

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.

Les partenaires représentés au sein du Conseil d'administration de GAVI sont :

Le Programme Bill et Melinda

Gates de vaccins pour l'enfant auprès du PATH

La Fondation Bill et Melinda Gates

Les gouvernements nationaux

Les instituts de recherche et de techniques sanitaires

La Fondation Rockefeller

Le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)

L'industrie du vaccin

La Banque mondiale

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

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.

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

Menaces d'épidémie de fièvre jaune : la pénurie de vaccins subsiste

L'Organisation Mondiale de la Santé a lancé un appel à la communauté internationale pour qu'elle fournisse les fonds nécessaires pour constituer un stock de vaccins contre la fièvre jaune suite à la campagne de vaccination de masse en Côte d'Ivoire. Cette dernière s'est achevée à Abidjan au début du mois et a permis de vacciner quelque 2,6 millions de personnes en moins de deux semaines, en vue de contenir la première épidémie de fièvre jaune en milieu urbain en Afrique depuis dix ans. Actuellement, il reste tout au plus 1 million de doses disponibles dans le monde entier pour le mois à venir.

« La situation des stocks de vaccins est très mauvaise », indique Michel Zaffran, du Département Vaccins et Produits Biologiques de l'OMS. « Si une autre épidémie urbaine devait survenir et que nous devions mettre sur pied une campagne similaire, il n'y aurait pas, à l'heure actuelle, suffisamment de vaccins. » Au moment où *Pleins feux sur la vaccination* allait sous presse, des rapports non confirmés faisaient état d'une seconde épidémie de fièvre jaune à Conakry, en Guinée. Les responsables sont préoccupés par le risque d'épidémies dans des centres urbains plus peuplés d'Afrique de l'Ouest.

A ce jour, le marché international est approvisionné par deux fabricants seulement : Aventis Pasteur et l'Institut Pasteur de Dakar, au Sénégal. Un troisième fournisseur, Biomanguinhos, au Brésil, a reçu ce mois-ci l'approbation officielle de l'OMS pour la qualité de son vaccin, synonyme de préadmissibilité. Julie Milstein, du Département des Vaccins et des Produits Biologiques de l'OMS, a déclaré que ceci rendait la situation moins critique dans une certaine mesure mais a, en même temps, prévenu que les nouveaux vaccins ne seront pas disponibles avant deux mois.

On estime à 200 000 par an le nombre de cas de fièvre jaune et à 30 000 le nombre de décès qui sont attribuables à cette maladie. La cause de la fièvre jaune est un virus transmis par plusieurs espèces de moustiques. La plupart des épidémies sont relativement faibles et sont

restreintes à des zones forestières ou à des villages. Les épidémies urbaines, plus dangereuses, surviennent lorsque des personnes infectées introduisent le virus dans des zones à forte densité de population, où les moustiques de l'espèce *Aedes aegypti* le propagent rapidement. Au 10 octobre, le Ministère de la Santé de Côte d'Ivoire faisait état de 203 cas suspects et de 21 décès liés à l'épidémie, mais il est probable que les chiffres soient en réalité bien plus élevés.



Matho Koko/Croix-Rouge internationale

Venez vous faire vacciner : un volontaire de la Croix-Rouge appelle le public ivoirien à se rendre aux centres de vaccinations.

Pour l'OMS, l'idéal serait de vacciner systématiquement contre la fièvre jaune et d'organiser des campagnes de rattrapage si nécessaire. Cependant, jusqu'à ce jour, un très petit nombre de pays à risques a investi dans la vaccination systématique contre cette maladie.

L'OMS, l'UNICEF, la Croix-Rouge et d'autres bailleurs de fonds ont dépensé 1,1 million de dollars US en vaccins et fournitures de soins pour contrer l'épidémie en Côte d'Ivoire. « Il nous faut d'urgence des fonds supplémentaires pour compléter le financement de l'opération », affirme l'OMS. ■

Dans ce numéro

Vos données sont-elles à la hauteur ? Le Kenya invite les auditeurs à passer ses données sur la vaccination au microscope	2
Former les vaccinateurs dans une période de changements : comment se préparer à l'utilisation de nouveaux vaccins et de nouveaux équipements	5
Quand le réfrigérateur perd de sa fraîcheur : trouver des solutions aux problèmes de rupture de la chaîne du froid	8

Vos données sont-elles à la hauteur ?

En collaboration avec une équipe d'auditeurs, le Kenya vient de faire vérifier l'exactitude de ses données sur la vaccination. Lisa Jacobs les a accompagnés et a écouté les auditeurs comme les audités.

PATRICK Mbugua est l'infirmier responsable de la santé publique dans le district de Murang'a dans la partie centrale du Kenya. Il explique à Julia Njagi, le responsable de la formation sanitaire à Kangema, et à Stanley Kagwi, l'infirmier, pourquoi il est venu avec quelques visiteurs ce matin : ils sont là pour faire l'audit du système d'information de la formation sanitaire dans le cadre du test pilote d'un nouvel outil d'évaluation de l'exactitude des données nationales sur la vaccination. « Notre mission consiste à juger la qualité des données, du sommet à la base », explique M. Mbugua. « Vous voyez, s'il y a un problème à la base, il va se répercuter au niveau national. »

M. Mbugua est accompagné de deux personnes : Vicki Doyle, de Liverpool Associates in Tropical Health (LATH) une firme basée au Royaume-Uni appartenant à l'École de Médecine Tropicale de Liverpool, qui dirige le consortium indépendant désigné par GAVI pour mener l'audit, et David Kiongo, le responsable national de l'information sur le Programme Étendu de Vaccination (PEV) au Kenya.

« Vous ne saviez donc pas que nous allions venir ? », demande Dr Akpala Kalu, le conseiller en vaccination du Bureau national de l'Organisation Mondiale de la Santé à Nairobi. Aujourd'hui, il se joint à l'équipe d'audit en tant qu'observateur. « Vous n'avez pas reçu le message annonçant notre visite ? », Dr Kalu sourit. « Je plaisante. » La visite inopinée fait partie de l'audit.

Des chiffres exacts pour une meilleure gestion

Pourquoi confronter les personnes de cette manière ? Quand les agents de santé doivent se battre pour pouvoir offrir un service minimal, l'archivage peut sembler être un des aspects les moins importants de leur travail. Comme le fait remarquer cet infirmier kenyan : « Des mères vous attendent, des enfants vous attendent, les soins curatifs vous attendent, les consultations prénatales vous attendent, les services de planification familiale vous attendent. Il est très difficile de revenir et de faire le pointage ! »

Cependant, tous les pays ont besoin de données exactes sur la vaccination afin que les responsables de la santé puissent rapidement détecter les tendances à la baisse ou à la hausse, mesurer leurs propres performances et allouer les ressources de manière efficace dans le but de protéger le plus grand nombre d'enfants des maladies meurtrières. L'expression « ce qui n'est pas mesuré ne peut être géré » est vraie pour la vaccination comme pour tout autre programme. Avec l'arrivée de GAVI et du Fonds mondial pour les vaccins, l'incitation à améliorer la qualité des données sur la vaccination est plus marquée.

