

Pleins feux sur la vaccination

Publication trimestrielle de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination

www.VaccineAlliance.org

GAVI

GAVI, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, est un partenariat entre des organisations publiques et privées ayant pour objectif d'élargir aux enfants du monde entier l'accès à la vaccination contre les maladies les plus meurtrières.

Conseil de GAVI, Printemps 2001

Les fondations :

La Fondation Bill et Melinda Gates
La Fondation Rockefeller

Les gouvernements :

Bhoutan
Canada
Mali
Pays-Bas
Norvège

L'industrie du vaccin :

Aventis Pasteur, Canada
CIGB, Cuba

L'organisation non gouvernementale:

Le Programme Bill et Melinda Gates de vaccins pour l'enfant auprès du PATH

Les instituts de recherche et techniques sanitaires :

Les National Institutes of Health (NIH) américains
Les Centres de contrôle et prévention des maladies (CDC) américains

UNICEF

OMS

Le Groupe de la Banque mondiale

Pleins feux sur la vaccination

Pleins feux sur la vaccination est une publication trimestrielle disponible sur le site Internet de GAVI : www.VaccineAlliance.org.

Elle présente des mises à jour et des discussions sur les principales questions relatives à la vaccination, tant au niveau national qu'international. Vous pouvez aussi la recevoir par e-mail.

Pour recevoir un exemplaire par e-mail, veuillez écrire à l'adresse majordomo@who.int en indiquant « subscribe gavi » dans la première ligne du message.

Si vous n'avez pas accès à Internet, vous pouvez solliciter des exemplaires papier, qui auront été téléchargés et imprimés à partir du site Internet, auprès du bureau de l'UNICEF ou de l'OMS dans votre pays.

Dans ce numéro

Avant tout, ne pas faire de mal :
établir la feuille de route pour arriver à sécuriser les injections

2

Présentation du vaccin contre l'hépatite B : un guide pratique en provenance des pays qui l'ont déjà introduit

6

GAVI a-t-elle bien compris les priorités ?
Un économiste sanitaire ouvre le débat

8

Dur labeur en perspective

AVEC les dossiers de deux pays éligibles sur trois restant à approuver pour l'attribution des subventions du Fonds mondial pour les vaccins de l'enfant, les partenaires de GAVI ont encore beaucoup de travail devant eux pour atteindre l'objectif consistant à soutenir les 74 pays éligibles d'ici 2002. Telle est la conclusion des partenaires de l'Alliance chargés de s'assurer que les pays ont de solides plans de vaccination en place de manière à pouvoir prétendre à un nouveau soutien financier du Fonds.

Le mois dernier, le Comité d'examen indépendant de l'Alliance a évalué les dossiers de candidature du troisième cycle de pays ayant déposé une demande de soutien auprès de GAVI et du Fonds, après les deux premiers cycles de l'an passé. Trois nouvelles propositions de soutien pour améliorer les services de vaccination du Cameroun, du Pakistan et du Tadjikistan ont en principe été approuvées sous réserve de certaines clarifications. 10 pays ont cependant vu toutes leurs demandes rejetées, que ce soit pour de nouveaux vaccins ou pour des services de vaccination.

Sur les 74 pays éligibles dont les revenus par tête sont en dessous de \$1 000 de PNB, 25 ont désormais été approuvés pour l'octroi de subventions et 6 de plus ont bénéficié d'une approbation sous conditions (voir Graphique). 14 autres pays ont été priés de présenter à nouveau leurs propositions, tandis que 2 pays ont fait l'objet d'un rejet⁽¹⁾.

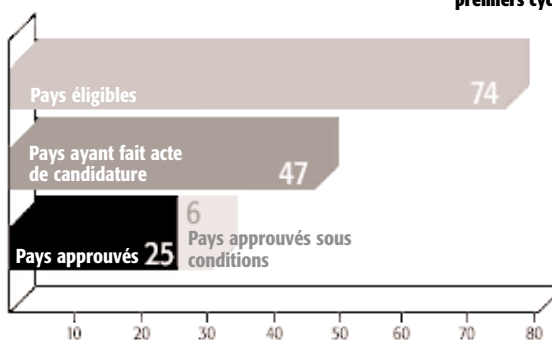
Alors que des pays relativement bien pourvus en ressources avaient présenté leurs demandes au cours des deux premiers cycles, la plupart de la vague actuelle de demandes vien de pays qui ont tendance à avoir une plus faible capacité au sein de leurs Ministères de la Santé – ou d'autres demandes à satisfaire à partir de ressources déjà surutilisées. Par exemple, plusieurs pays à qui on a demandé de présenter à nouveau leurs propositions sont situés en Afrique occidentale, où une campagne importante contre la poliomyélite est en cours depuis quelques mois.

Le Dr Tore Godal, Secrétaire exécutif de GAVI, a fait savoir que l'examen des dossiers avait servi à faire ressortir les besoins qui auraient autrement

échappé à l'analyse. « Nous pouvons utiliser le processus de candidature comme une manière de diagnostiquer les problèmes à l'échelon national, puis commencer à fournir une assistance à plus long terme et aider au développement d'une capacité pour les pays les plus faibles », a-t-il dit. « Avec le Groupe spécial pour la coordination des pays de GAVI, nous avons identifié en tant que cible prioritaire 13 pays africains qui nécessitent une attention particulière. » Le Groupe spécial commence à établir le coût de ses plans de développement de capacité. A en croire les membres, les besoins sont considérables.

ACTUALITES

Candidatures et attributions d'aides pour les trois premiers cycles



Le Dr Bjorn Melgaard, responsable du Département des Vaccins et Produits Biologiques de l'OMS, indique que les agences telles que l'OMS pourraient mettre des consultants à disposition dans le cadre d'un soutien technique pour la préparation de la candidature de chaque pays. Mais il insiste que le soutien externe ne suffirait pas à long terme. « Vous ne développez pas la capacité ou n'assumez pas la responsabilité nécessaire », dit-il. Il estime que de nombreux pays devraient employer un membre du personnel à plein temps afin d'élaborer les plans de vaccination du gouvernement et sa demande de fonds. Il prévient que la capacité à programmer et à mettre en œuvre la vaccination ne peut pas se construire du jour au lendemain. ■

Référence

(1) Pour obtenir des informations sur les dossiers de candidatures et les décaissements jusqu'à présent, consulter <http://www.vaccinealliance.org/reference/awards.html>

Phyllida Brown

Avant tout, ne pas faire de mal

Lisa Jacobs se penche sur l'itinéraire qui mène à la sécurité des injections – de la reconnaissance du problème au passage à l'action

VOUS le savez peut-être déjà : les pratiques d'injection à risque propagent la maladie. Par une cruelle ironie du sort, les personnels de santé qui travaillent à améliorer la santé des personnes peuvent involontairement propager le mal avec chaque pointe de seringue non stérile, chaque fois qu'ils remuent une seringue jetable usagée dans un bac d'eau chaude pour finalement l'utiliser à nouveau ou qu'ils la jettent dans une poubelle.

Le résultat ? De 8 à 16 millions de nouveaux cas d'infection par la nouvelle hépatite B, de 2,3 millions à 4,7 millions de nouveaux cas d'infection par la nouvelle hépatite C et de 80 000 à 160 000 nouveaux cas d'infection par le VIH par an. On estime que ces infections chroniques sont responsables d'1,3 million de décès prématurés et représentent \$535 millions en coûts médicaux directs chaque année.

Regardez ce que j'ai trouvé : des enfants jouent avec des seringues abandonnées



Keith Sahlin

Les injections sont prescrites pour de nombreuses raisons. Alors qu'elles sont essentielles pour l'administration de vaccins et de bien des traitements, elles sont également prodiguées pour d'autres raisons discutables. La conviction selon laquelle une injection est le moyen le plus puissant et le plus rapide d'administrer un médicament – même si la seringue ne contient que des vitamines – contribue à une surdemande et une surprescription

d'injections. En fait, on estime que la majorité des injections administrées pour des raisons curatives dans les pays en développement ne sont pas nécessaires.

