



**Regional Office for the Western Pacific
Bureau régional du Pacifique occidental**

COMITE REGIONAL

WPR/RC40/10

**Quarantième session
Manille
19-25 septembre 1989**

14 août 1989

ORIGINAL: ANGLAIS

Point 14 de l'ordre du jour provisoire

PROGRAMME ÉLARGI DE VACCINATION : RAPPORT D'ACTIVITÉ

L'objectif du programme élargi de vaccination (PEV) est de lutter contre les maladies cibles du programme. Tous les programmes nationaux élargis de vaccination de la Région ont enregistré des progrès et des résultats positifs. A la fin de 1988, les taux moyens de couverture vaccinale dans les pays en développement de la Région avaient atteint 83% pour le BCG, 78% pour le DTC₃, 85% pour le TOPV₃, et 70% pour le vaccin antirougeoleux. A l'exception de la rougeole, toutes les maladies cibles du PEV ont connu une réduction substantielle.

La tâche n'est pas encore achevée et ne la sera pas tant que la cible de la vaccination universelle des enfants n'aura pas été atteinte. Le programme élargi de vaccination s'est déjà préparé à répondre au défi des années 1990 : atteindre ou maintenir une couverture élevée, et combattre, voire éradiquer, les maladies cibles du PEV.

1. INTRODUCTION

Le programme élargi de vaccination (PEV) a été lancé dans la Région en 1976. Son objectif est de réduire la morbidité, la mortalité et les handicaps causés par la tuberculose, la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la rougeole et la poliomyélite en vaccinant tous les enfants d'ici à 1990 et en ajoutant à ces cibles d'autres maladies au fur et à mesure que de nouveaux vaccins sont disponibles. Lorsque le programme débuta, les services de vaccination étaient pratiquement inexistantes dans les pays en développement et, dans les pays développés, étaient la plupart du temps confinés dans les zones urbaines. Aujourd'hui, près de 90% des nouveau-nés ont accès aux vaccins du PEV. La promotion de la vaccination par l'OMS contre l'encéphalite japonaise dans les pays où cette maladie est endémique commença en 1985. Quant à l'hépatite B, elle avait rejoint les maladies cibles du PEV dans tous les pays en 1986.

2. ÉVOLUTION DU PROGRAMME

2.1 Evolution régionale

Les Etats Membres ont apporté un appui notable au programme élargi de vaccination dès son lancement. Les résolutions adoptées par le Comité régional au cours des dix dernières années en témoignent. Bien plus, les pays ont réussi à obtenir une augmentation spectaculaire de la couverture vaccinale ces dernières années.

Le PEV est devenu aujourd'hui un programme important et très actif dans tous les Etats Membres et s'appuie sur un vaste réseau d'organisations qui vont des institutions des Nations Unies aux institutions d'aide bilatérale, en passant par les organisations non gouvernementales. L'appui extrabudgétaire a été essentiel pour les programmes nationaux et s'est étoffé avec leur succès. Cet appui a été utilisé pour répondre aux besoins de formation, de matériel pédagogique, de vaccins, de seringues et de matériel de stérilisation, d'équipements pour la chaîne du froid, et de matériel d'éducation pour la santé. L'UNICEF a collaboré avec l'OMS au renforcement des capacités gestionnaires nationales en matière de vaccination, en apportant notamment son appui aux activités de formation et en passant en revue les programmes nationaux avec l'OMS et d'autres partenaires. L'UNICEF et l'OMS ont fait des déclarations conjointes sur les aspects techniques d'un certain nombre d'interventions de soins de santé primaires. Parmi ces déclarations récentes sur la vaccination, on peut citer : "Principes de planification pour les activités de vaccination accélérées" (1985), "Sélection du matériel d'injection" (1986), "Vaccination et SIDA" (1987), et "Vitamine A et rougeole" (1987). En 1987 et 1988, l'UNICEF et l'OMS ont collaboré à l'élaboration de matériel d'information sur l'accélération et le soutien des programmes nationaux de vaccination dans les pays en développement, destiné en particulier aux responsables des programmes nationaux.

2.2 Pays développés

Les pays développés ont continué à améliorer progressivement le taux de couverture vaccinale ou à le maintenir à un niveau élevé (plus de 80% pour le BCG, DTC₃ et TOPV₃). L'incidence des maladies couvertes par ces vaccins a diminué énormément, voire réduite à zéro dans certains pays pour la diphtérie et la poliomyélite. Plusieurs de ces pays ont introduit la vaccination contre la rougeole après la mise en place du PEV. La couverture a augmenté lentement et reste insuffisante, alors que des poussées et des épidémies périodiques de

rougeole continuent à se déclarer. Tous les pays développés ont entrepris la vaccination contre l'hépatite B, et le Japon contre l'encéphalite japonaise.