Le Kenya a été l'un des premiers pays à bénéficier du financement de GAVI et du Fonds mondial pour les vaccins dans le cadre du système de « parts ». Ce système permet de donner des primes et des récompenses aux pays qui parviennent à augmenter leur couverture vaccinale. Au bout d'une année, le Conseil d'administration de GAVI doit décider combien sera alloué à chaque pays en fonction des chiffres rapportés sur le pourcentage de nourrissons ayant reçu trois doses du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (couverture DTC3). Pour chaque enfant vacciné de plus par rapport à l'année précédente, les

1. Vous avez dit AQD ?

L'Audit de Qualité des Données évalue l'exactitude du système de rapportage sur la vaccination depuis la formation sanitaire jusqu'au niveau national en passant par les districts. A cette fin, quatre districts sont sélectionnés au hasard afin d'assurer une véritable représentativité, et six formations sanitaires sont choisies au sein de chaque district, soit un total de 24 formations sanitaires. Deux équipes, composées chacune d'un responsable national de la vaccination et d'un auditeur externe, se répartissent les districts et se font accompagner par un responsable de district lors de visites dans les formations sanitaires.

Les données au niveau de la formation sanitaire sont comparées à celles du district, puis les données des districts à celles rapportées au niveau national. En plus des vérifications de l'exactitude des chiffres, l'ensemble des aspects du système de rapportage sont passés en revue ; les auditeurs observent aussi le personnel pour s'assurer que leurs pratiques sont correctes. Les auditeurs donnent un feedback immédiat au personnel intervenant au niveau national, du district et de la formation sanitaire et lui suggèrent des moyens pratiques pour améliorer ses performances et son système de gestion de l'information.

Cet audit a fait l'objet d'un appel d'offres. GAVI a finalement attribué le contrat à un consortium dirigé par LATH en association avec Euro Health Group du Danemark et Deloitte and Touche Emerging Markets Group aux Etats-Unis. L'audit a d'abord été lancé à titre de test pilote de mai à septembre 2001 dans les huit pays qui ont le plus bénéficié d'aide pour le renforcement de leurs services de vaccination en 2000 et début 2001, à savoir la Côte d'Ivoire, le Kenya, le Libéria, le Mali, le Pakistan, le Rwanda, la Tanzanie et l'Ouganda.

Les premières indications provenant des sites pilotes ont révélé des problèmes dans la gestion des stocks. Une grande partie du personnel n'est pas formé de manière adéquate dans le maintien des fiches de stocks tandis que ces derniers ne font pas l'objet d'un suivi étroit. La cohérence des données entre les différents niveaux varie d'un pays à un autre, mais les cas de données discordantes sont de loin plus nombreux que les cas de données cohérentes. L'AQD a également mis en évidence le fait que les pays ayant adopté une approche intégrée pour la collecte de données, comme la Tanzanie ou l'Ouganda, connaissent des problèmes avec les systèmes de rapportage parallèles : les données du PEV sont rapportées deux fois et ne coïncident pas toujours.

Les leçons tirées des audits pilotes de cette année serviront de guide aux audits suivants et aideront GAVI à décider si l'AQD est un outil adéquat pour l'ajustement des fonds alloués aux pays par le Fonds mondial pour les vaccins. Les partenaires de GAVI étudieront l'expérience pilote de l'AQD à la fin du mois d'octobre et émettront alors des recommandations.

● Pour de plus amples informations sur l'AQD, voir Lloyd, *J Pleins feux sur la vaccination*, juin 2001, p 9.

parts augmentent. Seules les vaccinations rapportées peuvent être prises en compte. Si des vaccinations sont administrées dans les formations sanitaires mais ne sont pas rapportées, le pays peut se voir attribuer moins qu'il ne « mérite » d'un point de vue technique.

Le Conseil d'administration de GAVI doit également avoir l'assurance que les données sur la couverture vaccinale sont exactes. L'Audit de Qualité des Données (AQD) sur la vaccination a été conçu à cette fin et élaboré par des experts en information sanitaire à l'OMS et au Programme Bill et Melinda Gates de vaccins pour l'enfant (voir encadré 1).

Si la principale tâche de cette mission d'audit est

d'évaluer la qualité, l'exactitude et la plénitude des systèmes de rapportage sur la vaccination, l'AQD permet également de fournir un feedback au personnel de santé et de lui montrer de manière pratique comment améliorer la qualité des données. Cependant, certains s'interrogent sur le bien-fondé de l'importance accordée au rapportage dans des milieux où les ressources sont si faibles.

« Est-ce que vous investissez dans la qualité des données ou bien dans la réduction des maladies ? », demande Dr Kalu, le conseiller en vaccination du Bureau national de l'OMS à



Lisa Jacobs

Le recomptage manuel : Vicki Doyle et Patrick Mbugua vérifient les fiches de pointage

Nairobi. Pour d'autres travaillant dans le domaine de la vaccination en Afrique, il n'y a pas de conflit entre une bonne gestion de l'information et la lutte contre les maladies.

« A mon arrivée, j'étais assez cynique », confie Dr Doyle. Mais après avoir mené un AQD en Ouganda et au Kenya, elle a changé d'attitude. « Comme point de départ, c'est vraiment bien. Ça vous fait l'effet d'un réveil. » Un mauvais rapportage des vaccinations peut indiquer des problèmes plus fondamentaux dans le programme, qu'il s'agisse d'un manque de connaissances sur les règlements et les procédures, d'une insuffisance de supervision, ou d'une pénurie de personnel. Les auditeurs font aussi bien état de ces informations que des chiffres dans leurs rapports.

De plus, comme le fait remarquer Dr Doyle, les informations inexactes peuvent donner lieu à un gaspillage de ressources déjà rares. « Si la vaccination est sous-rapportée, les responsables risquent de dépenser l'argent dans des domaines où ce n'est pas nécessaire. » Par exemple, un district pourrait investir sans nécessité dans un effort de sensibilisation ou de mobilisation sociale au sein d'une certaine communauté parce que la couverture y est faible d'après les rapports alors que les enfants vaccinés n'ont, tout simplement, pas été comptés.

Le comptage dans les formations sanitaires

L'AQD commence au niveau de rapportage le plus élémentaire : la fiche de pointage. Les infirmiers utilisent une fiche de pointage qu'ils cochent chaque fois qu'ils ont administré un vaccin au cours d'une séance de vaccination, que celle-ci dure toute une journée, une matinée ou qu'il s'agisse d'une sortie dans la communauté.

Dans le cadre de l'AQD, Dr Doyle et M. Mbugua doivent recompter manuellement les fiches de pointages que la formation sanitaire a utilisées au cours de l'année précédente et vérifier le nombre de vaccinations administrées (DTC3, anti-rougeoleux, anti-tétanique pour les mères) au cours de cette année. Les résultats sont ensuite comparés aux données transmises par la formation sanitaire au district, puis les données des districts sont comparées aux rapports détenus par le ministère. Ce que les auditeurs cherchent, c'est la cohérence.

