de l'efficacité des vaccins donne à penser que trois doses ou plus de VPO peuvent avoir une efficacité comparable à deux doses de VPI.

L'efficacité clinique d'une dose de VPI contre zéro dose était de 36 % (intervalle de confiance à 95 %, 0 % à 67 %).

6. RECHERCHE ET DEVELOPPEMENT

En juillet 1987, reconnaissant la nécessité d'intensifier les efforts de recherche et de développement pour le programme, un groupe de recherche et de développement du PEV était constitué sous la présidence du Dr William Foegen. Son mandat figure à l'annexe 5.

Le Groupe a tenu sa première réunion à Atlanta, Géorgie, du 22 au 23 septembre 1987. Les études relatives aux domaines suivants ont été retenues comme prioritaires :

- SIDA et vaccination;
- amélioration des vaccins (y compris vecteurs de vaccins, stabilité des vaccins, vaccins anticoquelucheux acellulaires, vaccins antirougeoleux et stratégies de vaccination contre la rougeole pour protéger les enfants âgés de moins de neuf mois, et nouveaux vaccins à inclure dans le PEV en raison de leur potentiel);
- éradication de la poliomyélite;
- obstacles aux programmes de vaccination et méthodes pour améliorer les taux de couverture;
- surveillance;
- coordination des recherches en cours;
- amélioration des méthodes de gestion; et
- utilisation du PEV pour la prestation d'autres services.

Les rapports issus des réunions du Groupe seront distribués aux membres du Groupe consultatif mondial du PEV, ainsi qu'aux autres parties intéressées. La Fondation Rockefeller et le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) ont versé quelque US \$600 000 au PEV en 1987 pour la recherche et le développement dans le domaine de la vaccinologie appliquée. Les deux organisations prévoient la possibilité de prolonger leur soutien dans les années à venir.

7. INFECTION PAR LE VIH ET VACCINATION SYSTEMATIQUE DES ENFANTS

Le Groupe a passé en revue le rapport "Consultation OMS sur le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et la vaccination systématique des enfants", issu de

l'atelier qui s'est tenu à Genève les 12 et 13 août 1987. La reconnaissance de l'infection par le VIH pose un certain nombre de questions dans le domaine de la vaccination, et la recherche visant à les résoudre est déjà largement en cours. L'annexe 6 contient la déclaration conjointe faite en août 1987 sur ce sujet, laquelle a été approuvée par le Groupe consultatif mondial du PEV.

8. LUTTE CONTRE LA ROUGEOLE

On estime que 70 millions de cas de rougeole se produisent chaque année dans les pays en développement, provoquant quelque 2 millions de décès. Alors même que ces chiffres reposent sur des données épidémiologiques solides, de récentes études laissent à penser que le nombre de décès imputables à la rougeole pourrait être plus important que ce que l'on avait supposé.

La rougeole a un impact sensible, non seulement sur la santé des enfants à la phase aiguë de la maladie, mais aussi pendant quelque temps après. Des études portant sur l'effet tardif de l'impact de la morbidité après l'infection par la rougeole suggèrent qu'il existe chez les enfants qui en ont été atteints une incidence bien plus grande de diarrhées, de problèmes respiratoires et, dans de nombreux cas, une durée de la maladie plus longue que chez les témoins. La vaccination antirougeoleuse est donc susceptible de réduire la mortalité selon un chiffre de grandeur supérieur à celui des décès normalement attribués à la rougeole.

Des études récentes au Bangladesh, à Haïti, en Inde, au Sénégal et au Zaïre étayent ce constat. De façon caractéristique, la mortalité a été réduite de 45 à 60 % dans le groupe des enfants vaccinés par rapport aux trois groupes témoins se composant d'enfants âgés de sept à 35 mois.

Le moment choisi pour s'attaquer à la rougeole est important. En Guinée-Bissau, chez des enfants exposés à l'infection rougeoleuse au cours de leurs six premiers mois de vie, la mortalité était de trois à quatre fois plus forte que chez les sujets témoins âgés de trois mois à cinq ans vivant dans la même communauté.

La discussion a porté sur le moment le plus opportun pour vacciner. Dans de nombreux pays, un nombre important de cas se produisent chez des enfants âgés de moins de neuf mois. Il est nécessaire d'explorer d'autres possibilités d'utilisation de la souche de vaccin Schwarz servant actuellement. Une de ces options pourrait être un calendrier de vaccination à deux doses dans les régions où la transmission de la rougeole est élevée, la première dose administrée probablement à six ou sept mois et la seconde à neuf mois peut-être. La souche vaccinale Edmonston-Zagreb sera une autre solution possible si les enquêtes confirment l'efficacité de son utilisation chez des enfants âgés de moins de neuf mois.

Les liens entre la carence en vitamine A et l'infection par la rougeole sont complexes. La mortalité, les maladies oculaires et les niveaux de nutrition en témoignent principalement. Là où l'avitaminose A constitue un problème de santé publique, il est judicieux de procéder à des apports complémentaires de vitamine A - naturellement contenue dans les aliments - en association avec les vaccins du PEV.

9. LUTTE CONTRE LE TETANOS NEONATAL

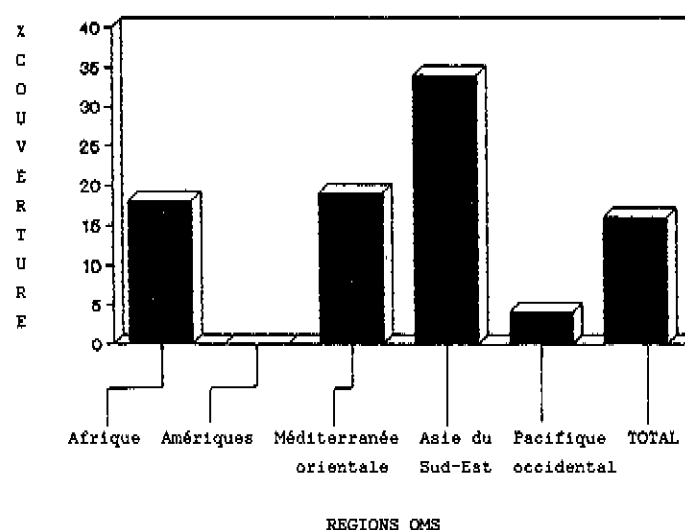
En 1987, le tétanos néonatal demeurait, après la rougeole, la deuxième cause de décès infantile parmi les maladies du PEV. Aux niveaux actuels de couverture vaccinale, 800 000 nouveau-nés décèdent encore chaque année du tétanos néonatal et 200 000 décès seulement sont évités pour le moment.

Des enquêtes sur la mortalité par tétanos néonatal, centrées sur la communauté, ont été menées dans 32 pays qui abritent 58 % de tous les nourrissons du monde en développement, à l'exclusion de la Chine, mais les données des enquêtes conduites dans certains des pays les plus peuplés font encore défaut.

La notification systématique du tétanos néonatal a progressé dans toutes les Régions : 21 % des pays de la Région africaine notifient contre 64 % dans la Région de l'Asie du Sud-Est. Néanmoins, de nombreux pays ne notifient toujours pas le tétanos du nouveau-né.

La couverture vaccinale des femmes enceintes au moyen de deux doses d'anatoxine tétanique est inférieure à 20 % dans le monde en développement, Chine exclue. Cette faible couverture touche toutes les Régions (figure 6). Le pourcentage estimé de femmes enceintes vaccinées au moyen de deux doses d'anatoxine tétanique présente de fortes variations allant de 2 à 4 % dans la Région des Amériques et du Pacifique occidental à un maximum de 34 % dans la Région de l'Asie du Sud-Est.

Figure 6. Pourcentage des femmes enceintes vaccinées au moyen de deux doses d'anatoxine tétanique, par Région, décembre 1987



En 1987, la couverture vaccinale par le vaccin antitétanique demeurait inférieure à la moitié de la couverture obtenue avec la troisième dose de DTC ou du vaccin antipoliomyélitique (tableau 5).

TABLEAU 5. EVOLUTION DE LA COUVERTURE VACCINALE DES NOURRISSONS ET DES FEMMES ENCEINTES, 1984-DECEMBRE 1987

Années	Nourrissons				Femmes enceintes
	BCG	DTC 3	Polio 3	Rougeole	Tétanos 2
1983	27	28	22	13	11
1984	50	46	47	38	11
1985	47	46	48	42	12
1986	52	52	54	43	16

Toutefois, le Sri Lanka et la ville de Maputo (Mozambique) attestent, chiffres à l'appui, des progrès réalisés dans la lutte contre le tétanos néonatal en rapport avec la couverture antitétanique élevée des femmes enceintes.

On a passé en revue les données concernant la lutte contre le tétanos néonatal lors de la 8^e Conférence internationale sur le tétanos qui s'est tenue à Leningrad. Les conclusions étaient les suivantes : "La lutte contre le tétanos néonatal constitue une mesure d'urgence et il est impératif d'accélérer les efforts visant à vacciner les femmes à risque". Si 50 % des enfants du monde peuvent recevoir la 3^e dose de DTC, on ne voit pas pourquoi les mères de ces enfants ne pourraient pas recevoir au moins deux doses d'anatoxine tétanique.