Pourquoi les injections à risque sont-elles tolérées par le personnel de santé, les patients, les personnes en charge de la garde d'enfants et les responsables gouvernementaux ? Les réponses sont complexes et comprennent des impératifs économiques et des attitudes culturelles par rapport à la question des déchets. Mais peut-être, la raison la plus importante réside-t-elle dans le fait que les personnes qui disposent de pouvoirs de décision, y compris les patients, les personnes en charge de la garde d'enfants, ne comprennent pas les risques, l'étendue du problème ou bien que les solutions (Encadré 1) sont à portée de main.

Selon le Dr Yvan Hutin, épidémiologiste et expert de l'hépatite B, qui dirige le Safe Injection Global Network (SIGN), comprendre le problème est non seulement la première mais également la plus importante des étapes.

En fait, dans bien des cas, dès que les gens voient des preuves de ce qui se passe, ils sont convaincus qu'ils doivent faire quelque chose pour remédier à la situation, déclare le Dr Hutin. « Le problème des injections à risque ne se résoudra pas de lui-même. Mais lorsque la sécurité est intégrée aux plans et budgets du secteur de la santé, la situation s'améliore. »

Un problème avec des solutions claires

En 1995, une étude réalisée au Burkina Faso a révélé qu'une injection sur dix dans les dispensaires ruraux était réalisée avec des équipements stériles. Un nouveau système a ensuite été introduit pour rendre les médicaments essentiels, y compris les seringues jetables stériles, facilement accessibles à chaque dispensaire par le biais d'un système de recouvrement des coûts. Cinq ans plus tard, l'impact sur la sécurité était étonnant : en 2000, presque 100 % des injections dans les centres participant à l'étude ont été administrées avec une seringue stérile. Dans ce cas précis, l'augmentation de l'approvisionnement en seringues a conduit à une augmentation de la demande –

Tableau 1: dix actions pour améliorer la sécurité des injections

Patients	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Déclarez une préférence pour les médicaments par voie orale lors de visites aux centres médicaux
Personnel de santé	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Exigez une seringue stérile pour chaque injection ◆ Évitez autant que possible de prescrire un traitement par injection ◆ Utilisez une seringue stérile pour chaque injection et débarrassez-vous en convenablement
Services de vaccination	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Livrez les vaccins avec un nombre correspondant de seringues autobloquantes et de boîtes pour objets pointus
Programmes de médicaments essentiels	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Mettez des seringues stériles et des boîtes pour objets pointus à la disposition de chaque centre médical
Programmes de prévention du VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Intégrez une sensibilisation aux dangers des injections à risque dans toutes les activités de nature éducative et visant à changer les comportements
Système de soins	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Veillez à ce que la gestion des déchets contenant des objets pointus fasse partie intégrante des obligations de soin du système ◆ Faites du contrôle de la sécurité des injections un indicateur critique de la prestation des services de santé
Ministère de la Santé	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Coordonnez les politiques nationales adaptées à l'aide d'estimations des coûts, de budgets et de financements appropriés

une demande pour laquelle les gens étaient prêts à payer.

« L'expérience du Burkina Faso montre combien il est facile de résoudre ce problème », dit le Dr Hutin. « Quelquefois, il suffit de mettre des seringues propres à disposition. »

La démarche d'approvisionnement, ou encore logistique, qui a marché au Burkina Faso, ne sera pas la solution pour tous les pays. La demande a dicté l'approvisionnement en Roumanie, où une épidémie d'infections par le VIH dont on a beaucoup parlé s'est produite dans les années 90 chez les orphelins. Les enfants avaient été infectés par des transfusions sanguines et des injections pratiquées dans les orphelinats.

Avec les images frappantes des patients infectés par le VIH au cours d'un traitement médical, l'inquiétude par rapport aux maladies contractées par des seringues a progressé au sein de la population. Les gens ont exigé de nouvelles seringues, dans des paquets scellés, pour chaque injection, et le système a réagi.

« A chaque fois qu'une intervention a été financée et tentée, qu'il s'agisse d'un changement de comportement ou non, de la fourniture d'approvisionnements ou de la gestion des déchets d'objets pointus, celle-ci a eu un impact », déclare le Dr Hutin. « Par conséquent, si nous adoptons une approche à l'échelle du secteur qui combine toutes ces interventions à faible coût, nous devrions être en mesure d'éliminer les pratiques d'injection à risque. »

PEV : une petite partie du problème, une grande partie de la solution

Bien que les injections de vaccination représentent moins de 10 % des 12 milliards d'injections administrées chaque année, la plupart des systèmes de santé ont considéré que la sécurité des injections relève de la responsabilité du Programme élargi de vaccination, ou PEV. Malheureusement, cette responsabilité n'a pas été soutenue par des budgets adéquats. Et bien qu'il soit essentiel que les programmes de vaccination disposent de pratiques sans risques, les responsables du PEV n'ont aucun contrôle sur l'utilisation et la surutilisation des injections dans le système de santé tout entier.

« Nous ne pouvons pas résoudre le problème », estime le Dr Caroline Akim, Responsable du PEV en Tanzanie. « Mais nous pouvons ▶

Fiche pays 1 : le Pakistan – un pays prêt au changement

CERTAINS seraient découragés par l'échelle des défis auxquels est confronté le réseau nouvellement constitué de sécurité des injections du Pakistan. Mais le Dr Arshad Altaf, un des principaux organisateurs du réseau ne donne pas l'impression d'être le type de personne à se décourager.

« Il n'existe pas de raccourci ; nous avons besoin d'éducation et de formation, et la sécurité des injections doit faire l'objet de l'attention qu'elle mérite et occuper la place qui lui revient », dit le Dr Altaf, docteur en médecine et épidémiologiste du comportement de l'Université Aga Khan de Karachi.

La charge de morbidité des infections par voie sanguine est lourde au Pakistan. On estime qu'une personne sur dix de la population dans son ensemble est une porteuse chronique du virus de l'hépatite B (VHB). Ces dernières années, le virus de l'hépatite C (VHC) s'est rapidement propagé ; dans certaines parties du Pakistan, plus d'une personne sur 20 est une porteuse chronique. Les chercheurs ont conclu que les injections à risque constituent la cause la plus probable de l'épidémie croissante du VHC. Et puisque le VHC a encore plus de chances que le VHB d'être à l'origine de maladie chronique du foie, la charge de morbidité de la maladie à long terme est en hausse.

Injections inutiles

Des études réalisées à Hafizabad, au sud-ouest de Lahore, et à Darsano Channo, près de Karachi, ont toutes les deux révélé que le contact aux injections constituait le facteur de risque le plus important de transmission de l'hépatite ; plus d'injections il y a, plus la probabilité d'être contaminé est grande⁽¹⁾.

« Les anti-inflammatoires, les antibiotiques, les traitements contre le paludisme, les stéroïdes et les multivitamines sont tous administrés par injection », dit le Dr Altaf. Tout cela se paie : il n'est pas rare que les patients doivent déboursier la somme de 30 roupies pakistanaises (environ \$0,5) pour une injection alors que le revenu total du ménage ne dépasse souvent pas les \$1,60 par jour. « Quand on arrive à court de seringues, les dispensaires se contentent de les tremper dans l'eau et les réutilisent », raconte le Dr Altaf.

Dans une étude réalisée au centre hospitalier universitaire Aga Khan, le Dr Naheed Nabi et d'autres⁽²⁾ ont découvert que la plupart des patients croyaient que les injections avaient plus d'efficacité que les médicaments par voie orale et étaient prêts à payer plus pour en bénéficier. Mais quand ils ont appris que les médicaments par voie orale étaient tout aussi efficaces, 80 % des patients ont dit qu'ils préféraient éviter une injection.

Il est intéressant de constater que 91 % des patients ayant bénéficié de traitements injectables ont indiqué que leurs médecins traitants les recommandaient, ce qui contredit la théorie selon laquelle les personnels de santé ne font que répondre à la demande. Seuls 9 % des patients avaient demandé un traitement par injections.

