

PROGRÈS

POUR

LES ENFANTS

UN BILAN DE LA VACCINATION

NUMÉRO 3, SEPTEMBRE 2005

1 Avant-propos
LA VACCINATION : UNE INTERVENTION
VITALE POUR LA SURVIE DES ENFANTS

2 La vaccination
ÉPARGNER DES MILLIONS DE VIES
SUPPLÉMENTAIRES

10 Afrique orientale/australe
UN LONG CHEMIN À PARCOURIR

12 Afrique occidentale/centrale
AGIR DE TOUTE URGENCE

14 Asie du Sud
ENCORE DES PROGRÈS À
ACCOMPLIR

16 Moyen-Orient/Afrique du Nord
SUR LA BONNE VOIE

18 ECO/CÉI
ATTEINDRE LES DERNIERS
10 POUR CENT

20 Amérique latine/Caraïbes
L'ÉQUITÉ POSE TOUJOURS
PROBLÈME

22 Asie de l'Est/Pacifique
ENCORE DU TRAVAIL

24 Pays industrialisés
DES ÎLOTS VULNÉRABLES

26 Note de fin de document
AGIR SUR PLUSIEURS FRONTS

28 Tableau
VACCINATION DES ENFANTS

LA VACCINATION : UNE INTERVENTION VITALE POUR LA SURVIE DES ENFANTS

Il reste à la planète tout juste 10 ans pour tenir la promesse de la Déclaration du Millénaire et réaliser les Objectifs du Millénaire pour le développement. Ces Objectifs sont l'aune à laquelle mesurer les progrès humains sur les questions les plus importantes de notre époque – notamment la faim et la pauvreté, la santé et la survie infantiles et maternelles, l'éducation, l'égalité des sexes, la lutte contre les maladies meurtrières et la protection de l'environnement. Les percées en faveur d'un objectif individuel ont des incidences positives sur les autres objectifs et les interventions conçues dans une optique intégrée sont le chemin le plus sûr vers le développement durable.

Les enfants sont au cœur des Objectifs du Millénaire pour le développement : ce sont les membres les plus vulnérables de la société, ceux dont les besoins sont souvent les plus grands. La réussite des Objectifs est synonyme d'un meilleur avenir pour les enfants et d'un monde plus sûr. Et cependant, malgré tous les progrès accomplis dans un monde où règne l'ingéniosité et l'innovation, il est intolérable que 10,6 millions d'enfants meurent toujours chaque année, alors que ces décès auraient souvent pu être évités.

Rares sont les interventions qui ont des avantages plus grands pour la santé, le bien-être et la survie des enfants que la vaccination. Ce bilan – qui fait partie d'une série qui permettra à l'UNICEF de surveiller les progrès accomplis en faveur des enfants d'ici à 2015 – mesure les performances de la planète dans ce secteur vital.

Les avantages de la vaccination sont indéniables. La vaccination est un moyen économique, qui a fait ses preuves, de faire reculer la morbidité, les incapacités et la mortalité chez les enfants. Rien qu'en 2003, la vaccination a permis d'éviter 2 millions de décès. La vaccination stimule aussi le renforcement des systèmes de santé et constitue un excellent investissement économique en contribuant à l'amélioration de la santé et à la réduction de la pauvreté.

Nous ne pourrons jamais donner trop d'importance aux conséquences que pourrait avoir l'échec du maintien et du développement de la vaccination : la réapparition de maladies qui avaient été jugulées; la propagation de maladies à des pays qui les avaient éliminées; et le lourd bilan des décès et des incapacités qui frappent des millions d'enfants dans les pays en développement.

De grands progrès ont été accomplis dans les années 1980 pour s'essouffler dans les années 1990. Retrouver ce dynamisme est vital pour atteindre l'un des Objectifs essentiels du Millénaire pour le développement – réduire de deux tiers la mortalité des enfants de moins de 5 ans entre 1990 et 2015 – et contribuerait indubitablement à la réalisation des autres.

Dans les années qui ont suivi la Déclaration du Millénaire, la campagne en faveur de la vaccination universelle a bénéficié d'efforts plus vigoureux. Plusieurs partenariats mondiaux ont permis de remporter des succès manifestes grâce à la mobilisation de ressources importantes en faveur de la vaccination et aux alliances conclues avec le secteur public et le secteur privé dans la poursuite d'objectifs communs.

Par ailleurs, en mai 2005, l'Organisation mondiale de la Santé et l'UNICEF ont lancé une nouvelle initiative intitulée « La vaccination dans le monde : vision et stratégie » pour la période 2006 à 2015. Et plus récemment, l'UNICEF s'est uni avec d'autres organismes pour annoncer la naissance d'un Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile, d'importance capitale.







Nous espérons que ces partenariats, et l'infusion d'une nouvelle énergie, apporteront des contributions importantes et durables à la survie de l'enfant. Les enfants de la planète comptent sur nous tous.



Ann M. Veneman
Directrice générale, UNICEF

Faire le point : La couverture vaccinale contre la rougeole

En 2003, 103 pays et territoires affichaient déjà une protection vaccinale contre la rougeole de 90 % des enfants de moins d'un an. Dans 68 de ces pays, la couverture par le vaccin à valence rougeole (MCV) était de 95 %, voire supérieure, en 2003, un niveau qui sera maintenu, d'après les prévisions de l'UNICEF; et dans 35 pays, la couverture était comprise entre 90 % et 94 %, un niveau qui a de bonnes chances d'être maintenu. Sur les 90 pays qui n'affichaient pas une couverture de 90 % en 2003, 16 seront probablement en mesure d'atteindre ce taux en 2010, 55 devront faire des progrès pour atteindre cet objectif en 2010 et 19 devront inverser une tendance à la baisse.