10. POSSIBILITES DE VACCINATION NON EXPLOITEES

Des informations de caractère anecdotique ont laissé entendre pendant un certain temps que l'on manquait souvent l'occasion de mettre à jour les vaccinations des enfants partiellement vaccinés quand ils se présentaient dans les centres de soins de santé pour d'autres raisons que la vaccination. Pour résoudre ce problème, le PEV a pris l'initiative d'incorporer un questionnaire sur les "raisons expliquant l'échec de la vaccination" dans les enquêtes portant sur la couverture vaccinale. Une analyse de 18 de ces enquêtes réalisées à l'échelon mondial au cours des sept dernières années révèle que les répondants au questionnaire attribuent en grande partie à un certain nombre de raisons le non-respect du calendrier des vaccinations prévu (tableau 6).

Dans de nombreux pays, les services curatifs et préventifs sont distincts, de sorte que les vaccinations sont réalisées seulement pendant des heures bien précises, certains jours, voire dans des établissements séparés des autres dispensaires. Un certain nombre d'études ont essayé de mesurer l'importance de ce problème (tableau 7). Du point de vue méthodologique, on a abordé la question sous l'angle, soit de l'entretien avec les mères à leur sortie du dispensaire avec leur enfant ("entretien à la sortie"), soit de l'examen rétrospectif des dossiers du dispensaire.

TABLEAU 6. POSSIBILITES DE VACCINATION NON EXPLOITEES; RESUME DES PRINCIPALES RAISONS FOURNIES SPONTANEMENT PAR LES MERES LORS DE 18 ENQUETES SUR LA COUVERTURE VACCINALE

<u>PROBLEMES OPERATIONNELS ET LOGISTIQUES</u> :	24 %
Heure ne convient pas/centre trop loin	14 %
Manque de vaccinateurs/d'autres personnels	5 %
Pénurie de vaccins/d'autres fournitures	5 %
<u>MANQUE D'INFORMATION CONCERNANT</u> :	
Les bienfaits du programme	12 %
Les lieux et dates de la vaccination	6 %
Le nombre total de vaccinations nécessaires	5 %
<u>ENFANTS MALADES</u> :	11 %
Les mères se sont abstenues de les amener au dispensaire	2 %
Ils n'ont donc pas reçu la dose prévue	1 %
Non précisé	8 %
<u>MANQUE DE MOTIVATION DE LA PART DE CEUX QUI AMENENT LES ENFANTS A LA VACCINATION (PERE/MERE, FRERE/SOEUR, PROCHES, ETC.)</u> :	5 %
<u>GRAINTE D'EFFETS INDESIRABLES</u> :	4 %
	—
	<u>TOTAL</u> : 67 %

TABLEAU 7. RESUME DES ETUDES SUR LES POSSIBILITES DE VACCINATION
NON EXPLOITEES

Pays	Années	Nombre d'enfants	Type de l'étude	Possibilités non exploitées (en %)
Cameroun	1982	212	Enquête	22
Inde	1983	446	Etude du dossier	86
Pakistan	1984	4 429	Entretien à la sortie	90
Népal	1985	80	Enquête	63
Bhoutan	1985	113	Etude du dossier	79
Indonésie	1986	104	Entretien à la sortie	74
Etats-Unis d'Amérique	1986	18	Investigation des cas	94
Turquie	1987	132	Entretien à la sortie	61
Thaïlande	1987	63	Entretien à la sortie	56

L'utilisation des dispensaires offrant des soins curatifs comme centres de vaccination permettrait d'atteindre une population qui utilise médiocrement les services de soins préventifs. Le simple contrôle avec les parents de l'état vaccinal de leurs enfants devrait pouvoir les sensibiliser davantage à l'importance de la vaccination. L'intérêt de vaccinations offertes dans des centres dispensant des soins non préventifs, mais prenant en charge les maladies aiguës, est bien illustré dans une étude réalisée en 1980 en Zambie où la majorité déjà des dispensaires de santé maternelle et infantile offraient des soins curatifs et préventifs intégrés. Sur le nombre d'enfants vaccinés contre la rougeole, 76 % avaient reçu le vaccin au cours d'une visite pour le traitement d'une maladie aiguë et non pas à l'occasion de soins dispensés aux enfants pour des raisons autres qu'une affection aiguë. Parmi les enfants non encore vaccinés, répondant aux conditions requises, la raison la plus fréquente de non-vaccination (38 %) était que le dispensaire dans lequel ils s'étaient rendus n'assurait pas les vaccinations dans le cadre des consultations pour le traitement de maladies aiguës.

Il existe de nombreuses raisons expliquant la non-exploitation des possibilités de vaccination d'enfants répondant aux conditions requises. Un grand nombre, cependant, sont susceptibles d'être facilement corrigées. C'est ce qui a conduit le PEV à élaborer, en 1983, un protocole intitulé "Etude de l'état vaccinal et des raisons justifiant le report des vaccinations" dans le dessein d'inciter l'évaluation de la couverture vaccinale aussi bien que les possibilités de vaccination gâchées. Le protocole, mis à jour et révisé depuis, s'intitule désormais : "Protocole pour l'évaluation des possibilités de vaccination non exploitées". Ce nouveau protocole a été essayé sur le terrain et sa rédaction définitive est actuellement en cours.

Dans les pays où l'on constate que les possibilités de vaccination non exploitées sont fréquentes, on espère que les autorités nationales seront encouragées à revoir leurs stratégies visant à résoudre ce problème. Cette attitude peut revêtir une importance particulière dans les régions où l'accès aux services de santé est limité car, dans de telles circonstances, les possibilités de vaccination non exploitées peuvent se traduire par un nombre important de décès et d'incapacités infantiles qui auraient pu être évités.

11. RESEAU DE SURVEILLANCE LOCALE

Le système de surveillance systématique des maladies du PEV n'est pas suffisamment sensible pour témoigner de l'impact du PEV sur l'incidence des maladies cibles. On a donc lancé le projet de réseau de surveillance locale (LAM) qui est un système de surveillance en sentinelle recueillant les données de 25 grandes villes dans les 25 pays les plus peuplés.

L'impossibilité de disposer de données de qualité dans les sites en sentinelle choisis à l'origine a entravé les progrès escomptés avec le LAM. Par conséquent, il n'a pas été possible d'analyser les données recueillies sans qu'il y ait d'importantes marges d'erreurs, par exemple en raison de la nécessité d'utiliser des données concernant les cas et la population totalisés pour l'ensemble des âges là où les données par âge faisaient défaut. Néanmoins, les informations provenant de six villes en sentinelle - une ville choisie dans chaque Région OMS, connue pour avoir les meilleures données - montrent une tendance encourageante de l'incidence des maladies choisies à mesure que les programmes de vaccination parviennent à maturité. Toutefois, la collecte de données de bonne qualité sur la période souhaitée n'a été possible que dans huit des 25 villes choisies en sentinelle dans le cadre du projet LAM.

12. ACCELERATION DES PROGRAMMES DE VACCINATION

Au cours des trois années écoulées, quelque 60 pays se sont engagés dans l'accélération de leur programme de vaccination pour atteindre l'objectif de la vaccination universelle des enfants d'ici à 1990. On a procédé à un examen de l'accélération dans 22 pays devant servir à jalonner l'évaluation actuelle de ces accélérations.

Bien que les accélérations précoces étaient principalement des campagnes nationales, l'examen a montré que les stratégies d'accélération comportaient toute une gamme d'approches : rythmes périodiques (c'est-à-dire journées ou semaines de vaccination), extension géographique par étape d'une région à une autre et intensification des programmes systématiques, mais aussi de campagnes nationales de grande envergure comportant des antigènes multiples. De nombreux pays ont utilisé plusieurs approches.

Les résultats obtenus dans les 22 pays reflètent les points forts et les faiblesses de l'accélération des programmes et, comme on pouvait s'y attendre, sont apparus les problèmes spécifiques et courants auxquels sont confrontés les pays dans le domaine de la gestion et de l'exécution. De promptes mesures ont conduit à l'élaboration de plans d'accélération réussis dans un certain nombre de pays, mais dans d'autres, une planification conçue en un temps trop court et un processus de planification insuffisant ont entraîné d'importantes défaillances logistiques, notamment pénurie de vaccins, défaillance de la chaîne du froid, omission de groupes importants et négligence d'aspects techniques importants tels que des méthodes de stérilisation appropriées. Au moment de l'accélération, on a rarement instauré une planification pour des programmes à long terme. La formation à l'accélération a normalement été assurée par l'intermédiaire de séminaires courts et intensifs. Toutefois, la formation dispensée révélait des lacunes considérables dans de nombreux programmes accélérés.

Des dispositions touchant à l'organisation, y compris les comités de coordination intersectoriels, ont généralement permis de recueillir les contributions de nombreux groupes, mais leur fonctionnement n'a pas été uniformément harmonieux et ils ont été souvent rapidement dispersés après l'accélération. Quand la pleine participation du ministère de la santé et son engagement dans l'accélération faisaient défaut, diverses difficultés surgissaient, notamment des rivalités interministérielles et un suivi écourté. L'apport de la mobilisation sociale et de l'engagement politique sans défaillance pour le plein succès de l'accélération ont été manifestes dans la majorité des pays.

Les accélérations ont permis d'augmenter considérablement la couverture réalisée avec chacun des antigènes recommandés par le PEV. Le pourcentage de ces augmentations était de l'ordre de 20 à 40 points. Toutefois, l'examen des documents a fait ressortir les nombreuses

limites des données de couverture telles que l'imprécision des informations concernant le dénominateur, le manque de cohérence des définitions, les variations des méthodes d'échantillonnage, l'absence de données de base, de sorte qu'il est nécessaire d'interpréter avec prudence les informations relatives à la couverture. La couverture postaccélération a généralement baissé, sans retomber au niveau précédant l'accélération.