Où sont les fiches de pointage de Kangema pour l'année 2000 ? Personne n'a jamais demandé à les voir auparavant.

Après que les tiroirs de classement ont été fouillés deux fois, une pile de fiches de pointage plus ou moins chiffonnées finalement émerge : toutes les fiches de pointage de l'année 2000 y sont, à l'exception du mois de janvier. Dans de nombreuses autres formations sanitaires kenyanes visitées, aucune fiche de pointage n'a été retrouvée pour l'année 2000. Dans d'autres, elles ont été « recyclées » : certaines ont servi à tapisser les pèse-bébés, d'autres ont été pliées en enveloppes pour emballer les médicaments de la pharmacie, d'autres encore ont été utilisées pour écrire les demandes d'analyse de laboratoire. Cela n'est sans doute pas surprenant, étant donné que le Kenya ne dispose pas, à l'heure actuelle, de directives officielles sur le traitement des fiches de pointage après transcription dans les rapports mensuels. « A présent, je pense que nous allons élaborer des directives », dit M. Kiongo, le responsable des informations du PEV.

Si la disparition des fiches de pointage constitue un problème plus grave au Kenya par rapport aux autres pays qui ont pris part au test pilote de l'AQD cette année, ce problème n'en est pas moins généralisé. On peut alors se demander pourquoi l'AQD se base sur celles-ci, si souvent manquantes. La raison est simple : « Il est difficile de faire des faux quand il s'agit des fiches de pointage », dit Dr Doyle. En d'autres termes, si les fiches de pointage sont encore bien raides et nouvelles, et qu'elles ont été remplies avec un même stylo (fait observé dans une formation sanitaire d'un autre pays participant), les auditeurs sauront tout de suite qu'il s'agit d'un faux.

Pendant que Dr Doyle et M. Mbugua recomptent les fiches de pointage, David Kiongo observe la séance de vaccination et évalue si les vaccinateurs administrent aux nourrissons le vaccin approprié, et s'ils marquent correctement la fiche de pointage et le carnet de santé de l'enfant. Un exercice de simulation a été prévu pour évaluer les performances dans les formations sanitaires où la vaccination n'est pas quotidienne.

L'AQD étudie également d'autres signes indiquant le bon fonctionnement du système d'information. Par exemple, est-ce que le tableau ou le diagramme montrant les taux de vaccination des enfants est affiché ? Est-ce qu'il y a eu une visite de supervision au cours des deux derniers mois et est-ce que les thèmes couverts ont été notés par écrit ? Ou encore, la formation sanitaire tient-elle un journal pour le suivi des stocks des différents vaccins ?

D'autres aspects du système sont également examinés. Par exemple, le premier responsable médical du district – et non le responsable du PEV – signe-t-il les rapports ? Si tel est le cas, cela signifie que la vaccination est intégrée au système médical au sens large. Est-ce que l'on utilise les meilleures estimations démographiques dans le calcul du dénominateur ? Et ainsi de suite.

La séance de feedback

La situation de Kangema est meilleure que celle d'autres formations sanitaires, bien que ses performances réelles ne se traduisent que par 57 pour cent de la vaccination DTC3 rapportée au niveau du district. Néanmoins, les auditeurs ont pu constater que des tableaux présentant les taux de couverture

et d'abandon étaient affichés bien en vue, qu'il existait bien un journal de stocks, malgré un mois de retard dans la mise à jour, et que le système d'archivage était satisfaisant. « Vous faites du bon travail ici », déclare Dr Doyle.

Mais il reste des points à améliorer. « Vous devez savoir quelle est votre zone de couverture », dit Dr Doyle. « Sinon, comment pouvez-vous être sûrs que vous atteignez les objectifs ? » Il est tout aussi essentiel de bien suivre les stocks. « Le nouveau vaccin qui va arriver coûte très cher », explique Dr Doyle. « Il est très important de réduire le gaspillage et de bien gérer les stocks. » Elle ajoute une suggestion pratique : « Quand vous faites une entrée de stock, écrivez-la en rouge. Quand vous faites une sortie de stock, écrivez-la en bleu. »

David Kiongo annonce que les séances de vaccinations qu'il a observées étaient toutes correctes. Mais il y a quand même un problème : « Vous vaccinez dans la pièce où vous recevez les bébés malades. » Les clients en obstétrique, en consultation prénatale et en planification familiale viennent également dans cette pièce. « Il me semble qu'il y a une pièce de libre ici, toutes les pièces ne sont occupées », fait observer M. Kiongo. Peut-être serait-il possible de convertir une pièce au bout du couloir en salle de consultation externe pour les mères et les enfants.

M. Kiongo poursuit : « J'ai également remarqué une chose – même si ça ne rentre pas tout à fait dans le cadre de l'audit. J'ai vu votre responsable de la santé reboucher les aiguilles. » En rebouchant les aiguilles avant de les jeter, l'agent de santé risque de se piquer les doigts, et si le sang est infecté, de devenir lui-même infecté. M. Kiongo rappelle à l'équipe les bonnes règles de sécurité.

« Nous sommes capables de réaliser la plupart de ces choses. Et nous souhaitons le faire », déclare l'infirmier Kagwi, qui n'a cessé de prendre des notes durant la séance de feedback. « Merci d'être venu. Si vous revenez dans la province, vous pourriez peut-être venir voir où nous en sommes. »

Du côté de Bondo

Le personnel des formations sanitaires de Bondo est confronté à des défis plus grands que ceux de Murang'a. Bondo se situe dans la partie occidentale du Kenya, sur les rives du Lac Victoria. La région est l'une des plus pauvres du pays et les taux de vaccination sont faibles : si le taux de couverture en DTC3 atteint 85 pour cent dans le district de Murang'a, ce taux est, d'après les rapports, nettement en dessous de 50 pour cent à Bondo.

Sur les six formations sanitaires sélectionnées dans le district de Bondo, cinq n'ont pas de fiches de pointage à présenter aux auditeurs. La sixième formation sanitaire est l'hôpital de district et le personnel met trois heures pour mettre la main sur les fiches.

Au cours de la séance de feedback avec les responsables du district de Bondo, Max Moyo, l'auditeur de LATH, et Dr Amos Chweya, son homologue national en tant que responsable du contrôle de la vaccination, annoncent la couleur. « Nous sommes ici pour enquêter : est-ce que les données que nous recevons de vous sont identiques à celles qui proviennent des districts ? », commence Dr Chweya. « Comme vous le verrez, la situation est un peu drôle – les chiffres que vous nous avez donnés diffèrent de ceux que nous avons trouvés dans les formations sanitaires, ainsi que de ceux que nous avons obtenus en comptant. »

De plus, aucune formation sanitaire ne tient un journal de stocks pour les vaccins. « C'est une faiblesse à l'échelle du pays – pas un problème propre à Bondo », déclare Dr Chweya. « Pour l'instant, nous ne connaissons pas le taux de gaspillage. » Ce problème est d'autant plus considérable que les nouveaux vaccins fournis par GAVI et le Fonds mondial pour les vaccins coûtent chers. « Le temps où les gens nous apportaient des vaccins quand nous en faisons la demande est révolu », prévient Dr Chweya.