-  **Ont atteint l'objectif et maintiendront le niveau** : Pays qui affichaient une couverture de 95 %, voire supérieure, en 2003.
-  **Ont atteint l'objectif et maintiendront probablement le niveau** : Pays dont la couverture était comprise entre 90 % et 94 % en 2003.
-  **Seront probablement en mesure d'atteindre l'objectif** : La couverture par le MCV était inférieure à 90 % en 2003, mais le taux annuel moyen d'accroissement (TAMA) depuis 1990 est supérieur au TAMA nécessaire pour afficher une couverture de 90 % en 2010.
-  **Progrès nécessaires** : La couverture était inférieure à 90 % en 2003 et le TAMA depuis 1990 était inférieur au TAMA nécessaire pour atteindre une couverture de 90 % en 2010. Ces pays n'atteindront pas leur objectif sans efforts soutenus.
-  **Doivent inverser la tendance à la baisse** : La couverture était inférieure à 90 % en 2003 et, depuis 1990, le TAMA est négatif de plus de la moitié d'un point de pourcentage.
-  **Pas de données disponibles.**

LA VACCINATION : ÉPARGNE SUPPLÉMENTAIRES

Les vaccins ont permis de sauver la vie de millions d'enfants au cours des trois dernières décennies. Mais des millions d'autres enfants ne sont toujours pas protégés par la vaccination.

L'Objectif 4 du Millénaire pour le développement (OMD) vise à réduire de deux tiers la mortalité infantile entre 1990 et 2015. La vaccination joue un rôle de premier plan dans cette entreprise, tout en contribuant sensiblement à la réalisation de l'OMD 5 – améliorer la santé maternelle et réduire la mortalité maternelle – et de l'OMD 6 – combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies.

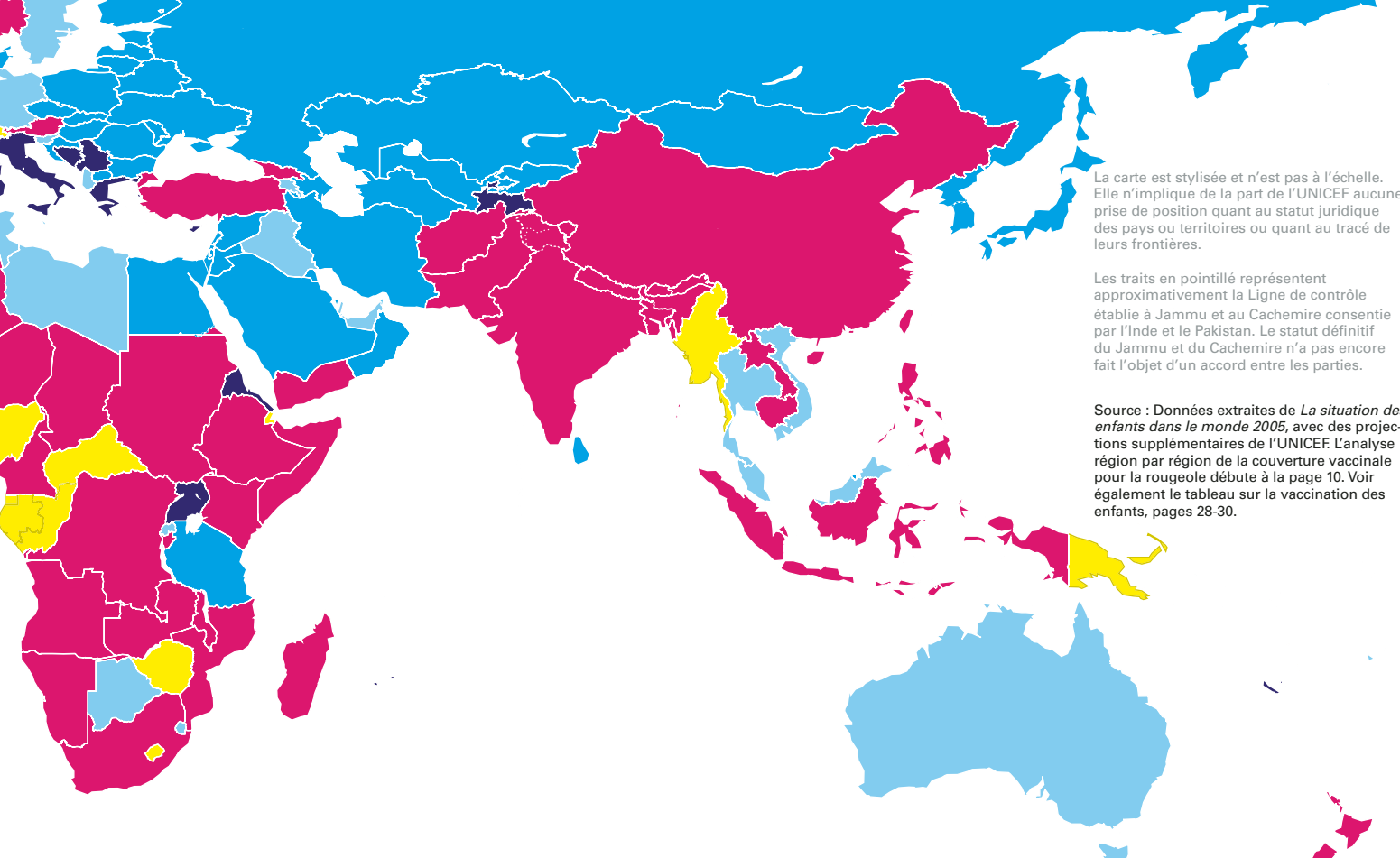
La vaccination a permis de sauver des millions de vies d'enfants pendant les trois décennies qui ont suivi le lancement du Programme élargi de vaccination (PEV) en 1974. Cependant, dans le monde, plus de 27 millions d'enfants de moins d'un an et 40 millions de femmes enceintes échappent toujours aux services de vaccination de routine.¹

