

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 :

Les organisations non gouvernementales

La Fondation Bill et Melinda Gates

Les gouvernements nationaux

Les instituts de recherche et techniques sanitaires

Les fondations

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 Secrétaire de GAVI, c/o UNICEF, Palais des Nations, 1211 Genève 10, Suisse, ou à Gavi@unicef.org

ACTUALITES

Lutte renouvelée contre la polio tandis que les cas s'étendent aux pays voisins du Nigeria

LA POLIO qui sévit au Nigeria s'est propagée à plusieurs pays voisins précédemment exempts du virus, ce qui constitue, selon les experts de l'OMS, une « sérieuse menace » pour la santé publique. Une douzaine d'enfants ont été paralysés par le poliovirus sauvage au Ghana, au Togo, au Burkina Faso, au Niger et, plus récemment, au Tchad. Sur l'ensemble de ces pays, le poliovirus sauvage était en circulation uniquement au Niger l'année dernière.

La progression de l'infection au sein du Nigeria, de son épicerie au nord du pays, autour de Kano, à Lagos, ville de quelque 10 millions d'habitants, inquiète aussi les agents de la santé publique. Le Nigeria, qui fait depuis longtemps office de réservoir pour la polio en Afrique occidentale, est aujourd'hui le pays qui compte le plus grand nombre de cas de polio au monde, celui-ci devant désormais l'Inde. Fin octobre, le Nigeria a déclaré 193 cas confirmés pour l'année en cours. L'Inde, elle, en a déclaré 161 contre 1 600 lors de la flambée épidémique de l'année dernière.

Suite à ce revers, le Bénin, le Burkina Faso, le Ghana, le Niger et le Togo ont dû lancer une autre campagne majeure de vaccination contre la polio, pour un coût de 10 millions de dollars, afin de protéger quelque 15 millions d'enfants et d'endiguer la transmission du virus. D'autres campagnes, au Tchad et au Cameroun, sont prévues pour la mi-novembre. Une deuxième série de campagnes suivra dans les prochaines semaines. Les campagnes menées dans des régions précédemment exemptes de polio vont inévitablement accroître les pressions sur les services de santé qui travaillent déjà à la limite de leurs capacités et s'efforcent d'améliorer leurs services de vaccination systématique.

Les analyses génétiques des virus présents dans les cinq pays affectés indiquent qu'ils sont étroitement apparentés aux souches qui circulent actuellement dans le nord du Nigeria. Ils sont clairement différents des

souches du virus qui circulaient dans ces pays avant l'arrêt de sa transmission, il y a un an, voire plus.

« La propagation du virus est, bien sûr, extrêmement fâcheuse, en particulier au vu des énormes progrès réalisés en Afrique occidentale et centrale en 2001 et 2002 », constate M. Chris Maher, de l'Initiative d'éradication de la polio à l'OMS. Il indique



OMS

que les partenaires de l'initiative sont persuadés qu'il est possible de mettre rapidement fin à la transmission du virus grâce à des campagnes efficaces dans les pays affectés. Selon lui, les raisons de la propagation du virus au Nigeria sont « très claires » : on n'a pas vacciné suffisamment d'enfants pour arrêter la circulation du poliovirus sauvage. Dans un état au moins, seuls 16 % des enfants avaient été vaccinés de manière adéquate contre la polio.

« Pour améliorer la qualité des activités, il doit y avoir une nette amélioration au niveau de l'engagement du gouvernement local et de la communauté, ainsi qu'une amélioration considérable de la formation et de la surveillance, » observe M. Maher. Depuis le lancement de l'Initiative d'éradication de la polio en 1988, le nombre de pays où la maladie est endémique est tombé de cent vingt-cinq à sept. ■

Dans ce numéro

La rougeole a affaire à forte partie

Une initiative lancée à l'échelle de l'Afrique contre la plus meurtrière des maladies évitables par la vaccination sur ce continent gagne rapidement du terrain

2

L'exode des cerveaux dans les services de santé

Alors que les travailleurs sanitaires quittent les pays en développement par milliers, quelles sont les solutions éthiques et réalisables ?

6

La rougeole a affaire à forte partie

Une initiative à l'échelle de l'Afrique contre la plus meurtrière des maladies évitables par la vaccination sur ce continent dépasse déjà ses objectifs en matière de vaccinations infantiles supplémentaires et de vies sauvées – reportage de Karen Emmons

EN septembre, sous un soleil de plomb et au son lointain de coups de feu, 90 chameaux franchissaient les montagnes érythréennes à la poursuite d'une maladie meurtrière qui a coûté la vie à quelque 370 000 enfants l'année dernière sur l'ensemble du continent africain. Transportant des caisses de vaccins et des travailleurs sanitaires, ces unités mobiles à quatre pattes étaient à la recherche de familles nomades dans le cadre d'une action massive sur cinq ans visant à réduire de moitié le nombre de décès en Afrique dus à la rougeole, d'ici 2005.



Martini/OMS

Les enfants sont prêts : campagne de vaccination en Erythrée

En plaine, la tâche s'est révélée plus facile. Par centaines, les enfants sont venus faire la queue sous leurs parasols rayés. Comme l'explique une maman au poste de Seboo, « Le vaccin est important car il protège contre la rougeole, qui cause la cécité et un grand nombre de décès ».

A Geza Hamle, un travailleur sanitaire fraîchement formé s'applique à remplir doucement une des seringues autobloquantes et à piquer rapidement une enfant, lui délivrant ainsi, il faut l'espérer, un passeport vers un avenir exempt de rougeole. Après avoir rangé la seringue dans son coffret de sécurité, qui sera plus tard brûlé et enterré, le travailleur sanitaire érythréen passe au bras suivant, tout en sachant que chez 10 à 15 % des enfants environ, ces vaccinations échouent la première fois (voir Encadré 1). « Aucun de nous n'a pleuré, sauf les tous petits », dit Gebre, 9 ans, avec un grand sourire, celui-ci et ses amis montrant fièrement leur bras récemment piqué.

Les agents sanitaires savent que la meilleure protection possible est assurée lorsque plus de 90 % d'une population est vaccinée contre ce virus extrêmement contagieux, créant ainsi une immunité dite « collective » qui peut indirectement protéger la minorité qui n'a pas été vaccinée ou chez qui le vaccin ne prend pas. L'établissement de cette immunité collective est particulièrement difficile en Afrique, où la couverture vaccinale contre la rougeole reste faible – inférieure à 60 % dans environ 17 pays.