Près de la moitié des vaccinations ont été données à des enfants ayant plus d'un an. Les accélérations n'ont pas apporté de solution significative au problème des taux d'abandon entre les doses de vaccin. En outre, l'administration de l'anatoxine tétanique a souvent été omise au cours des accélérations. On a constaté de fortes variations dans la couverture régionale, de même qu'une augmentation de la couverture plus limitée en zone urbaine.

Les coûts vaccinaux signalés ont présenté d'importantes variations, ce qui reflète les grandes différences entre les méthodologies appliquées à l'étude des coûts, de même que les variations dans les résultats obtenus dans les divers sites.

L'examen de l'expérience en matière d'accélération suggère la nécessité de veiller aux questions relatives à la poursuite de l'élan. De nombreux indices militent en faveur des effets de l'accélération sur le renforcement de la capacité du système de santé à maintenir des niveaux élevés de couverture vaccinale. Au nombre des facteurs positifs, nous trouvons l'élaboration de plans détaillés, l'amélioration de la chaîne du froid, l'augmentation de la surveillance, des compétences techniques plus vastes et une meilleure compréhension des besoins en vaccination. L'engagement des responsables politiques et des donateurs et l'utilisation de nouvelles techniques de communication sont les autres points forts qui ont été observés. Toutefois, les ressources ont été parfois prélevées sur d'autres programmes, les vaccinations de routine ont été négligées après l'accélération, le matériel a été retiré et le personnel découragé par la déception qui a suivi l'accélération. Les fortes dotations de ressources par les donateurs et le fait que ces derniers ont parfois assumé des tâches opérationnelles nourrissent l'idée que les accélérations devraient s'inscrire dans le cadre d'une initiative internationale.

Dans de nombreux pays, les accélérations ont stimulé un certain nombre d'autres initiatives en matière de soins de santé primaires, mais il est encore trop tôt pour évaluer les retombées sur le système de soins de santé primaires.

Un certain nombre de recommandations pour les futures accélérations se sont dégagées :

- Les approches accélérées doivent être incorporées en tant qu'élément permanent des programmes de vaccination nationaux ayant pour rôle de renforcer les services de routine :
 - encourager à envisager systématiquement les approches accélérées dans la planification en cours, à court et long terme, au niveau du pays;
 - étendre la formation des vaccinateurs nationaux, surtout aux techniques de mobilisation sociale.
- Les donateurs et les gouvernements doivent tirer de l'expérience acquise les enseignements grâce auxquels les accélérations futures seront entreprises avec le maximum d'efficacité :
 - choisir les stratégies d'accélération les mieux adaptées aux différents pays et Régions,
 - assurer un processus de planification et un cadre chronologique adéquats qui incluent toutes les parties concernées et qui permettent un accès satisfaisant aux informations utiles,
 - prendre des dispositions réalistes en matière de personnel et de logistique qui évitent de perturber les autres programmes nationaux et internationaux en cours,

- insister sur la formation et la supervision en accordant une attention spéciale aux techniques de vaccination, à la stérilisation du matériel, à la tenue des dossiers, à la communication avec les parents et à la gestion de la chaîne du froid,
- simplifier et uniformiser les méthodes de collecte des données et des dossiers utilisées pendant l'accélération en vue d'améliorer la surveillance et l'évaluation,
- appliquer les techniques de mobilisation sociale les plus variées pour obtenir la participation des divers secteurs et l'engagement massif de la communauté.
- Lors de l'accélération, il ne faut pas perdre de vue la nécessité de maintenir les résultats obtenus en matière de couverture vaccinale :
 - utiliser l'infrastructure en place et les mécanismes de prestation des services existants et maintenir, dans la mesure du possible, les messages et routines types,
 - souligner sans relâche la qualité du service de vaccination au cours de l'accélération, en assurant notamment l'administration correcte des vaccins, la communication des informations aux parents et un suivi propre à ramener les abandons à un minimum,
 - tirer parti de l'énergie et de l'enthousiasme suscités par l'accélération et oeuvrer pour les canaliser et les diriger vers les activités de vaccination en cours et les autres initiatives concernant la survie des enfants ou les soins de santé primaires (SSP),
 - veiller, autant qu'il est possible, que les ressources se situent à un niveau abordable en accordant une attention particulière au fardeau que constituent les dépenses renouvelables pour les divers pays.
- La communauté internationale doit maintenir son engagement en vue de réaliser les objectifs de la vaccination en choisissant des stratégies et des financements qui soutiennent au mieux les efforts nationaux.
- Il faudra procéder à d'autres essais et évaluations pour identifier les combinaisons optimales d'éléments de programmes dans divers contextes et pour élucider les facteurs positifs et négatifs.

13. MOBILISATION SOCIALE

Une mobilisation sociale efficace repose largement sur la communication : la communication parmi les agents de santé et les organismes partenaires et autres oeuvrant pour le PEV, et la communication aux parents des messages relatant les bienfaits de la vaccination. On saisira les occasions d'assurer une communication plus efficace dans ces deux domaines.

Le FISE a réalisé un film d'animation conçu pour informer les parents sur les bienfaits de la vaccination de leurs enfants. C'est le premier d'une série proposée de 20 films d'animation (d'une longueur de 5 min chacun) destinés à traiter différents sujets concernant les bonnes pratiques sanitaires. Cette série est élaborée pour une télédiffusion fréquente dans les pays en développement. Le film initial, qui a fait l'objet de recherches au Kenya, en Equateur et en Indonésie, est actuellement essayé sur le terrain. L'étape suivante sera la production de messages, sous réserve d'obtenir le financement du projet. Simultanément, une brochure contenant les "messages sanitaires de base", provisoirement intitulée "Facts for Life", doit être élaborée pour la distribution de masse en vue de compléter la série télédiffusée.

L'examen et le résumé des questions relatives à "l'information, l'éducation et la communication" soulignent la nécessité :

- d'une meilleure coordination parmi les partenaires prêtant leur concours aux programmes du PEV,
- de l'identification des rôles spécifiques, dévolus aux organisations, et
- d'efforts plus importants pour évaluer l'efficacité des initiatives en matière de communication.

Ces questions et d'autres, esquissées dans une déclaration conjointe OMS/FISE sur les politiques et stratégies (JC26/UNICEF/WHO/87.5), doivent faire l'objet de discussions lors de réunions sous-régionales, à l'occasion desquelles on insistera :

- sur la politique à suivre,
- sur la mobilisation sociale,
- sur la formation, et
- sur l'évaluation.

Les réunions de ce type peuvent renforcer la recherche et le développement, définir les buts et objectifs et établir une alliance durable entre les organismes partenaires œuvrant à la mobilisation sociale.

Les principes visant à obtenir la coopération des organisations bénévoles, des associations commerciales et professionnelles et d'autres groupes du secteur privé sont les suivants :

- déterminer comment l'objectif du groupe, en particulier son objectif de "service à la société", peut servir la cause de la survie des enfants,
- aider l'organisation à identifier un rôle spécifique complémentaire au PEV,
- éduquer le groupe au moyen d'exposés et de publications ciblées, et
- maintenir l'intérêt des groupes n'appartenant pas au secteur sanitaire, en faisant participer leurs membres et en veillant à ce qu'ils ne soient pas exclus.

Les principes généraux dont on s'inspirera pour une communication efficace et qui sont fondés sur les pratiques en vigueur dans la publicité et les techniques commerciales serviront également à sensibiliser les consciences aux bienfaits de la vaccination. La santé a besoin des conseils éclairés d'experts en publicité et techniques commerciales pour la méthodologie applicable à la recherche, à la conception, à la production et à la diffusion des messages conçus pour inciter les parents à faire donner à leurs enfants toutes les vaccinations prévues par le calendrier.

14. VACCINATION CONTRE L'HEPATITE B

Le vaccin contre l'hépatite B dérivé du plasma a désormais fait ses preuves comme moyen sûr et fort efficace de prévenir l'apparition d'un contage chronique et vraisemblablement ses séquelles : hépatite chronique, cirrhose et hépatocarcinome. A ce jour, le principal obstacle à l'inclusion de ce vaccin dans les programmes de vaccination est son coût élevé. Toutefois, depuis le milieu de l'année 1987, deux fabricants fournissent le vaccin à un coût inférieur à un dollar des Etats-Unis par dose. On espère que l'emploi généralisé de ce vaccin abaissera encore son prix. Même si ce prix se rapproche d'un niveau qui, par rapport au passé, devient tolérable, le coût de ce vaccin reste néanmoins bien plus élevé que celui des autres vaccins utilisés dans le PEV.

Les études portant sur ce vaccin ont constamment démontré qu'il était sûr, efficace et exempt d'effets secondaires graves. Des réactions locales mineures et une fièvre légère en rapport avec l'adjuvant se produisent chez 5 % des receveurs environ, mais des effets secondaires graves n'ont pas été signalés. Ce vaccin est thermostable (mais ne doit pas être congelé) et il peut être manipulé de la même façon que le vaccin DTC. La posologie varie légèrement selon les fabricants, mais généralement elle est de 5 ou 10 µg par dose pour les nourrissons et les enfants. Il faut respecter la posologie recommandée par le fabricant.

On injecte le vaccin par voie intramusculaire, dans la partie antérolatérale de la cuisse du nourrisson et dans le muscle deltoïde chez les sujets plus âgés. Il peut être administré en même temps que les autres antigènes du PEV. Trois doses seront données au cours de la première année de vie (la première aussitôt que possible après la naissance, la deuxième quatre à douze semaines plus tard et la troisième 2 à 12 mois après la deuxième dose) de manière à pouvoir l'administrer avantageusement en même temps que les autres antigènes du PEV. Le coût du HBIG (vaccin préparé à partir d'immunoglobulines anti-hépatite B) est tel qu'il en interdit virtuellement son emploi. Dans le cas de son utilisation, on l'administrera aussitôt que possible après la naissance (dans les heures qui suivent).