De ce fait, les maladies évitables par la vaccination provoqueraient plus de 2 millions de décès chaque année. Ce chiffre inclut 1,4 million de décès d'enfants de moins de cinq ans et, sur ce total, les 395 000 enfants qui succombent à la rougeole, les 290 000 décès provoqués par la coqueluche et les 257 000 victimes du tétanos néonatal.²

Encore 1,1 million de jeunes enfants succombent à des infections provoquées par le pneumocoque et le rotavirus, pour lesquels des vaccins seront bientôt disponibles. Il semble que grâce à des améliorations et à la réduction du coût des vaccins actuels, ceux-ci seront à la portée de tous les enfants qui en ont besoin dans un avenir proche.

L'efficacité de la vaccination n'est plus à démontrer. À la différence de la plupart des autres interventions de santé et de développement, la vaccination ne se limite pas à améliorer les chances des enfants de pouvoir résister à la maladie : elle garantit pratiquement qu'ils pourront le faire.

Chaque année depuis 1990, la vaccination de routine contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche a permis de protéger plus de 70 % des enfants, un succès extraordinaire si l'on considère que plus de 130 millions d'enfants naissent chaque année et qu'il faut les vacciner. Alliés aux programmes accélérés de lutte contre la maladie, les services de routine ont largement contribué à la survie de l'enfant, en permettant d'éviter plus de 2 millions de décès par an et un nombre incalculable d'épisodes de maladie et d'incapacités.



La carte est stylisée et n'est pas à l'échelle. Elle n'implique de la part de l'UNICEF aucune prise de position quant au statut juridique des pays ou territoires ou quant au tracé de leurs frontières.

Les traits en pointillé représentent approximativement la Ligne de contrôle établie à Jammu et au Cachemire consentie par l'Inde et le Pakistan. Le statut définitif du Jammu et du Cachemire n'a pas encore fait l'objet d'un accord entre les parties.

Source : Données extraites de *La situation des enfants dans le monde 2005*, avec des projections supplémentaires de l'UNICEF. L'analyse région par région de la couverture vaccinale pour la rougeole débute à la page 10. Voir également le tableau sur la vaccination des enfants, pages 28-30.

R DES MILLIONS DE VIES

La vaccination fournit aussi un réseau et un mécanisme qui met les services de santé en contact avec les enfants et les femmes auxquels d'autres interventions sont destinées, comme la distribution de suppléments de vitamine A, de moustiquaires traitées à l'insecticide pour combattre le paludisme et de médicaments vermifuges.

Une telle approche intégrée est non seulement le moyen le plus efficace de protéger la santé de tous les enfants, y compris les enfants les plus marginalisés, mais elle constitue aussi un moyen économique de renforcer les systèmes de santé. Ainsi l'impact global de la vaccination sur la survie de l'enfant est-il beaucoup plus fort que la somme des interventions qui la composent.

PROGRÈS EN FAVEUR DES OBJECTIFS DE VACCINATION

L'année 2005 est une étape importante pour évaluer non seulement les progrès accomplis en faveur de la réalisation des objectifs spécifiques de vaccination et de l'OMD visant à réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans d'ici à 2015, mais également les autres objectifs et cibles internationaux en matière de vaccination.

En 2002, lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée aux enfants, la communauté internationale a adopté l'objectif spécifique suivant : faire en sorte que le taux national de vaccination complète des enfants

de moins d'un an soit de 90 % au minimum et que la couverture vaccinale atteigne au moins 80 % dans toutes les circonscriptions ou entités administratives équivalentes. Les autres cibles, en matière de vaccination, qui font partie du programme énoncé dans « Un monde digne des enfants » sont les suivantes :

- Réduire de moitié d'ici à 2005 le nombre de décès dus à la rougeole
- Obtenir d'ici à 2005 l'éradication de la poliomyélite dans le monde entier
- Éliminer le tétanos de la mère et du nouveau-né avant 2005
- Faire bénéficier les enfants de tous les pays des bienfaits liés à la découverte de nouveaux vaccins et à l'amélioration des formules vaccinales, et des autres mesures prophylactiques.

