

# 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](mailto: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](mailto:Gavi@unicef.org)

## Accord « imminent » pour un vaccin contre une souche redoutée de méningite

ACTUALITES

DEUX mois avant le début de la saison de méningite à méningocoques en Afrique, l'OMS, l'UNICEF et l'industrie du vaccin en sont aux derniers stades des négociations en vue de commencer à utiliser un vaccin qui devrait assurer une protection contre une forme virulente de la maladie.

Le vaccin est fondé sur trois souches de *Neisseria meningitidis*. Les vaccins existants utilisés dans la « ceinture » de méningite, qui s'étend sur 21 pays africains, protègent contre les deux souches ou sérogroupes les plus communs, appelés A et C. Le nouveau vaccin est conçu pour immuniser la population contre un troisième sérotype, le W135, qui, jusqu'en 2002, ne s'était manifesté que sporadiquement en Afrique, mais qui a causé cette année une épidémie au Burkina Faso. Quelque 12 000 personnes ont été touchées et 1 500 sont décédées. Lors d'une réunion à Ouagadougou en septembre, les gouvernements africains et d'autres ont lancé un appel urgent pour un vaccin à prix abordable qui protégerait aussi contre le nouveau sérotype W135.

Il existe déjà un vaccin sous licence contenant du W135 vendu dans les pays industrialisés, mais il peut coûter jusqu'à \$50 la dose. Il est prévu que le nouveau vaccin trivalent « ACW » soit disponible à un prix d'environ \$1 la dose, mais il n'est pas actuellement couvert par une licence. Tant que son fabricant, GlaxoSmithKline en Belgique, n'aura pas obtenu de licence, le vaccin ne peut être utilisé que dans le cadre d'études, avec l'approbation des organismes de réglementation des pays africains qui en ont besoin et de Belgique.

L'OMS et ses partenaires préparent actuellement un protocole en vue de réaliser des études visant à évaluer l'impact du vaccin en cas de flambée

épidémique. Les comités d'éthique de chacun des pays l'examineront par la suite.

A moins que l'épidémie redoutée ne se manifeste pas, la demande pour ce vaccin dépassera certainement l'offre au départ. En début de saison épidémique, fin janvier, le fabricant ne sera en mesure de fournir que 3 millions de doses, bien qu'il puisse accroître la production courant 2004. Des critères doivent être convenus à l'avance pour permettre de décider où utiliser le vaccin en premier au cas où plusieurs épidémies se produiraient, fait observer le Dr Maureen Birmingham, du Département des Vaccins et Produits Biologiques de l'OMS à Genève.



Marko Korkic/IFRC

**En attente d'aide : l'un des enfants touchés par l'épidémie de 2002 au Burkina Faso. Faute de traitement, la moitié de ceux qui sont infectés mourront**

L'OMS, la Fédération internationale de la Croix-Rouge, Médecins sans Frontières et l'UNICEF ont lancé la semaine dernière un appel aux donateurs pour qu'ils financent l'achat d'un stock de médicaments et de vaccins contre la méningite pour l'Afrique. Tout aussi important, explique Birmingham, sera l'investissement pour l'amélioration de la surveillance et de la capacité de réponse dans les pays à risque de manière à assurer une détection rapide de l'épidémie, des capacités en laboratoire permettant de la confirmer et un mécanisme d'intervention rapide afin de minimiser le nombre de cas et de décès. ■

## Dans ce numéro

### La poliomyélite : c'est maintenant ou jamais

2

Ce premier article d'un reportage en deux parties sur la poliomyélite fait suite à l'initiative d'éradication dans les derniers points névralgiques du monde

### Atteindre plus d'enfants, assurer une meilleure protection : oui, mais comment ?

6

Alors que les partenaires de l'Alliance sont sur le point de se réunir à Dakar, de nouvelles idées sur les moyens d'accroître l'accès des enfants à une vaccination efficace sont à l'ordre du jour

**Cet article constitue la première partie d'un reportage en deux parties sur la polio. Celle-ci évalue les progrès de l'initiative d'éradication de la polio dans les pays clés. Un deuxième article dans notre prochain numéro examinera la « phase finale » de la lutte contre cette maladie et les politiques à adopter une fois que le monde aura été déclaré exempt du poliovirus sauvage. Pourra-t-on arrêter la vaccination contre la poliomyélite ou faudra-t-il continuer indéfiniment ?**

## La poliomyélite : c'est maintenant ou jamais

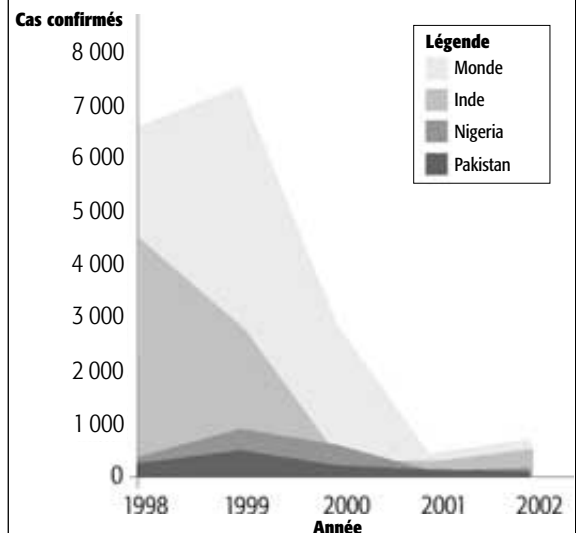
Le poliovirus est en régression mais n'a pas encore totalement disparu. A l'heure où s'engagent les dernières et les plus rudes batailles contre cette maladie estropiante, les enjeux sont considérables

LES prochaines semaines seront critiques pour la guerre mondiale contre la poliomyélite. Après 20 ans de lutte contre le virus, l'avenir sera largement déterminé par les résultats des campagnes de vaccination systématique à domicile qui auront lieu d'ici à février en Inde, au Nigeria et au Pakistan. Il s'agit des trois derniers pays au monde où le poliovirus sauvage se propage encore de manière significative. Si les campagnes réussissent, la transmission du virus pourrait prendre fin au niveau mondial dans quelques mois seulement. Si elles échouent, la poliomyélite pourrait regagner du terrain et la guerre contre le virus, si proche d'être gagnée, pourrait essayer un revers préjudiciable.