M. Moyo fait remarquer qu'aucune des formations sanitaires ne

possède d'objectifs de couverture vaccinale. « Si vous allez à Nairobi, vous devez tout d'abord savoir où Nairobi se trouve. Sinon, comment pouvez-vous savoir que vous y êtes arrivés ? »

Même accéder aux données se révèle difficile. Le responsable de l'information du district s'est absenté à cause d'une panne de voiture et personne d'autre ne sait où trouver les archives demandées. « Dans un bureau d'information, les informations doivent être disponibles même quand vous êtes absents », fait remarquer M. Moyo, un spécialiste des systèmes d'information. « De façon à ce que si le Parlement téléphone et vous demande votre taux de vaccination, n'importe lequel d'entre vous puisse accéder aux archives et trouver ces données. Autrement dit, « n'emportez pas les clés quand vous sortez ! », ajoute-t-il. « Désolé de dire les choses comme ça, mais c'est ce que je pense. »

« Nous ne sommes pas venus pour condamner », dit Dr Chweya, le responsable national du contrôle des vaccins.

Dr Francis Odira, le responsable médical du district, écoute calmement le feedback. « Je suis d'accord avec la plupart de vos conclusions. Elles ne sont pas exagérées », finit-il par dire. « La qualité de notre système d'information sanitaire a baissé. Nous en étions conscients, mais en étions encore à chercher les moyens d'améliorer les choses. »

Cependant, à son avis, les problèmes ne sauraient être résolus sans traiter auparavant du problème d'insuffisance de personnel. « La plupart des formations sanitaires n'ont qu'un seul infirmier

« L'engagement des personnes à améliorer le système de collecte de données est impressionnant. »

– c'est la même personne qui voit les patients, enregistre les données, les synthétise et les dépose au district. Cette même personne doit encore collecter le paiement auprès des patients », insiste-t-il. La plupart des districts sanitaires du Kenya demandent aux patients de s'acquitter d'une participation financière pour les services de santé, y compris la vaccination. « Notre travail relève souvent de l'improvisation », ajoute Herbert Onyando, le responsable des archives et de l'information du district.

« Nous sommes bien conscients des contraintes », dit Dr Chweya. « Nous ne sommes pas venus pour condamner. Nous vous faisons simplement part des informations que nous avons récoltées auprès des gens, de ce qu'ils nous ont dit. » Il promet de rapporter le problème du manque de personnel au niveau national.

« Nous avons encore le temps d'améliorer nos données »

La dernière étape du travail des auditeurs consiste à présenter les résultats de leur audit au cours d'une réunion du Comité de coordination interagences. Dr Doyle et Dr Chweya se partagent la présentation. Dr Doyle présente les principaux résultats : un mauvais stockage de données, source d'inexactitudes dans les rapports à tous les niveaux ; la faiblesse des systèmes de suivi et d'analyse des performances dans le domaine de la vaccination ; le manque d'intégration dans le système d'informations sanitaires.

Tous ces problèmes ont contribué aux inexactitudes relevées dans le système de rapportage du Kenya : si la meilleure estimation de la couverture vaccinale fournie par le Kenya en 2000 était de 63 pour cent, l'AQD a permis de montrer que le taux de couverture rapporté par les administrations était de 51 pour cent.

Dr Doyle est optimiste : « Nous avons mis en évidence de nombreuses faiblesses mais nous sommes vraiment impressionnés par l'engagement des personnes à améliorer le système de collecte de données. »

Et Dr Chweya de dire à l'équipe du district de Bondo : « Quand GAVI reviendra pour le prochain audit, elle étudiera les données pour 2001. Nous avons encore le temps d'améliorer nos données. » ■

Former les vaccinateurs dans une période de changements

Scott Wittet décrit l'expérience d'une organisation non gouvernementale et les formations effectuées avec des partenaires dans quelques pays

TOUT le monde s'accorde à reconnaître que la formation du personnel est essentielle à la qualité des services de vaccination. Cela est d'autant plus évident à l'heure actuelle, où de nombreux pays sont en train d'introduire de nouveaux vaccins, de nouvelles technologies d'injection et de nouvelles politiques. Alors comment se fait-il que la formation ait été négligée, parfois pendant de nombreuses années ? Pourquoi alloue-t-on si peu à la formation – trop peu de personnel, trop peu de ressources financières, trop peu de temps ?

Lors d'une réunion récente du Groupe de Travail Régional sur la Vaccination de l'Alliance, qui s'est tenue à Manille (région Pacifique Ouest), la question de savoir comment le Groupe de Travail Régional pourrait leur venir en aide a été posée aux délégations de trois pays pouvant prétendre à l'assistance du Fonds mondial pour la vaccination. L'une des premières requêtes émises par les trois pays a été : « Aidez-nous au niveau des programmes de formation. » Un observateur décrit ainsi la situation : « Un flot de seringues auto-bloquantes et d'ampoules de vaccins se déverse sur ces pays – ils doivent montrer aux gens concernés comment les utiliser. Les pays sont reconnaissants pour ces fournitures dont ils ont besoin et sont prêts à renforcer leurs services, mais en même temps, ils ressentent une grande anxiété. »

Le Programme Bill et Melinda Gates de vaccins pour l'enfant auprès du PATH collabore avec les Ministères de la Santé, des ONG et d'autres partenaires de GAVI sur les initiatives de formation en Inde, au Cambodge et dans plusieurs autres pays d'Asie et d'Afrique. Le présent article constitue « une note de terrain » qui fait part d'expériences récentes dans l'élaboration et l'exécution de programmes de formation en cette période de changements. Nous espérons que ce que nous avons appris servira aux collègues d'autres régions du monde.

En premier lieu, savoir ce que le personnel connaît et ce dont il a besoin

Chaque pays a une situation qui lui est propre. Pour satisfaire les besoins locaux et mener des actions efficaces avec les autorités locales, une bonne planification stratégique est nécessaire. Bien planifier, c'est avant tout être bien informé, en particulier par ceux que l'on va former. Nous avons constaté que les évaluations qualitatives rapides des besoins du personnel sont un moyen rentable d'avoir une idée des lacunes du personnel en matière de connaissances et de compétences. Ces méthodes permettent d'obtenir des données d'un type différent de ce qu'aurait donné un questionnaire à questions fermées (ce dernier peut être administré et analysé à grande échelle en vue d'obtenir des informations quantitatives, mais il n'offre que la possibilité de choisir entre des réponses prédéfinies et ne permet pas d'obtenir des points de vue personnels). Généralement, les données qualitatives sont plus utiles pour la conception de formations et autres initiatives visant à amener un changement de comportement. De plus, les évaluations qualitatives coûtent moins cher et produisent des informations plus rapidement que les enquêtes à grande échelle. Les rapports d'évaluation rapide auxquels nous faisons référence⁽¹⁾, comprennent des exemplaires de guides de discussion pour les groupes à thèmes et les entretiens individuels, ainsi que les détails sur les méthodes de

recherche d'audience qui se sont avérées efficaces dans ces pays.