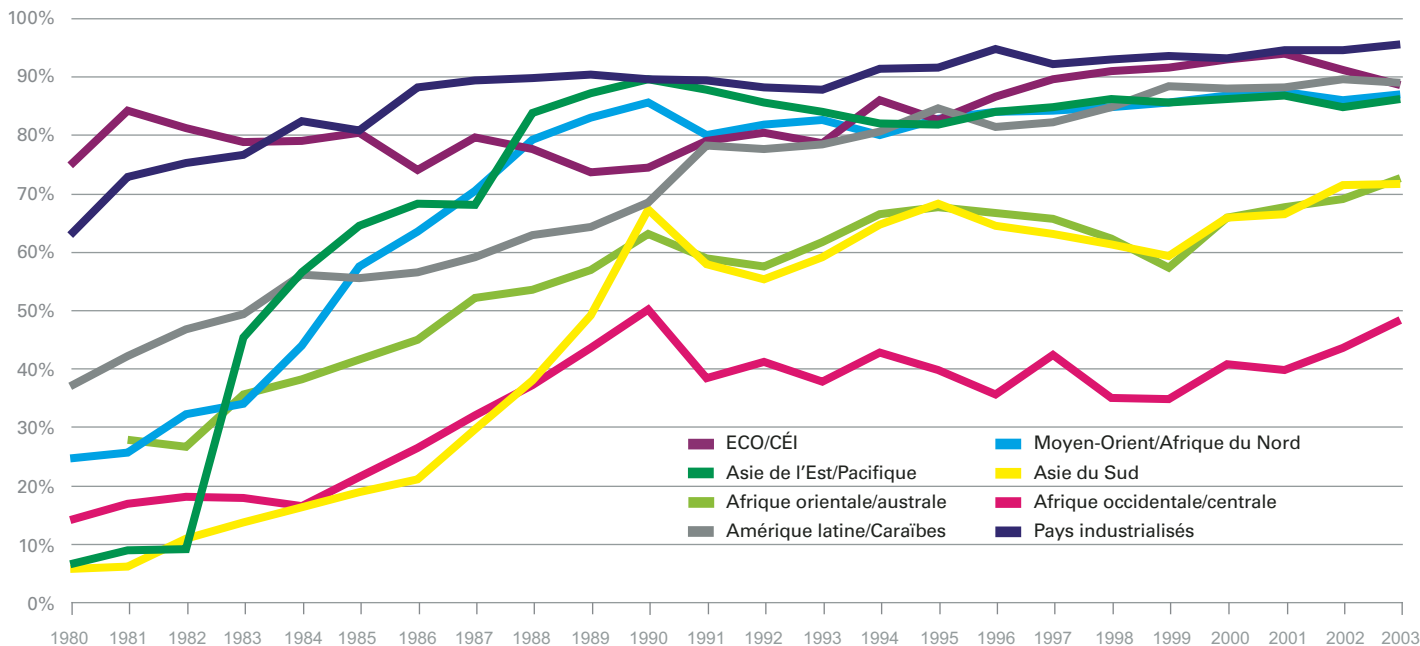
Couverture au niveau du pays ou du district (DTC3)

La couverture vaccinale mondiale a augmenté de manière spectaculaire au cours des années 1980 pour se stabiliser dans les années 1990. Selon les estimations, en 1980, 20 % des enfants de moins d'un an étaient vaccinés par le DTC3 (trois doses de vaccins combinés contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche); la couverture a atteint 75 % en 1990 et elle a oscillé entre 70 % et 75 % jusqu'en 2000, en suivant le rythme de croissance de la population. En 2003, la couverture était légèrement supérieure, à 78 %, mais encore très loin des 90 % à atteindre d'ici à 2010.³

Couverture par le DTC3, 1980–2003

La couverture par le vaccin DTC3 est plus faible en Afrique orientale/australe, en Asie du Sud et en Afrique occidentale/centrale que dans les autres régions.

Source : *La situation des enfants dans le monde 2005*.



Les données mondiales font référence aux niveaux annuels de couverture par la vaccination de routine par le DTC3, qui est un indicateur supplétif. (La vaccination de routine contre la rougeole est analysée région par région à partir de la page 10).

Avec des couvertures comprises entre 85 % et 89 %, trois régions – l'Asie de l'Est/Pacifique, l'Amérique latine/Caraïbes et le Moyen-Orient/Afrique du Nord – se rapprochent peu à peu de la couverture de 90 % pour le DTC3; la couverture dans la région de l'Europe centrale et orientale/Communauté d'États indépendants (ECO/CÉI) a baissé, passant de 91 % en 1988 à 88 % en 2003. En Asie du Sud (71 %) et en Afrique subsaharienne, la couverture est nettement plus faible, et des deux régions d'Afrique, l'Afrique orientale/australe (72 %) a obtenu de meilleurs résultats que l'Afrique occidentale/centrale (48 %).

Dans certains pays en développement – comme le Bangladesh, la Bolivie et le Brésil – les taux de vaccination ont fortement augmenté dans les années 1990. Dans d'autres pays, en particulier en Afrique subsaharienne où les conflits et les catastrophes naturelles ont entraîné des déplacements massifs de populations, le taux de couverture s'est effondré, exposant des millions de jeunes enfants à la maladie. Par ailleurs, les changements politiques et économiques qui ont suivi l'effondrement de l'Union soviétique ont fait chuter les taux de vaccination en Europe centrale et orientale, ainsi qu'en Asie centrale. L'une des conséquences de ces bouleversements fut la grande épidémie de diphtérie qui s'est déclarée au début des années 1990, faisant 30 000 victimes.⁴

Aujourd'hui, 41 pays en développement ont atteint la cible pour 2010 établie lors de la Session extraordinaire de l'ONU consacrée aux enfants, qui consiste à obtenir une couverture vaccinale de 80 % dans chaque circonscription pour le DTC3. Plusieurs autres pays, en Afrique et ailleurs, ont fait des progrès et accru leur taux de couverture dans les districts les plus mal

desservis, mettant au point des stratégies pour vacciner les enfants dans les communautés d'accès difficile.

Les restrictions auxquelles les systèmes de santé doivent faire face, la pénurie de ressources humaines et financières, les mouvements rapides de personnels sanitaires qualifiés, surtout au niveau du district, la faiblesse de la supervision et de l'utilisation des données, des priorités sanitaires concurrentes, ainsi que l'incapacité, pour certains programmes de santé publique, d'atteindre totalement les familles les plus pauvres, les minorités et les groupes de population vivant dans des régions retirées ou en conflit, sont autant d'éléments qui expliquent la stagnation de la couverture vaccinale de routine.