Les équipes de vaccination et leurs surveillants sont conscients de tout ce qui repose sur leurs performances. « Il est crucial que nous réussissions maintenant et que nous réussissions dans tous ces endroits », affirme le Dr Bruce Aylward, coordinateur à l'OMS à Genève de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la polio (1), un partenariat impulsé par l'OMS, Rotary International, les CDC aux Etats-Unis et l'UNICEF. « Nous ne pouvons pas laisser cette occasion phénoménale nous filer entre les doigts. »

Le poliovirus n'a jamais été si peu étendu. Le nombre d'enfants paralysés chaque année par le virus au niveau mondial a nettement diminué (de 350 000 en 1988 à quelques centaines aujourd'hui). En cette fin d'année 2002, le nombre de pays où la poliomyélite est endémique est plus bas que jamais, c'est-à-dire six, contre dix l'année dernière. Et dans ces pays, les régions touchées sont moins étendues, ce qui indique que le filet se resserre toujours plus autour du virus. Trois des six régions de l'OMS, le continent américain, le Pacifique occidental et, plus récemment l'Europe, ont déjà été certifiées exemptes du virus. Même des pays confrontés à d'énormes défis d'ordre logistique ou politique, comme le Bangladesh ou la République démocratique du Congo, n'ont pas eu de cas de poliomyélite depuis 18 mois. Si vous épiluchez les dénombrements de cas

**Points névralgiques : nombre de cas dans les derniers pays comptant des zones où la transmission du poliovirus sauvage est élevée**



Source : OMS/Initiative mondiale pour l'éradication de la polio

Note : Jusqu'en 2000, les données étaient basées sur les cas confirmés par examen clinique. Depuis 2001, tous les cas ont été confirmés par analyse virologique.

qui sont mis à jour régulièrement sur Internet (1), vous verrez, un pays après l'autre, des colonnes de zéros. « Tout ceci montre que les stratégies en place sont valables », s'exclame Aylward.

Mais achever la tâche s'avère difficile. Suite à une flambée épidémique de poliomyélite dans l'état indien d'Uttar Pradesh (voir carte), le nombre de cas pour l'Inde seule a atteint cette année le double du total mondial de l'année dernière. Parallèlement, une meilleure surveillance alliée à une transmission plus intense dans les états de Kano et de Kaduna, au nord du Nigeria, a résulté aussi en un accroissement du nombre de cas identifiés en 2002 dans ces mêmes états.

Les partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la polio s'étaient donnés pour objectif d'arrêter la transmission du virus d'ici la fin de cette année mais, de toute évidence, le virus continuera de se propager dans une moindre mesure dans les trois régions principales début 2003. L'initiative mondiale s'est fixée comme objectif de déclarer le monde exempt de poliomyélite en 2005. Pour ce faire, la Commission de certification mondiale mise en place par l'OMS exige qu'il n'y ait pas de cas de poliomyélite due au virus sauvage dans les six régions du monde pendant au moins trois ans.

### Atteindre chaque enfant

Aylward dit qu'il est encore possible que les six régions soient certifiées d'ici 2005, ou du moins que le processus de certification ait commencé. Mais deux tâches essentielles restent à accomplir pour que ceci soit possible. ▀



La première consiste à assurer aujourd'hui des campagnes de vaccination de première ordre dans les régions de l'Inde, du Nigeria et du Pakistan, où la maladie reste endémique, de manière à ce que la transmission dans ces pays soit stoppée en quelques mois. « Ceci dépend de la capacité du système de santé de chaque pays à travailler avec la collectivité, afin de pouvoir se rendre dans les villages pour atteindre chaque enfant, et de pouvoir prouver que cela a été fait. » La deuxième : continuer à atteindre les enfants dans un autre petit groupe de pays et de zones géographiques où la poliomyélite subsiste, mais où les cas sont généralement beaucoup moins nombreux. Ces pays ou régions (principalement la région de Kandahar en Afghanistan, l'est de l'Angola et la région de Mogadisho en Somalie) sont victimes de guerres, de dissensions intestines ou autres situations d'urgence complexes. Le personnel de vaccination est gêné dans son travail par des obstacles tels que la présence de mines terrestres ou de milices locales, ou parce que le système de santé, tout rudimentaire qu'il était, s'est effondré. De plus, le travail de surveillance, qui est essentiel, peut aussi être contrarié, ce qui augmente le risque de cas de poliomyélite non détectés et de propagation du virus.

### Redoubler les efforts

Au centre d'opérations de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la polio à l'OMS à Genève, le personnel suit de près la situation mondiale en rapide évolution, pratiquement comme des généraux surveillant un champ de bataille. Les tendances de la propagation du virus en Inde et au Nigeria sont discutées en détail et les mesures à prendre convenues. Pour les autres pays, comme l'Afghanistan (voir encadré 2), où la transmission de la poliomyélite est moins fréquente, chaque cas individuel est suivi et discuté, et les données de laboratoire sur les origines génétiques du virus sont analysées. Tous les efforts possibles doivent être faits pour maîtriser la propagation de l'infection, en dépit des routes impraticables et des circonstances dangereuses. Pour venir à bout du virus, un seul moyen : atteindre chaque enfant.

Il est clair que la stratégie qui consiste à atteindre chaque enfant ne peut être menée à bien sans y mettre le prix ou s'investir à plein temps. Depuis 1994, le budget alloué à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la polio pour chaque période de deux ans a plus que décuplé, passant de \$30 millions à \$350 millions, et le nombre de personnes employées dans le monde entier est passé d'environ 50 à plus de 2 500. Depuis 2000, des campagnes systématiques à domicile sont conduites à grande échelle dans les régions où le virus reste endémique et, globalement, quelque 10 millions de bénévoles y ont participé dans les pays en développement. L'Initiative redouble également ses efforts en matière de surveillance et estime, qu'en plus des \$450 millions déjà engagés, il lui faudra \$275 millions supplémentaires avant 2005.

Cet investissement énorme en personnel et en matériel, depuis les réfrigérateurs jusqu'aux véhicules, et la concentration enthousiaste des efforts sur une seule maladie ont donné matière à controverse dans certains milieux. Certains commentateurs ont bien accueilli l'approche adoptée pour la poliomyélite, la considérant comme un modèle à suivre pour la lutte contre d'autres maladies. D'autres l'ont critiquée, estimant qu'on lui avait consacré trop de temps et de ressources au détriment de l'ensemble du

### 1: Faits élémentaires sur la poliomyélite

- Le poliovirus est extrêmement infectieux et affecte principalement les enfants de cinq ans ou moins
- Il se propage à travers les eaux d'égout et l'eau non traitée
- Le poliovirus cause une paralysie irréversible, parfois en l'espace de quelques heures seulement, chez environ 1 sur 200 personnes infectées, et parmi elles, jusqu'à 10 % meurent lorsque leurs muscles respiratoires cessent de fonctionner
- La poliomyélite ne se soigne pas, mais elle peut être évitée avec plusieurs doses de vaccin

Pour protéger les enfants contre la poliomyélite et empêcher la transmission du virus, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la polio (1) a mis au point quatre « stratégies fondamentales » :

- Administration de quatre doses de vaccin antipoliomyélique oral à un pourcentage aussi élevé que possible de nourrissons au cours de la première année de leur vie ;
- Administration de doses supplémentaires de vaccin antipoliomyélique oral à tous les enfants de moins de cinq ans lors des Journées nationales de vaccination ;
- Surveillance du virus sauvage au moyen d'une déclaration et d'une analyse en laboratoire de tous les cas de paralysie flasque aiguë chez des enfants de moins de quinze ans et d'analyses en laboratoire pour chacun de ces cas ;
- Campagnes de « ratissage » ciblées une fois la transmission du poliovirus limitée à un foyer spécifique

système de santé des pays et de leurs services de vaccination systématique. Ce débat permanent se poursuit ailleurs (voir page 6 de ce numéro). Mais la plupart des critiques de l'initiative contre la poliomyélite sont d'accord pour dire qu'une tâche qui touche de si près à sa fin doit être maintenant terminée correctement, et aussi rapidement que possible.

