



Ainsi, les premières « tueuses » d'enfants restent les maladies respiratoires aiguës, affections banales des voies aériennes supérieures, qui emportent à elles seules quatre millions de jeunes enfants chaque année. Dans l'ordre, viennent ensuite les maladies diarrhéiques, donc les déshydratations qui tuent, chaque année, plus de deux millions d'enfants alors que leur traitement, essentiellement la réhydratation par voie orale, est le plus souvent d'une simplicité déconcertante.

Ensuite vient le paludisme qui, dans certains pays, est en tête de toutes les causes de mortalité infantile, notamment lorsqu'il est saisonnier comme dans la plupart des pays du Sahel. Enfin, viennent les maladies que la vaccination permettrait de prévenir, comme

la rougeole (un million de morts d'enfants chaque année), le tétanos (500 000 morts), la coqueluche (300 000) ou celles qui, sans tuer, invalident (la poliomyélite) ou affaiblissent. Restent les « nouvelles » maladies, en particulier le sida qui, dans certaines parties du Tiers Monde et singulièrement en Afrique subsaharienne, tendent aujourd'hui à supplanter les autres facteurs de morbidité et de mortalité.

Un tel tableau épidémiologique impose bien entendu quelques conclusions claires en termes de stratégies sanitaires, donc de coopération en matière de santé. La première a été établie depuis la conférence d'Alma Ata, organisée conjointement dans cette ville alors soviétique, par l'Unicef et l'OMS, en 1978. La conclu-

Couverture vaccinale dans les pays pauvres

Les chiffres de la couverture vaccinale dans les pays pauvres sont en diminution depuis 1990.

Les pays classés parmi les pays les moins développés par l'OMS sont au nombre de 45 et représentent une population totale d'environ 600 millions d'habitants. Ils ont un PNB par habitant ajusté sur le pouvoir d'achat compris entre 510 (Éthiopie ou Sierra Leone) et 3 000 \$.

Le calendrier de vaccination minimum recommandé par l'OMS inclut le BCG à la naissance, trois doses de vaccin diphtérie, tétanos, coqueluche et polio à 6 semaines, 10 semaines et 14 semaines et le vaccin antirougeoleux à 9 mois. Le vaccin contre l'hépatite B (3 doses administrées à des âges dépendant du risque de transmission maternelle) est également recommandé

dans les pays endémiques ainsi qu'une dose de vaccin contre la fièvre jaune dans les pays à risque.

Les objectifs de l'OMS ont été exprimés en termes de chiffres de couverture vaccinale à atteindre (80 % pour tous les antigènes) jusqu'en 1990. Actuellement, les objectifs mondiaux sont rédigés en termes d'éradication de la poliomyélite, de contrôle de la rougeole et du tétanos néonatal et de diminution de 80 % des nouveaux porteurs de virus de l'hépatite B.

La couverture vaccinale, dont les chiffres sont diffusés chaque année par l'OMS, correspond aux données communiquées par les gouvernements sur la base des activités de vaccination de routine ou de sondage.

La couverture vaccinale représente la proportion d'enfants de moins d'un an ayant reçu une dose de BCG et vac-

cinés contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, l'hépatite B (3 doses), la rougeole et la fièvre jaune (1 dose). Le pourcentage des femmes enceintes ayant reçu deux doses de vaccin antitétanique est également déclaré dans le cadre du contrôle du tétanos néonatal.

À l'échelle mondiale, les chiffres officiels pour 1998 sont de 78 % pour le BCG, 74 % pour 3 doses de DTC, 72 % pour le vaccin rougeoleux seul ou associé, 74 % pour le vaccin poliomyélique, et 44 % pour deux doses d'anatoxine tétanique chez les femmes enceintes. Tous ces chiffres sont en diminution nette par rapport à 1997 et 1990.

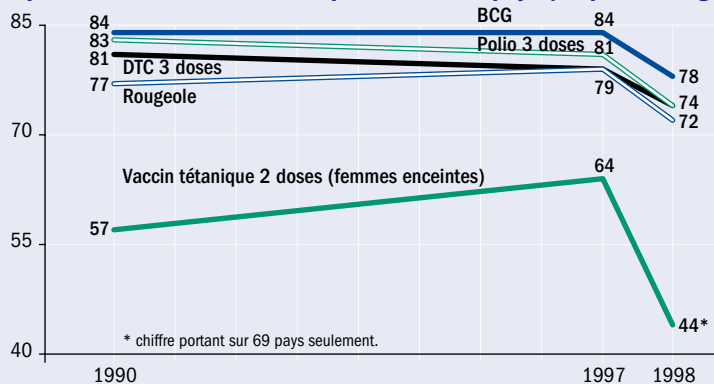
Couverture vaccinale pour les différents vaccins BCG

Le BCG est habituellement considéré comme un indicateur d'accessibilité aux vaccinations, puisqu'il est administré le plus près possible de la naissance. La couverture par le BCG reste la plus élevée de toutes les vaccinations à un niveau mondial. Néanmoins, 5 pays de la région Afrique n'atteignent pas 50 % (Tchad, République démocratique du Congo, Liberia, Niger, Nigeria), 1 dans la région des Amériques (Haïti), 1 dans la région de la Méditerranée orientale (Afghanistan) et 1 dans celle du Pacifique occidental (Papouasie Nouvelle Guinée).

Diphtérie, tétanos, coqueluche

Là encore c'est en Afrique que les taux régionaux sont les plus bas. 10 pays

Couverture vaccinale mondiale 1990, 1997 et 1998 selon les chiffres disponibles en novembre 1999 portant sur 88 pays (en pourcentage)



Nicole Guérin
Pédiatre,
membre du
Comité
technique des
vaccinations

sion de cette conférence était claire, en effet : des progrès décisifs ne seront jamais réalisés tant que l'effort ne sera pas porté de façon massive sur la prévention et sur les progrès généraux de l'hygiène, ceux-là même qui ont entraîné le « décollage » sanitaire de l'Occident depuis la fin du XIX^e siècle.