Pour élargir la couverture, la planification au niveau du pays et du district doit cibler en priorité les populations non desservies et laissées pour compte dans toutes les régions; il faut également prévoir l'adoption de stratégies spécifiques et l'attribution de ressources suffisantes pour atteindre ces populations. Plusieurs pays ont adopté, par exemple, la stratégie Atteindre chaque district, qui vise à améliorer l'équité et la disponibilité des services de vaccination de routine. La plupart des pays conjuguent services de vaccination de routine et activités supplémentaires.

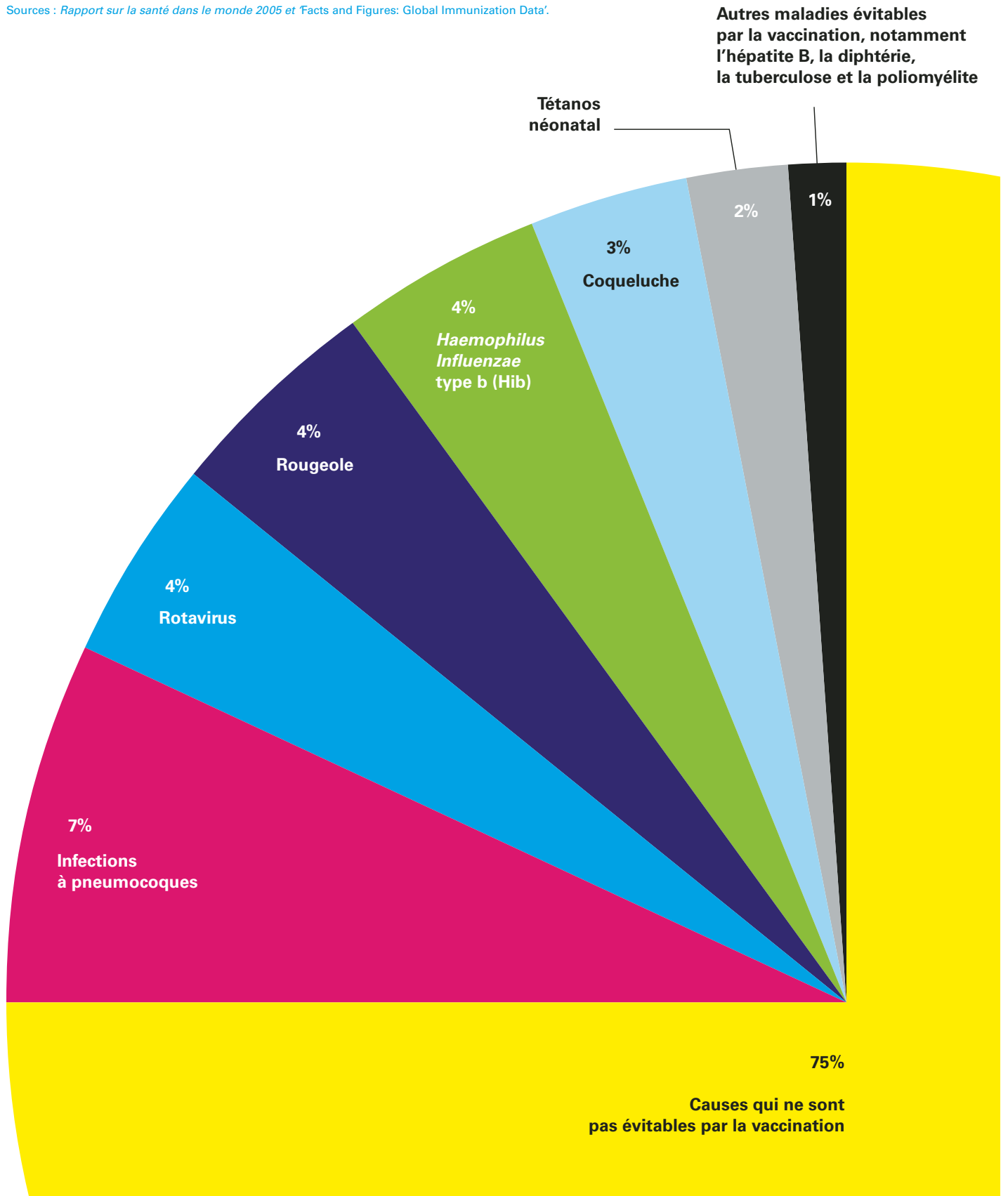
Réduction des taux de mortalité due à la rougeole

La rougeole est l'une des maladies les plus meurtrières parmi les maladies évitables par la vaccination; elle a provoqué environ 530 000 décès en 2003, dont 395 000 étaient des enfants de moins de cinq ans, ce qui représente environ 4 % du nombre total de décès d'enfants de moins de cinq ans dans le monde.⁵ Toutefois, le nombre de décès d'enfants dus à la rougeole est en régression : en 1999, il avait été estimé à 873 000.⁶ On peut donc affirmer que l'objectif visant à réduire de moitié, partout dans le monde, la mortalité due à la rougeole entre 1999 et 2005 est en voie d'aboutir.

Décès d'enfants de moins de 5 ans, par cause, 2000–2003

Selon les estimations, les maladies évitables par la vaccination emporteraient chaque année 1,4 million d'enfants de moins de cinq ans, un chiffre auquel il faut ajouter 1,1 million de décès provoqués par les infections à pneumocoques et à rotavirus. Les vaccins contre les infections à pneumocoques et à rotavirus pourraient être largement disponibles dans les pays en développement d'ici à 2008–2009.