Seringues recyclées

Un autre problème est celui de l'élimination des déchets. « Il n'y a pas de système adéquat de gestion ou d'élimination des déchets », déclare le Dr Altaf. Son équipe a traqué les destinations finales des seringues d'hôpitaux et des laboratoires cliniques à Karachi. Bon nombre d'entre elles sont déposées dans les décharges publiques, où les jeunes pilleurs de poubelles les ramassent et les vendent à des revendeurs de drogue. Certaines sont également vendues aux pilleurs de poubelles par des membres du personnel d'entretien qui travaillent dans les dispensaires et les laboratoires.

« Les seringues usagées avec aiguilles sont vendues au kilo pour un prix atteignant 10 roupies pakistanaises (\$0,17) », affirme le Dr Altaf. Les aiguilles sont enlevées par les revendeurs et refondues. La partie plastique de la seringue est lavée, écrasée et transformée en granules qui sont ensuite vendus à l'industrie des produits plastiques. Une minorité de seringues sont également remballées et vendues pour utilisation médicale ultérieure.

Les gains retirés de ce commerce dangereux qu'est le recyclage de seringues usagées peuvent sembler dérisoires aux yeux des étrangers aisés vivant dans les pays industrialisés. Mais pour les personnes disposant de faibles revenus, ceux-ci représentent des sommes non négligeables, poursuit le Dr Altaf. « Avec la motivation financière et la culture de réutilisation fortement enracinée dans le pays, nous nous attendons à ce que le recyclage continue », conclut-il.

Eduquer les pilleurs de poubelles

Selon le Dr Altaf, le Pakistan doit développer un système adéquat⁽³⁾ pour l'élimination des déchets cliniques. Ceci, couplé au fait avec l'utilisation de seringues autobloquantes (AD) dans les dispensaires de vaccination du pays, réduira probablement les risques d'infections transmises par voie sanguine. Mais tant que les médecins et les patients n'auront pas acquis une meilleure compréhension des risques d'infection et tant que le nombre d'injections thérapeutiques non nécessaires n'aura pas décliné, un grand nombre de seringues conventionnelles jetables finira dans les décharges publiques. Le Dr Altaf croit qu'il serait pragmatique d'éduquer ceux qui interviennent au sein du commerce de recyclage sur les risques d'infection et de créer un système fiable pour enlever et incinérer les aiguilles en toute sécurité avant que les seringues ne soient mises au rebut. S'il n'est pas possible, de manière réaliste, d'arrêter le recyclage des seringues pour obtenir du plastique remoulé, les risques peuvent tout au moins être réduits pour tous.

Pendant la courte année qui s'est écoulée depuis que le Pakistan a constitué son réseau national pour le Safe Injection Global Network, on n'a pas perdu de temps. Aujourd'hui, les activités du réseau commencent à porter leurs fruits : le pays a pris la mesure de l'ampleur du problème et – chose cruciale – la plupart des acteurs du système de santé tiennent désormais à changer les choses.

Références

- (1) Présentation lors de SIGN Pakistan symposium, février 2000, par le Dr Stephen Luby, CDC, Atlanta, Etats-Unis.
- (2) Présentation lors de SIGN Pakistan symposium, février 2000, par le Dr Naheed Nabi, Aga Khan University, Karachi, Pakistan.
- (3) Pour une mise à jour sur les politiques et les activités de l'OMS dans le domaine de l'élimination des déchets de santé, consulter <http://www.who.int/inf-fs/en/fact253.html> et www.injectionsafety.org/documents/Aide-Memoire-HCWM.pdf

Phyllida Brown

avoir un rôle de promoteur et pousser le système de santé à traiter ce problème. » En fait, promouvoir des politiques et des pratiques d'injection sans risques est une opportunité pour les programmes de vaccination d'avoir un impact profond à travers l'ensemble du système.

La plus grande priorité, selon bon nombre de gens, est d'adopter une politique d'injection et d'élimination sans risques. « Il est nécessaire d'avoir une politique à l'échelle du système pour étendre la responsabilité de la sécurité des injections à l'intégralité du secteur de santé, au lieu de restreindre celle-ci au PEV », déclare le Dr Akim. Une politique nationale confère également aux programmes l'autorité de dépister et de mettre un terme aux interventions à risque.

Cependant, une bonne politique ne se mesure qu'à la qualité de sa mise en œuvre. Sans endossement par toutes les parties prenantes, une politique d'injection et d'élimination sans risques ne sera guère plus qu'une règle supplémentaire dans les manuels – qui pourra être considérée comme importune, rendant les coûts des programmes plus élevés, voire privant peut-être même les gens de revenus dont ils ont grand besoin.

« Une politique qui n'est pas appliquée revient à ne pas avoir de politique du tout », déclare le Dr B. Wabudeya, Ministre d'Etat pour la Santé en Ouganda. Le danger ? Que les personnes occupant des postes à responsabilité soient amenées à penser qu'une fois qu'une politique est couchée sur papier et adoptée, la situation est réglée.

Mesurer le problème

Si la découverte constitue la première étape vers la résolution du problème, la première étape vient de se trouver simplifiée. Une méthodologie simple et focalisée de suivi des pratiques d'injection et d'élimination, de

documentation des connaissances et de compréhension du problème chez le personnel de santé et les patients vient juste d'être développée conjointement par SIGN, l'OMS et BASICS, un programme financé par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international. Appelé « Tool C » (comme dans troisième dans une série de quatre), cette nouvelle technologie a été testée au Burkina Faso, au Niger, en Ethiopie, au Mali, en Mauritanie, au Zimbabwe et en Egypte⁽¹⁾. L'objectif est de faciliter pour les gouvernements le suivi de la sécurité des injections, le contrôle du pourcentage des enfants vaccinés ou encore la couverture vaccinale. « A quoi bon augmenter la couverture vaccinale si vous augmentez également le contact à l'hépatite B et C ou au VIH ? », interroge Hutin.

Les méthodes derrière Tool C sont simples. Dans chaque pays, une équipe de 12 personnes suit les activités de 80 dispensaires dans 10 districts sur une période de 2 semaines. Chose importante : les données rassemblées sont d'ordre pratique ; les pays peuvent donc rapidement identifier les solutions à apporter. Par exemple, l'équipe se renseigne pour savoir combien de dispensaires disposent d'un lieu dédié à la préparation des injections et s'ils disposent de l'équivalent d'au moins une semaine de stock de matériel de seringues jetables / autobloquantes. Les mesures sont standardisées, ce qui signifie qu'au fur et à mesure qu'un plus grand nombre de pays entre dans le processus, les problèmes communs peuvent être mis en évidence et les mesures adéquates mises en place.

Déchets dangereux

Tool C a identifié un grave problème au Burkina Faso qui a pris bon nombre de communautés au dépourvu. Les enquêteurs ont découvert des seringues abandonnées dans des conteneurs ouverts dans 66 dispensaires, faisant ainsi courir au personnel de santé le risque d'être piqué

Fiche pays 2: l'Egypte : 'Nous devons faire diminuer la demande en injections'

L'EGYPTE connaît plus que tout autre pays la charge de morbidité qui découle de la réutilisation d'aiguilles. Une proportion étonnamment élevée de la population – environ une personne sur huit – est infecté par le virus de l'hépatite C (VHC), l'hépatite B étant également très répandue⁽²⁾. La plus grande partie de la charge de morbidité de cette maladie est attribuée à des injections à risque. Le problème ne date pas d'hier, mais il existe dorénavant un nouvel engagement, solide, pour y trouver une solution.

« La sécurité des injections et le contrôle de l'infection sont devenues de grandes priorités du Ministère de la Santé et de la Population », déclare le Dr Maha Talaat, spécialiste de la santé publique et directeur général d'un nouveau programme au ministère. L'objet du programme est la prévention de la transmission de pathogènes sanguins au sein des services de santé. Le Dr Talaat est également membre d'une nouvelle coalition nationale de personnels de santé qui s'efforce de sensibiliser la population aux questions de sécurité des injections.

Une partie du problème en Egypte peut être imputée au traitement en masse de la bilharziose avant les années 80. Le traitement nécessitait de multiples injections et on pense qu'il est à l'origine de la propagation importante du VHC⁽²⁾. De nouveaux cas d'infection par le VHC continuent à apparaître aujourd'hui, bien que le traitement de la bilharziose ait été remplacé il y a bien longtemps. Les chercheurs estiment que ceci est toujours dû aux aiguilles réutilisées. De nos jours, les études suggèrent que le VHC continue à

se transmettre par le biais d'injections à risque et d'autres pratiques de santé.