Toutefois, les expériences faites en Amérique latine et en Afrique australe ont prouvé qu'en donnant à tous les enfants âgés entre 9 mois et 15 ans deux chances de se faire vacciner, on peut assurer la protection voulue pour

arriver à réduire à près de 0 % le taux de mortalité due à la rougeole. Suite à ces expériences, l'Initiative de lutte contre la rougeole a été lancée en 2001. Cette initiative, soutenue par un groupe de partenaires ayant à sa tête l'OMS, l'UNICEF, les Centres de contrôle et prévention des maladies des Etats-Unis, la Fondation des Nations Unies et la Croix-Rouge américaine, cible les 32 pays d'Afrique sub-saharienne où la rougeole est la plus meurtrière de toutes les maladies de l'enfance évitables par la vaccination. Les chameaux érythréens et les nomades qui bénéficient de la vaccination s'inscrivent dans la 24^{ème} campagne nationale au sein d'une stratégie visant à vacciner 200 millions d'enfants africains, stratégie qui, selon Mark Grabowsky, de la Croix-Rouge américaine, « est en avance sur le programme, dépasse les objectifs et s'avère moins coûteuse que prévu ».

1. Quand faut-il vacciner ?

L'âge idéal pour la première vaccination des enfants contre la rougeole est de 1 an révolu. Mais dans les communautés où les risques d'exposition au virus sont élevés, il y a pour les nourrissons de six mois une période dangereuse où ils ne sont pas protégés du tout contre la maladie. A la naissance, la mère transmet à son bébé des anticorps contre la rougeole, mais ceux-ci disparaissent au bout de six à sept mois. Si l'enfant est vacciné avant que tous les anticorps n'aient disparu, le vaccin est neutralisé et l'enfant n'est pas immunisé.

« En Afrique, lorsque le vaccin antirougeoleux est devenu disponible pour la première fois, nous avons dû peser le pour et le contre entre l'efficacité et le risque d'exposer les nourrissons au virus », raconte Bradley Hersh, médecin-hygiéniste auprès de l'OMS. Les agents sanitaires ont suggéré que neuf mois était l'âge auquel il fallait commencer à vacciner les enfants. « Dans un pays développé où le risque d'exposition est minime, l'âge idéal se situe entre 12 et 15 mois », ajoute Hersh.

Dans une région comme l'Afrique, où le taux de morbidité de la maladie est élevé, le système de vaccination systématique n'est pas suffisamment robuste pour contrer la circulation du virus de la rougeole. Pour arriver à une immunité collective qui assure indirectement la protection des très jeunes enfants, le taux de couverture doit atteindre au moins 90 %. Il est aujourd'hui largement reconnu que le seul moyen efficace d'atteindre ce niveau de couverture est de donner à tous les enfants deux chances de se faire vacciner contre la rougeole.

Certaines campagnes menées au début des années 1990 en Afrique australe étaient limitées aux enfants de moins de cinq ans, car la plupart des enfants qui mouraient de la maladie avaient entre 1 et 4 ans. « Le succès de ces campagnes n'a pas duré très longtemps car elles n'arrêtaient pas la transmission de la maladie parmi les enfants plus âgés, qui devenaient alors une source d'infection pour les nourrissons », observe Hersh. Pour assurer une protection directe et une immunité collective indirecte, les agents sanitaires ont décidé qu'il fallait vacciner tous les enfants de 9 mois à 15 ans lors des campagnes de rattrapage.

L'OMS et l'UNICEF ont aussi ciblé 13 autres pays en dehors de l'Afrique, où la rougeole est endémique. Au début du mois, en témoignage du succès de l'initiative en Afrique à ce jour, des représentants des 45 pays où la rougeole est endémique se sont rassemblés au Cap pour une réunion parrainée par l'OMS et l'UNICEF, afin de discuter de la manière d'engager de nouveaux partenaires en vue d'une réduction durable de la mortalité due à la rougeole dans d'autres régions du monde.

6 Il n'y a pas de solution miracle : il faut assurer à la fois une bonne vaccination systématique et des campagnes complémentaires 9

Après trois ans, la liste des réalisations de l'Initiative contre la rougeole est longue : d'ici décembre, 28 pays auront vacciné 115 millions d'enfants, la couverture vaccinale atteignant entre 93 % et 97 %. Par conséquent, le nombre de cas de rougeole s'est trouvé réduit de 58 % au moins dans chaque pays, ce chiffre atteignant 96 % dans certains d'entre eux ; selon les estimations, 270 000 décès ont été évités. Le coût total de cette stratégie sur cinq ans est estimé à plus de 160 millions de \$ (soit environ 80 cents par enfants), coût que les cinq organisations partenaires se partagent dans une grande mesure, avec des contributions d'autres donateurs et de gouvernements.

Une vaccination systématique renforcée

Toutefois, les campagnes menées ne se limitent pas à la vaccination des enfants. Elles sont aussi conçues pour établir une protection durable contre la rougeole et autres maladies prioritaires en améliorant les systèmes de vaccination systématique en place dans les pays. L'Initiative contre la rougeole incite les gouvernements à faire figurer la vaccination au rang de priorité de l'agenda politique. Elle a poussé les gouvernements à planifier la gestion des déchets, systématisé l'utilisation de seringues autobloquantes, renforcé le processus de la chaîne du froid, amélioré la surveillance, modernisé les laboratoires pour qu'ils puissent effectuer des analyses de sang et augmenté le nombre de partenariats divers pour ce qui est du financement et de la mise en œuvre. Par exemple, les travailleurs sanitaires qui vaccinent contre la rougeole ont aussi fourni aux familles, par la même occasion, des moustiquaires traitées à l'insecticide, du vermifuge en comprimés et des suppléments de vitamine A.