Dans ce contexte, les activités en Inde, au Nigeria et au Pakistan visant à s'attaquer aux dernières régions où la maladie reste endémique sont cruciales. C'est dans ces pays que la majeure partie du personnel et des ressources est actuellement déployée, et ce sont eux qui détiennent la clé de la réussite. Comment ont-ils progressé, et pourquoi les campagnes de cet hiver revêtent-elles une aussi grande importance ? *Pleins feux sur la vaccination* s'est entretenu avec certains de ceux qui sont au premier rang des activités dans chacun de ces pays.

### Au nord du Nigeria : une meilleure surveillance, une formation accrue et une meilleure supervision

Au nord du Nigeria, la campagne commence le 9 novembre et le Dr Abdoulie Jack, chef d'équipe du Programme élargi de vaccination au Bureau de l'OMS à Abuja, est prudemment optimiste. Sur la base des campagnes précédentes, en avril, mai et octobre de cette année, il estime que le planning et la supervision se sont maintenant bien améliorés, avec une plus grande coordination entre les partenaires. « Nous assistons à une restriction progressive mais certaine de l'étendue de transmission du virus », dit-il. « Au moins la moitié du pays est exempte du virus depuis au moins un an. » Les régions où les gens sont encore touchés par la maladie et propagent le virus à d'autres se limitent maintenant à une partie en régression au nord du pays, autour des états de Kano et de Kaduna.

Mais au sein de cette région septentrionale, une petite épidémie s'est déclarée, avec jusqu'ici 142 cas cette année. ■

**Un exemple à suivre : une vedette utilisée pour livrer des vaccins à des îles fluviales en République démocratique du Congo**



© Sven Torfinn/OMS

contre 56 l'année dernière. Il y a eu également trois cas au Niger, pays voisin. « Notre réseau de surveillance est beaucoup plus efficace qu'avant et nous suivons donc la maladie de plus près, ce qui explique en partie ce que nous voyons aujourd'hui », renchérit Jack. Le Dr Jules Pieters, de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la polio à Genève, qui travaille en étroite collaboration avec l'équipe PEV au Nigeria, acquiesce. « On découvre plus de cas parce que la surveillance s'est considérablement améliorée. » En outre, ajoute Pieters, l'analyse génétique des échantillons de poliovirus prélevés au nord montre une variation réduite entre les isolats. « Ceci prouve que nous talonnons à présent le virus. »

Autre point tout aussi important : les dirigeants politiques du Nigeria ont maintenant pris un engagement très ferme envers l'éradication de la poliomyélite. « Le soutien politique est énorme et a changé de manière spectaculaire ces deux dernières années », confie Pieters. Il estime que ce changement est critique car c'est le Nigeria, et non pas ses partenaires internationaux, qui prend l'initiative. « Les agences internationales peuvent apporter leur soutien, mais c'est au pays de mener la tâche à bien, et le Nigeria est en train de le faire. » Une grande partie du mérite doit être attribué au Dr Awosika, responsable du programme national de vaccination, conclut Pieters.

Une autre amélioration, enchaîne Jack, c'est que malgré la persistance d'une certaine opposition à la vaccination, celle-ci est moins répandue. Ces dernières années, on rapportait que des collectivités entières au nord du Nigeria refusaient de se faire vacciner. « Certaines personnes voyaient dans le vaccin un contraceptif ou bien un moyen de véhiculer le VIH. » Mais cette année, observe Jack, seuls quelques ménages individuels opposent une résistance aux équipes de vaccination. Un plaidoyer plus efficace explique en partie ce succès. De plus, dit Jack, les chefs traditionnels ont joué un rôle beaucoup plus actif qu'avant. « Dans le passé, nous n'avons pas exploité pleinement leur potentiel. Mais il est impossible d'atteindre les collectivités sans passer par les structures

traditionnelles. C'est une chose que nous avons maintenant établie et intégrée dans nos plans d'action, si bien que les chefs traditionnels font désormais partie intégrante du processus. » Dans les zones rurales, explique-t-il, les chefs traditionnels nous ont aidés à assurer l'accessibilité aux collectivités lors des Journées nationales de vaccination, intervenant le cas échéant pour convaincre les ménages réticents d'accepter le vaccin. Ils se sont révélés des guides précieux pour les équipes de vaccination. Un plus grand nombre de femmes dans les équipes de vaccination a également été recruté et davantage de ménages ont par conséquent, dès le départ, ouvert plus volontiers leur porte. « Ce n'est pas une découverte révolutionnaire », tranche Pieters. « C'est une question de bon sens. »

### **Uttar Pradesh, Inde : reprise après une lassitude au niveau des campagnes**

Dans un pays où des millions de bébés naissent chaque année et où un grand nombre d'entre eux n'a pas accès à un système de santé, le poliovirus ne manque pas d'endroits où se cacher pour échapper aux équipes de vaccination. Pourtant, une grande partie de l'Inde est maintenant exempte de poliomyélite et le nombre de cas sur l'ensemble du pays a nettement diminué depuis le milieu des années 1990. Malgré ces progrès, l'état septentrional d'Uttar Pradesh, qui se situe entre Delhi et la frontière avec le Népal, est confronté à un sérieux problème. Les derniers chiffres confirment qu'il y a eu 815 cas de paralysie due à la poliomyélite en Inde cette année, dont la vaste majorité dans cet état et, dans une moindre mesure, dans l'état voisin de Bihâr. L'année dernière, on comptait moins de 270 cas en Inde et moins de 500 à l'échelle mondiale.