Les données qualitatives sont également utiles pour la conception d'enquêtes quantitatives si on désire en mener par la suite. Ces dernières sont particulièrement utiles pour l'évaluation de programme.

La sécurité, la qualité des services et l'étendue de la couverture peuvent pâtir du manque de formation

Lorsque nous prenons le temps d'écouter les prestataires de services, ils se plaignent souvent de ne pas avoir reçu de recyclage sur la vaccination depuis plusieurs années. La principale exception est la formation pour l'appui aux campagnes d'éradication de la polio. Les évaluations qualitatives récentes des connaissances et des attitudes des prestataires de services en Inde et au Népal ont révélé un certain nombre de faiblesses communes qui pourraient être liées à un manque de formation et d'instruction. Par exemple, plusieurs prestataires de services ont indiqué avoir été informés, par le biais de rapports individuels, de cas où des enfants sont morts quelques heures après l'administration d'un vaccin anti-rougeoleux reconstitué et conservé jusqu'au lendemain. Indépendamment des raisons véritables de ces décès, le personnel a jugé que les vaccins étaient devenus toxiques. Selon les personnes interrogées, de nombreux agents sur le terrain ont par la suite refusé d'administrer le vaccin anti-rougeoleux sans la présence d'un médecin. La couverture en vaccin anti-rougeoleux a rapidement baissé au cours des deux années suivantes.

Après étude, deux problèmes ont été identifiés : tout d'abord, certains vaccinateurs semblent ne pas avoir reçu de formation sur les mesures de sécurité relatives à l'utilisation du vaccin anti-rougeoleux et ignoraient qu'il faut jeter rapidement les vaccins reconstitués non utilisés ; en deuxième lieu, le personnel n'a bénéficié d'aucun soutien pour l'enregistrement et l'analyse des effets secondaires liés à la vaccination qui lui ont été rapportés. Ainsi, même si les décès avaient pu être des faits isolés n'ayant pas de relation causale avec l'administration incorrecte du vaccin, le personnel a manifesté une certaine méfiance vis-à-vis d'un vaccin parfaitement sans risque et des enfants sont restés sans protection.

Bill Prebuth/OMS



Nos inquiétudes se sont précisées lorsque nous avons constaté que de nombreux agents de santé et responsables ne considéraient pas la rougeole comme une maladie meurtrière et n'accordaient pas une grande priorité au vaccin anti-rougeoleux. Il s'agit là d'un échec de la formation et du plaidoyer au sein du système et explique en partie les taux d'abandon élevés.

L'évaluation des croyances et des connaissances des agents de santé a également mis en relief certains points préoccupants. Lorsque nous leur avons demandé ce qu'ils savaient de l'hépatite B et s'ils étaient en faveur de l'introduction du vaccin, la plupart des agents de santé ont été affirmatifs, bien qu'assez réservés, et ont insisté sur la nécessité de donner une haute priorité à la formation.

Ils se sont également plaints du fait qu'ils n'ont ni la formation, ni souvent le temps de mobiliser les groupes communautaires pour le renforcement des efforts de vaccination systématique – une stratégie qui aiderait à accroître considérablement la couverture vaccinale et à sauver un grand nombre de jeunes vies. ▽

Profiter de l'occasion pour satisfaire des besoins en formation plus larges

Quand nous avons commencé à discuter des stratégies de formation avec nos partenaires ministériels dans un pays d'Asie, nous supposions que le curriculum porterait surtout sur les nouveaux services et les nouvelles procédures. Cependant, nos collègues du pays en question croyaient fermement à une approche plus globale. L'équipe a donc décidé que chaque vaccinateur bénéficierait d'un recyclage pendant deux jours entiers. Le cours leur fournirait des informations sur l'hépatite B et les seringues auto-bloquantes, d'excellentes techniques d'injection, de même que la capacité de mener à bien une sensibilisation plus efficace. De plus, il permettrait au personnel d'acquérir de meilleures compétences en termes de communication interpersonnelle et de mobilisation sociale.

Il faut du temps pour concevoir, mettre en œuvre et évaluer un programme de formation efficace et de grande qualité

Les pays ont demandé et ont reçu des vaccins des partenaires de GAVI et du Fonds mondial pour les vaccins avec une rapidité sans précédent. Cette situation pose d'immenses défis et surtout des délais très courts. Pour que les programmes de formation aient une efficacité maximale, il faut passer par un processus à plusieurs étapes proche de ce qui est présenté dans l'encadré 1.

La formation révèle souvent les lacunes des politiques et oblige à prendre des décisions

L'une des raisons expliquant que la conception de programmes de formation prenne du temps est que l'élaboration de documents sur les procédures (par exemple, la rédaction du manuel de formation) exige que toutes les politiques nécessaires soient en place. Malheureusement, les politiques sont souvent élaborées en même temps que les documents de formation. Nous avons pu le constater plusieurs fois au cours des mois passés à travers : l'absence de procédures bien définies pour le traitement des seringues auto-bloquantes dans le cadre de programmes de vaccination où le personnel a été habitué à un équipement à stériliser ; le manque de clarté concernant les seringues auto-bloquantes, à savoir si celles-ci doivent être utilisées pour toutes les vaccinations ; la confusion au sein du personnel sur les règles d'utilisation des ampoules multidoses ; la nécessité de concevoir des formulaires d'enregistrement pouvant être reproduits dans les manuels de formation. Parfois, au départ, il n'est pas encore bien clair quelle seringue auto-bloquante et quelle boîte d'incinération seront utilisées. Cela peut également retarder l'élaboration de directives d'utilisation. L'idéal serait que l'ensemble des procédures, des règles, de l'équipement et des formulaires soient en place au moment où les documents de formation sont conçus.

Notre expérience montre que c'est rarement le cas – il y a toujours des lacunes quelque part. Le bon formateur doit savoir adapter le curriculum en fonction de l'évolution du contexte.

Former le personnel d'abord, faire augmenter la demande de vaccins ensuite

Pour la plupart des pays, augmenter la demande de services de vaccination constitue à juste titre une étape clé vers le renforcement du programme. Cependant, nous croyons fermement que le personnel devrait d'abord être formé et que les nouvelles procédures devraient être tout à fait fonctionnelles avant d'augmenter fortement la demande par l'éducation du public et le plaidoyer. Plusieurs raisons à cela :

- En premier lieu, les patients poseront des questions sur les changements au sein du programme. Le personnel doit être formé pour pouvoir répondre efficacement à leurs questions et préoccupations ;
- En deuxième lieu, si les patients de la formation sanitaire ont l'impression que le personnel n'est pas bien préparé à utiliser les seringues auto-bloquantes ou à administrer les nouveaux vaccins, il s'ensuivra une perte de confiance dans la qualité des soins, qu'il sera difficile de regagner ;
- En troisième lieu, une fois formé en communication interpersonnelle et en mobilisation sociale, le personnel peut jouer un rôle vital dans la création de la demande.

Qui paie pour la formation ?