La plupart des injections ne sont pas nécessaires. « Les personnes préfèrent les injections aux traitements par voie orale parce qu'elles pensent que les injections vont leur permettre de guérir plus rapidement », dit le Dr Talaat. « Nous avons besoin de faire diminuer la demande en injections. »

Le gouvernement a planifié soigneusement sa réponse. Cette année, le nouveau programme rassemble des données de base essentielles afin de pouvoir mesurer l'impact des interventions qui commenceront l'année prochaine, y compris la formation des personnels de santé, l'éducation et les campagnes médiatiques de masse à l'attention du public, ainsi qu'une initiative pour s'assurer que les approvisionnements en équipement stérile sont disponibles en permanence.

La grande priorité, selon le Dr Talaat, est d'éduquer ceux qui administrent les injections. La première étape consiste à les identifier. L'équipe a déjà découvert, à partir d'une étude menée dans un gouvernorat, que plus de 40 % des injections dans cette zone sont administrées non pas par des personnels de santé formés, mais par des personnes non formées parmi lesquelles parents, amis et « coiffeurs soignants », dont les services sont meilleur marché que ceux des médecins. Les conclusions de cette étude, de même que d'autres études sur les pratiques des personnels de santé à travers le pays, seront essentielles à la formulation et au ciblage des documents de formation.

Autre grande priorité selon le Dr Talaat : la mise en œuvre de systèmes plus sûrs d'élimination des déchets cliniques. « Le Ministère des Affaires Environnementales, avec le concours du Ministère de la Santé et de la Population, travaille actuellement à résoudre ce problème », précise le Dr Talaat. Par ce qu'il n'existe pas de système adéquat pour le transport et l'incinération des déchets cliniques, toutes les seringues – qu'elles soient ou non placées dans des boîtes de sécurité – représentent un danger une fois qu'elles ont quitté le centre médical. Certaines se retrouvent dans les décharges municipales, où les enfants jouent avec. Le Dr Talaat déclare que si le système d'élimination finale n'est pas correctement géré, aucun type de matériel, y compris les boîtes de sécurité ou les seringues autobloquantes (AD), ne peut être considéré « sans risques ».

Personne ne doute de l'ampleur du défi auquel l'Egypte est confrontée. Mais désormais, celui-ci est reconnu. Et avec un nouveau programme gouvernemental et une coalition active des personnels de santé déterminés à changer les choses, la bataille est engagée.

Références

- (1) Article de presse de l'OMS : <http://www.who.int/inf-pr-2000/en/pr2000-14.html>
- (2) Frank et al. The role of parenteral antischistosomal therapy in the spread of hepatitis C virus in Egypt. The Lancet, 2000, 355: 887-891.

Phyllida Brown

accidentellement par des seringues. Dans la plupart des centres médicaux, on a trouvé les aiguilles et les seringues usagées dans la zone environnante : un danger pour toute la communauté locale – une situation qui a été identifiée dans un certain nombre de pays.

« Dans beaucoup de pays en développement, le ramassage et l'enlèvement des déchets sont considérés comme relevant de la responsabilité municipale – et non de celle des hôpitaux et du système de santé », déclare Annette Prüss, de la Division de la sécurité environnementale de l'OMS. « Le concept du « pollueur qui paie » est un concept très occidental. »

Il n'y a pas que les enfants qui trouvent que les seringues constituent des jouets efficaces pour faire des giclées ; dans bon nombre de pays, les pilliers de poubelles fouillent eux aussi les détritiques à la recherche d'objets pouvant être revendus. Les seringues jetables conventionnelles peuvent être rincées, ré-emballées et revendues comme neuves alors qu'en réalité, elles ne sont pas stériles. Selon les experts de l'environnement, certains membres du personnel soignant recueillent en fait les seringues usagées pour les vendre à des « recycleurs », générant un revenu pour les deux parties. Et un risque pour beaucoup.

A présent, après avoir pris conscience de leur problème d'élimination des déchets, les responsables de la santé au Burkina Faso ont développé des plans pour remédier à la situation. Leurs chances de réussite sont grandes : une évaluation récente en Côte d'Ivoire a révélé que les infrastructures assumant la responsabilité des déchets cliniques dans le cadre de leurs obligations de soins sont parvenues à éliminer les objets pointus sales de leur environnement.

« Ce qu'il faut par-dessus tout, c'est la volonté de traiter le problème », conclut le Dr Hutin.

La technologie à la rescousse ?

De nombreux pays remédient à la question de la sécurité des injections en passant aux seringues autobloquantes pour effectuer les vaccinations. Les seringues autobloquantes disposent d'un mécanisme conçu pour verrouiller la seringue après utilisation afin qu'elle ne puisse pas être réutilisée. Les pays qui ont été approuvés pour recevoir les vaccins de GAVI et du Fonds mondial bénéficieront également du nombre requis de seringues autobloquantes. GAVI étudie à l'heure actuelle une politique visant à aider les pays à effectuer la transition des seringues stérilisables et/ou jetables aux seringues autobloquantes pour l'ensemble des vaccins, ceci dans le but de pousser ces derniers à s'aligner sur la politique de l'OMS, de l'UNICEF et de l'UNFPA, qui préconise l'utilisation de seringues autobloquantes pour tous les vaccins d'ici 2003.

Mais quand il est question de sécurité, la technologie n'apporte pas toutes les solutions. « Si vous voulez apprendre comment réutiliser une seringue « autobloquante », venez au Pakistan », déclare Johnny Thaneoke Kyaw-Myint, Responsable de projet senior pour la Santé et la Nutrition à l'UNICEF, au Pakistan. Il n'est bien évidemment pas sérieux. « Les gens ont appris à manipuler la seringue de manière à ce que le mécanisme ne se bloque pas, afin qu'elle puisse être réutilisée ou vendue puis réutilisée. »

La leçon à tirer ? Il faut éduquer, motiver et soutenir les gens pour qu'ils exigent une seringue stérile pour chaque

injection. La fourniture d'équipement d'injection sans risques devrait s'inscrire dans une stratégie plus large comprenant également un encouragement vis-à-vis du changement de comportement et de la gestion des déchets d'objets pointus.

Actuellement, 500 millions de seringues autobloquantes sont produites chaque année pour être utilisées dans les pays en développement. Dans les deux années à venir, de plus en plus de pays emboîtant le pas, on estime que ce chiffre atteindra les 2 milliards. La question de l'élimination devient un peu plus critique chaque jour.

Selon le Dr Prüss, des initiatives simples peuvent être prises immédiatement. Les approvisionnements en boîtes pour objets pointus devraient être disponibles dans tous les dispensaires, pas seulement à temps pour les campagnes de vaccination. De petits incinérateurs peuvent être construits ; des fabricants de four locaux peuvent être employés pour construire des incinérateurs. Les coûts sont abordables : un petit incinérateur pour un district peut être construit pour un prix inférieur à \$700, selon le Dr John Lloyd, expert en vaccination du Programme Bill et Melinda Gates de vaccins pour l'enfant auprès du PATH.

Jusqu'à récemment, le problème des injections à risque semblait insurmontable, dit le Dr Hutin. « Mais en fait, au vu de l'expérience acquise, nous savons maintenant que la sécurité est un domaine facile à aborder, à condition que le système de santé ait la volonté d'y remédier. Nous connaissons des stratégies simples à suivre et les résultats sont visibles et rapides. »

Référence

(1) Pour l'intégralité de la série et un résumé, consulter <http://www.injectionsafet.org/html/resources.html>



Un bon départ : les boîtes de sécurité réduisent les risques, mais leur élimination finale doit, elle aussi, se faire en toute sécurité

UNICEF/H000-0256/Giacomo Prozzi

Présentation du vaccin contre l'hépatite B

Alors que le premier groupe de pays se prépare à vacciner les enfants pour la première fois contre l'hépatite B, Scott Wittet fait part de certains conseils en matière de promotion, de communication et de formation nés de l'expérience des pays en développement qui sont déjà passés par là

L'HEPATITE B tue, faisant quelque 900 000 victimes chaque année. Les porteurs chroniques du virus peuvent contaminer les autres et sont susceptibles de développer de graves maladies du foie plus tard au cours de leur vie, parmi lesquelles le cancer. Heureusement, le vaccin contre l'hépatite B peut prévenir l'infection et l'Organisation Mondiale de la Santé recommande d'en faire bénéficier tous les enfants de la planète.