Bien que les parents aient vigoureusement réclamé que quelque chose soit fait, les succès sont largement attribués au partenariat regroupant des gouvernements nationaux, des donateurs et des agents de mise en œuvre, qui a orchestré l'action contre la rougeole. « C'est une bonne chose – nous avons obtenu le financement nécessaire. Ça a vraiment été bénéfique », a observé Filli Said Filli, responsable du programme de vaccination en Erythrée, où 1,3 millions de jeunes ont été ciblés lors de la récente campagne. « Nous avons élaboré un plan quinquennal et dans deux ans, nous organiserons une campagne de suivi pour les enfants de moins de trois ans. »

La stratégie : rattrapage, maintien, suivi

Pendant des années, on n'a cessé de débattre sur la question de savoir s'il valait mieux combattre la rougeole par le biais d'une vaccination systématique renforcée ou de campagnes du type de celles menées contre la polio. Les expériences réalisées dans les Amériques ont montré qu'il

fallait associer les deux. « Il n'y a pas de solution miracle », explique Bradley Hersh, de l'Organisation Mondiale de la Santé. Les campagnes de vaccination, pas plus que la vaccination systématique, ne peuvent à elles seules résoudre le problème.

Selon cette approche, une campagne nationale consolide la vaccination systématique des nourrissons à neuf mois, « assainissant » ainsi l'environnement. Ce rattrapage assure la survie des très jeunes enfants qui pourront alors bénéficier de la seconde dose systématique de vaccin. La clé d'une protection durable reste la vigilance en matière de couverture systématique afin de veiller à ce que tous les nouveau-nés soient vaccinés. Une campagne de suivi trois ou quatre ans plus tard donne à ceux qui ont échappé à la vaccination à neuf mois ou ceux chez qui le vaccin a échoué, une chance de se faire vacciner contre la rougeole.

Mise au point par l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) au début des années 1990, cette stratégie de « rattrapage, de maintien et de suivi » a permis de réduire les cas de rougeole dans la région de plus de 600 000 en 1990 à 500 dix ans plus tard. Jusqu'ici cette année, il n'y a eu aucune transmission de la maladie dans les Amériques.

Les agents de l'UNICEF et de l'Organisation Mondiale de la Santé ont adopté cette stratégie comme réponse expérimentale aux demandes exprimées, en 1997, par les agents sanitaires de sept pays d'Afrique australe visant à compléter la dose de vaccin systématique administrée à l'âge de neuf mois par une seule campagne de masse visant les enfants de moins de 15 ans, leur offrant ainsi deux chances de se faire vacciner. Le nombre de cas confirmés de rougeole a chuté dans les sept pays, passant de plus de 50 000 par an avant les campagnes de vaccination à 100 en 1999 ; le nombre de décès imputables à la rougeole, estimé à 3 700, est tombé à deux en 1990 et à zéro en 2000. La question s'est alors posée de savoir jusqu'où, en remontant vers le nord du continent, cette stratégie pourrait marcher.

2. L'impact des assistants numériques personnels

Trente volontaires de la Croix-Rouge, au Ghana, n'avaient jamais touché un ordinateur, ni réalisé une enquête sur le terrain. Toutefois, deux jours de formation à l'utilisation d'un assistant numérique personnel (PDA) ont transformé la nature du suivi. Alors que la charge de collecter et de saisir les données à la main sur papier limite l'étendue et la précision des enquêtes, les ordinateurs de poche ont permis d'interroger plus de 2 400 familles en trois jours. Six heures après le retour des enquêteurs, les données étaient analysées et le rapport était prêt à être soumis au Ministère de la Santé, un processus qui demande normalement plusieurs semaines, voire des mois.

Cette approche, novatrice s'il en est, s'est vue décerner le prix du Stockholm Challenge en 2002 dans la catégorie Informatique. L'un des obstacles à une utilisation plus répandue des PDA est le coût et la complexité du logiciel. La Croix-Rouge américaine travaille actuellement en collaboration avec les CDC des Etats-Unis afin de créer un partagiciel qui pourrait aider le personnel sur le terrain à réaliser des enquêtes sur PDA sans soutien technique extérieur.

« Des gens n'ayant jamais touché un ordinateur prennent le PDA en main et en sont ravis », observe Grabowsky. « Ils en comprennent immédiatement la puissance et l'utilité. »

Devant l'assistance réclamée par les gouvernements, une poignée d'agents justifiant d'une expérience auprès de l'OPS ou bien travaillant alors en Afrique ont résolu conjointement de « faire quelque chose » pour combattre la rougeole. « Nous avons à notre disposition un excellent vaccin, sûr et peu coûteux », observe Hersh. « Le défi était la mise en œuvre – s'assurer que tous les enfants soient vaccinés. »

En janvier 2001, ils ont convenu de mobiliser des ressources pour l'Afrique par le biais d'une collaboration originale entre les cinq partenaires principaux. Ils ont organisé une conférence téléphonique hebdomadaire (processus qui continuera tout au long de l'année 2005), ouverte à toutes les parties concernées, au cours de laquelle ils définissent les projets avec précision, identifient les problèmes et prennent les décisions voulues. En l'espace de quelques mois, ils avaient rassemblé conjointement 20 millions de dollars et la première campagne supplémentaire avait permis de vacciner 3,7 millions de jeunes tanzaniens, en sept jours, au mois de septembre suivant.

6 Les gens sont prêts à faire la queue pendant des heures, de crainte que les vaccins ne viennent à manquer

Chacun des sept pays d'Afrique australe ayant fait l'expérience de cette stratégie à la fin des années 1990 a commencé avec succès la mise en œuvre d'une campagne de suivi tous les quatre ans. Ceci vise à protéger tous les enfants nés après la campagne de rattrapage initiale.

L'initiative en Afrique

Le partenariat prend en charge les coûts des vaccins conditionnés et la majeure partie des coûts opérationnels grâce à des fonds fournis par les CDC des Etats-Unis, la Fondation des Nations Unies, la Croix-Rouge américaine et Vodafone, qui sont ensuite canalisés par l'UNICEF et l'OMS. Les pays contribuent aussi à leur campagne respective, la participation de chacun variant toutefois en fonction de leur situation économique. Afin d'assurer des ressources pour les besoins à long terme, on a demandé aux gouvernements d'augmenter le budget consacré à la vaccination systématique.