L'OMS continue à encourager ces pays dans l'amélioration de la couverture vaccinale ou son maintien à un niveau élevé. Les pays développés participent aux réunions, conférences-ateliers et stages de formation de l'OMS, et reçoivent des documents techniques, des rapports et des prototypes de supports pédagogiques et d'éducation pour la santé.

2.3 Pays en développement

Dans les pays en développement, le programme de vaccination a été élargi en plusieurs étapes, en ajoutant de nouvelles zones géographiques aux zones déjà couvertes et en utilisant de nouveaux antigènes au fur et à mesure de la progression du programme. L'OMS a travaillé avec les Etats Membres à la mise au point d'un calendrier flexible de vaccination et à l'élaboration de matériel pédagogique. Elle a également fourni un encadrement technique pour la surveillance et l'évaluation du programme, et a coordonné l'approvisionnement et la distribution des vaccins.

Dans les pays insulaires du Pacifique sud, les vaccins BCG, DTC₃ et TOPV₃ étaient disponibles au niveau national dès 1980, et le vaccin antirougeoleux introduit entre 1982 et 1984. Ces pays et zones ont atteint une couverture vaccinale particulièrement élevée en ce qui concerne tous les vaccins du PEV, dépassant souvent la couverture atteinte par les pays développés. Le taux de couverture vaccinale à la fin de 1988 était de 90% pour le BCG, de 80% pour le DTC₃, de 85% pour le TOPV₃ et de 80% pour le vaccin antirougeoleux. Une couverture élevée a pu être maintenue pendant toutes ces dernières années.

L'incidence de la diphtérie, de la poliomyélite et du tétanos néonatal a été pratiquement réduite à zéro. Des poussées de rougeole et de coqueluche se déclarent encore périodiquement au fur et à mesure qu'une population sensible se forme. On estime que pour contrôler la rougeole, le taux de couverture vaccinale doit être au moins de 95%.

Les grands pays en développement ont également élargi leurs programmes par étapes. Commencés sur de petites zones géographiques et avec un nombre limité de vaccins, il ne leur a fallu que trois à cinq ans pour s'étendre à l'échelle nationale et se doter de tous les vaccins du PEV. Vingt des 32 pays et zones en développement de la Région ont commencé leur programme de vaccination contre l'hépatite B. La Chine et la République de Corée, deux des trois pays en développement où l'encéphalite japonaise est endémique, assurent une vaccination contre cette maladie.

3. OPÉRATIONS

3.1 Calendrier flexible de vaccination

Le programme recommande que chaque pays et zone détermine son propre calendrier de vaccination en fonction de ses besoins. Dans les pays en développement, les maladies cibles du PEV frappent très tôt les enfants, et il est particulièrement important de protéger ces derniers en les vaccinant le plus tôt possible. Le calendrier recommandé par le programme élargi de vaccination comme point de départ d'une planification nationale se présente comme suit :

Vaccin	Nombre de doses	Age de l'enfant
BCG	1	A la naissance
TOPV	4	A la naissance et avec chaque dose de DTC
DTC	3	A 6, 10 et 14 semaines
Rougeole	1	A 9 mois
Hépatite B	3	A la naissance, à 6 semaines et à 9 mois
Encéphalite japonaise	2	A 6 et 9 mois

Ce calendrier de vaccination suppose de la part de l'enfant et de la mère six visites au service qui assurent ces vaccinations. Cela permet aux services de santé d'assurer une protection précoce de l'enfant contre les maladies évitables par vaccination.

3.2 Matériel pédagogique et d'information

Outre l'orientation générale et la coordination assurée par l'OMS, celle-ci a fourni une orientation technique sur le programme élargi de vaccination. L'Organisation a mis au point des guides et élaboré des prototypes de matériel pédagogique et d'éducation sanitaire, largement utilisés dans les programmes nationaux et périodiquement révisés et mis à jour. L'OMS publie régulièrement des documents techniques qui sont distribués à tous les pays et zones de la Région.

Avec la coopération technique et l'appui financier de l'OMS, ces matériels sont adoptés et modifiés de façon à répondre aux besoins particuliers des pays et sont traduits dans les différentes langues nationales.