Le vaccin est disponible depuis des décennies, mais de nombreux pays ne peuvent toujours pas se permettre de l'utiliser. Les partenaires de GAVI et du Fonds mondial pour les vaccins de l'enfant travaillent actuellement à changer la donne.

Le PATH, le Programme de Technologie Appropriée en Santé s'est penché sur certains des programmes initiaux d'introduction du vaccin de l'hépatite B en Asie et en Afrique, sous l'égide du Groupe spécial international pour la vaccination contre l'Hépatite B. Nous partageons ici quelques leçons apprises au cours d'une décennie sur la promotion efficace auprès des preneurs de décision, sur la communication avec les parents et les personnes chargées de la garde des enfants, ainsi que sur la formation du personnel de santé par rapport à l'hépatite B.

Comme pour l'introduction de tout nouveau vaccin, il existe des règles générales. Planifiez vos stratégies pour la communication et la formation à l'avance. Faites appel à la recherche pour enquêter sur les connaissances et le comportement des fournisseurs et des consommateurs ; ces données peuvent en effet guider la formulation des messages et des documents d'information. Travaillez en coordination avec vos collègues concernés par l'opération à tous les niveaux du système de santé et assurez-vous que les messages et les matériaux communiqués aux publics cibles sont cohérents. Pour finir, les parents signalent que leur source d'informations sur la vaccination la plus fiable est la personne dispensant les soins médicaux. Il est donc important que les

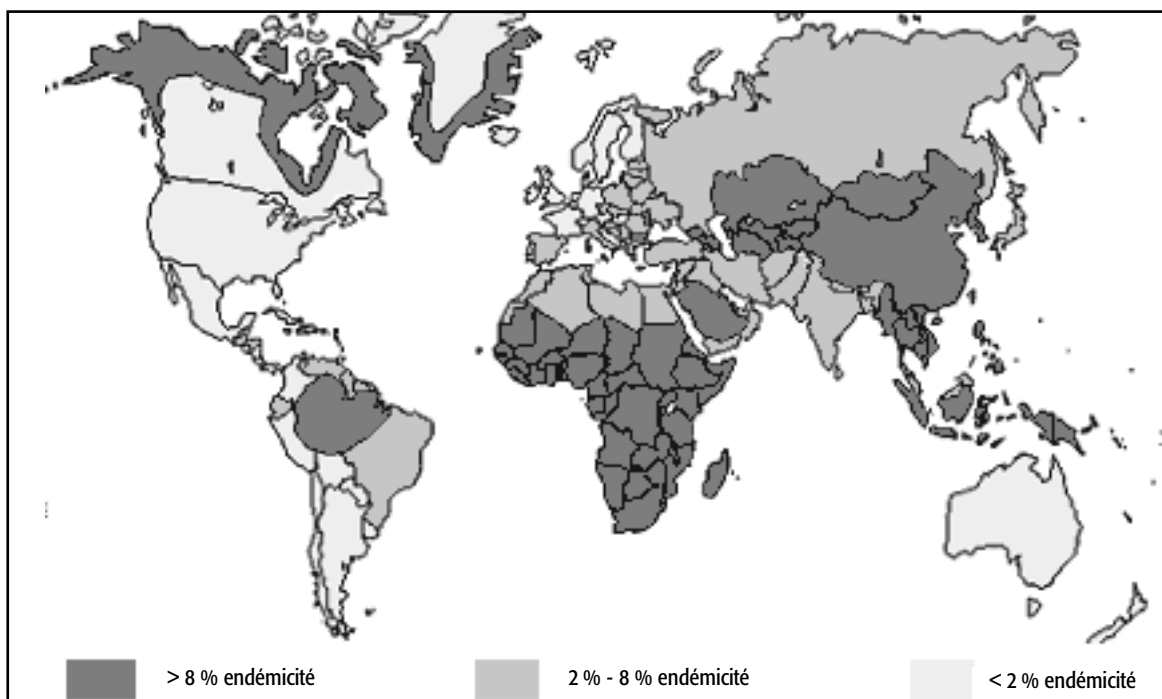
personnels de santé soient en mesure d'expliquer avec précision ce qu'est l'hépatite B, le vaccin s'y rapportant et l'importance de vacciner les enfants. Concentrez-vous tout d'abord sur la communication entre les dispensateurs de soins et les consommateurs, puis utilisez d'autres moyens pour soutenir ces efforts interpersonnels.

Voici quelques suggestions spécifiques :

1. Surmonter la confusion parmi les preneurs de décision, les dispensateurs de soins et le public

L'hépatite et la vaccination contre l'hépatite B représentent des sujets prêtant à confusion à la fois pour les dispensateurs de soins et les parents. Voici quelques sources de confusion usuelles :

- Certains dispensateurs de soins ne sont pas conscients que l'OMS recommande de vacciner tous les nourrissons contre l'hépatite B.
- Souvent, les gens ne comprennent pas bien les différences entre l'hépatite B et les autres formes d'hépatite.
- Ils n'ont pas une idée claire de la jaunisse. Il est important de veiller à ne pas impliquer que la jaunisse est exclusivement causée par l'hépatite B. Par exemple, il est trompeur de dire « la vaccination contre l'hépatite B empêche la jaunisse », alors qu'en réalité, la vaccination contre l'hépatite B n'empêche que la jaunisse causée par l'hépatite B.
- L'hépatite B n'est pas toujours considérée comme étant une maladie touchant les enfants, parce que le cancer du foie peut mettre des années à se développer. Cela peut être plus difficile pour les parents de voir quels peuvent être les bénéfices de la vaccination pour le nourrisson.
- L'hépatite B se transmet de différentes manières dans différents endroits. Dans certains pays, l'hépatite B est habituellement transmise aux enfants quand ils sont en bas âge. Mais dans d'autres pays, l'infection a tendance à survenir plus tard dans la vie, ce qui amène les parents à remettre en question la nécessité de vacciner un enfant en bas âge. ▀



Un ennemi d'envergure mondiale : la prévalence estimée de l'hépatite B par région

OMS

- Il peut y avoir confusion vis-à-vis de la nécessité de vacciner les adultes. Là encore, les conseils seront différents en fonction des pays.
- Attendez-vous à de nombreuses rumeurs concernant la sécurité et l'efficacité des différents vaccins contre l'hépatite B. Quelquefois, la désinformation est propagée par ceux qui peuvent en tirer profit.

Bien faire comprendre : les manuels thaïlandais pour les vaccinateurs et le personnel de santé des dispensaires



PATH et Ministère de la Santé Publique, Thaïlande

2. Utiliser toutes les occasions possibles pour éduquer les dispensateurs de soins sur l'hépatite B

La manière dont cela peut être fait de la façon la plus efficace dépend de la situation dans laquelle vous êtes, comme le montrent les exemples suivants :

- A Lombok, en Indonésie, le gouvernement a testé de nouveaux systèmes d'enregistrement des naissances et d'administration du vaccin contre l'hépatite B au cours de la première semaine de vie. Etant donné les changements au niveau des rôles et des responsabilités de différents membres du personnel que cela impliquait, une formation spéciale a été nécessaire à travers l'ensemble du champ d'action du projet.
- Mais aux Philippines, moins de changements systémiques étaient envisagés et des séances de formation supplémentaires n'ont donc pas été nécessaires. Au lieu de cela, le Département de la Santé a veillé à ce que les informations sur l'hépatite B soient disséminées par le biais d'une publication interne et que le sujet soit abordé lors des réunions du personnel, ainsi que lors de conférences régionales et nationales. Les programmes de formation du personnel ont également été remis à jour.