Plans nationaux

Pour pouvoir bénéficier des fonds du partenariat, les agents sanitaires de chaque pays ciblé doivent remplir certaines conditions, qui sont très semblables à celles requises par GAVI et le Fonds mondial pour les vaccins en vue de l'obtention d'une aide en matière de nouveaux vaccins et de vaccins sous-utilisés. Ils doivent dresser une stratégie de lutte contre la rougeole sur trois à cinq ans, dans le cadre de leur plan général de vaccination. En outre, ils doivent préparer, pour la campagne, un plan d'action sur un an pouvant être appliqué à l'échelle du district et jusqu'au plan national. Ce plan doit être approuvé par le Comité de coordination interagences du pays. Le plan est ensuite soumis au bureau régional de l'OMS pour l'Afrique qui passe en revue les aspects techniques. Le plan d'action exige une évaluation de l'infrastructure existante et, parfois, comme en Angola, où il n'y avait pas eu de recensement depuis 30 ans, un dénombrement de la population et des établissements de santé.

Point tout aussi important, les pays doivent prendre les dispositions voulues pour assurer un traitement sans risques des aiguilles et des seringues, et adopter des pratiques d'injection sûres, y compris l'usage de seringues

autobloquantes. « Nous en avons fait une partie intégrante de la stratégie. Sans cela, nous n'envoyons pas de fonds », observe Edward Hoekstra, conseiller sanitaire principal du Programme mondial de lutte contre la rougeole de l'UNICEF. Grâce aux ressources fournies par le partenariat, des pays comme le Mali, le Togo, le Burkina Faso, le Ghana, le Bénin et le Cameroun ont installé, dans presque tous les districts, des incinérateurs pour brûler le matériel d'injection.

Avant chaque campagne, les travailleurs sanitaires reçoivent une formation sur l'utilisation des seringues autobloquantes, ainsi que sur d'autres éléments des services de vaccination systématique, comme par exemple la gestion et le planning des vaccins et de la chaîne du froid. Il a été noté dans chacun des rapports d'évaluation post-campagne des gouvernements que ces pratiques constituaient un élément permanent du système de vaccination systématique.

Faire participer les gens

Quelques mois avant la campagne, la Croix-Rouge et d'autres partenaires locaux commencent à rassembler des volontaires pour mobiliser les enfants (au Kenya, plus de 13 000 personnes ont offert leur concours ; en Zambie, il y avait six ou sept volontaires sur chaque site de vaccination). Une campagne publicitaire éclair est lancée une semaine avant la campagne éclair de vaccination, à la radio, à la télévision, par le biais de représentations théâtrales, de manifestations musicales et d'activités « d'enfant à enfant » dans les écoles.

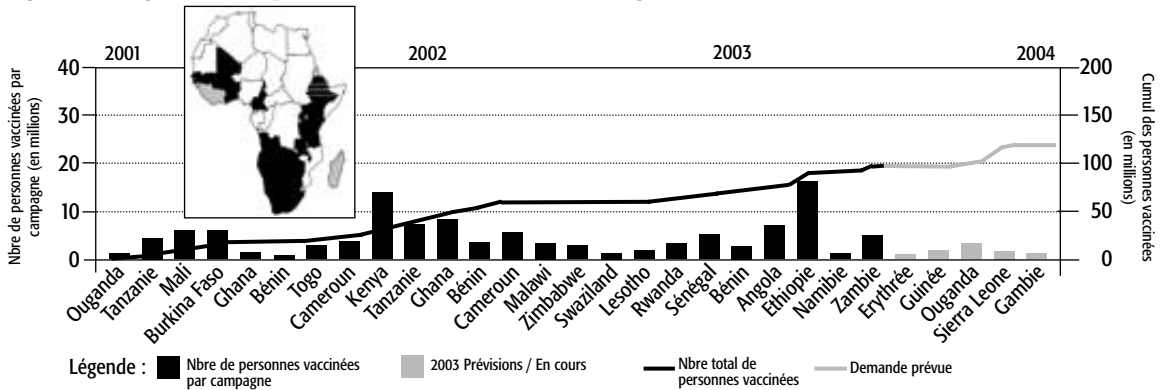
« Des efforts extraordinaires sont déployés pour atteindre tous les enfants, en particulier les plus pauvres et ceux qui sont le plus exposés », observe Grabowsky. Les volontaires recrutés par la Croix-Rouge font du porte à porte dans certains secteurs ou bien se rendent en voiture de village en village et trouvent les enfants. Dans beaucoup de villages, les volontaires relèvent le nom de chaque enfant devant être vacciné et procèdent à un suivi individuel pour vérifier qu'ils l'ont bien tous été. Toutefois, dans la plupart des endroits, il n'a pas été difficile de faire venir les enfants. Les parents ont une si grande peur de la rougeole qu'ils sont prêts à faire la queue pendant des heures les premiers jours, de crainte que les vaccins ne viennent à manquer.



En action : un poste de vaccination lors d'une campagne en Erythré

Martin/OMS

Figure 1 : Progrès réalisés par l'Initiative de lutte contre la rougeole Juillet 2001 - décembre 2003



Source : Mark Grabowsky, Croix-Rouge américaine

D'une pierre deux coups

Pour tirer le meilleur parti de l'occasion présentée, les agents sanitaires ont profité d'un grand nombre de campagnes pour réaliser en même temps d'autres interventions. Des suppléments de vitamine A ont été fournis dans le cadre de presque toutes les campagnes. Dans le district de Lawra, au Ghana, les agents ont distribué 14 000 moustiquaires traitées à l'insecticide lors de la campagne de vaccination antirougeoleuse, ce qui a permis d'équiper en moustiquaires 80 % des ménages, alors que seulement environ 7 % d'entre eux en disposaient auparavant. Les agents sanitaires ont distribué près de 83 000 moustiquaires traitées en Zambie et ont donné des comprimés de mebendazole (vermifuge) à 1,6 millions d'enfants.

Sur les conseils du bureau régional africain de l'OMS, chaque pays a réalisé des enquêtes afin d'évaluer le succès des campagnes quant à leur couverture et à leur impact sur le système de vaccination, et de mettre en place des systèmes permettant de surveiller les effets inverses suite à la vaccination. Des ordinateurs de poche ont été utilisés dans trois pays pour des interviews à la sortie et des enquêtes sur le terrain, ce qui a permis à des membres de la communauté d'effectuer les évaluations (voir Encadré 2). De plus, les pays ont consolidé leurs activités de surveillance de la rougeole en renforçant et en élargissant les structures de surveillance élaborées au départ dans le cadre de l'Initiative pour l'éradication de la polio.