Il n'est pas encore certain que les nourrissons infectés par le VIH auxquels on administre le vaccin contre l'hépatite B feront une séroconversion. Cependant, il n'existe pas d'indices militant en faveur de la survenue de réactions indésirables.

15. ADMINISTRATION DE COMPLEMENTS DE VITAMINE A ET D'IODE

La carence en vitamine A provoque inutilement la cécité des 250 000 enfants d'âge préscolaire chaque année. Elle est responsable, au moins dans 39 pays où cette carence constitue un important problème de santé publique, de l'augmentation de la mortalité infantile. Les divers effets des troubles dus à la carence en iode sur la croissance et le développement touchent 800 millions d'individus dans le monde. Les lésions foetales liées à la carence en iode sont irréversibles, les autres effets sur la vie de l'enfant et de l'adulte peuvent être inversés par l'administration de suppléments.

Les mesures prises par l'intermédiaire du seul PEV ne peuvent naturellement éliminer les conséquences de ces insuffisances nutritionnelles critiques. Le potentiel immédiat de la contribution apportée par le PEV reste considérable, étant donné surtout que les populations cibles par âge se chevauchent pour les trois programmes. Les doses de rappel des vaccins du PEV offrent une occasion supplémentaire d'étendre le groupe cible du PEV, entraînant de nouveaux chevauchements.

L'augmentation des réserves du foie en vitamine A constitue la raison d'être des apports périodiques à fortes doses de cette vitamine. La vitamine A à 200 000 UI protégera le jeune enfant, dont l'alimentation est insuffisante en permanence, pendant 3 à 6 mois contre les conséquences graves résultant de l'avitaminose A. Mais si l'on veut éviter complètement les conséquences tragiques de la carence en vitamine A, il faut également pouvoir procéder, partout dans le système de soins de santé, y compris dans les services de vaccination, au diagnostic initial et assurer un traitement consistant en l'apport important de vitamine A.

L'apport en vitamine A pourra, dans le cadre du PEV, se faire en respectant la posologie suivante :

- 200 000 UI à la mère dans les 2 mois suivant l'accouchement.
- 50 000 UI en une fois à l'enfant dont l'âge se situe entre 6 et 14 semaines.
- 200 000 UI aux enfants plus âgés tous les 3-6 mois, à administrer lors de tout contact avec le PEV ou les services de santé.

L'huile iodée trouve son indication dans le cas de carence grave ou modérée en iode jusqu'au moment où l'on peut donner du sel iodé. Le schéma posologique recommandé est le suivant :

- 0,5 ml (240 mg d'iode) au-dessous de 12 mois, par voie orale ou intramusculaire.
- 1,0 ml (480 mg d'iode) à l'âge de 1-14 ans, par voie orale (tous les deux ans) ou par voie intramusculaire (tous les 3-4 ans).
- 1,0 ml pour les femmes âgées de 15 à 45 ans, comme ci-dessus.

L'administration de fortes doses de vitamine A sera proscrite pour les femmes en âge de procréer, sauf dans les semaines qui suivent l'accouchement, lorsqu'une nouvelle grossesse est improbable, en raison du risque tératogène possible pour le fœtus. Toutefois, l'huile iodée ne constitue aucun risque pour la grossesse et la lactation. Aux doses recommandées, la vitamine A et l'huile iodée sont des mesures de santé publique dépourvues de danger.

Une chaîne du froid ne s'impose pas pour la vitamine A ou l'huile iodée; les deux préparations sont stables et ont une durée de conservation acceptable, même à des températures ambiantes relativement élevées. Le coût de chaque capsule de vitamine A achetée en gros s'élève environ à 0,02 dollar des Etats-Unis d'Amérique. L'huile iodée injectable coûte 0,20 dollar des Etats-Unis par ml. On s'efforce actuellement de produire une préparation de bonne qualité et moins coûteuse destinée à l'usage oral.

16. VACCINS NOUVEAUX OU AMELIORES

Il existe depuis peu un regain d'intérêt pour les vaccins. Les progrès dans la mise au point de nouveaux vaccins ou dans l'amélioration de vaccins déjà existants ont été réalisés grâce à l'accroissement des connaissances en ce qui concerne les antigènes impliqués dans la maladie ou jouant un rôle protecteur ou dans l'un et l'autre cas. L'utilisation d'anticorps monoclonaux permet désormais d'identifier les déterminants antigéniques capables de déclencher une réponse immunitaire protectrice.

En dépit des progrès importants réalisés dans le domaine de la vaccinologie, les vaccins actuels présentent quelques défauts, notamment des effets secondaires indésirables, des matériels contaminants et des difficultés liées aux systèmes de production, de stockage et de distribution. De nouvelles technologies s'imposent pour produire une nouvelle génération de vaccins. La vaccinologie a pris un nouvel essor grâce à l'apparition de technologies modernes : technique de recombinaison de l'ADN, peptides synthétiques, vaccins à anti-idiotype (image interne) et vaccins préparés à partir de sous-unités.

La mise au point d'un certain nombre de vaccins est plus ou moins avancée, mais plusieurs années seront nécessaires pour profiter de la révolution actuelle ayant trait à leur recherche et mise au point.

17. PROPOSITIONS POUR LA REUNION DE 1988 DU GROUPE CONSULTATIF MONDIAL

La Région africaine s'est proposé d'accueillir la réunion du Groupe consultatif mondial en 1988. Le lieu n'a pas encore été fixé. Les conseillers régionaux ont demandé que la réunion se tienne en octobre étant donné que plusieurs bureaux régionaux entreprendront des opérations de planification en novembre auxquelles les conseillers doivent participer. On s'est mis d'accord pour que la réunion se tienne du 17 au 21 octobre 1988 (Abidjan, Côte d'Ivoire, a été retenue pour accueillir la réunion).

Les questions que le Groupe consultatif mondial souhaite voir discuter au cours de la réunion de 1988 concernent les progrès réalisés par les pays de chaque Région dans l'établissement des objectifs de réduction des maladies et le potentiel des pays de chaque Région pour parvenir à l'éradication de la poliomyélite au cours de la prochaine décennie. On a également suggéré que les Régions étudient la mesure dans laquelle les recommandations du Groupe consultatif mondial (notamment celles relatives aux contre-indications à la

vaccination et l'utilisation de calendriers de vaccination aptes à protéger les enfants dès que possible après la naissance dans les pays où les maladies cibles continuent à tuer en grand nombre les jeunes enfants) avaient été adoptées dans chaque Région. L'Assemblée mondiale de la Santé sera tenue informée des propositions faites pour les activités du PEV lors de la prochaine décennie et il serait souhaitable que le Groupe consultatif mondial puisse faire l'examen d'un rapport sur ce sujet en 1988 ou 1989.

Annexe 1 : Liste des participants

I - MEMBRES DU GROUPE CONSULTATIF MONDIAL

Dr Salah Hassan Al-Kandari*
Infectious Diseases Hospital
P.O. Box 4710
Safat, 13048
KOWEIT

Dr Pricha Desawadi
Senior Medical Officer
Office of Permanent Secretary of State for Health
Ministry of Public Health
Devaves Palace
Bangkok
THAÏLANDE

Professeur Akinyele Fabiyi
Department of Virology
College of Medicine
University College Hospital
Ibadan
NIGÉRIA

Dr S. M. Fernando
Secrétaire au Ministère de la Santé
P.O. Box 513
Inland Revenue Building
Sir Chittampalam A. Gardiner Mawatha
Colombo 2
SRI LANKA

Dr William Foege
Executive Director
The Task Force for Child Survival
Carter Presidential Center
One Copenhill North East
Atlanta, Géorgie 30307
ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

Professeur L. A. Kaprio
Directeur régional émérite
Siège OMS
Genève
SUISSE

Dr M. Mambu-Ma-Disu
Administrateur du PEV
Ministère de la Santé
P.O. Box 9638
Kinshasa I
ZAIRE

Dr Ito Masaharu*
Director, Communicable Disease Control Unit
Ministry of Health and Welfare
Japanese Government
2-2, 1-chome, Kasumigaseki
Chiyoda-ku
Tokyo
100 JAPON

Dr Ivan Masar
Chief
Department of Epidemiology
Ministry of Health
6, ul. Csl. armady
883 05 Bratislava
TCHECOSLOVAQUIE

Professeur V. I. Pokrovski
Director of Central Research Institute of Epidemiology
3a Novogireevskaja St.
111123 Moscou
URSS

Dr Joao Baptista Risi
Secretario National de Acoes Basicas Saude
Ministerio da Saude
Esplanada dos Ministerios
Bloco 11, 8 Andar
Brasilia, D.F.
BRESIL

Dr Su Wan Nian
National Vaccine and Serum Institute
Sanjianfang
Chaoyiangqu
Beijing
CHINE

II - OBSERVATEURS

Dr K. J. Bart
Agency Director for Health
Bureau of Science and Technology
Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique
Department of State
Washington, D.C. 20523
ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

Dr R. Palmer Beasley
Dean and Professor of Epidemiology
School of Public Health
University of Texas
Health Science Centre at Houston
P.O. Box 20186
Houston - Texas 77225
ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

13 Patrick Bregere
Centre international de l'Enfance
Château de Longchamp
Bois de Boulogne
75016 Paris
FRANCE

Dr E. de Coster
Royal Tropical Institute
63 Mauritskade
1092 AD - Amsterdam
PAYS-BAS