3. Concevoir des documents sur la base des besoins du public

- A Lombok, des études portant sur le public cible ont révélé que les parents avaient tendance à présenter des niveaux d'instruction plus faibles et avaient beaucoup de convictions traditionnelles (non médicales) concernant la causalité de la maladie. Ayant pris cela en compte, l'équipe de présentation a décidé d'opter pour des messages éducatifs simples et de se concentrer principalement sur le comportement parental (combien de fois emmener un enfant se faire vacciner) plutôt que sur des informations scientifiques sur la maladie ou le vaccin. En général, cette stratégie a bien marché puisque tous les parents ont appris comment faire vacciner leurs enfants et les parents plus instruits qui avaient d'autres questions ont pu obtenir des informations supplémentaires auprès de leurs médecins.
- En Thaïlande, les parents au sein de l'échantillon participant

à notre recherche étaient plus informés. La documentation a donc été conçue pour traiter des questions plus sophistiquées. Un exemple particulier : bon nombre de dispensateurs et de consommateurs en Thaïlande étaient confus sur la nécessité de vacciner l'adulte. La plupart des adolescents et des adultes dans ce pays-là ayant déjà été au contact du virus de l'hépatite B, la vaccination chez l'adulte et l'adolescent ne comporte pas grand avantage. Aider parents et dispensateurs à comprendre cela est devenu l'un des grands objectifs de communication du programme.

4. Ne pas dépenser des ressources en documentation inutile

Les évaluations en Indonésie et en Thaïlande ont montré que la distribution en masse de documents imprimés onéreux à l'attention des parents n'était pas rentable.

- Quand les ressources sont limitées, concentrez-vous sur la fourniture de documents de référence et d'une formation de grande qualité à l'attention des médecins, infirmières, vaccinateurs et travailleurs de proximité de votre programme.
- Si vous trouvez que les documents pour distribution aux parents sont nécessaires, essayez de concevoir des prospectus de bonne qualité plutôt que des livrets en couleurs. Ils sont moins chers à imprimer et à distribuer.

Espoir pour l'avenir

Au cours de la décennie qui s'est écoulée depuis les premiers programmes du Groupe spécial, bien des pays ont trouvé des moyens d'intégrer la vaccination contre l'hépatite B dans leurs programmes nationaux. Le Botswana, la Chine, l'Égypte, l'Indonésie, les Philippines, l'Afrique du Sud, la Thaïlande, la Tunisie et le Zimbabwe font partie des nations en développement dans le monde qui protègent systématiquement leurs enfants contre l'hépatite B. Avec l'assistance des agences partenaires de GAVI et du Fonds mondial pour les vaccins de l'enfant, c'est plus de 30 pays supplémentaires qui entament des efforts d'introduction.

Il existe une opportunité supplémentaire et extrêmement importante que les partenaires de GAVI ne doivent pas laisser passer : l'heure est venue de donner aux « troupes de la polio » une nouvelle mission dans les pays où les Journées nationales de vaccination disparaissent progressivement. Personne n'a connu autant de réussite que l'Initiative pour l'éradication de la polio en termes de mobilisation des communautés pour un projet lié à la santé. Maintenant que les efforts d'éradication de la polio diminuent progressivement dans de nombreuses zones, le personnel et les bénévoles peuvent élargir leurs efforts en se concentrant sur l'amélioration de la vaccination systématique et sur d'autres programmes de santé primaire.

Scott Wittet est Directeur de la promotion, de la communication et de la formation au sein du Programme Bill et Melinda Gates de vaccins pour l'enfant auprès du PATH.

Pour plus d'informations sur les programmes concernant l'hépatite B et la vaccination, consulter le Centre de Ressources du Programme Bill et Melinda Gates de vaccins pour l'enfant sur le site Web du PATH à l'adresse <http://www.ChildrensVaccine.org> ou contacter le Secrétariat de GAVI c/o UNICEF, Palais des Nations, 1211 Genève 10, Suisse. E-mail : gavi@unicef.org

Ce texte est une version adaptée d'un document présenté lors de la Réunion des Partenaires de GAVI à Noordwijk, aux Pays-Bas en novembre 2000. L'intégralité de ce document peut être téléchargé à l'adresse http://www.childreenvaccine.org/html/ip_advocacy.htm

Ne perdez pas de vue une bonne vaccination systématique

GAVI et les gouvernements ont-ils bien compris les priorités ? Catriona Waddington ouvre le débat

“ LE même jour, trois choses se passent. Dans un pays d’Afrique occidentale, une petite fille est vaccinée au cours d’une Journée nationale de vaccination très médiatisée. Dans un pays d’Afrique orientale, un jeune garçon reçoit le vaccin contre l’*Haemophilus influenzae* type b (Hib) que son Ministère de la Santé vient juste de commencer à dispenser. Et dans un pays du sud de l’Afrique, un responsable de la santé publique du district appelle vivement à la prudence à l’égard des Journées nationales de vaccination (JNV) et les soi-disants vaccins « sous-utilisés ».

Etant donné que ni le garçon ni la fille n’auraient bénéficié de ces vaccinations sans les JNV et l’introduction de vaccins sous-utilisés, pourquoi une personne adopterait-elle la position du responsable de la santé ?

Le responsable avait raison d’inviter à la prudence. Alors que les JNV et les nouveaux vaccins pour un pays peuvent être une chose attrayante, il y a un vrai danger qu’ils fassent oublier la tâche principale de la vaccination : disposer d’un système de santé solide qui peut faire bénéficier les enfants, génération après génération, des six vaccinations de base de manière systématique.

De nombreux pays ont encore beaucoup de chemin à faire pour augmenter la couverture des six vaccinations de base – par exemple, la couverture moyenne des trois doses diphtérie, tétanos et coqueluche (DTC3) dans les pays recevant des fonds de GAVI n’est actuellement que d’environ 65 %. Le responsable de la santé publique du district préfère se concentrer sur l’augmentation de la couverture des six vaccinations de base. Que l’introduction de nouveaux vaccins puisse faire perdre de vue cette priorité l’inquiète. Et elle est préoccupée par le fait que les pays investissent peut-être de manière disproportionnée dans les JNV aux dépens des services de vaccination systématique.

Qu’est-ce que tout cela a à voir avec GAVI ? GAVI et le Fonds mondial pour les vaccins de l’enfant allouent actuellement de l’argent par le biais de deux « fenêtres » principales – l’une pour les vaccins nouveaux et sous-utilisés, l’autre pour renforcer les services de vaccination existants. Les fonds pour les services existants ne sont pas pour les vaccins eux-mêmes, ils visent à renforcer le système existant. L’argent peut être consacré à la chaîne du froid, la formation ou le transport, par exemple. Dans les cycles 1 et 2 du financement de GAVI, un budget de \$51,2 millions a été distribué. Sur cette somme, 83 % ont été consacrés aux vaccins nouveaux et sous-utilisés contre seulement 17 % au renforcement des services existants. Autrement dit, la plus grande partie de l’argent est utilisé pour payer les vaccins plutôt qu’à renforcer les services vitaux de vaccination systématique dans les pays en développement. Est-ce là l’équilibre que nous souhaitons vraiment ?

GAVI n’a pas de politique particulière par rapport aux JNV ; chaque pays a ses propres politiques. Mais l’Alliance a soutenu que l’accès à tous les vaccins peut être amélioré en tirant les leçons des JNV de l’Initiative pour l’éradication de la polio (1). Et de nombreux pays utilisent déjà les JNV couplées avec les services systématiques pour augmenter la couverture du vaccin contre les oreillons. Le danger est qu’il y ait des « JNV rampantes », autrement dit que le rôle des JNV et la dépendance à leur égard soient progressivement de plus en plus larges.

Plaider en faveur de la vaccination systématique semble, en soi, plutôt ennuyeux. Pourquoi accorder aux services de

vaccination systématique – définis ici comme un personnel de santé adéquatement formé disposant des ressources requises et accessible à la population – une telle importance ?

Quatre raisons :

- Par sa nature même, la vaccination de l’enfant exige un solide système de santé. Chaque enfant a besoin de plusieurs contacts avec le système de santé afin d’être complètement vacciné et il y a un flux constant de nouveau-nés qui ont besoin de se faire vacciner. La tâche qui consiste à maintenir une « population complètement vaccinée » est, par conséquent, sans fin et nécessite un effort soutenu. Les pays à faible taux de vaccination doivent donc développer des services de santé de vaccination systématique ; c’est la seule manière, en fin de compte, de garantir aux enfants une vaccination complète.