Difficultés

« Acheminer l'argent sur le terrain en temps voulu demande beaucoup de travail », reconnaît Andrea Gay, dont le rôle auprès de la Fondation des Nations Unies consiste à coordonner les dons. L'incertitude quant au moment où l'argent allait arriver a entraîné un retard dans les commandes de provisions sur le terrain et un retard au niveau de la construction d'incinérateurs pour la destruction des seringues à temps pour la plupart des campagnes. En outre, certains envois de vaccins ont été livrés en retard et ont dû être amenés par pont aérien, ce qui a fait augmenter les coûts de l'opération.

Il y a eu aussi quelques flambées de rougeole chez les enfants. Robert Kezaala, Responsable médical au sein du Programme élargi de vaccination au bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, indique qu'il y a eu des flambées au Burkina Faso, au Cameroun et en Tanzanie en 2003. Celles-ci ont été déclenchées par un relâchement au niveau de la couverture vaccinale systématique, qui a laissé certains enfants plus prédisposés à une infection lors de l'entrée dans le pays d'enfants contaminés en provenance d'autres pays, où le taux de couverture systématique est inférieur ou une campagne de vaccination n'a pas encore eu lieu. Une importante proportion des sujets ayant contracté la maladie

n'avaient pas été vaccinés et la majorité d'entre eux appartenaient à la tranche d'âge cible des moins de 15 ans. Kezaala souligne la nécessité d'assurer des taux de couverture systématique élevés et, pour les pays, d'agir conjointement « en bloc » pour réduire le risque d'importations majeures de cas de rougeole.

Atteindre l'Objectif de développement pour le millénaire

A présent, les partenaires de l'initiative se penchent sérieusement sur le renforcement des systèmes de vaccination systématique dans les pays. « Nous nous efforçons d'atteindre tous les enfants dans tous les districts des pays prioritaires afin de leur administrer la première dose systématique de vaccin à l'âge de 9 mois. Nous voyons déjà une augmentation progressive de la couverture vaccinale dans les pays ciblés », constate Hoekstra.

Les plaintes concernant l'initiative semblent peu nombreuses. « Ce que les pays ont accompli en deux ans et demi avec le soutien du partenariat est tout à fait phénoménal », observe Gay. Elle estime que le partenariat est toujours dans sa phase d'élaboration et qu'il s'améliore de campagne en campagne.

Le partenariat dispose de la majeure partie des fonds nécessaires pour couvrir huit campagnes visant une population cible de 59 millions d'enfants en 2004. En raison de la superficie du pays, l'intervention au Nigeria reste non financée, et par conséquent, non programmée.

On s'attend à ce que la campagne de lutte contre la rougeole dépasse son objectif de réduire de moitié le nombre de décès dus à cette maladie d'ici 2005, par rapport aux chiffres de 1999. La réduction du nombre de décès imputables à la rougeole en Afrique aidera certainement à atteindre l'Objectif de développement du millénaire que se sont fixés les Nations Unies, à savoir réduire la mortalité des moins de cinq ans. Par la même occasion, l'Initiative de lutte contre la rougeole aura apporté un large éventail d'avantages sociaux. Si l'on réussit à maintenir un taux de couverture systématique élevé, la diminution marquée des cas de rougeole réduira les pressions sur les services de soins de santé surchargés, libérant ainsi des travailleurs sanitaires et des ressources qui pourront être employés à combattre d'autres maladies prioritaires, telles que le paludisme et le VIH/SIDA. ■

Reportage de Rebecca Martin, OMS, en Erythrée.

Karen Emmons est une journaliste basée à Bangkok.

Les autres agences contribuant à l'Initiative de lutte contre la rougeole sont les suivantes : Fédération internationale de la Croix-Rouge, Canadian International Development DA, Right to Play, USAID, JSI Incorporated, BASICS, ainsi que des sociétés nationales de la Croix-Rouge et des ministères de la défense et de l'éducation. Becton Dickson & Company, fournisseur de seringues autobloquantes, a apporté son assistance à la formation sur la sécurité des injections au Ghana, en Angola, en Namibie et en Zambie.

L'exode des cerveaux dans les services de santé : quelles sont les options pour y remédier ?

Chaque année, les travailleurs sanitaires quittent les pays à faible revenu par milliers en quête de salaires plus élevés et de meilleures perspectives professionnelles à l'étranger. Plutôt que d'essayer d'empêcher le libre mouvement des personnes, les pays et leurs partenaires internationaux recherchent aujourd'hui des solutions réalisables et éthiques

LE DR FRANK Nyonator est confronté à un problème de taille. En tant que directeur responsable des politiques et de la planification au sein du service de la santé ghanéen, il voit partir chaque année, à l'étranger, tout un défilé d'infirmières, de médecins et de pharmaciens. « Pour ce qui est du personnel infirmier, il s'agit de milliers d'individus », dit-il. La plupart se dirigent vers les Etats-Unis et le Royaume-Uni, où les salaires sont plus élevés et les possibilités de formation meilleures ; peu reviennent. Non seulement leur départ crée des « trous » dans un système de santé qui travaille déjà à la limite de ses capacités, mais il prive aussi le Ghana du retour sur l'investissement que représente la formation de ce personnel et alimente, en fait, les systèmes de santé de pays beaucoup plus riches qui n'ont pas su susciter chez eux le nombre de vocations nécessaire.

Le Ghana n'est pas, bien sûr, le seul dans ce cas. L'exode des cerveaux dans le domaine de la santé fait aussi du tort à d'autres pays en développement, en particulier en Afrique. Parmi les pays les plus touchés figurent l'Afrique du Sud, le Zimbabwe et le Nigeria. Dans certains de ces pays, le rythme auquel le personnel infirmier disparaît semble s'accroître. Bien que les pays industrialisés,

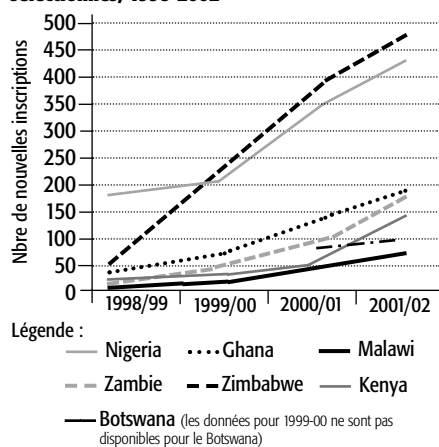
qu'il ne leur en faut, comme les Philippines. Aujourd'hui, les pays riches emploient de plus en plus du personnel infirmier provenant non seulement de pays traditionnellement « exportateurs », mais aussi de pays africains qui manquent eux-mêmes sérieusement de personnel. Il n'y a personne pour prendre les postes laissés vacants par les employés qui émigrent, et les services de santé (y compris les programmes de vaccination) se détériorent.