Concrètement, un tel postulat, en termes de politique de santé orientée vers les enfants, impliquait une stratégie menée de front dans plusieurs grandes directions.

La vaccination

Dès le début des années quatre-vingt étaient définis les programmes élargis de vaccination contre six maladies (poliomyélite, diphtérie, tétanos, rougeole, co-

queluche et tuberculose), que les États devaient mettre en œuvre avec le soutien des institutions internationales — Unicef et OMS en tête — et de bailleurs de fonds bilatéraux. Dans la pratique, ces derniers ont la plupart du temps fort peu contribué à cet effort gigantesque, dont le premier soutien, de très loin, en termes de financement et d'appui logistique, a été l'Unicef. Les résultats ont été spectaculaires puisque le nombre d'enfants vaccinés contre ces maladies est passé, en vingt ans, de moins de 10 % à près de 80 %.

Mais ce dernier chiffre cache d'énormes disparités, entre pays d'une part, entre villes et campagnes de l'autre. C'est ainsi qu'un pays comme le Mali ne parvient à vacciner qu'un tiers de ses enfants.

sur 48 n'atteignent pas 50 % (Angola, Cameroun, République centrafricaine, Tchad, République démocratique du Congo, Liberia, Niger, Nigeria, Togo, Ouganda). Seuls Haïti et le Vénézuéla n'atteignent pas 50 % dans la région des Amériques, l'Afghanistan dans la région de la Méditerranée orientale, la République Démocratique de Corée dans celle du Sud-Est asiatique.

Poliomyélite

Seuls sont inclus dans l'évaluation de la couverture vaccinale les chiffres des vaccinations administrées dans les programmes de routine, ce qui explique que les taux de vaccination contre la poliomyélite soient presque identiques à ceux de trois doses de DTC. Angola, Cameroun, Tchad, République démocratique du Congo, Liberia, Niger, Nigeria, Togo, Ouganda dans la région Afrique, Haïti, Afghanistan et Papouasie Nouvelle Guinée dans les autres régions ont déclaré une couverture vaccinale pour trois doses de vaccin poliomyélique inférieure à 50 %. En fait beaucoup d'enfants ont reçu des doses supplémentaires par l'intermédiaire des journées nationales de vaccination mais elles ne sont pas comptabilisées dans ce calcul.

Rougeole

L'objectif mondial est d'atteindre une couverture vaccinale de 90 % pour l'an 2010. Le taux mondial est passé de 79 % en 1997 à 72 % en 1998. En 1998, 16 pays ont déclaré des taux de couverture inférieurs à 50 % : 10 dans la région Afrique de l'OMS (Burundi,

Cameroun, Éthiopie, Libéria, Nigeria, Ouganda, République Centrafricaine, République démocratique du Congo, Tchad et Togo), 1 dans la région des Amériques (Haïti), 2 dans la région de la Méditerranée orientale (Afghanistan et Somalie) et 1 dans la région de l'Asie du Sud-Est (RD Corée). La couverture n'excède pas 49 % dans toute la région de l'Afrique et 67 % dans celle du Sud-Est asiatique.

Tétanos néonatal

La couverture vaccinale des femmes enceintes par deux doses de vaccin administrées en routine n'est souvent comptabilisée que pour les pays en développement. Elle a accusé une légère hausse entre 1990 (57 %) et 1998 (64 %). C'est dans la région de l'Asie du Sud Est que la couverture vaccinale était la plus élevée en 1997 (80 %) et dans la région de l'Afrique qu'elle était la plus faible (46 %).

Fièvre jaune

La fièvre jaune est endémo-épidémique dans les pays d'Afrique et d'Amérique intertropicale. Parmi les 21 pays pauvres de ces régions à risque, 8 seulement rapportent des chiffres de couverture vaccinale chez l'enfant. Tous ces chiffres sont inférieurs à 40 %, sauf en Gambie (91 %).

Hépatite B

Plus de 110 pays du monde ont inclus le vaccin contre l'hépatite B dans leurs programmes de vaccination de routine. Bien que tous les pays pauvres soient situés dans la zone d'endémie élevée et que le risque d'infection par l'hépatite

B soit 8 à 20 fois plus élevé que celui des pays développés, seuls 6 pays définis comme pauvres ont donné des chiffres de couverture vaccinale contre l'hépatite B. Ces chiffres sont élevés dans la majorité des pays, mais les pays concernés sont des petits pays de moins de 2 millions d'habitants (Boutan 81 %, Gambie 93 %, Maldives 45 %, Samoa 99 %, Salomon 73 %, Vanuatu 75 %).

Il faut dire à ce stade qu'en principe, seuls les pays ayant obtenu des taux de couverture de DTC3 supérieurs à 75 % peuvent espérer une aide des instances internationales pour l'achat du vaccin.

Aucun pays pauvre n'a inclus à ce jour la vaccination contre les infections à l'*Hæmophilus influenzae* de type b (Hib) dans ces programmes, pas plus que les vaccins contre la rubéole et les oreillons.

Conclusion

En conclusion, le calendrier minimum recommandé par l'OMS pour l'ensemble des pays du monde est loin d'être appliqué à tous les enfants dans les pays pauvres. Les vaccins les plus anciens du programme élargi de vaccinations, comme le BCG, les vaccins contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la rougeole, bénéficient à moins de la moitié d'entre eux. Quant aux vaccins plus récemment introduits dans le programme, comme l'hépatite B ou la fièvre jaune, ils ne sont pas disponibles dans la plupart des pays pauvres à risque. ■