Dr I. Dogramaci*
Directeur exécutif
Association internationale de Pédiatrie
Château de Longchamp
Carrefour de Longchamp
Bois de Boulogne
75016 Paris
FRANCE

Dr J. Drucker
Association pour la Promotion de la Médecine préventive (APMP)
5, Boulevard de Montparnasse
75006 Paris
FRANCE

Dr John T. Dunn*
Department of Medicine
University of Virginia
Medical Center
Charlottesville, Virginie
ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

Mme Suzan Eastman*
Hellen Keller International
15 West 16th Street
New York, N.Y. 10011
ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

Dr Juhani Eskola
National Public Health Institute
Mannerheimintie 166
Helsinki 00280
FINLANDE

M. P. Evans
UNIPAC
UNICEF Plads
Freeport
DK-2100 Copenhague 0
DANEMARK

Dr S. Foster
Centers for Disease Control
Atlanta, Géorgie 30333
ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

Dr A. Hinman
Centers for Disease Control
Atlanta, Géorgie 30333
ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

Dr Norbert Hirschhorn
Project Director
Resources for Child Health
John Snow, Inc.
Ninth Floor
1100 Wilson Boulevard
Arlington, Virginie 22209
ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

Dr Dean Jamison
Chief of the Population, Health and Nutrition Division
The World Bank
1818 H Street, NW
Washington, D.C. 20433
ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

Dr S. Kessler
UNICEF
3, United Nations Plaza
New York, NY 10017
ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

Dr Rufino L. Macagba
World Vision International
919 West Huntington Drive
Monrovia, Californie 91016
ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

Dr A. Measham
Health Adviser
The World Bank
1818 H Street, NW
Washington, D.C. 20433
ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

Dr G. Murzi
Department for Development Cooperation
Ministry for Foreign Affairs
Via Contarini 25
00100 - Rome
ITALIE

Dr Osmanov
Central Research Institute of Epidemiology
3a Novogireevskaja St.
111123 Moscou
URSS

M. Herbert A. Pigman
Executive Assistant to President
Rotary International
1600 Ridge Avenue
Evanston, Illinois 60201
ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

Dr Peter Poore
Overseas Director
Save the Children Fund
Mary Datchelor House
17 Grove Lane
Camberwell
Londres SE5 8RD
ANGLETERRE

Dr V. Ramalingaswami
Sp. Assistant to the Executive Director
UNICEF
United Nations
New York, NY 10017
ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

Dr Edward Ragan
Canadian Public Health Association
1335 Carling - Suite 210
Ottawa - Ontario
CANADA K1Z 8N8

M. L. Rivera
UNICEF
3, United Nations Plaza
New York, NY 10017
ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

M. T. Rothermel*
Director
Division for Global and Interregional Projects
United Nations Development Programme
One United Nations Plaza
New York, NY 10017
ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

Dr Alexander H. Rotival
Directeur
IMPACT
Bureau L 225
Siège OMS
Genève
SUISSE

M. Ryoichi Sasakawa*
Chairman
Japan Shipbuilding Industry Foundation
Senpaku Shinko Building
1-15-16 Toranomom
Minato-ku
Tokyo
105 JAPON

Dr John Stucky
Manager - Polioplus
Rotary International
1600 Ridge Avenue
Evanston, Illinois 60201
ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

M. Carl Wahren
Director
Public Health Division
Swedish International Development
Authority (SIDA)
Birger Jarlsgatan 61
S -105 25 Stockholm
SUEDE

Dr Kenneth S. Warren*
The Rockefeller Foundation
1133 Avenue of the Americas
New York, NY 10036
ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

Dr Henrik Zoffman
External Advisor to DANIDA
Department of Epidemiology
Statens Seruminstitut
Amager Blvd. 80
2300 Copenhagen Ø
DANEMARK

Director*
International Affairs Division
Ministry of Health and Welfare
Japanese Government
2-2, 1 chome, Sasumigaseki
Chiyoda-ku, Tokyo
100 JAPON

III - PARTICIPANTS NATIONAUX

Dr M. K. Cham*
Ministry of External Affairs
Banjul
GAMBIE

Dr Fode Diouf*
Chef du Service national des Grandes Endémies
Ministère de la Santé publique
Dakar
SÉNÉGAL

Dr Mahendra Dutta
Deputy Director General of Health Services
Ministry of Health and Family Welfare
New Delhi
INDE

M. Alok Perti
Deputy Secretary
Ministry of Health and Family Welfare
New Delhi
INDE

M. C. A. Sivardman
Senior Scientific Officer
Department of Biotechnology
Government of India
New Delhi
INDE

Dr J. Sokhey
Assistant Commissioner
Ministry of Health and Family Welfare
New Delhi
INDE

IV - RÉGIONS DE L'OMS

AFRIQUE

Dr L. Arevshatian
Conseiller régional pour le PEV
Bureau régional OMS de l'Afrique
P.O. Box 6
Brazzaville
CONGO

AMÉRIQUES

Dr Ciro de Quadros
Regional Adviser, EPI
Pan American Health Org./AMRO
525, 23rd St. N.W.
Washington, D.C. 2003
ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

MÉDITERRANÉE ORIENTALE

Dr Ghada Hafez
Medical Officer, EPI
Regional Office for the Eastern Mediterranean
P.O. Box 1517
Alexandrie - 21511
ÉGYPTE

Dr Michael Voniatis
Regional Office for the Eastern Mediterranean
P.O. Box 1517
Alexandrie - 21511
ÉGYPTE

EUROPE

Dr B. Bytchenko
Regional Adviser Communicable Diseases
Regional Office for Europe
8, Scherfigsvej
2100 Copenhague Ø
DANEMARK

ASIE DU SUD-EST

Dr Robert Kim-Farley
Regional Adviser, EPI
Regional Office for South-East Asia
World Health House
Indraprastha Estate
Mahatma Gandhi Road
New Delhi - 110002
INDE

PACIFIQUE OCCIDENTAL

Dr H. Mehta
Regional Adviser CDS
Regional Office for the Western Pacific
P.O. Box 2932
1099 Manille
PHILIPPINES

V - SIEGE DE L'OMS

M. J. Cheyne
Responsable administratif
PEV

Dr G. J. Clements
Médecin
PEV

Dr N. Cohen
Consultant
PEV

Dr A. Galazka
Médecin
PEV

Dr F. Gasse
Médecin
PEV

Dr R. H. Henderson
Directeur
PEV

Dr J. Keja
Médecin
PEV

M. J. Lloyd
Responsable technique
PEV

Dr P. Sato
Consultant
PEV

* Empêchés.

Annexe 2 : Liste des documents

Documents généraux :

WHO/EPI/GAG/87/1	Ordre du jour provisoire
WHO/EPI/GAG/87/2	Liste provisoire des participants
WHO/EPI/GAG/87/3	Liste provisoire de documents

Documents de travail :

WHO/EPI/GAG/87/WP.1	EPI Global Overview
WHO/EPI/GAG/87/WP.2	EPI Overview in AFR
WHO/EPI/GAG/87/WP.3	EPI in the Americas - Regional overview
WHO/EPI/GAG/87/WP.3.1	National EPI Plans of Action: Financial Analysis
WHO/EPI/GAG/87/WP.3.2	Lines of action in social communication at the regional level for the EPI
WHO/EPI/GAG/87/WP.3.3	Review of poliomyelitis in the Americas: Regional overview
WHO/EPI/GAG/87/WP.4	EPI Overview in EMR
WHO/EPI/GAG/87/WP.5	EPI Overview in EURO
WHO/EPI/GAG/87/WP.6	EPI Overview in SEAR
WHO/EPI/GAG/87/WP.7	EPI Overview in WPR
WHO/EPI/GAG/87/WP.8	HIV Infection and Routine Childhood Immunization
WHO/EPI/GAG/87/WP.10	Issues in Measles Control
WHO/EPI/GAG/87/WP.11	Issues in Neonatal Tetanus Control
WHO/EPI/GAG/87/WP.12	Missed Opportunities for Immunization
WHO/EPI/GAG/87/WP.13	Local Area Monitoring
JC 26/UNICEF-WHO/87.5	Mobilizing all for Health for All
WHO/EPI/GAG/87/WP.16	Hepatitis B Immunization
WHO/EPI/GAG/87/WP.17	Vitamin A and Iodine Supplementation
WHO/EPI/GAG/87/WP.18	Update on New or Improved Vaccines

Autres documents :

WHO/EPI/RD/87/WP.1	Research and Development: Funding Perspectives in the Expanded Programme of Immunization
WHO/EPI/RD/87/WP.2	Research and Development Status report: Bioengineering
WHO/EPI/RD/87/WP.3	Research and Development Status report: Epidemiology
MISE A JOUR PEV, avril 1987 :	Journée mondiale de la Santé, vaccination : à chaque enfant sa chance
MISE A JOUR PEV, juillet 1987 :	Alerte à la stérilisation
MISE A JOUR PEV, septembre 1987 :	Poliomyélite : la maladie qui rend les enfants infirmes
	Epidémie de poliomyélite en Gambie, 1986
	Enhanced disease prevention in the Americas: Regional Vaccinology Centres

Annexe 3

Mandat du Groupe consultatif mondial
du Programme élargi de Vaccination

1. Un Groupe consultatif de consultants éminents, constitué de façon appropriée, sera chargé de donner des avis à l'OMS sur le Programme élargi de Vaccination. Le Groupe consultatif sera assisté dans sa tâche par des consultants supplémentaires, des sous-comités et des groupes d'étude, selon les besoins.