La formation du personnel est souvent financée par les gouvernements ou les ONG eux-mêmes, mais parfois, un financement supplémentaire est nécessaire. Les pays qui bénéficient de l'assistance du Fonds mondial pour les vaccins pour le renforcement des infrastructures peuvent allouer une partie de leurs ressources à la formation. Dans d'autres cas, les partenaires de l'Alliance dans le pays peuvent accepter de couvrir une partie ou la totalité des coûts de la formation. Ce qui est important, c'est que les partenaires de la vaccination dans le pays reconnaissent la nécessité de développer les ressources humaines à titre prioritaire. Une fois qu'ils ont la volonté politique, les pays trouveront un moyen de mobiliser les fonds.

Les ONG peuvent être des partenaires très efficaces

Même si le plus grand nombre des vaccinations dans le monde sont l'œuvre d'agences gouvernementales, les ONG vaccinent de nombreux enfants chaque année et apportent d'autres formes de soutien à la vaccination, comme le travail décrit dans cet article. Les ONG sont parfois membres des Comités de coordination interagences. ▽

1: Une bonne formation : ingrédients et durée

- Comprenez le public à former et ses besoins – les personnes à former peuvent être des vaccinataires (prestataires privés, pédiatres, personnel des hôpitaux), leurs supérieurs, le personnel responsable de la chaîne du froid et les gestionnaires de stock, entre autres.
- Élaborez une stratégie de formation générale pour chaque type de personnes à former en tenant compte des contraintes telles que la disponibilité du personnel et le budget formation alloué.
- Identifiez et recrutez le personnel nécessaire pour la mise en œuvre de la stratégie.
- Concevez et testez les documents que vous allez distribuer, les aide-mémoire, les exercices et les aides visuelles qui vont être utilisés au cours de la formation.
- Organisez les cours et assurez-vous que le personnel concerné est invité et assiste à la formation (ceci exige l'appui de l'ensemble des responsables de programme et des chefs de formations sanitaires – un plaidoyer en soi).
- Appliquez la stratégie et évaluez l'impact de la formation.
- Revoyez les cours pour de futures formations sur la base de votre expérience et des résultats de l'évaluation.

On peut raisonnablement compter six à neuf mois pour les étapes un à cinq. Il faut ensuite ajouter le temps nécessaire à la formation, ce qui dépendra du nombre de personnes à former et d'autres facteurs. L'évaluation de l'impact devrait intervenir à peu près un mois après la formation. En réalité, le processus décrit ci-dessus est parfois simplifié ou adapté à la situation locale par manque de temps, de ressources financières, de personnel ou de volonté politique.

2: Exemples d'initiatives de formation élaborées par le Programme Bill et Melinda Gates de vaccins pour l'enfant auprès du PATH, en étroite collaboration avec les Ministères de la Santé, des ONG et d'autres partenaires de GAVI :

Andra Pradesh, Inde (2000 et 2001)

- Evaluation rapide des attitudes des prestataires et des patients par rapport à la vaccination.
- Elaboration de curriculums pour les responsables de la vaccination et les vaccinateurs.
- Programme de formation des formateurs.
- Appui à la formation de plus de 4 000 membres du personnel de santé.

Cambodge (2001)

- Fourniture de documentation pour la formation
- Recrutement d'experts en formation pour travailler avec le Ministère de la Santé

Népal (2000 et 2001)

- Recherche auprès du public sur les attitudes par rapport aux injections et les pratiques d'injection dans le secteur privé et dans le cadre du PEV.

Initiatives régionales

- Ateliers sur le renforcement de la vaccination, adaptés aux besoins régionaux, Afrique (2001) et Europe de l'Est (2001)

Comme un grand nombre d'entre elles ont déjà élaboré des programmes de formation bien solides pour leurs agents de santé, elles peuvent offrir de bons modèles pour le programme de formation du secteur public.

Certaines questions relatives à la vaccination demandent une attention particulière

Les résultats de nos recherches auprès du public et notre expérience nous ont amené à accorder une attention particulière à certaines questions lors de la conception des programmes de formation sur la vaccination :

Questions relatives au vaccin contre l'hépatite B

- Assurez-vous que l'audience obtient toutes les informations dont elle a besoin sur le nouveau vaccin⁽³⁾.
- Assurez-vous que les vaccinateurs comprennent que le vaccin contre l'hépatite B ne doit pas geler et qu'ils savent comment faire pour qu'il ne gèle pas.
- Transmettez des instructions spécifiques au vaccin utilisé dans votre pays. Le vaccin contre l'hépatite B peut se présenter en tant que vaccin séparé, en combinaison avec le DTC (vaccin quadrivalent) ou en combinaison avec le DTC et le Hib (vaccin pentavalent). Chaque combinaison a ses propres avantages : le vaccin quadrivalent n'a pas à être reconstitué et demande par conséquent moins de temps et comporte moins d'étapes dans l'administration ; le vaccin pentavalent de son côté offre un antigène de plus.

Questions relatives au vaccin anti-rougeoleux

Il faut former les agents de santé sur certains points spécifiques au vaccin anti-rougeoleux :

- Reconstitution du vaccin et traitement du vaccin reconstitué.
- Problèmes associés à l'âge de l'enfant. Le vaccin anti-rougeoleux vient relativement tard par rapport aux autres vaccins de l'enfance. Les enfants plus âgés ont tendance à être plus turbulents pendant la vaccination. De plus, à ce stade, la mère a repris ses activités normales et peut ne plus avoir le temps

d'amener l'enfant au dispensaire. Par ailleurs, comme les enfants de cet âge mangent déjà d'autres aliments, ils ont plus de risques d'avoir une maladie diarrhéique. Il est moins probable que les mères amènent leur enfant pour une vaccination lorsque celui-ci est malade.

- Assurez-vous que les règles relatives à l'utilisation des ampoules multidoses sont claires. Un certain nombre d'agents de santé nous ont dit qu'ils n'étaient pas disposés à ouvrir une ampoule à vingt doses pour quelques enfants seulement.
- Aidez le personnel à promouvoir l'importance du vaccin anti-rougeoleux et à comprendre les dangers liés à la maladie et ses complications.

Questions relatives à la sécurité de l'injection

- Attendez-vous à des confusions dues à un emballage inhabituel. Lorsqu'elles sont fournies en gros, les seringues autobloquantes se présentent parfois sans un emballage plastique individuel et sans date de péremption sur chaque unité (la date de fabrication est imprimée sur le carton de livraison en gros). Ceci est source de confusion pour les agents de santé, qui sont habitués à des seringues jetables sous emballage individuel. On leur a enseigné qu'un emballage intact signifie que la seringue est stérile. Même si les nouvelles seringues autobloquantes sont effectivement stériles (elles sont bien protégées par des étuis en plastique recouvrant l'aiguille et le piston), il faut rassurer les agents sur le terrain et le leur dire.
- Ne sous-estimez pas la difficulté de certaines tâches dites triviales. Notre expérience au cours des quelques mois passés a montré que certaines boîtes d'incinération livrées avec les seringues sont relativement difficiles à monter. N'importe qui peut apprendre à le faire mais il faut quand même être guidé et pratiquer.
- Communiquez clairement les procédures pour le traitement des poubelles pleines.