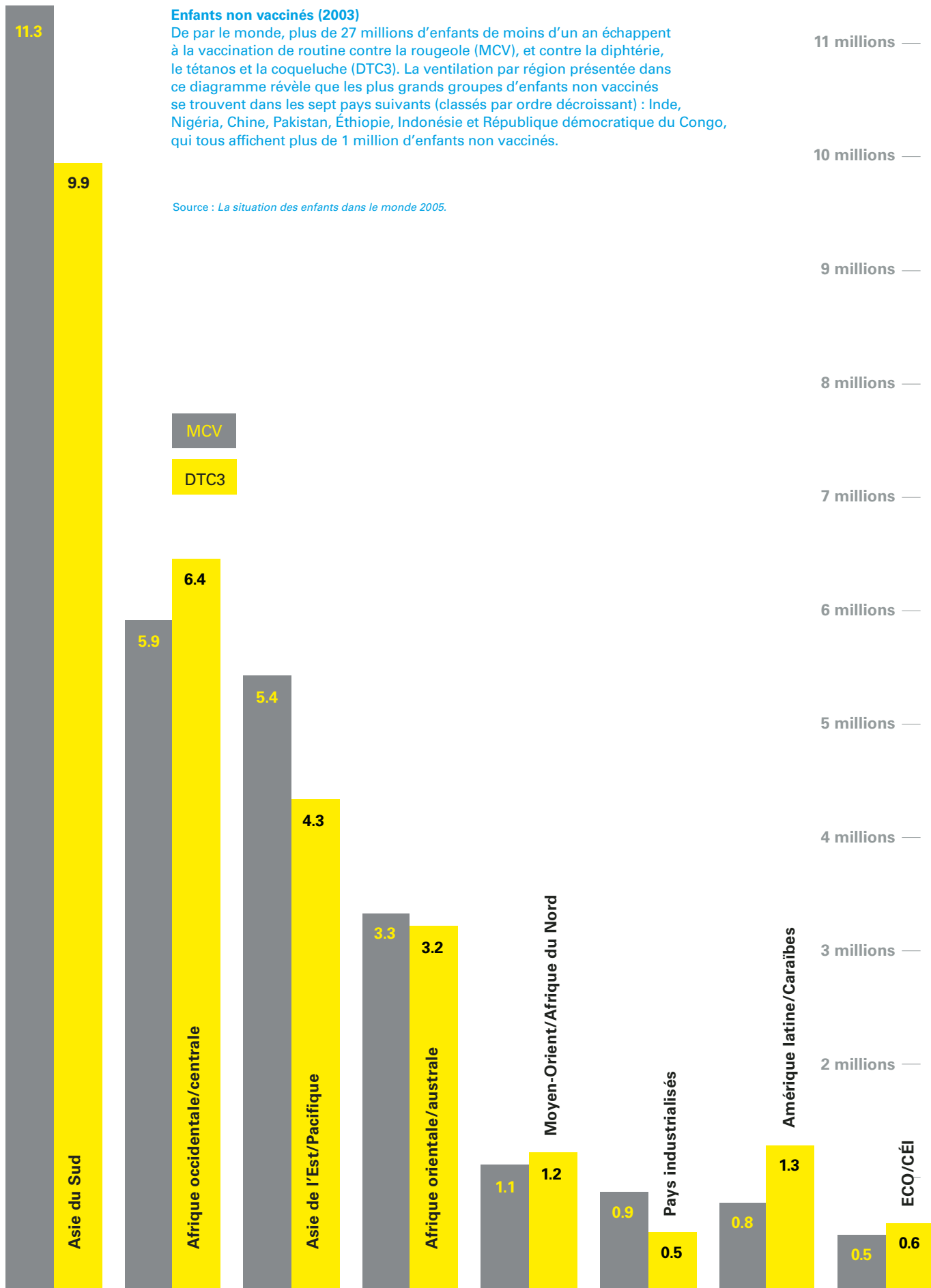
Sources : *Rapport sur la santé dans le monde 2005* et 'Facts and Figures: Global Immunization Data'.



Enfants non vaccinés (2003)

De par le monde, plus de 27 millions d'enfants de moins d'un an échappent à la vaccination de routine contre la rougeole (MCV), et contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC3). La ventilation par région présentée dans ce diagramme révèle que les plus grands groupes d'enfants non vaccinés se trouvent dans les sept pays suivants (classés par ordre décroissant) : Inde, Nigéria, Chine, Pakistan, Éthiopie, Indonésie et République démocratique du Congo, qui tous affichent plus de 1 million d'enfants non vaccinés.

Source : *La situation des enfants dans le monde 2005*.



Ce succès au niveau mondial s'explique notamment par l'organisation d'activités supplémentaires : campagnes et programmes accélérés mis en place fréquemment au niveau national ciblant des enfants d'un large éventail d'âges – jusqu'à 15 ans – et agissant auprès des groupes marginalisés, notamment les enfants touchés par les situations d'urgence. L'Initiative contre la rougeole ⁷ a soutenu des activités supplémentaires dans des pays prioritaires d'Afrique subsaharienne et d'ailleurs.