Le Dr Jay Wenger, Responsable de programme pour le Projet national de surveillance de la poliomyélite à Delhi, explique pourquoi. A l'ouest d'Uttar Pradesh, jusqu'à 15 % des enfants de moins de cinq ans n'ont pas été atteints par les campagnes de vaccination supplémentaires. Dans un même temps, plus au centre et à l'est de l'état, aucune campagne supplémentaire n'a été réalisée. Par conséquent, le nombre d'enfants non vaccinés n'ayant pas été atteints par les services de vaccination systématique est devenu relativement important. Lorsque la poliomyélite a commencé à se propager à partir de l'ouest de l'état cette année, ces enfants ont été rapidement infectés.

En collaboration avec leurs collègues du gouvernement indien, Aylward et son équipe à Genève ont analysé en détail les raisons pour lesquelles tous les enfants n'avaient pas été atteints lors de campagnes récentes menées à l'ouest de cet état. Là encore, on a bien rapporté une certaine opposition à la vaccination, mais il ne s'agit pas là du problème central. L'échec se situe plutôt au niveau de la fourniture du service. « Les personnels de vaccination n'ont pas atteint suffisamment d'enfants, et leurs supérieurs n'ont pas toujours rectifié le problème », commente Aylward.

### **Pas chez eux**

Certains enfants échappent tout simplement aux équipes de vaccination. Certaines maisons sont marquées comme ayant été « faites » lorsqu'elles ne l'ont pas été et, dans certains districts, jusqu'à 40 % des ménages ont été marqués par le personnel de vaccination comme n'ayant pas d'enfants de moins de cinq ans. Ceci n'est pas plausible étant donné la structure d'âge de la population locale. ▀

## 2: L'Afghanistan reconstruit son système de santé

Malgré une infrastructure anéantie, les activités des chefs militaires locaux et la présence continue d'unités de l'armée américaine à la poursuite d'Al-Qaeda, l'Afghanistan a réussi à maintenir un service de vaccination, bien que la couverture systématique soit faible dans certains districts. Anne Golaz, conseillère nationale en vaccination auprès du Bureau de l'UNICEF à Katmandou, en Asie du Sud, revient tout juste de l'ouest du pays. « Les gens participent très volontiers à la vaccination et elle est très bien accueillie », observe Golaz. Le nombre de surveillants et contrôleurs locaux des équipes de vaccination a augmenté et le système de santé s'améliore progressivement. « Ces gens-là ont accompli quelque chose de formidable. »

En tout temps, les conditions sont rudes pour les équipes de vaccination en Afghanistan, avec de vastes étendues de terrain montagneux sans routes et des villages isolés. Deux décennies de guerres ont causé leurs propres ravages et l'anarchie demeure un problème à certains endroits. Les voitures de fonction du personnel du PEV ont été criblées de balles et tenues en respect par des armes de poing. « Ils ont peur, cela ne fait aucun doute, mais ils ne s'arrêtent pas pour autant », dit Golaz.

Depuis mars, environ deux millions de réfugiés sont

rentrés du Pakistan en Afghanistan, et 300 000 autres sont revenus d'Iran. Généralement, ceux qui étaient dans des camps de réfugiés ont été vaccinés, mais beaucoup d'autres ont vécu dans de grandes villes, souvent dans des conditions de fort surpeuplement et d'insalubrité, et les équipes de vaccination n'ont pas pu atteindre certains des nourrissons.

Tous les cas connus de poliomyélite dans le pays ont été analysés en détail et les lignages génétiques des virus responsables ont été établis. Parmi les cas recensés, un enfant de 15 mois, dont la mère était trop timide pour ouvrir la porte au personnel de vaccination, et un nourrisson de 12 mois vivant dans le dernier village, le plus isolé, d'une région désertique. « Le coordinateur de la vaccination a indiqué qu'il croyait que l'autre équipe se chargeait de ce village ; l'autre équipe pensait qu'il s'en chargeait », raconte Golaz. On compte aussi un cas dans une famille nomade qui n'a jamais été vaccinée. Certains nourrissons n'étaient pas là lorsque le personnel de vaccination est passé, parce que leurs mères les avaient emmenés voir d'autres familles. Une campagne de vaccination est prévue dans les vallées en décembre de manière à atteindre un grand nombre des communautés de montagne qui passent les mois d'été sur les plateaux où paissent les animaux.

« Les enfants ne sont pas chez eux, c'est tout », observe le Dr Jonathan Veitch, de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la polio. Dans les zones rurales, les mères emmènent souvent les bébés et les nourrissons avec elles dans les champs où elles travaillent ; dans les zones urbaines, elles les emmènent sur leur lieu de travail, partant tôt le matin et revenant tard.

Veitch aide à coordonner les équipes de « mobilisateurs sociaux », ces personnes qui éduquent les collectivités en leur faisant découvrir les avantages de la vaccination antipoliomyélique et discutent avec les gens de leurs craintes. Les données qu'il a recueillies montrent que les parents qui s'opposent réellement à la vaccination antipoliomyélique sont très peu nombreux. Les mobilisateurs sociaux ont obtenu des résultats remarquables auprès de ce petit nombre d'opposants, parvenant à convaincre près de la moitié d'entre eux qu'il était dans leur intérêt de se faire vacciner.

Wenger estime que les performances du personnel de vaccination et la qualité de la supervision peuvent être améliorées assez facilement grâce à une formation bien ciblée. Les équipes doivent être revigorées et doivent comprendre l'urgence de la situation, dit-il : certains éprouvent une certaine lassitude après les interventions répétées dans le cadre des journées nationales de vaccination. Mais Wenger espère que l'on a à présent retrouvé un sentiment d'urgence. Les équipes ont achevé mi-octobre la première de quatre séries de journées nationales de vaccination ; les séries suivantes auront lieu en novembre, en janvier et en février. « Nos premiers résultats indiquent que certains des changements que nous avons mis en œuvre ont apporté une certaine amélioration. »

Un changement majeur a été l'augmentation de l'effectif des équipes de vaccination, qui est passé de deux à trois

personnes, le troisième membre de l'équipe étant une personne du village ou de la localité. « Cette personne peut dire s'il y a des enfants dans telle ou telle maison », poursuit Wenger. En outre, il y a plus de chances que les familles se laissent convaincre de l'utilité de la vaccination antipoliomyélique si les étrangers à sa porte sont accompagnés de quelqu'un qu'elles connaissent et qu'elles respectent. Comme au Nigeria, le nombre de femmes travaillant dans les équipes de vaccination est à la hausse. Le nombre de surveillants est également passé à un pour trois équipes, au lieu d'un pour cinq. De même, le processus de suivi a été amélioré afin d'obtenir plus de détails sur les performances du personnel de vaccination et d'assurer une plus grande cohérence entre les données des différents partenaires. « Cela demandera un certain travail, mais si ces deux prochaines séries de vaccination se passent bien, il n'est pas impossible que nous achevions la tâche d'ici la fin de l'année 2003 », dit Wenger.