Questions relatives au BCG

- Les vaccins BCG sont particulièrement difficiles à administrer. Il faut accorder plus de temps à la pratique de l'injection sous-cutanée.

La perspective de former des milliers d'agents de santé, leurs supérieurs et bien d'autres peut être quelque peu décourageante. Mais améliorer les compétences et les connaissances du personnel est l'un des meilleurs investissements que nous puissions réaliser. Il est particulièrement important de répondre à ce besoin face à un objectif si grand : celui de faire en sorte que tous les enfants aient accès aux vaccins dont ils ont besoin. La formation est plus que jamais essentielle, maintenant que nous sommes dans l'ère de GAVI. ■

Scott Wittet est le Directeur du Plaidoyer, de la Communication et de la Formation du Programme Bill et Melinda Gates des vaccins pour l'enfant auprès du PATH

Références et notes

1. Bhattarai et Wittet « Perceptions about Injections an Private Sector Practices in Nepal » (2000) et « Rapid Assessment of Perceptions, Knowledge, and Practices Related to Immunization Injection Safety in Nepal » (2001) – Ces deux études sont disponibles sur Internet à www.childrenvaccine.org/html/safe_injection.htm
2. Une remarque supplémentaire sur la nécessité d'obtenir l'appui des responsables : vous pouvez organiser des formations pour ces personnes avant celles réservées aux vaccinateurs. De cette façon, vous pouvez traiter à l'avance les questions et les préoccupations, et obtenir de meilleurs résultats quand vous convoquez les vaccinateurs à former par la suite.
3. Voir *Pleins feux sur la vaccination*, mars 2002, pp 6-7 pour de plus amples informations sur le sujet.

Quand le réfrigérateur perd de sa fraîcheur

Les pannes de réfrigérateur empêchent une vaccination efficace dans de nombreuses formations sanitaires. Phyllida Brown a cherché à comprendre les raisons de cette situation et rapporte de nouvelles approches sur le maintien de la chaîne du froid.

IL n'y a rien de particulièrement attrayant dans un réfrigérateur. Mais ceux qui travaillent dans le domaine de la vaccination savent que c'est un outil essentiel pour permettre à tous les enfants de bénéficier des vaccins dont ils ont besoin. Il est cependant pénible de constater que, dans des milliers de formations sanitaires de pays à faibles revenus, les réfrigérateurs fonctionnent si mal qu'il est impossible de vacciner de manière efficace. Conséquence : des enfants restent sans protection et des vaccins coûteux sont parfois gaspillés.

« Le problème de gestion et de maintenance de l'équipement est généralisé », explique Modibo Dicko, du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, à Harare.

Les données réelles sont rares mais les rapports individuels de pays africains montrent que près d'une formation sanitaire sur quatre ne peut dispenser régulièrement des vaccinations à cause de pannes de réfrigérateur. Ces chiffres sont sans doute représentatifs de la région, d'après John Lloyd, ancien responsable de la section chaîne du froid au sein du Programme Étendu de Vaccination de l'OMS et à présent en poste au sein du Programme de Technologie Appropriée en Santé (PATH).

Souleymane Kone, un logisticien de l'OMS en Côte d'Ivoire, a présenté une évaluation de la gestion globale des vaccins dans treize pays africains lors de la réunion du réseau TechNet (réseau technique de logistique sanitaire) à Delhi, en août. Cette évaluation a mis en relief des problèmes significatifs en matière de maintenance et d'approvisionnement en pièces de rechange pour réfrigérateur⁽¹⁾.

Ce problème ne concerne pas seulement les pays africains. Les pannes de réfrigérateur sont également courantes en Asie du Sud où IT Power India a mené des études et des programmes de réparation. Cette firme de consultants privée, spécialisée dans les solutions environnementales et les solutions d'énergie renouvelable, a son siège à Pondichéry. Dans l'un des cas les plus graves, à Bihar, près de la moitié de l'équipement de la chaîne du froid ne fonctionnait pas au moment de l'enquête qui a précédé le programme de réparation en 1998. Une enquête menée au Népal cette année semble indiquer également des problèmes à grande échelle⁽²⁾.

Une grande partie des pannes de

réfrigérateur sont dues à une rupture dans l'approvisionnement en pièces de rechange. Les pièces manquantes sont souvent des consommables comme les mèches, le carburant et les verres pour les réfrigérateurs à pétrole, qui représentent une grande partie des unités de stockage de vaccins. La faiblesse de la gestion du système constitue une cause essentielle de ce problème d'approvisionnement : les commandes de pièces de rechange ne sont pas faites de manière efficace, le contrôle des stocks présente de grosses lacunes et les produits ne sont pas livrés là où il faudrait. « Tout se casse la figure », s'exclame M. Lloyd. « Souvent, il n'y a pas de système pour la passation automatique des commandes. » Quand les pièces de rechanges sont commandées de manière désordonnée, elles peuvent finir là où il ne faudrait pas et être détournées à d'autres fins. « Il faut que le flot de pièces

nécessaires au moment voulu. Par conséquent, selon le Dr Dicko, dans les pays d'Afrique où le problème a été étudié, près de 70 pour cent des interventions de maintenance dans les districts sanitaires sont effectuées par des techniciens du secteur privé qui n'ont pas toujours les pièces ou les compétences requises. « Il est plus facile d'appeler le réparateur du coin et de lui confier le travail », dit Dr Dicko. « Cependant, s'il n'a pas les pièces correspondantes, l'équipement reste inutilisable. » Plus récemment, les électriciens du secteur privé ont été invités à assister à la formation et représentaient près de la moitié des personnes à former.

Certains gouvernements et organisations non gouvernementales étudient la possibilité de recourir au secteur privé non seulement pour les services de techniciens, mais

Ce n'est pas le moment de gâcher : les vaccins sont gardés au froid, même sur les trajets les plus ardu... pour finir gâchés dans le réfrigérateur d'une clinique ?



© UNICEF/HO99-0892/Lemovine

de rechange soit garanti », dit M. Lloyd. Cela ne devrait pas, en principe, poser de grandes difficultés parce que la durée de vie des consommables est prévisible.

D'après Dr. Dicko, la formation et l'emploi des techniciens constituent un autre problème fondamental. Dans la plupart des pays, le Ministère de la Santé est responsable de la maintenance de la chaîne du froid, mais les salaires du gouvernement sont trop bas pour retenir les techniciens. Jusqu'à la fin des années 90, l'OMS apportait son assistance à la formation de techniciens de maintenance de réfrigérateur au sein du Ministère de la Santé dans certains pays d'Afrique. Le programme a pris fin une fois qu'on s'est aperçu que près de la moitié des personnes formées quittaient leur poste pour aller travailler dans le secteur privé dans les deux ans suivant leur formation. Certaines d'entre elles emportaient avec elles leurs boîtes à outils – toutes neuves – d'une valeur approximative de 1 000 US\$.