2. Le Groupe consultatif devra :

a) donner des avis au Secrétariat de l'OMS à l'égard des priorités du programme à court, moyen et long terme;

b) promouvoir l'échange d'informations concernant les stratégies et la tactique du Programme entre les participants fonctionnant aux niveaux national, régional et mondial; et

c) obtenir pour les objectifs du Programme la compréhension et l'appui des responsables techniques et politiques.

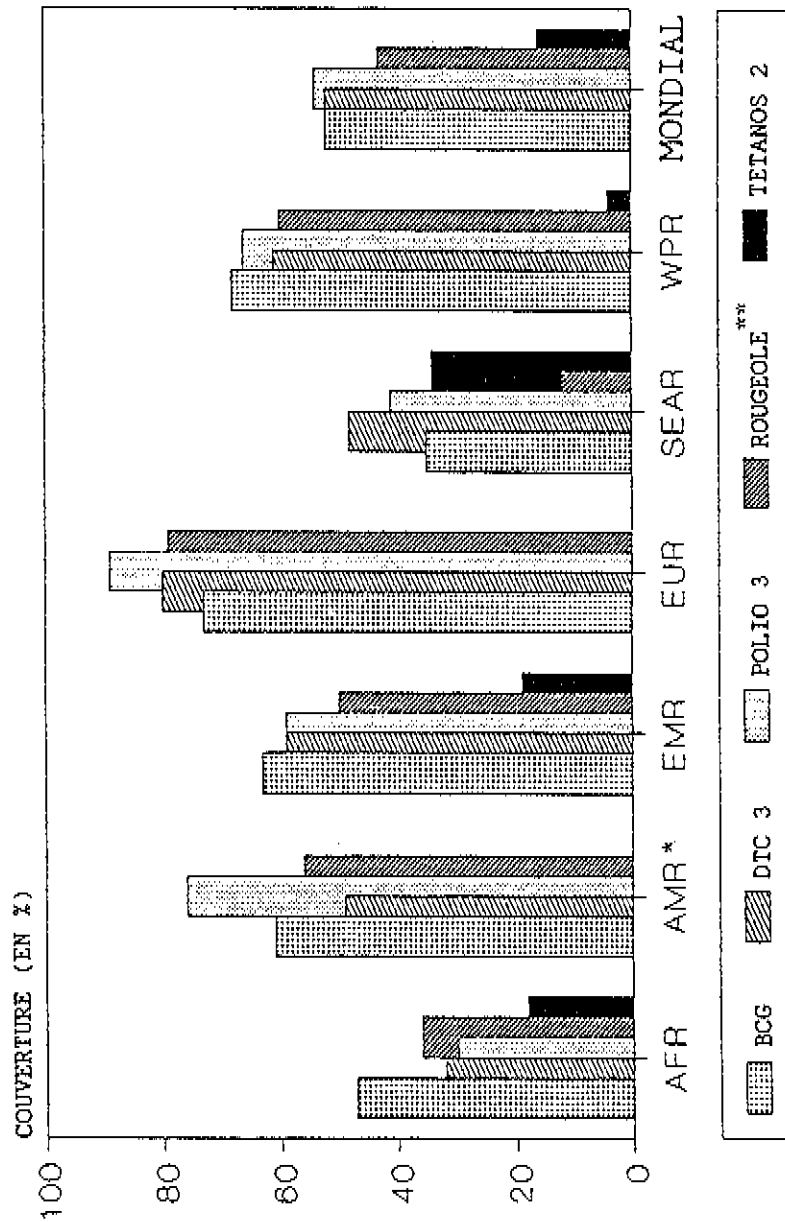
3. Composition du Groupe consultatif :

Les membres du Groupe consultatif seront nommés par le Directeur général. Il se composera d'environ 12 membres, à raison d'un au moins par Région, à sélectionner parmi un tableau d'experts désigné par chaque Bureau régional. Les autres, sélectionnés à l'extérieur, assureront un certain équilibre géographique et technique. Les experts seront généralement nommés pour une durée d'un an, avec des prolongations calculées pour assurer à peu près un renouvellement annuel par tiers. Normalement, les experts ne pourront pas bénéficier d'une nouvelle nomination avant qu'une année se soit écoulée depuis la fin de leur précédent mandat.

4. Le Groupe consultatif se réunira en fonction des besoins, mais normalement une fois par an, chaque réunion devant donner lieu à un rapport rédigé et diffusé de façon appropriée.

Annexe 4 : Données relatives au programme mondial

FIG. 1 POURCENTAGE ESTIME D'ENFANTS VACCINES LORS DE LEUR PREMIERE ANNEE ET POURCENTAGE DE FEMMES ENCEINTEES VACCINEES CONTRE LE TETANOS, PAR REGION OMS, D'APRES LES DONNEES DISPONIBLES EN DECEMBRE 1987

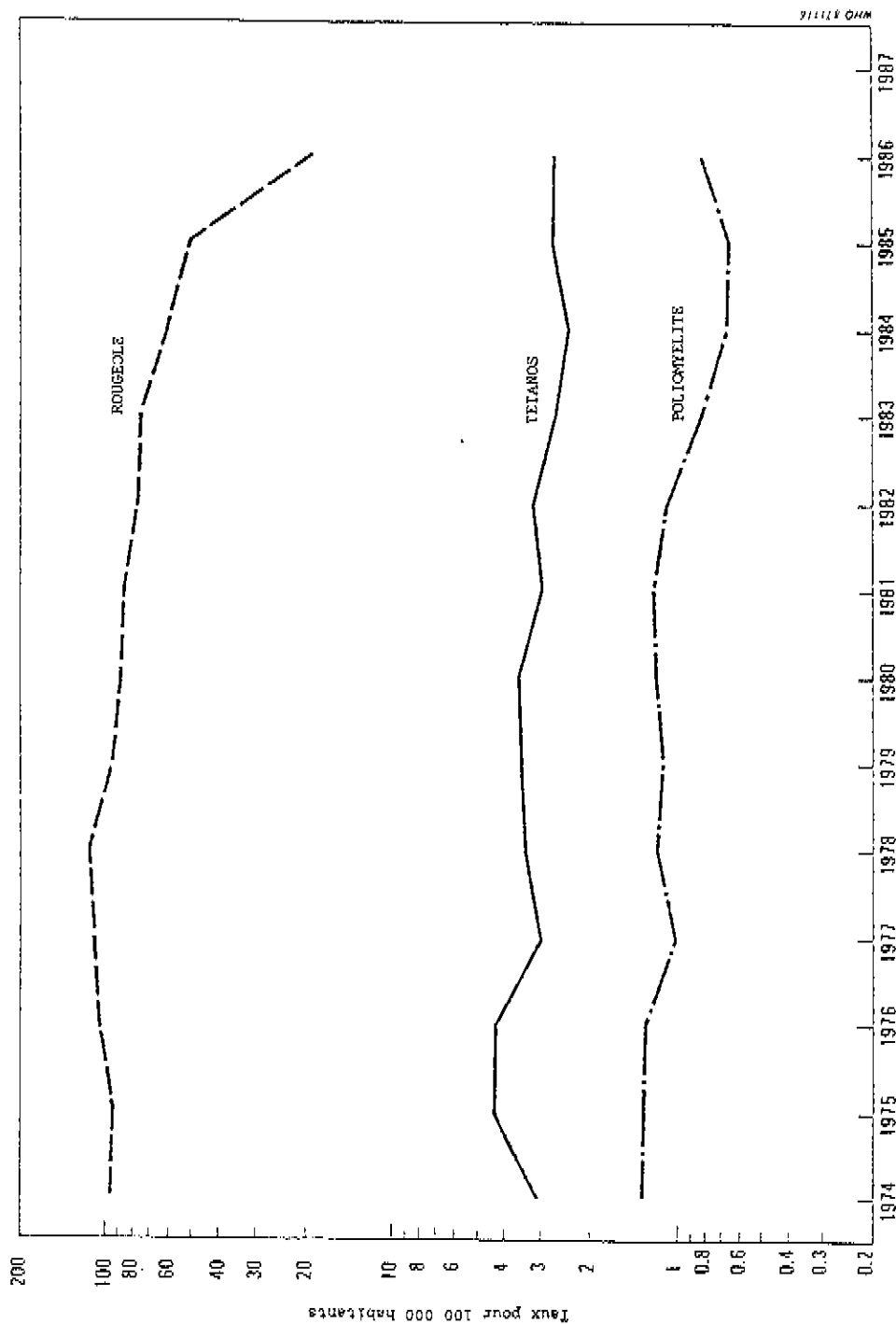


* A l'exclusion des Etats-Unis d'Amérique et du Canada.

** Les données de couverture pour les enfants dont l'âge ne dépasse pas 60 mois sont incluses pour les pays recommandant la vaccination à partir de 12 mois.