- Au mieux, les JNV sont excellentes : elles peuvent être amusantes, stimulantes et productives dans la mesure où beaucoup d’enfants se présentent (ou reviennent) pour se faire vacciner. De plus, elles peuvent jouer un rôle vital dans l’éradication de maladies. Mais les JNV ont un désavantage : celui de perturber. Une JNV de grande ampleur peut mobiliser beaucoup de personnes (sans parler de la disponibilité des équipements tels que les véhicules) pendant des semaines et peut se révéler onéreuse, en particulier si le personnel de santé reçoit des rémunérations supplémentaires pour le travail fourni en plus. Ces JNV ont donc un coût caché, à savoir le prix de détourner les infirmières et les autres ressources par rapport aux vaccinations régulières. L’attention du public est également détournée : il y a un risque que la vaccination soit considérée comme un événement spécial, plutôt que comme quelque chose d’automatique lorsqu’un enfant arrive à un certain âge.

Il ne s’agit pas de faire un procès à toutes les JNV. Elles ont, bien sûr, un rôle à jouer dans la vaccination de populations très difficiles à atteindre ou dans le « rattrapage » quand certains enfants sont passés entre les mailles. Mais les JNV sont rarement une alternative pour soutenir le travail de vaccination systématique du système de santé. En vérité, si le système de vaccination systématique fonctionne bien, elles n’ont pas lieu d’être.

- Il faut être vigilant vis-à-vis des vaccins « sous-utilisés » parce que nous devons nous assurer qu’ils constituent le meilleur achat pour les pays dont le gouvernement dispose de petits budgets de santé. Les six vaccins de base sont relativement bon marché et leur rentabilité est largement acceptée. Mais l’Hib a-t-il sa place à l’heure d’allouer des fonds au contrôle du paludisme, aux médicaments contre la TB ou aux préservatifs ?

Des choix difficiles doivent être faits. Le fait qu’un médicament ou qu’un vaccin efficace existe ne signifie pas que c’est un bon achat pour un gouvernement. La communauté internationale travaille actuellement à promouvoir l’importance d’un certain nombre de mesures de santé publique. Il faut également des messages clairs sur la manière de hiérarchiser les nombreuses demandes en matière de dépenses.

Finalement, le garçon d’Afrique orientale a reçu l’un des vaccins « sous-utilisés » que soutient GAVI. Sans GAVI, il ne l’aurait probablement pas reçu. Mais nous devons encore faire preuve de prudence ; y-a-t-il un risque que la vaccination contre l’Hib commence, puis s’arrête quand le financement de GAVI aura cessé ? Par le passé, avant la création de GAVI, on a vu des exemples de vaccinations qui ont commencé, ▶

puis cessé quand les fonds sont venus à manquer. Il y a peu de bénéfiques à retirer d'un programme de vaccination à court terme pour la santé publique et il y a également des effets négatifs sur le moral des personnels de santé et du public si celui-ci s'arrête. Certains peuvent en conséquence perdre confiance en la vaccination. L'Hib est un vaccin relativement coûteux. Est-il réaliste pour nous d'espérer une continuité ?

A première vue, les JNV et les nouveaux vaccins semblent séduisants. Mais le défi le plus important consiste à vacciner les enfants du monde entier avec les vaccins les plus rentables et ensuite de développer ce système régulier en y ajoutant de nouveaux vaccins, au fur et à mesure de leur développement

et au fur et à mesure qu'ils deviennent abordables. Il se peut que le responsable de la santé publique soutienne un argument difficile, mais elle a probablement raison sur le long terme : une solide vaccination systématique sera le moyen le plus efficace d'arriver à notre objectif commun, celui d'améliorer les chances de survie et la santé des enfants. ”

Catriona Waddington est économiste sanitaire et consultante auprès de GAVI et du DFID, le Département pour le développement international britannique.

L'équité est la clé de voûte de notre politique

La réponse de Tore Godal

“ Nous convenons tous que le défi le plus important consiste à vacciner tous les enfants de la planète. Nous nous efforçons d'arriver à l'équité. Et cela signifie faire deux choses. Tout d'abord, nous avons besoin d'atteindre tous les enfants. Deuxièmement, il nous faut réduire l'écart entre les enfants des pays les plus riches et ceux des pays les plus pauvres. Dans les pays industrialisés, un enfant peut s'attendre à recevoir des vaccins contre onze ou douze maladies. Dans les pays les plus pauvres, les enfants seront protégés, s'ils ont de la chance, contre six ou sept maladies.

Nous avons tiré les leçons. En dépit des progrès spectaculaires réalisés en matière de couverture vaccinale systématique dans les années 80 avec les six vaccins de base, le progrès n'a pas été maintenu dans les années 90 et à la fin de la dernière décennie, un enfant sur quatre ne recevait toujours pas ces six vaccins de manière systématique. Faire « comme d'habitude » ne semblait pas suffire ; il fallait de nouvelles motivations pour faire augmenter la couverture. GAVI essaie de créer de telles motivations, à la fois pour renforcer les services existants et pour introduire de nouveaux vaccins sous-utilisés.

Catriona Waddington fait part de ses inquiétudes au sujet des Journées nationales de vaccination. En ce qui concerne leur lien avec la politique de GAVI, permettez-moi d'être clair à ce sujet : le rôle de l'Alliance est avant toute chose de renforcer les services de vaccination systématique. Le côté positif des JNV est qu'elles peuvent atteindre, et elles le font, pratiquement tous les enfants (1). Elles sont, à notre connaissance, la seule approche à y parvenir. Si nous sommes sérieux à propos de l'équité, nous devons soutenir l'utilisation des journées de vaccination des gouvernements en tant que moyen de vacciner les enfants qui ne l'ont pas encore été, mais exclusivement à cette fin, ainsi que comme complément à un bon service de vaccination systématique.

Nous savons que les JNV peuvent avoir des effets négatifs sur le service de vaccination systématique. Elles doivent faire l'objet d'une planification en tant que programme régulier – en fait, elles peuvent être intégrées au système de vaccination systématique. Les perturbations occasionnées au reste du système peuvent, je pense, être réduites si, là où c'est opportun, les journées de vaccination sont menées à l'échelle régionale plutôt qu'à l'échelle nationale. De récentes analyses ont suggéré qu'un programme planifié de journées de vaccination peut vraiment aider à renforcer le système de santé (2).

L'équité est également au cœur de l'effort de GAVI visant à donner à davantage d'enfants accès à des vaccins nouveaux et sous-utilisés tels que l'hépatite B et l'Hib. De nombreux pays

à revenu moyen utilisent désormais ces vaccins mais, chose frappante, ces derniers sont toujours absents dans les pays les plus pauvres. Evidemment, de réelles questions se posent quant au moyen pour de tels pays de maintenir les ressources nécessaires à l'achat de ces vaccins. D'un point de vue réaliste, les pays les plus pauvres vont avoir besoin d'un soutien international pour leurs programmes de vaccination jusqu'à ce qu'ils puissent « s'extraire » de la tranche des pays les plus pauvres. C'est pourquoi l'Alliance travaille d'arrache-pied pour trouver des mécanismes par lesquels un tel soutien peut être maintenu au-delà des cinq ans que durera notre engagement.

Les vaccins sont plus onéreux par dose que les six vaccins traditionnels, mais ils sont rentables en termes de coût par année de vie en bonne santé gagnée. Et, en termes de prix de revient par personne, ils peuvent être justifiés même si les dépenses publiques de santé sont inférieures à \$10 par personne et par an. Mais nous savons que même la vaccination systématique avec les six vaccins de base n'est pas maintenue dans les pays les plus pauvres si l'aide internationale s'évanouit. Par conséquent, nous reconnaissons tous que la communauté internationale a le devoir de maintenir ce soutien, tandis que les gouvernements ont la responsabilité de convaincre les donateurs de poursuivre l'effort.