Parce que leurs budgets sont limités et que les techniciens du gouvernement sont peu nombreux, de nombreux districts sanitaires ne peuvent faire les réparations

également pour la maintenance de l'ensemble de la chaîne du froid. Pour eux, une entreprise commerciale a plus d'intérêts à assurer la maintenance de son équipement et à retenir son personnel qu'une entité du secteur public. « Allez acheter une bouteille de cola dans n'importe quel magasin. Vous verrez : leur réfrigérateur marche », fait remarquer M. Lloyd. Dans un système privatisé, l'entreprise achète l'équipement de la chaîne du froid au gouvernement. Elle lui loue ensuite un système correctement entretenu, mais il lui appartient de payer ses propres techniciens, de passer les commandes des pièces de rechange, d'effectuer le contrôle des stocks, puis d'en organiser la distribution.

La Côte d'Ivoire, par exemple, vient de passer un contrat d'une durée de cinq ans, par lequel le Ministère de la Santé soustraite la gestion de la chaîne du froid à une entreprise privée. Si cette expérience est concluante, d'autres pays pourraient suivre, d'après Dr Dicko, bien que certains gouvernements aient déjà fait part de leur opposition à une telle solution.

Terry Hart, de IT Power, plaide en

faveur d'une autre approche au Népal : la décentralisation de la maintenance de la chaîne du froid. A l'heure où d'autres éléments du système de santé sont décentralisés, confier la maintenance à de petites organisations communautaires pourrait s'avérer une option des plus efficaces.

La gestion de la chaîne du froid au sein du pays est, certes, essentielle ; mais encore faut-il assurer l'acquisition et la livraison des pièces de rechange au pays. La plupart des pays n'ont pas l'infrastructure nécessaire pour fabriquer eux-mêmes les pièces. L'UNICEF, depuis toujours le responsable de l'achat des vaccins du Programme Étendu de Vaccination, a également pris la responsabilité de l'achat des pièces de rechange pour la chaîne du froid. Mikko Lainejoki, de la Division Approvisionnement de l'UNICEF à Copenhague, explique : « chaque fois que nous fournissons un grand nombre d'unités de la chaîne du froid, nous insistons toujours sur la nécessité d'inclure des pièces de rechange dans l'achat initial. Le but est de mettre en place un système de réalimentation systématique du stock de pièces de rechange. »

Cependant, pour que ce système fonctionne correctement, le gouvernement doit demander suffisamment de pièces de rechange à l'UNICEF et celles-ci doivent arriver à temps. La première, comme la seconde condition, ne sont pas toujours réalisées.

Des fournitures bloquées au port

Depuis un certain temps, certains gouvernements ont commencé à acheter les pièces de rechange pour la chaîne du froid en puisant dans leurs propres ressources budgétaires au lieu de les recevoir de l'UNICEF. La plupart du temps, ils continuent d'acheter par le biais de l'UNICEF, comme par exemple l'Inde. L'UNICEF est exonéré de taxes à l'importation, mais si un gouvernement achète ses propres pièces de rechange, le Ministère de la Santé peut avoir à

s'acquitter de ces taxes. Les fonds destinés au paiement de ces taxes – requises parce que les pays cherchent à élargir leur assiette fiscale – sont censés figurer au budget de la santé ou encore, dans certains pays, être remboursés par le Ministère des Finances. Cependant, dans certains cas, par manque de fonds ou à cause d'une mauvaise communication ou d'une mauvaise gestion, le paiement des taxes n'est pas effectué et les fournitures restent en douane, ce qui retarde encore plus la livraison de l'équipement.

Mary Ann Carnell est directrice technique d'un projet de santé familiale que John Snow Incorporated, une firme de consultants internationale intervenant dans le domaine de la santé, et l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) réalisent à Madagascar. Le projet s'effectue en collaboration avec le Ministère de la Santé malgache. Elle rappelle que, dans un passé récent, des pièces de rechanges pour réfrigérateur à vaccins sont restées bloquées au port pendant près de deux ans à cause de problèmes de paiement de taxes. Ces problèmes sont en cours de résolution, mais des délais particulièrement frustrants subsistent dans la livraison et la distribution des pièces. Le Ministère de la Santé envisage plusieurs options, dont des appels d'offres à destination de fournisseurs nationaux et des appels d'offres par l'intermédiaire de la centrale d'achat de médicaments, une organisation privée à but non lucratif, pour que les pièces arrivent plus rapidement à l'avenir.

Selon Lloyd, le financement constitue un autre problème. Le coût des pièces de rechange est relativement élevé par rapport à celui des réfrigérateurs, commente Lloyd. Les fabricants ont tendance à ne prendre qu'une marge très faible sur le produit initial et à se rattraper sur la vente de pièces de rechange. Avec des budgets très serrés, les gouvernements ont du mal à payer la facture. Pourtant, peu de bailleurs sont

disposés à investir dans les pièces de rechange ou dans la maintenance de la chaîne du froid, qu'ils considèrent comme des coûts récurrents et non pas comme des coûts de capital et relevant, à ce titre, de la responsabilité des gouvernements.

Un problème solvable

« Il faut traiter le problème sous tous ses aspects », estime Dr Dicko. « Faire la projection des besoins en équipement, installer cet équipement, assurer l'approvisionnement permanent en carburant et en pièces de rechange, s'assurer que la température est régulièrement vérifiée : tout cela est essentiel. » Il insiste sur le fait que, si la maintenance peut être confiée au secteur privé, certaines tâches importantes, comme le suivi des performances, doivent être assumées par le secteur public.

En fin de compte, le problème des réfrigérateurs est plus facile à résoudre que bien d'autres problèmes auxquels les programmes de vaccination sont confrontés, mais il est négligé. Avec l'arrivée de la nouvelle génération de vaccins « à dollars par dose », les bailleurs voudront plus que jamais voir moins de gaspillages. Les gouvernements, quant à eux, voudront assurer une bonne gestion des vaccins. « Les partenaires de l'Alliance devraient faire beaucoup plus », conclut Dr Dicko. « Ils devraient commencer à mettre la pression sur les bailleurs pour qu'ils se penchent sur ce problème. » ■

Références :

1. Kone, S. Présentation faite à TechNet 2001, New Delhi, www.who.int/vaccines-access/Vaccines/Vaccine_Cold_Chain/Technet/TC21_kone.pdf
2. Terry Hart, PDG de IT Power India, communication personnelle. IT Power India est une filiale de IT Power Ltd, au Royaume-Uni. www.itpowerindia.com

Pleins feux sur la vaccination

Rédacteur en chef : Phyllida Brown

Conseiller à la rédaction de GAVI : Lisa Jacobs

Conseiller à la rédaction du Fonds mondial pour les vaccins : Victor Zonana

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, UNICEF – New York, Etats-Unis ; **Shawn Gilchrist**, Représentant de l'industrie du vaccin, Aventis Pasteur, Toronto, Canada ;

Keith Klugman, 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 ; **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.

Conception et production : Synergy New Media, Londres, N17 9LN, Royaume-Uni. <http://www.synergynewmedia.co.uk>