3.3 Infrastructure

L'OMS a collaboré à l'introduction de nouvelles méthodes et de matériels plus perfectionnés visant à maintenir la chaîne du froid et les systèmes logistiques requis pour que les vaccins restent actifs pendant le transport entre le lieu de fabrication et le lieu d'utilisation, et pendant le stockage. L'Organisation a collaboré étroitement avec l'UNICEF dans ce sens. Au cours des dix dernières années, cette collaboration a permis l'apparition d'une nouvelle génération d'équipements de la chaîne du froid, spécifiquement conçus pour répondre aux besoins des programmes de vaccination dans les pays en développement : chambres froides électriques, réfrigérateurs à compression, réfrigérateurs à gaine réfrigérante, réfrigérateurs à kérosène et à gaz, caisses isothermes, porte-vaccins et camions frigorifiques.

Les pays insulaires du Pacifique sud ont aujourd'hui une chaîne du froid et un système de livraison de vaccins bien au point. Dans les grands pays d'Asie, près de 90% des zones très peuplées bénéficient d'équipements adéquats pour la chaîne du froid. Les régions reculées et

montagneuses de Chine, de Papouasie-Nouvelle-Guinée, des Philippines, de la République démocratique populaire lao et du Viet Nam sont couvertes par des équipes mobiles faute d'une infrastructure solide.

4. PERSPECTIVES

La couverture atteinte aujourd'hui repose sur une infrastructure sanitaire développée au cours des douze dernières années. Si la coopération nationale et internationale continue, tous les pays et zones, à l'exception de deux pays, devraient avoir atteint un taux de couverture vaccinale supérieur à 80% en 1990. Le programme élargi de vaccination se prépare déjà pour les objectifs des années 1990, qui visent principalement à augmenter les taux de couverture vaccinale là où ils ne sont pas encore satisfaisants et à maintenir une couverture élevée dans les pays où celle-ci a été réalisée.

Avec l'augmentation de la couverture des vaccins BCG, DTC₃ et antirougeoleux, l'objectif pour 1995 consiste à combattre, voire à éradiquer, la tuberculose miliaire chez les enfants, ainsi que la diphtérie, la coqueluche, le tétanos néonatal et la rougeole.

Le taux global de couverture régionale pour le TOPV₃ est de 85,4%. Eu égard à ce développement et à la situation épidémiologique actuelle de la poliomyélite dans la Région, la trente-neuvième session du Comité régional a adopté en septembre 1988 une résolution pour l'éradication de la poliomyélite dans la Région d'ici à 1995.

Un plan d'action pour l'éradication régionale de la poliomyélite d'ici à 1995 a été préparé en octobre 1988. Ce plan met l'accent sur les mesures suivantes :

- 1) augmentation du taux de couverture vaccinale aussi rapidement que possible, jusqu'à 80% et plus, de tous les nourrissons avant leur premier anniversaire et pour l'ensemble du groupe d'âge de 1 à 4 ans dans chaque district, et maintien de ce niveau;
- 2) amélioration de la surveillance continue de la maladie, réalisation d'enquêtes sur les cas et les poussées de la maladie et application de mesures de contrôle et de lutte;
- 3) renforcement des moyens des laboratoires pour isoler et caractériser le poliovirus;
- 4) information et éducation de la communauté;
- 5) coordination des contributions des donateurs.

L'un des buts originaux du PEV a été de mettre en place une infrastructure et un système logistique pour la vaccination contre six maladies cibles, puis d'introduire de nouveaux vaccins. Déjà les pays dans lesquels le système de livraison est au point commencent à ajouter à leur programme les vaccins contre les oreillons, la rubéole, l'hépatite B et l'encéphalite japonaise. Vingt-trois pays et zones dans la Région ont commencé la vaccination contre l'hépatite B. La cible pour 1995 est d'inclure le vaccin contre l'hépatite B dans tous les

programmes nationaux et, pour les pays endémiques, d'y inclure le vaccin contre l'encéphalite japonaise.

5. CONCLUSION

Le programme élargi de vaccination est maintenant reconnu comme une priorité à la fois par les pays et par la communauté internationale. Cet appui doit être soutenu, en particulier par les agences donatrices, au-delà de 1990, afin d'assurer la progression continue du programme et de préparer l'étape suivante : le contrôle de la maladie et son éradication. Le programme élargi de vaccination représente l'un des principaux jalons sur la voie de la santé pour tous d'ici à l'an 2000.