**« Les réfugiés tiennent beaucoup à se faire vacciner ; le défi consiste purement à surmonter les difficultés pour atteindre ces collectivités »**

**Pakistan : innovation, réexamen constant et pas de complaisance**

Les succès qu'a connus la lutte antipoliomyélique au Pakistan ont conduit certains à dire qu'elle pourrait servir de modèle aux autres pays. Depuis 1999, le nombre de cas a diminué progressivement. Les tous derniers chiffres pour 2002 indiquent 57 cas. Les équipes de vaccination

contre la poliomyélite ont « bombardé » les régions où le risque était le plus élevé, au sud du Punjab et au nord de la province de Sind, ainsi que les villes de Karachi et de Peshawar. « On a assisté à un remarquable revirement de situation à Peshawar », constate le Dr Rehan Hafiz, responsable du PEV au Pakistan. « Jusqu'à cette année, nous n'arrivions pas à nous débarrasser du virus, mais pour l'heure, nous n'avons pas vu de cas de poliomyélite depuis trois ou quatre mois. »

Le Dr Anthony Mounts, qui travaille au Bureau de l'OMS au Pakistan, dit que les efforts de lutte contre la poliomyélite au Pakistan sont maintenant concentrés sous forme d'attaques extrêmement énergiques, limitées géographiquement aux régions où le risque est le plus élevé. Dans certaines de ces régions, les équipes auront effectué huit campagnes d'ici la fin de l'année, soit deux fois plus que dans le reste du pays. Bien que, de toute évidence, il ne soit pas viable à long terme de réaliser huit campagnes par an, comme l'affirme Mounts, cette stratégie semble à court terme porter ses fruits.

Hafiz estime que l'un des plus grands succès a été la décision de faire appel à des sociétés ou agences locales indépendantes pour prendre en charge le suivi des campagnes et fournir des retours d'informations rapides, en temps réel, qui peuvent permettre de modifier la qualité d'une campagne au cours de son déroulement. Gallup Pakistan, filiale de la société internationale de sondage, a été l'une des entreprises chargées du suivi, tandis que l'université d'Ayubia et une agence du secteur social, SoSec, ont également apporté leur concours. Les équipes de suivi se rendent sur le terrain la semaine suivant la campagne et contrôlent les régions de manière intermittente pour voir si le personnel de vaccination y est bien passé et si des enfants n'ont pas été oubliés. Si un village ou une collectivité entière n'ont pas été vaccinés, les contrôleurs contactent directement les bureaux de coordination de la campagne de manière à ce qu'une équipe puisse être envoyée immédiatement sur place. Le contrat stipule que toutes les

données de suivi doivent être renvoyées sous deux semaines, pour qu'une action de rattrapage puisse être mise rapidement en œuvre si nécessaire.

Le Pakistan doit faire face à des défis qui lui sont spécifiques, y compris la fourniture de services à un grand nombre de réfugiés afghans. « Les réfugiés tiennent beaucoup à se faire vacciner ; le défi consiste purement à surmonter les difficultés pour atteindre ces collectivités », dit Hafiz. Mais le défi ne s'est pas révélé insurmontable. A Karachi, par exemple, où une vaste population de réfugiés afghans a établi résidence jusqu'à présent, l'équipe a recruté une Afghane pour les aider, ce qui lui a permis d'être acceptée plus facilement par les familles.

Hafiz ne se repose pas pour autant sur ses lauriers. L'approche adoptée par le Pakistan a beau être décrite par d'autres comme un modèle à suivre, il hésite à accepter le compliment. « Ce n'est pas un programme parfait. » Mais Hafiz entrevoit maintenant la lumière au bout du tunnel. « Nous pouvons dire avec confiance aujourd'hui que, sur 120 districts à peu près, la poliomyélite ne circule que dans 30 d'entre eux environ. Nous hésitons vraiment beaucoup à utiliser le terme 'exempt de poliomyélite'. » Hésitants, soit. Mais peut-être – seulement peut-être – peut-on se laisser aller à espérer. ■

Phyllida Brown

(1) L'Initiative mondiale pour l'éradication de la polio : [www.polioeradication.org](http://www.polioeradication.org)

## Atteindre plus d'enfants, assurer une meilleure protection – oui, mais comment ?

ARTICLE SPECIAL

Alors que les partenaires de GAVI sont sur le point de se réunir ce mois-ci à Dakar, de nouvelles idées sur les moyens d'accroître la couverture vaccinale et de sauver un plus grand nombre de vies sont à l'ordre du jour

SUR le nombre d'enfants qui naissent chaque année, 70 % seulement reçoivent les vaccins de base tels que le DTC (a). Dans de trop nombreux districts de bien trop de pays, le pourcentage est bien inférieur : autour de 50 % ou moins. Et pourtant, les partenaires de l'Alliance se sont engagés à vacciner systématiquement au DTC 80 % des enfants dans tous les districts dans 80 % au moins des pays en développement d'ici 2005. Ceci veut dire que les pays vont devoir vacciner au moins 10 millions d'enfants en plus chaque année.

Un défi intimidant s'il en est, mais ce n'est pas le seul. En fait, même si l'objectif « 80/80 », (c'est ainsi qu'on le désigne) est réalisé, on est de plus en plus conscient que les pays vont peut-être être amenés à mettre en place un éventail bien plus large d'améliorations pour leur permettre de réduire la mortalité infantile et de bénéficier pleinement des avantages que présentent les outils de vaccination existants. Non seulement le nombre d'enfants recevant une vaccination

complète au DTC doit augmenter, mais le besoin urgent de protéger les enfants de manière plus efficace contre d'autres maladies importantes évitables par la vaccination, telles que la rougeole et la fièvre jaune, se fait sentir. Selon les estimations, ces deux maladies continuent, entre elles, de tuer 800 000 personnes par an, sans compter les autres maladies meurtrières. La vaccination systématique à elle seule peut ne pas suffire à les maîtriser.

Dans un même temps, les décideurs nationaux et leurs partenaires internationaux cherchent des moyens de relever un défi encore plus complexe, à savoir comment faire pour intégrer les services de vaccination dans un système de santé de plus grande envergure et plus viable, qui puisse continuer de fonctionner bien au-delà de la durée de vie de GAVI elle-même.

Les partenaires de l'Alliance, comme l'OMS et l'UNICEF, cherchent depuis longtemps des moyens de relever ces défis. Mais à la fin du mois, lors de la réunion du Conseil d'administration de GAVI et de la deuxième réunion des

partenaires, à Dakar, au Sénégal, ces questions constitueront la priorité de l'ordre du jour. « C'est un moment critique pour mieux sensibiliser les gens à ce problème », dit Michel Zaffran, du Département des Vaccins et Produits Biologiques de l'OMS, et représentant de l'OMS au sein du Groupe de travail de GAVI. Certaines approches entièrement nouvelles sont actuellement à l'étude, y compris l'expansion, au-delà de la vaccination, de l'intervention des partenaires dans les systèmes de santé nationaux, afin d'œuvrer pour répondre aux besoins généraux en matière de santé.