La question concernant la manière dont GAVI et le Fonds mondial ont affecté l'aide entre l'achat de nouveaux vaccins et le renforcement des services existants est essentielle. Le Conseil d'administration de GAVI a déjà exprimé son inquiétude vis-à-vis de l'équilibre des ressources déboursées au cours des deux premiers cycles. Il détermine actuellement si des mesures correctives doivent être prises, par exemple en augmentant la « part » attribuée à chaque enfant dans le groupe des naissances ou en étendant les critères selon lesquels les pays peuvent prétendre à un soutien pour renforcer leurs services existants. ”

Le Dr Tore Godal est Secrétaire exécutif de GAVI.

Références

- (1) Immunize Every Child. Gavi Strategy for Sustainable Immunization Services. <http://www.vaccinealliance.org/reference/immunize.html>
- (2) Disease eradication: friend or foe to the health system? <http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF00/www552.pdf>

Charles Mérieux

Jacques-François Martin se souvient d'un mentor au service de la santé des plus démunis

CHARLES Mérieux est décédé à Lyon le 19 janvier 2001. Il venait juste d'avoir 94 ans.

Fortement influencé par l'approche de Louis Pasteur (son père avait été l'assistant d'Emile Roux, puis de Pasteur), Charles Mérieux consacra toute sa vie à la médecine préventive : c'est de lui, et de Jonas Salk, que vient le terme « vaccinologie ».

Charles Mérieux, qui se plaisait à dire qu'il n'y a pas de limites entre les deux filières de la médecine, industrialisa la virologie moderne dans la médecine vétérinaire. En cultivant les cellules in-vitro, il permit la production à grande échelle d'un vaccin contre la maladie de la fièvre aphteuse. Il appliqua ensuite cette approche au développement de vaccins humains contre la polio et les oreillons.

Dans les années 70, il développa le premier vaccin contre la méningite méningococcique, qui trouva une application inattendue au Brésil, où toute la population fut vaccinée en 1975. Cette campagne fut la précurseur des Journées nationales de vaccination qui furent introduites, une fois encore au Brésil, pour la polio, ouvrant ainsi la voie à l'éradication de la maladie.

Homme à l'énergie sans limite, Charles Mérieux créa en 1967 la Fondation Marcel Mérieux dont le Centre Pensières à Annecy a accueilli des milliers de scientifiques. En 1955, il co-fonda l'Association internationale de standardisation biologique et en

1974, il organisa le premier séminaire sur la vaccination en Afrique avant de créer Bioforce, une école pour former les logisticiens à une multitude de tâches à entreprendre dans les pays en développement et plus récemment, en 2000, un laboratoire P4 dans le seul but d'étudier les maladies africaines émergentes.

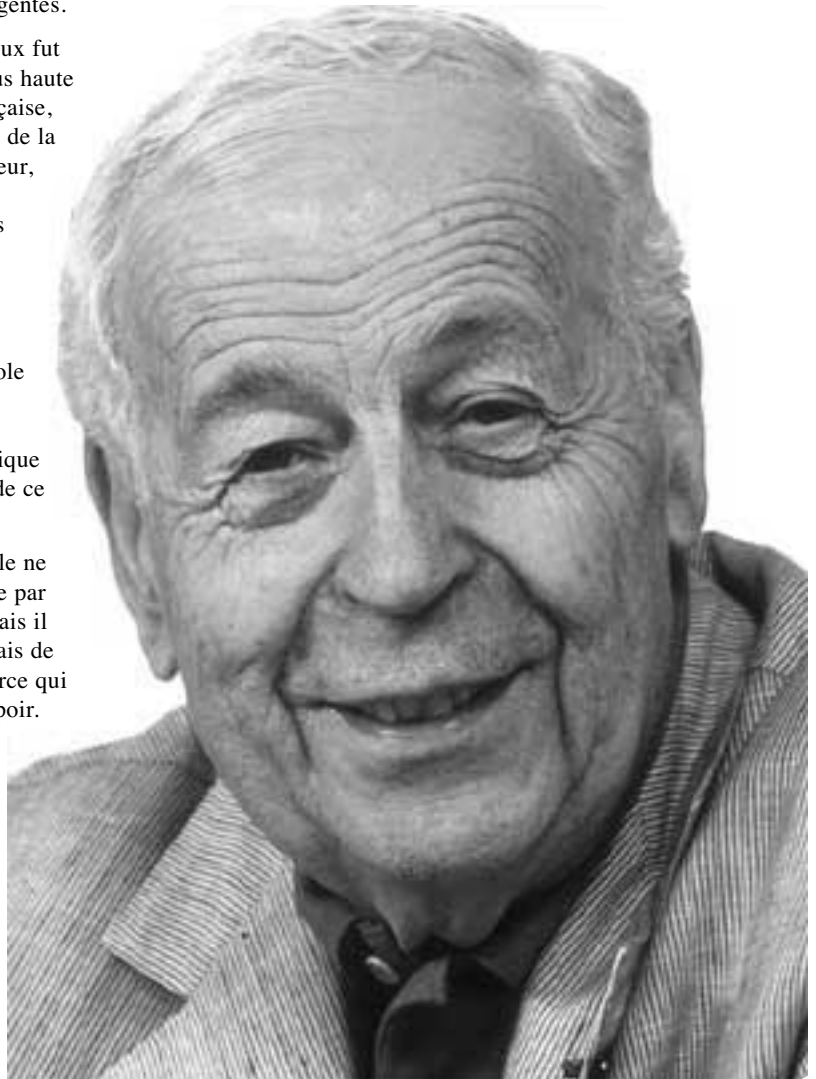
Charles Mérieux fut décoré de la plus haute distinction française, la Grand' Croix de la Légion d'Honneur, et fut nommé docteur Honoris Causa par une douzaine d'universités internationales. Il était le symbole de l'efficacité industrielle au service de l'éthique et des pauvres de ce monde.

Sa vie familiale ne fut pas épargnée par les épreuves, mais il ne manqua jamais de démontrer la force qui découle de l'espoir. Résolument tourné vers l'avenir, il nous a appris à croire à l'impossible parce que dans son cas, l'impossible

ne faisait pas le poids face à sa détermination. ■

Jacques-François Martin est le Président du Fonds mondial pour les vaccins de l'enfant.

Pour plus d'informations générales, consulter le site <http://www.fond-merieux.org>



Charles Mérieux, vaccinologue, né le 9 janvier 1907, est décédé le 19 janvier 2001

Pleins feux sur la vaccination

Rédacteur en chef : Phyllida Brown

Conseiller à la rédaction de GAVI : Lisa Jacobs

Publication : Dr Tore Godal, Secrétariat de GAVI, c/o UNICEF, Palais des Nations, 1211 Genève 10, Suisse. E-mail : Gavi@unicef.org

Comité de rédaction externe

Maria Otelia Costales, Représentante nationale, AVSC International, Philippines ; **Shawn Gilchrist**, Représentant de l'industrie du vaccin, Aventis Pasteur, Toronto ; **Keith Klugman**, Department of International Health, The Rollins School of Public Health, Emory University, Atlanta, Etats-Unis ; **P. Helena Mäkelä**, Institut National de Santé Publique, Finlande ; **Philip Minor**, National Institute for Biological Standards and Control, Royaume-Uni ; **Khadija Msambichaka**, Zimbabwe ; **Francis Nkrumah**, Noguchi Memorial Institute for Medical Research, Ghana ; **Paul Offit**, The Children's Hospital of Philadelphia, Etats-Unis, et membre de l'ACIP (Comité consultatif sur la vaccination) ; **Mohammed Ashraf Uddin**, Chief Health Officer, Dhaka City Corporation, Bangladesh.

Les points de vue exprimés dans *Pleins feux sur la vaccination* ne sont pas nécessairement ceux du Conseil d'administration de GAVI.

Les lettres adressées à l'éditeur sont les bienvenues. Veuillez écrire au Secrétariat de GAVI, c/o UNICEF, Palais des Nations, 1211 Genève 10, Suisse ou à Gavi@unicef.org

Conception et production : Synergy New Media, Londres N17, Royaume-Uni. <http://www.synergynewmedia.co.uk>