Le Dr Nyonator comprend fort bien pourquoi les travailleurs sanitaires veulent quitter les pays à faible revenu. « Les raisons sont bien connues », dit-il. Tout d'abord, le salaire est bas et risque de ne pas leur permettre de s'acheter des produits de luxe, comme une maison ou une voiture. « Les gens ont peur de ne pas pouvoir joindre les deux bouts s'ils restent dans le système. Les caisses de retraite ne sont pas adéquates et les gens veulent tout simplement s'assurer d'avoir quelque chose qui soit synonyme de sécurité pour l'avenir. » Deuxièmement, toujours selon le Dr Nyonator, les médecins et les pharmaciens souhaitent pouvoir suivre une formation de troisième cycle universitaire qui n'est pas, jusqu'ici, largement dispensée par les institutions nationales. Il ajoute que les services – limités – de formation de troisième cycle qui existent sont « dysfonctionnels ».

perte d'effectifs, le personnel partant principalement au Royaume-Uni (Figure 1). Les médecins sont aussi nombreux à quitter les pays à faible revenu, bien que leur nombre ne semble pas augmenter dans les mêmes proportions que celui des infirmières émigrantes. Aux Etats-Unis, 30 % des médecins immigrés viennent de l'Inde et du Pakistan et au Royaume-Uni, 20 % des médecins immigrés viennent d'Afrique.

Le flux du personnel vers l'extérieur n'est pas compensé par l'arrivée d'un nombre égal de personnes dans ces pays, et par conséquent, de nombreux postes d'infirmières et de personnel médical spécialisé restent à pourvoir. Par exemple, en Afrique du Sud, 60 % des institutions interrogées ont affirmé avoir du mal à recruter du personnel pour remplacer les émigrants (1), et le Malawi a déclaré que près de 53 % des postes d'infirmières étaient vacants en 1998 (2). Ceci cause inévitablement des problèmes au niveau des prestations des soins de santé : par exemple, le taux de couverture vaccinale contre la rougeole a tendance à être élevé lorsque la dotation en personnel est bonne, et faible lorsque cette dernière est insuffisante (Figure 2).

Figure 1 : Nouvelles inscriptions au registre britannique des infirmières et infirmiers provenant de pays d'Afrique subsaharienne sélectionnés, 1998-2002



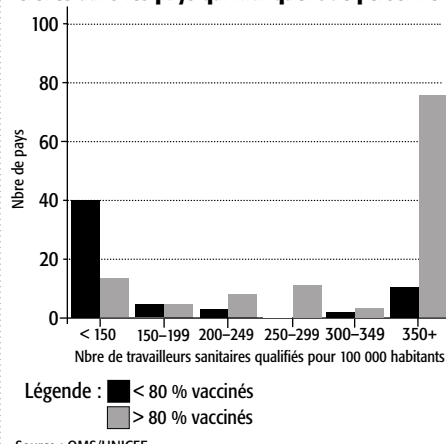
Source : Nursing and Midwifery Council, Londres

comme les Etats-Unis et le Royaume-Uni comblent depuis longtemps leur déficit en personnel infirmier en recrutant des étrangers, ils ont traditionnellement fait appel à des pays qui forment plus d'infirmières

Evaluation du flux de personnel

Il est difficile de trouver des informations précises sur l'ampleur de la pénurie de « ressources humaines ». Il n'existe pas de bases de données complètes. Mais les chiffres partiels disponibles indiquent des pertes annuelles importantes dans des pays qui ne peuvent guère se permettre de perdre ne serait-ce qu'un seul travailleur sanitaire. Environ 2 500 infirmières d'Afrique du Sud ont déposé une demande d'émigration en 2001 (1). L'Association des infirmières diplômées du Ghana indique que plus de 3 000 infirmières ont quitté le pays en 2003. En 2001, 473 infirmières du Zimbabwe se sont inscrites pour travailler au Royaume-Uni. Ce chiffre peut, à première vue, ne pas paraître très élevé, mais il faut signaler que le nombre total d'infirmières à obtenir leur diplôme au Zimbabwe cette année-là n'était que de 737. D'autres pays africains disposant d'un petit corps d'infirmières, comme le Malawi, voient aussi une forte augmentation de la

Figure 2 : Personnel requis : les taux de vaccination contre la rougeole sont rarement élevés dans les pays qui manquent de personnel



Source : OMS/UNICEF

La perte de personnels spécialisés comptant plusieurs années d'expérience pose un problème particulier ; ceux-ci sont peu nombreux, mais il faut parfois autant d'années pour combler le trou qu'ils laissent.

Adelaide Shearley est conseillère OMS auprès du Programme élargi de vaccination en Namibie et a aussi travaillé pour les programmes de vaccination de deux autres pays en Afrique sub-saharienne. Dans chacun de ces pays, elle a vu des collègues quitter leur poste de spécialiste en santé publique – comme par exemple en surveillance – pour un poste de soins infirmiers plus généraux à l'étranger. « Tout l'investissement est perdu », déplore-t-elle.