L'Afrique est aussi sur la bonne voie. Les décès dus à la rougeole ont chuté, passant de 519 000 en 1999 à 282 000 en 2003, soit une réduction de 46 %. Les campagnes nationales de lutte contre la rougeole ont joué un grand rôle dans ce succès, car elles ont permis de vacciner 200 millions d'enfants supplémentaires entre 2001 et 2004.⁸

Poliomyélite

En 1988, quand l'Assemblée mondiale de la santé a résolu d'éradiquer la poliomyélite, le virus provoquait encore des handicaps chez 350 000 enfants dans 125 pays. Depuis lors, l'incidence de la poliomyélite a reculé de 99 %, grâce aux campagnes de vaccination de masse qui ont permis d'administrer le vaccin antipoliomyélitique oral à plus de 2 milliards d'enfants.

En 2004, 1 255 cas seulement ont été notifiés dans le monde.⁹ Les Amériques ont été certifiées exemptes de poliomyélite en 1994, le Pacifique occidental en 2000 et l'Europe en 2002.

Six pays doivent encore juguler la transmission du poliovirus sauvage autochtone : l'Afghanistan, l'Égypte, l'Inde, le Niger, le Nigeria et le Pakistan. Les progrès sont là, mais les défis demeurent. En 2004, une épidémie de poliomyélite qui avait pris sa source en Afrique de l'Ouest, s'est propagée à plusieurs pays exempts de poliomyélite; sa progression a été alimentée par la faiblesse des niveaux d'immunité et un effondrement des services provoqué par la guerre civile dans certains pays de la région. Des pays aussi éloignés que l'Indonésie et le Yémen ont notifié des cas liés à l'épidémie.

L'éradication de la poliomyélite dépendra de la capacité des pays à lancer des campagnes de vaccination soutenues, et notamment des activités de mobilisation sociale massives et bien ciblées, pour éviter toute propagation, en particulier dans les régions les plus pauvres où l'immunité n'est pas totale. Dans ce contexte, le soutien des partenaires des secteurs public et privé de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite est vital : Organisation mondiale de la Santé (OMS), Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis et UNICEF.

L'objectif d'éradication de la poliomyélite sera examiné en octobre 2005 par les partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Une fois que la transmission de la poliomyélite sera jugulée dans toutes les régions, un système vigoureux et constant de surveillance devra confirmer que trois ans se sont écoulés sans cas de poliomyélite pour que l'éradication de la maladie au niveau mondial puisse être certifiée.

Tétanos maternel et néonatal

Avec tous les ans environ 257 000 décès dus au tétanos néonatal et 30 000 femmes qui succombent au tétanos après avoir accouché,¹⁰ l'objectif qui consiste à éliminer le tétanos maternel et néonatal (TMN) – à savoir, réduire l'incidence à moins de 1 cas pour 1 000 naissances vivantes au niveau national dans tous les districts d'un pays – ne sera pas atteint d'ici la fin de 2005, et cela en grande partie en raison de l'incertitude du financement.

Cependant, le nombre de pays qui doivent encore éliminer le TMN a fortement diminué, passant de 90 en 1990 à 58 en 2003. Sur ce total, 34 pays ont adopté de nouvelles mesures ou renforcé leurs activités de vaccination contre le tétanos au cours des quatre dernières années, garantissant ainsi une protection efficace à environ 46 millions de femmes et à leurs nouveau-nés exposés à l'infection dans des régions reculées.¹¹ Qui plus est, l'élimination du TMN dans au moins six pays supplémentaires – Afrique du Sud, Érythrée, Malawi, Namibie, Rwanda et Zimbabwe – a été provisoirement confirmée. Dix autres pays ont achevé leurs activités d'élimination de la maladie. La situation dans ces pays sera examinée afin de valider cette éradication d'ici à 2006.¹²

Les stratégies accélérées de lutte contre la maladie mises en place pour la rougeole, la poliomyélite et le TMN ont prouvé qu'il était possible d'atteindre les populations marginalisées et exclues grâce à l'analyse des données sur les performances au niveau du district, à la microplanification et à la budgétisation, ainsi qu'aux stratégies de communication communautaires. Le recul de la mortalité dépendra aussi du renforcement des services de vaccination de routine de façon à conserver les acquis.

Nouveaux vaccins

L'introduction du vaccin contre l'hépatite B a été largement couronnée de succès et les taux de couverture mondiale progressent régulièrement. En avril 2005, 158 pays avaient incorporé ce vaccin dans leurs programmes de vaccination de routine.¹³ Ce grand succès s'explique par le fait que les données sur l'incidence de la maladie sont bien établies aujourd'hui et par une baisse importante du coût de ce vaccin.

Les pays à revenu faible reçoivent une aide de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), un partenariat secteur public-secteur privé, et de son organe de financement, le Fonds pour les Vaccins, pour l'achat et la livraison du vaccin contre l'hépatite B. L'Alliance mondiale a pour but d'aider tous les pays à introduire le vaccin d'ici à 2007.

L'utilisation du vaccin conjugué contre l'*Haemophilus influenzae* type b (Hib) augmente progressivement mais elle est encore très loin de répondre aux besoins, particulièrement dans les pays les plus pauvres, une fois encore en raison de priorités concurrentes au niveau national, de l'absence de financement durable et d'un coût élevé face à une demande faible. En avril 2005, 96 pays vaccinaient les enfants contre le Hib dans le cadre de leurs programmes de vaccination de routine.¹⁴

Les vaccins contre les infections à pneumocoques et à méningocoques, ainsi que contre les rotavirus, sont en cours d'amélioration. Ces vaccins, qui permettront d'épargner des millions de vies d'enfants et de les protéger contre les handicaps, seront plus largement disponibles dans les pays en développement en 2008 ou 2009.