Situons le problème dans son contexte. On a assisté à plusieurs débats parallèles sur les meilleurs moyens de protéger un plus grand nombre d'enfants, et ceux-ci se sont souvent chevauchés pour finir confus. Le premier concerne la manière dont les services devraient être assurés. Il existe depuis longtemps une scission perçue, bien que celle-ci soit artificielle et aujourd'hui surannée, entre ceux qui privilégient une approche dite

« verticale » en matière de vaccination, et ceux qui privilégient une approche dite « horizontale ». Définie en termes simplistes, l'approche verticale est généralement centrée sur un objectif mondial précis, souvent dans le cadre d'une initiative internationale, et a tendance à être mise en œuvre sous forme de projet à durée limitée géré par une direction descendante. Par exemple, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la polio, qui depuis 1988 œuvre activement pour débarrasser le monde de ce virus estropiant (voir page 2 de ce numéro), a été décrite par certains comme un programme relativement vertical.

On définit comme plus horizontales les approches visant à renforcer dans son ensemble le système de santé de chaque pays. Dans l'idéal, on y parvient en laissant aux pays le soin de convenir de leurs propres priorités en matière de vaccination, ainsi que de les financer et de les mettre en œuvre de manière durable. Les programmes horizontaux sont relativement rares mais quelques commentateurs ont suggéré que certains aspects du travail de GAVI, comme par exemple son recours à des subventions inconditionnelles pour le renforcement des systèmes de vaccination, se prêtent à une approche horizontale.

Bien sûr, les approches « verticales » et « horizontales » ne s'excluent pas mutuellement. La plupart des commentateurs estiment que, pour réussir, un programme doit faire appel aux deux, par exemple en ayant recours à des spécialistes pour lutter contre des maladies spécifiques, mais aussi en assurant des services intégrés et durables. Un rapport de l'OCDE (1)

concluait récemment que les deux approches, l'approche ciblée et l'approche à l'échelle du système dans son ensemble, doivent être utilisées conjointement pour donner aux enfants la meilleure protection possible contre les maladies. Le Dr Daniel Tarantola, Directeur du Département des Vaccins et Produits Biologiques de l'OMS, résume ainsi la situation : « L'ancienne différenciation, quelque peu surannée, entre les programmes verticaux et horizontaux n'est pas applicable ; notre ambition, c'est de gagner sur les deux tableaux. » Le Dr Tore Godal, secrétaire exécutif de GAVI, est d'accord pour dire que ces deux approches peuvent être compatibles. L'important, c'est que les gens qui utilisent le système de santé puisse bénéficier d'un service efficace et intégré.

#### Éviter des objectifs discordants

Entre-temps, les programmes de vaccination dans les pays à faible revenu œuvrent déjà pour la réalisation d'une liste croissante d'objectifs visant à sauver la vie des enfants et à améliorer leur santé. Les gouvernements ont approuvé plusieurs objectifs internationaux dans le domaine de la santé infantile et de la vaccination. L'objectif de développement pour le millénaire fixé par les Nations Unies promet de réduire de deux tiers le nombre de décès chez les enfants de moins de cinq ans d'ici 2015. La Session spéciale sur les enfants qui s'est tenue lors de l'Assemblée générale des Nations Unies, en mai cette année, a réitéré cet engagement, tout en soulignant le fait qu'une vaccination complète était le principal moyen d'accélérer la lutte

contre les maladies. Elle s'est fixée comme objectifs, entre autres, d'éliminer la poliomyélite dans le monde entier, de diminuer de moitié le nombre de décès dus à la rougeole et d'éliminer le tétanos maternel et néonatal d'ici 2005.

GAVI, quant à elle, exige que les pays dressent des plans nationaux de vaccination à long terme s'accompagnant de plans de viabilité financière. Dans les quelques mois qui ont suivi la création de l'Alliance, le risque que les exigences de GAVI soient perçues dans certains pays comme étant incompatibles ou en concurrence avec le travail visant à réaliser les objectifs ciblés, était réel. En 2001, le Conseil d'administration de GAVI s'est vu demander d'appuyer certains de ces objectifs ciblés parallèlement à ses propres objectifs initiaux, afin d'éliminer toute perception de concurrence entre les diverses activités des programmes nationaux (2). « C'était là l'occasion de tenter d'unifier le monde de la vaccination sous l'égide de GAVI », explique le Dr Tracey Goodman, de l'équipe PEV à l'OMS. En juin 2001 à Londres, le Conseil d'administration de GAVI a ajouté une nouvelle étape : déclarer le monde exempt de la poliomyélite d'ici 2005. Le Conseil d'administration a spécifiquement convenu de redoubler ses propres efforts en vue d'améliorer l'accès des enfants à la vaccination. Le Conseil d'administration a confirmé de nouveau cette année, à Stockholm, « qu'un meilleur accès à la vaccination est un élément essentiel à la réalisation des jalons que s'est fixés GAVI. »

### 1: Pourquoi des campagnes sont-elles nécessaires en plus de la vaccination systématique ?

- **Rougeole** : Le virus est extrêmement infectieux et fait, selon les estimations, 770 000 victimes par an chez les enfants. A moins de vacciner chaque année environ 90 % des enfants d'un an, le virus accumule progressivement un « réservoir » de sujets à risque et on assiste à des flambées épidémiques de la maladie (voir *Pleins feux sur la vaccination*, novembre 2000). Comme le vaccin est administré après le calendrier de vaccination au DTC, les familles doivent faire une seconde visite spécialement pour ce vaccin. Un grand nombre d'entre elles ne reviennent pas et il est donc difficile de maintenir une couverture vaccinale élevée par le biais des services de vaccination systématique. Afin d'éviter que la couverture vaccinale ne baisse trop pour empêcher les flambées épidémiques, la vaccination systématique doit être épaulée par une deuxième chance de se faire vacciner, parfois appelée « campagne systématique ».
- **Fièvre jaune** : un grand nombre de pays à risque n'ont pas vacciné systématiquement les nourrissons contre cette maladie, et aujourd'hui, tout particulièrement en Afrique de l'Ouest, les flambées épidémiques dans les zones urbaines deviennent un problème, celles-ci affectant tant les adultes que les enfants. Des

campagnes nationales sont conduites comme des « interventions d'urgence » contre le virus. La vaccination systématique est une approche préférable et certains pays sont aujourd'hui prêts à la mettre en œuvre, mais il faudra attendre au moins trois décennies avant d'avoir vacciné les enfants en nombre suffisant pour assurer l'immunité de la population. Selon l'OMS, la meilleure solution consiste donc à allier des campagnes efficaces dans les districts à haut risque à une vaccination systématique régulière des nourrissons sur l'ensemble du pays.