Prise de conscience

Toutefois, et ce n'est pas trop tôt, l'exode des cerveaux chez les travailleurs de la santé attire l'attention des gouvernements et d'acteurs internationaux comme l'OMS, l'OCDE et la Fondation Rockefeller. Les partenaires de GAVI ont aussi reconnu qu'il fallait résoudre le problème posé par la pénurie de travailleurs sanitaires pour que les pays puissent réaliser leurs objectifs d'augmentation du taux de couverture vaccinale au sein d'un système de santé durable. L'OMS, qui a dressé un programme de travail sur les ressources humaines, s'attache actuellement à recueillir des données plus que nécessaires sur la migration des travailleurs sanitaires avant d'envisager les options possibles quant aux politiques à la disposition des gouvernements. Mais le Dr Barbara Stilwell, de l'OMS, prévient qu'il

6 Les sommes d'argent envoyées par les travailleurs émigrés à leur famille dans les pays en développement dépassent aujourd'hui le montant total de l'aide officielle au développement versée par les gouvernements des pays industrialisés 9

n'y a pas de solution miracle : « Ce n'est pas aussi simple que certains veulent bien le croire ».

En effet, de nombreuses solutions simplistes ont été proposées. « Les gens se précipitent, en proie à des réactions instinctives », constate le Dr Akram Eltom, de l'Organisation internationale pour les migrations. « Par exemple, ils suggèrent d'augmenter le coût de la migration ou encore d'imposer d'autres obstacles [aux émigrants]. » Mais il s'empresse d'ajouter qu'il serait immoral d'empêcher les travailleurs de quitter leur pays d'origine. En fait, la mondialisation a positivement encouragé un marché international des compétences dans de nombreux autres domaines, comme par exemple l'informatique. Pourquoi devrait-on adopter un point de vue différent pour les compétences dans le domaine de la santé ?

Les gens ont le droit de se déplacer, de rechercher de meilleures opportunités de carrière et des revenus sûrs. De l'aveu du Dr Stilwell, les mauvaises conditions de travail, le manque de possibilités de formation et les bas salaires constituent des facteurs

dissuasifs dans les pays pauvres, alors que les facteurs incitatifs dans les pays riches comprennent entre autres la promesse de salaires jusqu'à 25 fois plus élevés que chez eux, une plus grande sécurité au travail et de meilleures possibilités de formation continue. Autre point tout aussi important : les travailleurs sanitaires qui migrent continuent de contribuer à l'économie de leur pays d'origine, grâce à l'argent qu'ils envoient à leur famille restée dans le pays. Le Dr Stilwell fait observer qu'en fait, les sommes d'argent envoyées par les travailleurs émigrés à leur famille dans les pays en développement dépassent aujourd'hui le montant total de l'aide officielle au développement versée par les gouvernements des pays industrialisés. Cependant, cet argent n'est pas réinvesti dans un service de santé.

Changer la situation

A la recherche de solutions intelligentes au problème, les analystes examinent aujourd'hui de manière plus approfondie les raisons pour lesquelles les travailleurs sanitaires quittent leur pays d'origine, afin d'élaborer de nouvelles politiques en connaissance de cause et d'identifier les moyens de changer les comportements.

Le Dr Marko Vujcic, économiste, et ses collègues à l'OMS ont évalué l'importance du salaire parmi les éléments qui attirent les travailleurs sanitaires des pays en développement vers les pays industrialisés. Leur conclusion, à en croire Vujcic : les salaires constituent l'un des facteurs principaux influençant la migration, bien que ce ne soit pas là le seul facteur important. Les différences de salaires entre les pays riches et les pays pauvres sont énormes, même lorsque les chiffres sont ajustés en fonction du pouvoir d'achat pour tenir compte des différences du coût de la vie entre les pays. Vujcic explique, par exemple, que le salaire d'une infirmière en Australie et au Canada est environ 25 fois plus élevé que celui d'une infirmière en Zambie, 14 fois plus élevé que celui d'une infirmière au Ghana et le double environ de celui d'une infirmière en Afrique du Sud. Pour les médecins, les écarts sont du même ordre.

Mais d'autres facteurs, comme les conditions de vie, la sécurité au travail et les possibilités offertes en matière de développement professionnel semblent aussi être importants. Selon Vujcic, si les salaires étaient le seul facteur, les pays dont les employés sont susceptibles de décrocher la plus grosse augmentation de salaire en s'installant à l'étranger devraient être, en théorie, ceux où le nombre de candidats à l'émigration est le plus élevé. Dans ce cas, par exemple, les infirmières ghanéennes devraient être plus nombreuses à vouloir quitter leur pays que les infirmières sud-africaines, car ces dernières ne peuvent « que » doubler leur salaire, alors que les Ghanéennes peuvent le multiplier par 14. En

réalité, la proportion de travailleurs sanitaires qui ont l'intention de quitter l'Afrique du Sud est environ la même qu'au Ghana, ce qui indique que d'autres facteurs, outre l'argent, influencent bien les décisions des travailleurs. La motivation du personnel est aussi, il est clair, un élément important, comme le souligne le Dr Stilwell. La motivation est importante sur tout lieu de travail, mais lorsqu'un nombre croissant d'employés s'en va, elle peut chuter rapidement. Un départ à l'étranger peut symboliser l'optimisme quant à des perspectives professionnelles futures prometteuses, tandis qu'une perte de moral parmi le personnel qui reste est possible. Ceci risque d'autant plus de se produire lorsque la surveillance est inadéquate, les charges de travail excessives et les dirigeants nullement en position de demander davantage de temps à des personnes qui gagnent un salaire de misère dans de mauvaises conditions de travail.

Solutions éthiques

Les gouvernements des pays à faible revenu commencent à étudier des moyens d'accroître les mesures visant à inciter les travailleurs sanitaires à rester. Parmi les options envisagées : de meilleurs logements, des facilités de transport pour se rendre au travail, des emprunts à taux bonifié pour l'achat de voitures et même des améliorations fondamentales au niveau de la santé au travail, afin de diminuer les risques encourus par les infirmières. Le Dr Nyonator explique, par exemple, que le gouvernement du Ghana est actuellement en train de plancher sur diverses propositions, dont l'octroi de prêts à taux bonifié pour l'achat de voitures, des systèmes d'emprunt-logement, ainsi qu'une rémunération supplémentaire pour les personnes qui veulent bien travailler dans les zones rurales isolées. Le gouvernement est également en train de mettre en place un institut médical supérieur, qui accueillera les étudiants de troisième cycle ; il devrait ouvrir ses portes en 2004.