Annexe 4 : Données relatives au programme mondial (suite)

FIG. 2
INCIDENCE NOTIFIEE DE LA ROUGEOLE, DU TETANOS ET DE LA POLIOMYELITIS DANS LE MONDE
(POUR 100 000 HABITANTS) 1974-1986



Annexe 4 : Données relatives au programme mondial (suite)

TABLEAU 1. TAUX ESTIMATIFS DE COUVERTURE VACCINALE PAR LE BCG, LE DTC ET LES VACCINS ANTIPOLIOMYELITIQUE, ANTIROUGEOLEUX ET ANTITÉTANIQUE D'APRÈS LES DONNÉES DISPONIBLES EN DÉCEMBRE 1987

Pays	Enfants atteignant l'âge d'un an (millions)	Pourcentage cumulé des naissances	Couverture vaccinale (2)				
			Enfants de moins d'un an				Femmes enceintes
			BCG	DTC-3	Polio 3	Anti-rougeoleux	Anti-tétanique 2
Pays en développement classés selon le nombre d'enfants survivants							
1 Inde (5)	23,12	27	29	53	45	1	40
2 Indonésie (6)	4,94	33	67	48	46	47	26
3 Nigéria (5)	4,44	38	42	21	22	32	13
4 Pakistan (6)	3,79	43	69	56	56	41	5
5 Bangladesh (6)	3,17	46	5	5	4	3	5
6 Mexique (6)	2,55	49	54	34	96	60	...
7 Brésil (6)	2,49	52	56	52	89	55	...
8 Iran (6)	2,00	55	83	76	79	80	32
9 Ethiopie (4 & 6)	1,92	57	12	7	7	10	5
10 Viet Nam (6)	1,75	59	54	42	46	38	...
11 Egypte (6)	1,71	61	77	80	79	78	9
12 Philippines (6)	1,55	63	72	55	55	53	49
13 Turquie (5S & 6)	1,38	65	45	45	45	36	...
14 Zaïre (6)	1,27	66	52	32	33	39	27
15 Afrique du Sud	1,25	68
16 Kenya (7S)	1,08	69	86	75	75	60	37
17 Thaïlande (6)	1,06	70	83	62	62	39	45
18 Tanzanie (6)	1,03	71	93	69	65	76	60
19 Birmanie (6)	1,02	72	32	20	4	3	21
20 République de Corée (4 & 5)	0,94	74	47	76	80	89	...
21 Soudan (6)	0,91	75	22	14	14	11	6
22 Colombie (6)	0,86	76	69	57	65	56	...
23 Algérie (6S)	0,81	77	89	69	69	67	...
24 Maroc (6)	0,81	78	72	53	53	48	...
25 Argentine (6)	0,72	78	89	67	78	87	...
25 pays	66,58	78	45	46	47	29	23
Autres pays en développement	18,49	22	54	46	44	41	17
Total partiel, pays en développement (Chine non comprise)	85,07	100	47	46	47	31	22
Chine (7)	18,12	18	70	62	68	63	...
Total pour les pays en développement (Chine comprise)	103,19	100	51	49	50	37	19
Total pour les pays développés	17,61		59	71	76	80	...
Total général	120,80		52	52	54	43	16

(4) Données de couverture de 1984.

(5) Données de couverture de 1985.

(6) Données de couverture de 1986.

(7) Données de couverture de 1987.

(S) Données d'enquête.

... Pas d'informations.

ANNEXE 4 : Données relatives au programme mondial (suite)

TABIEAU 2. NOMBRE ESTIMATIF DE DECES DUS AU TETANOS DU NOUVEAU-NE, DE CAS ET DE DECES DUS A LA COQUELUCHE ET LA ROUGEOLE ET DE CAS DE POLIOMYELITIE EVITES DANS 25 PAYS EN DEVELOPPEMENT (CHINE NON COMERISE), CLASSES SELON LE NOMBRE D'ENFANTS SURVIVANTS, DECEMBRE 1987

Pays	(a) Nouveaux-nés (en milliers)	(b) Enfants survivants (en milliers)	(c) Décès par tétanos du nouveau-né évités (en milliers)	(d) Cas de coqueluche évités (en milliers)	(e) Décès dus à la coqueluche évités (en milliers)	(f) Cas de rougeole évités (en milliers)	(g) Décès dus à la rougeole évités (en milliers)	(h) Cas de poliomyélite évités (en milliers)
1 Inde (6)	25 857	23 116	96	8 771	96	220	7	49
2 Indonésie (6)	5 347	4 941	20	1 643	25	2 256	88	11
3 Nigéria (6)	4 958	4 437	6	666	10	1 349	54	5
4 Pakistan (6)	4 250	3 791	6	1 523	23	1 477	59	10
5 Bangladesh (6)	3 543	3 172	5	113	2	90	4	1
6 Mexique (6)	2 637	2 556	0	574	5	1 454	29	12
7 Brésil (6)	2 650	2 489	0	582	7	1 300	26	11
8 Iran (6)	2 196	2 003	3	1 068	8	1 522	30	8
9 Ethiopie (4 & 6)	2 212	1 920	1	99	1	182	4	1
10 Viet Nam (6)	1 889	1 746	0	508	4	636	13	4
11 Egypte (6)	1 837	1 709	2	941	15	1 266	51	6
12 Philippines (6)	1 619	1 551	2	570	7	781	23	4
13 Turquie (5S & 6)	1 519	1 382	0	437	3	473	9	3
14 Zaïre (6)	1 409	1 271	3	289	3	471	14	2
15 Afrique du Sud	1 234	1 248	0	0	0	0	0	0
16 Kenya (7S)	1 166	1 082	5	560	9	617	25	4
17 Thaïlande (6)	1 110	1 064	2	441	5	394	12	3
18 Tanzanie (6)	1 133	1 031	6	501	4	745	15	3
19 Birmanie (6)	1 071	1 021	2	137	2	29	1	<1
20 République de Corée (4 & 5)	964	940	0	468	4	794	16	4
21 Soudan (6)	1 017	909	0	91	1	95	4	1
22 Colombie (6)	908	863	0	331	3	459	9	3
23 Algérie (6S)	895	813	0	396	4	517	16	3
24 Maroc (6)	887	812	0	301	5	370	15	2
25 Argentine (6)	741	715	0	318	3	591	12	3
Total	73 103	66 578	161	21 628	249	18 034	535	150
Autres pays en développement	20 325	18 489	33	5 984	66	7 202	216	39
Total pays en développement	93 428	85 067	194	27 612	317	25 236	751	188

- (4) Données de couverture de 1984.
- (5) Données de couverture de 1985.
- (6) Données de couverture de 1986.
- (7) Données de couverture de 1987.
- (8) Données d'enquête.

Tous les chiffres inférieurs à 1000 sont indiqués par le signe "<1". Les chiffres supérieurs à 1000 sont arrondis au millier le plus proche.

- a) Nouveaux-nés : estimations de la population et taux brut de natalité pour 1986.
- b) Nouveaux-nés survivants : nombre estimatif de nouveaux-nés et taux de mortalité infantile.
- c) Estimations de la mortalité provenant d'enquêtes ou de rapports, efficacité vaccinale de 0,95 et couverture vaccinale notifiée en juin 1987. On a arbitrairement attribué aux pays pour lesquels on ne dispose pas de données l'un des trois taux de mortalité par tétanos du nouveau-né suivants : 5, 10 ou 15 pour 1000 naissances vivantes.
- d) Estimation de l'incidence égale à 80 % des nouveaux-nés en l'absence de programmes de vaccination, efficacité vaccinale de 0,8 pour 3 doses et couverture vaccinale notifiée en décembre 1987.
- e) Estimation de la mortalité égale à un tiers des décès par rougeole, efficacité vaccinale de 0,8 pour 3 doses et couverture vaccinale notifiée en décembre 1987.
- f) Estimation de l'incidence de 100 % des nouveaux-nés survivants en l'absence de programmes de vaccination, efficacité vaccinale de 0,95 et couverture vaccinale notifiée en décembre 1987.
- g) Taux de létalité arbitrairement fixé entre 2 % et 4 %, efficacité vaccinale de 0,95 et couverture vaccinale notifiée en décembre 1987.
- h) Estimation de l'incidence de 5 pour 1000 nouveaux-nés en l'absence de programmes de vaccination, efficacité vaccinale de 0,95 et couverture vaccinale notifiée en décembre 1987.

Annexe 4 : Données relatives au programme mondial (suite)

TABLEAU 3. NOMBRE ESTIMATIF ANNUEL DE DECES DUS AU TETANOS DU NOUVEAU-NE, A LA ROUGEOLE ET A LA COQUELUCHE ET NOMBRE ANNUEL DE CAS DE POLIOMYELITÉ DANS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT (CHINE NON COMPRISE), DECEMBRE 1987.

	(1) Tétanos du nouveau-né (en milliers)	(2) Rougeole (en milliers)	(3) Coqueluche (en milliers)	Total des décès (en milliers)	% cumul. du total des décès	(4) Cas de polio- myélite (en milliers)	% cumul. du total des cas
25 plus grands pays en développement	648	1 525	437	2 611	81	183	77
Autres pays en développement	170	339	117	626	19	54	23
Total pour les pays en développement	818	1 864	554	3 237	100	237	100

Le nombre annuel de décès dus au tétanos du nouveau-né, à la rougeole et à la coqueluche et le nombre annuel des cas de poliomyélite dans les pays en développement (Chine non comprise) sont basés sur les données de couverture du tableau 1 et sur les hypothèses suivantes :

- 1) Tétanos du nouveau-né : les nombres sont estimés d'après des données provenant d'enquêtes ou, en l'absence d'enquêtes, sur la base des nombres obtenus pour des pays où les conditions socio-économiques sont semblables.
- 2) Rougeole : on suppose que l'efficacité du vaccin est de 95 % et que tous les enfants non vaccinés contracteront la rougeole. La couverture est supposée nulle dans les pays pour lesquels on ne dispose pas de données.
- 3) 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.
- 4) Poliomyélite : comme les résultats des enquêtes sur la poliomyélite varient très peu, on suppose, en l'absence de programmes de vaccination, 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.