- **Méningite** : dans la « ceinture de la méningite » en Afrique, des flambées épidémiques dévastatrices ont mis la lutte contre cette maladie au rang des priorités politiques. Des travaux de recherche sont en cours en vue de mettre au point des vaccins qui assureraient une protection longue durée, mais actuellement, les vaccins qui existent doivent être administrés au moment de chaque épidémie dans le cadre de campagnes de masse.
- **Tétanos maternel et néonatal** : le vaccin est administré systématiquement, mais des campagnes de vaccination de masse sont aussi menées dans les zones à haut risque afin de réaliser l'objectif d'élimination de la maladie d'ici 2005.

**Service au niveau local : un travailleur non initié ayant reçu une formation élémentaire administre un médicament à un enfant de son village souffrant du paludisme. La vaccination peut-elle être mise en œuvre dans un cadre plus général en parallèle à ces services ?**



OMS/TDR/Crump

### Campagnes et services de vaccination systématique

Dans l'intervalle, chaque année, des centaines de milliers d'enfants meurent de maladies évitables par la vaccination. D'une part, les parents réclament pour leurs enfants une vaccination contre la rougeole et, d'autre part, les flambées épidémiques de fièvre jaune et de méningite à méningocoques dans plusieurs pays d'Afrique ont entraîné une forte demande sur le plan de la protection des sujets à risque. De toute évidence, il est nécessaire d'accroître l'efficacité de la vaccination contre ces maladies. Toutefois, là encore, la question de savoir comment est devenue source de débats.

La vaccination systématique des nourrissons est reconnue par la majorité comme la base essentielle de la lutte contre la plupart des maladies évitables par la vaccination. Mais les épidémiologistes sont maintenant d'accord pour dire que si l'on veut lutter efficacement contre certaines maladies, il est nécessaire d'effectuer des campagnes de vaccination (voir encadré 1). Pour protéger la population tout entière contre la rougeole, la fièvre jaune et certains autres agents infectieux, il est nécessaire de mener des campagnes supplémentaires afin d'atteindre tout le monde au sein du groupe ciblé. Les campagnes suivent souvent le modèle de l'initiative contre la polio : lors de journées nationales de vaccination spéciales, le personnel de vaccination, soutenu par des équipes de « mobilisateurs sociaux », va de maison en maison et vaccine tous les enfants de moins de cinq ans.

L'initiative contre la polio est un effort focalisé, à durée limitée, et peut faire appel à des tactiques héroïques et à des ressources considérables pour atteindre les enfants qui n'ont pas été vaccinés auparavant. Pour certains, GAVI pourrait tirer des enseignements de cette

approche. « Il s'agit d'atteindre les populations non desservies, qu'elles soient isolées géographiquement ou qu'elles vivent au septième étage d'un immeuble au Caire », observe Tarantola. Le Dr Bruce Aylward, qui dirige l'Initiative mondiale pour l'éradication de la polio, ajoute que l'Initiative s'est forgée une expérience au niveau de l'établissement de partenariats entre des acteurs nationaux et internationaux, ainsi que du suivi et de l'évaluation de son travail. Et elle a montré le véritable coût d'atteindre les populations non desservies.

Mais les campagnes de vaccination ont aussi leurs critiques. Certains soutiennent qu'elles sont onéreuses, pas viables et qu'elles puisent dans les ressources et le personnel des services de vaccination systématique. Certains reprochent aux campagnes de vaccination d'être trop « verticales ». En réalité, les preuves sont discutables. Plusieurs études ont tenté d'évaluer l'impact de l'initiative pour l'éradication de la polio sur les services de vaccination systématique. L'initiative contre la polio englobe, évidemment, bien plus que les seules campagnes de vaccination, y compris une surveillance et un suivi, mais ses campagnes et ses activités de plus grande envergure ont fait l'objet, à ce jour, d'un plus grand nombre d'évaluations que celles d'autres programmes. Un rapport demandé par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (3), et basé sur l'étude de trois pays, conclut que les fonds alloués aux programmes de vaccination systématique ont augmenté dans le cadre des efforts d'éradication de la poliomyélite. Cependant, une autre étude, qui analysait l'impact de l'approche adoptée pour lutter contre la poliomyélite sur les systèmes de santé de trois pays, a tiré des conclusions plus mitigées (4). « Lorsqu'elles sont bien planifiées et organisées, les campagnes de vaccination peuvent en fait renforcer un système, mais lorsque la planification et l'organisation laissent à désirer, elles peuvent l'affaiblir », confie Bo Stenson, un des auteurs de l'étude.

Le débat a toutefois divisé ceux qui sont en faveur des campagnes de vaccination et ceux qui leur préfèrent une vaccination systématique, comme si l'on pouvait choisir l'une ou l'autre option. A vrai dire, observe Goodman, les deux, programmes de vaccination systématique et campagnes, sont nécessaires. Des campagnes régulières peuvent s'inscrire dans le cadre du programme de vaccination systématique,

par exemple dans la lutte contre la rougeole.

### Priorités en matière de santé – ou emplois ?

La raison pour laquelle le débat est si enflammé provient en partie du fait qu'il soulève d'autres points sous-jacents – mais distincts – concernant l'emploi, les fonds et les échéances. La question est de savoir que faire des « troupes » qui travaillent depuis des années à l'éradication de la poliomyélite, une fois que le virus aura définitivement été éliminé. Certains suggèrent qu'on transfère ces personnes et l'infrastructure qui les soutient, pratiquement en masse, pour travailler sur les objectifs plus récents visant à atteindre la cible « 80/80 » et à accélérer la lutte contre les maladies qui nécessitent des campagnes de proximité. De cette manière, leur formation et leur expérience ne seront pas perdues. D'autres sont fortement opposés à cette idée. Les critiques craignent que l'initiative contre la polio ait détourné les mesures d'incitation et les ressources des programmes de vaccination systématique dans certains pays au bénéfice du personnel, qui reçoit davantage d'argent et de matériel pour les activités relatives à la poliomyélite que pour les programmes de vaccination systématique. Les critiques ne considèrent pas qu'il s'agisse d'une structure viable à partir de laquelle on pourra établir des services de vaccination à l'avenir.