Responsabilités des pays industrialisés

De plus en plus, les analystes s'accordent pour dire que les pays à faible revenu ne peuvent pas à eux seuls résoudre ce problème. Le Conseil international des infirmières (CII), avec le concours duquel l'OMS et d'autres organisations ont récemment analysé le flux international de personnel (1), déclare qu'il est inacceptable que des pays riches aux systèmes de santé « dysfonctionnels », caractérisés par l'incapacité de susciter les vocations nécessaires et de retenir leur personnel infirmier, profitent de l'existence de facteurs dissuasifs dans les pays en développement pour y recruter un personnel dont ces derniers ont fort besoin.

Le CII reconnaît que le recrutement agressif d'infirmières dans les pays en

développement peut offrir aux pays riches une solution provisoire, mais explique que cela ne résoudra pas leurs problèmes intérieurs à long terme. Il serait préférable que les pays qui souffrent d'une pénurie de personnel, comme le Royaume-Uni, évaluent les raisons de leur incapacité à recruter et à retenir leur propre personnel, et changent leurs politiques en conséquence.

On demande aujourd'hui aux gouvernements des pays industrialisés d'envisager diverses autres options. Par exemple, des fonds pour l'aide au développement international, qui ne sont pas normalement utilisés pour couvrir les frais de personnel, pourraient servir à améliorer certains aspects du régime de rémunération proposé aux travailleurs sanitaires qui restent dans leur pays. Il pourrait être demandé aux

gouvernements des pays industrialisés qui débauchent les travailleurs des pays en développement de payer une compensation aux pays d'origine pour couvrir les frais de formation de chaque travailleur, et le cas échéant, pour la perte de recette fiscale.

Bien que de tels procédés puissent paraître relativement radicaux, le Ghana n'est que l'un des pays à avoir déjà entamé des discussions avec des partenaires comme la Banque mondiale sur les moyens d'utiliser l'argent destiné au développement international pour améliorer les régimes de rémunération des travailleurs sanitaires. « La réponse a été positive » confirme le Dr Nyonator. Peut-être, enfin, une chance de faire changer les choses. ■

Phyllida Brown

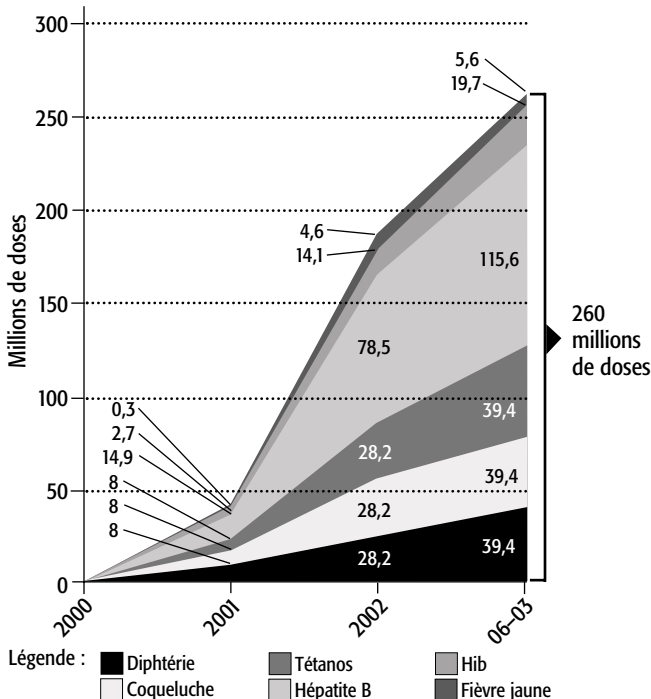
Références

- (1) International nurse mobility: trends and policy implications. (2003). Conseil international des infirmières/OMS/Royal College of Nursing. Genève. www.icn.ch
- (2) Developing evidence-based ethical policies on the migration of health workers: conceptual and practical challenges. (2003). Stilwell. B. et al. Human Resources for Health, sous presse.
- (3) Dovlo, D., Nyonator, F. Migration by Graduates of the University of Ghana Medical School: A preliminary rapid appraisal. Human Resources for Health Development Journal. Janv.-avril 1999. 3 : 40-51.

EN CONCLUSION

Statistiques clés de GAVI, mi-2003

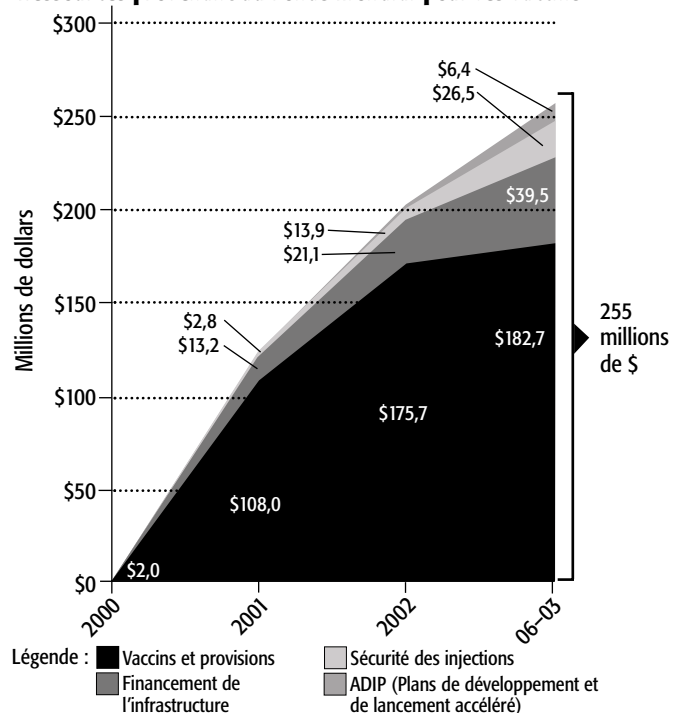
Doses de vaccin administrées



Plus de 30 millions d'enfants se sont vus administrer des vaccins sous-utilisés (HepB, Hib, Fièvre jaune)

Source : Secrétariat de GAVI

Ressources provenant du Fonds mondial pour les vaccins



Source : Secrétariat de GAVI

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

Shawn Gilchrist, Représentant de l'industrie du vaccin, Aventis Pasteur, Toronto ; 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, 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.

Conception et production : Topics the Creative Partnership, 397 Topsham Road, Exeter, EX2 6HD, Royaume-Uni. Tél : +44 1392 876800 e-mail : topics@eclipse.co.uk