Annexe 5

Mandat du Groupe de recherche et de développement du PEV

1. Le Groupe de recherche et de développement du Programme élargi de Vaccination (PEV) donnera des avis au Directeur du PEV sur les priorités en matière de recherche et de développement. Il sera assisté dans cette tâche par d'autres consultants, sous-comités et groupes d'étude réunis à des fins spécifiques selon les besoins.
2. Le Groupe de recherche et de développement du PEV :
 - a) donnera des avis au Directeur du PEV concernant la recherche et le développement dans le domaine général de la prévention et de l'endiguement des maladies par la vaccination et par des interventions appropriées en ayant recours aux services de vaccination (administration de compléments de vitamine A ou d'iode) en mettant surtout l'accent sur les maladies et vaccins actuellement inclus dans le programme mondial;
 - b) donnera des avis au Directeur du PEV sur les priorités relatives aux propositions spécifiques en matière de recherche et de développement dont on propose le financement à l'aide des ressources du PEV mondial;
 - c) suivra les progrès réalisés par les activités de recherche et de développement dont le financement a été retenu et recommandera leur poursuite, révision ou achèvement; et
 - d) aidera à l'élaboration de propositions de recherche et de développement en rapport avec les priorités du programme.
3. Le Groupe conduira ces travaux en tenant compte des connaissances acquises grâce à des activités de recherche et de développement ayant trait aux vaccins, menées ailleurs. Il incombera au secrétariat du PEV de l'OMS d'assurer une liaison avec les programmes menant ces travaux au sein de l'OMS, tandis que les membres du Groupe et les consultants auprès de celui-ci seront censés constituer la principale source des informations concernant les activités en rapport avec les vaccins conduites en dehors de l'OMS.
4. Composition du Groupe :

Le Groupe de recherche et de développement du PEV comprendra normalement 5 à 10 membres ne faisant pas partie du personnel de l'OMS et choisis sur la base de leur connaissance des aspects techniques et opérationnels du PEV. Les membres participeront à titre individuel. Le Président du Groupe sera désigné par le Directeur général. Le Président sera *de facto* membre du Groupe consultatif mondial du PEV. D'autres membres du Groupe seront nommés par le Directeur du PEV en consultation avec le Président, pour une période initiale de deux ans, renouvelable deux fois, sans pouvoir dépasser le maximum de 10 ans. Une année devra s'écouler depuis la fin du dernier engagement d'un membre avant d'envisager son réengagement.
5. Le Directeur du PEV convoquera les réunions du Groupe de recherche et de développement du PEV selon les besoins, mais normalement au moins deux fois l'an. Un rapport sera établi pour chaque réunion et distribué comme il convient.

Annexe 6

Programme spécial de Lutte contre le SIDA
et Programme élargi de vaccination

Consultation sur le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
et la vaccination systématique des enfants, août 1987

Déclaration conjointe

On s'est posé la question de savoir si les enfants infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) faisant l'objet de vaccinations systématiques risquaient de présenter une réponse immunitaire diminuée et davantage d'effets indésirables ou encore une accélération de l'immunosuppression provoquée par le VIH. D'après les données limitées dont on dispose, il semblerait que les chances de succès de la vaccination soient réduites chez certains sujets infectés par le VIH mais que le risque d'effets indésirables graves reste faible. Le risque théorique d'accélération de l'infection à VIH du fait de l'administration simultanée de plusieurs antigènes n'a pas été attesté par l'observation clinique et reste sans doute négligeable par rapport aux autres sources naturelles de stimulation antigénique.

Après avoir passé en revue les informations disponibles les 12 et 13 août 1987, à Genève, la consultation informelle de l'OMS sur le VIH et la vaccination systématique des enfants :

1. Approuve les recommandations du Groupe consultatif mondial du Programme élargi de Vaccination (PEV) réuni en 1986 concernant l'utilisation des antigènes du PEV :

"Dans les pays où l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est considérée comme un problème, les sujets devraient être vaccinés au moyen des antigènes du PEV selon des schémas normalisés. Cela s'applique aussi aux sujets atteints de l'infection à VIH asymptomatique. Les sujets non vaccinés atteints du SIDA clinique (symptomatique) dans les pays où les maladies cibles du PEV font encore courir un risque sérieux ne doivent pas recevoir la vaccination par le BCG, mais il faut leur administrer les autres vaccins (tableau 1)."

2. Note, avec le Groupe consultatif mondial, qu'on n'utilise généralement pas de vaccin vivant chez les sujets immunodéprimés, mais convient que, dans les régions où le risque d'exposition à la rougeole et au poliovirus est élevé, les avantages de la vaccination sont largement supérieurs au risque apparemment faible d'effets indésirables liés à ces vaccins, même en présence d'une infection à VIH symptomatique. On peut préférer le vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) au VPO pour vacciner les enfants présentant une infection symptomatique qui pourraient être exposés à un risque accru de poliomyélite paralytique associée au VPO.

Tableau 1. Recommandations sur l'administration des antigènes du PEV aux sujets infectés par le VIH dans les pays où les maladies cibles du PEV sont encore des causes de morbidité importantes

	Vaccin	Asymptomatique	SIDA clinique
Nourrissons	BCG	Oui	Non
	DTC	Oui	Oui
	VPO	Oui	Oui
	VPI	Oui	Oui
	Rougeole	Oui	Oui
Femmes	Anatoxine tétanique	Oui	Oui

3. Note que, malgré un risque théorique indéniable, les données témoignant d'une augmentation du taux de réactions indésirables après la vaccination par le BCG chez les sujets présentant une infection à VIH asymptomatique ne sont pas concluantes. Aussi :

- a) pour les sujets atteints d'une infection à VIH asymptomatique :
 - si le risque de tuberculose est élevé, on recommande l'administration du BCG à la naissance ou dès que possible après la naissance selon les principes en vigueur pour la vaccination des enfants non infectés par le VIH;
 - dans un nombre restreint de régions, où le risque de tuberculose est faible, la vaccination par le BCG est tout de même recommandée à titre systématique mais elle est facultative pour les sujets dont on sait ou l'on soupçonne qu'ils sont infectés par le VIH.
- b) le BCG ne doit pas être administré aux sujets atteints d'une infection à VIH symptomatique.

4. Souligne que le PEV recommande de vacciner les enfants dès que possible après la naissance. Les effets indésirables associés à la vaccination peuvent être réduits au minimum et la réponse immunitaire favorisée par l'administration de vaccins avant le développement de l'immunosuppression due au VIH.

5. Approuve l'administration simultanée de plusieurs antigènes tels que le BCG, le DTC, le vaccin antipoliomyélitique et le vaccin antirougeoleux, lorsqu'ils sont indiqués.

6. Encourage vivement la poursuite des recherches dans les domaines suivants :

- a) Innocuité des vaccinations chez les enfants infectés par le VIH :
 - i) surveiller les enfants infectés par le VIH afin de déceler rapidement toute manifestation indésirable qui, contre toute attente, serait fréquente après la vaccination;
 - ii) établir ou modifier les systèmes de surveillance de la population afin de déceler les rares manifestations indésirables graves associées à la vaccination chez les enfants infectés par le VIH;
 - iii) comparer la fréquence des manifestations indésirables moins graves survenant chez des enfants infectés et non infectés après la vaccination.
- b) Histoire naturelle des maladies évitables par la vaccination chez les enfants infectés par le VIH :
 - i) déterminer le pourcentage de complications graves des maladies évitables par la vaccination chez les enfants infectés par le VIH dans les établissements de soins et dans la communauté et corréler ces complications avec le stade d'infection par le VIH et le degré d'immunosuppression;
 - ii) établir ou modifier les systèmes de surveillance de la population afin de déceler les complications graves des maladies évitables par la vaccination chez les enfants infectés par le VIH;
 - iii) évaluer le rôle des immunoglobulines dans la protection des enfants infectés par le VIH contre les maladies évitables par la vaccination.

- c) Immunogénicité et efficacité des vaccinations chez les enfants infectés par le VIH :
- i) déterminer la réponse sérologique à la vaccination chez les enfants infectés par le VIH par rapport aux enfants non infectés et corréler celle-ci au stade d'infection par le VIH et au degré d'immunosuppression;
 - ii) mettre au point des méthodes visant à améliorer la réponse immunitaire des enfants infectés par le VIH si celle-ci s'avère diminuée;
 - iii) vérifier la persistance des anticorps suscités par la vaccination;
 - iv) assurer le suivi des enfants infectés par le VIH vaccinés et une évaluation rétrospective des cas de maladies évitables par la vaccination afin de déterminer les taux d'échec de la vaccination chez les enfants infectés par le VIH.
- d) Risques d'activation ou d'accélération de l'infection par le VIH par la stimulation antigénique répétée due à la vaccination, y compris du fait de l'administration simultanée de plusieurs antigènes;
- i) déceler tout risque de répllication accrue du VIH à la suite d'une vaccination chez les enfants infectés par le VIH;
 - ii) déceler toute anomalie immunologique faisant suite à la vaccination chez des enfants infectés par le VIH;
 - iii) études rétrospectives de la relation entre le nombre total de vaccinations reçues et/ou le nombre d'antigènes reçus simultanément par les enfants infectés par le VIH et l'apparition de l'infection à VIH symptomatique, la progression de la maladie clinique et/ou l'issue fatale de l'infection à VIH. La consultation informelle a estimé que les études prospectives en double aveugle contre placebo, dans lesquelles certains enfants infectés par le VIH ne recevraient pas les vaccinations recommandées, sont à éviter.
- e) Immunogénicité et efficacité de la vaccination antitétanique chez les femmes enceintes infectées par le VIH pour prévenir le tétanos du nouveau-né.