Aylward réfute les arguments des critiques, soutenant qu'ils n'ont aucune preuve à l'appui. De toute façon, selon lui, le personnel intervenant dans le cadre de l'éradication de la polio assurera une surveillance, ainsi que d'autres aspects de son travail actuel jusqu'en 2010 environ. « Ce n'est pas seulement une question d'emplois. » Il soutient que l'infrastructure mise en place pour la lutte contre la poliomyélite et les fonds considérables qui lui sont alloués sont déjà utilisés de diverses manières pour faciliter la réalisation d'objectifs de vaccination plus larges. Godal confirme : « Dans un grand nombre des pays les plus touchés, le personnel employé pour la lutte contre la poliomyélite a contribué à la réalisation des objectifs de GAVI ». Cependant, rappelle-il, les approches adoptées par l'initiative contre la polio et par GAVI sont évidemment différentes. « L'éradication de la poliomyélite est un projet, qui est géré comme tel ; GAVI vise le renforcement des services de vaccination »



sous la direction des pays, et par conséquent, il s'agit de deux choses tout à fait différentes de ce point de vue-là. »

L'UNICEF et l'OMS attirent l'attention sur une crise de personnel dans la plupart des systèmes de santé. Bien que l'objectif doive être de renforcer les systèmes nationaux, l'OMS et l'UNICEF soutiennent que certains gouvernements vont devoir recruter des personnels supplémentaires, dont certains sur financement extérieur, pour pouvoir réaliser l'ensemble des objectifs actuels en matière de santé infantile, y compris ceux de GAVI, à court et à moyen terme.

### Priorité aux besoins des pays

Quels que soient les avantages ou les inconvénients d'employer ultérieurement les « troupes » intervenant dans la lutte contre la poliomyélite, la plupart des acteurs s'accordent à reconnaître que la première question à se poser est de savoir *ce que* les pays doivent faire, et non pas *qui* doit le faire. « La question de savoir ce qu'il faudra faire de l'infrastructure mise en place pour la lutte contre la poliomyélite est une toute autre affaire », fait observer Godal. La question essentielle, ajoute-t-il, est de savoir ce que les pays doivent faire en réalité pour réaliser des objectifs de vaccination nationaux généraux et viables au sein de leur système de santé. Une fois qu'on y aura répondu, et qu'on aura planifié globalement les besoins en fonds et en capacités, on pourra alors voir comment s'y prendre pour y parvenir. « Nous ne sommes pas une agence de placement; notre souci est de nous assurer que les pays recrutent un personnel adéquat pour administrer les vaccins aux enfants. » Cependant, tout le monde reconnaît que ces questions doivent être résolues au plus vite.

L'Alliance essaie maintenant d'aller de l'avant, consciente que chaque année de retard se traduit par un nombre inacceptable de décès.

### Nouveau départ

Une approche, impulsée par des particuliers travaillant pour l'OMS, l'UNICEF et le Programme de vaccination infantile du PATH, a été explorée comme un moyen d'apporter un soutien aux pays en vue d'accroître l'accès à la vaccination au niveau des districts et plus haut. Le Dr Julian Bilous de l'OMS, le Dr Jean-Marie Okwo Bele de l'UNICEF et d'autres au sein de ce groupe ont suggéré l'adoption au niveau du district d'une stratégie en vue de l'évaluation des besoins, de la résolution des problèmes, de la planification, de l'établissement du budget et de la mise en œuvre. Des microplans de vaccination, soutenus par des fonds adéquats, seraient élaborés. Cinq stratégies critiques considérées communes à la fois à la vaccination et aux autres services de santé primaires seraient adoptées, parmi lesquelles services de proximité réguliers pour les collectivités dés-avantagées, suivi, supervision et meilleure planification et utilisation des ressources.

Okwo Bele, conseiller principal et chef d'équipe de vaccination à l'UNICEF, souligne la nécessité de répondre aux besoins individuels des pays. « Nous ne pouvons pas adopter une approche universelle », clame-t-il. Il estime que les équipes doivent travailler au niveau des districts pour identifier les obstacles spécifiques qui empêchent d'atteindre un plus grand nombre d'enfants, ainsi que pour permettre au personnel du district de les surmonter.

Le Conseil d'administration de GAVI étudie actuellement cette proposition et la possibilité de l'inscrire dans une approche plus générale. Il est en train d'envisager le recours à des analystes externes qui pourraient jeter un regard totalement nouveau sur ce dont les systèmes de santé des pays ont besoin pour accroître l'accès à la vaccination, mais dans le contexte plus large du système de santé. Conscient de l'urgence de cette tâche, le Secrétariat a proposé une étude de 4 mois par des conseillers en gestion, avec le concours de l'OMS, de l'UNICEF et d'autres

partenaires, ainsi que du Secrétariat lui-même, en vue de collecter des données et les opinions des parties concernées. L'étude analyserait les besoins et proposerait un ensemble de scénarios pour atteindre la cible « 80/80 », depuis une initiative centralisée et verticale visant à atteindre une couverture vaccinale plus élevée pour le DTC jusqu'à la mise en œuvre d'un ensemble de services globalement beaucoup plus intégrés, imbriqués dans le système plus large de santé maternelle et infantile, et couvrant potentiellement tous les besoins, de la vaccination au traitement du paludisme en passant par l'apport de compléments de vitamine A. Enfin, après avoir recueilli les réactions des parties concernées pour chaque scénario, les besoins en gestion et en ressources pour les options choisies pourraient être évalués et le processus de planification détaillé pourrait commencer.

Aucune décision n'a encore été prise, mais les partenaires sont confiants. « On jette un nouveau regard sur la situation », lance Tarantola. L'accent est désormais mis sur la nécessité d'apporter rapidement des réponses – et sur le financement nécessaire pour soutenir celles-ci. ■

Phyllida Brown

(a) Diphtérie-tétanos-coqueluche. L'administration de trois doses de DTC (« DTC3 ») a été utilisée comme indicateur de la couverture vaccinale dans les pays bénéficiant d'un soutien de GAVI.

### Références

- (1) Health, Poverty and Development Cooperation. Development Cooperation Report. OCDE, 2001
- (2) Alignment of GAVI Objectives, Accelerated Disease Control Initiatives and Other Interventions. Rapport du Groupe de travail à la cinquième réunion du Conseil d'administration de GAVI, 21-22 juin 2001, Londres
- (3) Levin A. et al. 2000. The impact of the polio eradication campaign on the financing of routine EPI. Special Initiative Report No. 27. Abt Associates
- (4) Mogedal, S. and Stenson B. Disease eradication: friend or foe to the health system? OMS 2000. WHO V&B/00.28
- (5) Polio Staff Time: Etude de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la polio/OMS, 2002.

## 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

**Mohammed Ashraf Uddin**, Chief Health Officer, Dhaka City Corporation, Bangladesh ; **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.

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 :** Web Sight Ltd. Tél : +44 1392 824433 www.websight.co.uk