Les nouveaux vaccins sont beaucoup plus onéreux que les vaccins traditionnels et la majorité des pays en développement manquent toujours cruellement des ressources financières et techniques qui permettraient de les introduire et de les utiliser durablement dans les programmes de vaccination de routine. Le développement de la chaîne du froid et des capacités de livraison, la détermination de l'incidence des maladies et la fiabilité des prévisions sont autant de questions supplémentaires auxquelles il faut faire face.

À cet égard, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination a réussi dans une large mesure à mobiliser des ressources pour les pays désireux d'introduire de nouveaux vaccins ou des vaccins sous-utilisés dans leurs programmes de vaccination. Depuis son lancement en 2000, elle a accordé des subventions sur cinq ans pour un montant total de 1,4 milliard de dollars à 72 pays éligibles pour tous les soutiens.¹⁵ Avec l'arrivée des nouveaux vaccins, la difficulté consistera à garantir la viabilité financière de la vaccination une fois que le soutien de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination aura pris fin.

LA VOIE DU PROGRÈS

En mai 2005, l'OMS et l'UNICEF ont lancé « La vaccination dans le monde : vision et stratégie » pour 2006–2015 pour relever les défis évoqués ci-dessus. Les objectifs et les stratégies qui composent l'initiative peuvent être classés en quatre grandes catégories :

1. Vacciner un plus grand nombre de personnes contre un plus grand nombre de maladies grâce à un amalgame approprié de stratégies de routine et de campagnes, en accordant une attention sans précédent au ciblage des laissés pour compte.
2. Introduire un éventail de technologies et de vaccins récents, en privilégiant leur mise au point et en aidant les pays à évaluer leurs besoins, planifier et établir leurs priorités, pour obtenir ensuite les fonds nécessaires.
3. Organiser un certain nombre d'interventions sanitaires essentielles en marge de la vaccination, l'accent étant mis sur le rôle de la vaccination dans la consolidation des systèmes de santé grâce au renforcement des capacités en matière de ressources humaines, à l'amélioration de la logistique et à la garantie des ressources financières.
4. Établir un apport équitable et sûr de ressources pour la vaccination grâce à une collaboration entre les gouvernements, les organisations internationales, les donateurs et les producteurs de vaccins, tant dans les pays industrialisés que dans les pays en développement.

« La vaccination dans le monde : vision et stratégie » repose sur une collaboration étroite depuis plusieurs décennies entre l'OMS, l'UNICEF, les gouvernements hôtes et d'autres partenaires. Les principes directeurs qui sous-tendent cette initiative sont, notamment, l'équité de l'accès aux vaccins; des prestations de services vigoureuses au niveau du district; la pérennité grâce au renforcement des capacités, tant techniques que financières; la compétence du gouvernement et la responsabilité des acteurs. Des activités spécifiques seront entreprises conformément aux priorités nationales et au taux de financement.

Il est bien clair qu'il faudra trouver des ressources supplémentaires pour que cette vision devienne réalité. Environ 1 milliard de dollars a été consacré à la vaccination de routine par les vaccins traditionnels en 2000; ce montant devrait être multiplié par deux d'ici à 2006, d'une part en raison de l'arrivée de nouveaux vaccins et d'autre part à cause de la pression exercée en faveur de la réduction de la mortalité grâce à une utilisation plus systématique des vaccins dont nous disposons actuellement. D'ici à 2015, si tous ces objectifs sont atteints, on s'attend à ce que le coût annuel de la vaccination soit multiplié par trois par rapport à celui de 2006, pour atteindre environ 6 milliards de dollars.¹⁶

Mais la planète retirera de cet investissement un dividende inestimable, en termes de vies épargnées et d'incapacités évitées. D'ici à 2015, la vaccination pourrait épargner de 4 à 5 millions de vies d'enfants par an.¹⁷ La vaccination va de plus en plus souvent de pair avec d'autres interventions sanitaires lors des journées consacrées à la santé infantile, ainsi que dans les services et campagnes d'information. Pour toutes ces raisons, la vaccination continue à être l'un des investissements les plus rentables dans la santé.

Pendant la dernière décennie, nous avons été témoins de l'apparition de mécanismes novateurs de financement : Le Fonds auto-renouvelable pour les vaccins de l'Organisation panaméricaine de la Santé, ARIVA (Appui au renforcement de l'indépendance vaccinale en Afrique), l'Initiative pour l'indépendance vaccinale, le Fonds pour les vaccins de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, et l'inclusion de la vaccination dans les documents stratégiques de réduction de la pauvreté des pays individuels. Dans un avenir proche, de nouveaux mécanismes de financement à large base – comme la consolidation du soutien à la vaccination par l'intermédiaire des institutions internationales de financement – pourraient stimuler encore cette expansion.

La contribution de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et de l'Initiative contre la rougeole, entre autres partenariats mondiaux, a déjà été mentionnée dans ce rapport. Les autorités locales, les organisations non gouvernementales, les chefs traditionnels, les autorités religieuses et les organisations de la société civile sont des alliés puissants sur le terrain, surtout quand il s'agit d'atteindre des groupes d'exclus, d'améliorer les performances au niveau du district, de réunir des ressources et d'optimiser la coordination.

L'élargissement de la couverture vaccinale, que ce soit pour les vaccins traditionnels ou les nouveaux vaccins, afin de faire reculer la mortalité infantile, continuera à poser un défi tant aux gouvernements des pays en développement qu'à leurs partenaires des organisations internationales. Mais la difficulté n'est pas insurmontable. L'heure n'est pas aux tergiversations devant le coût supplémentaire de la vaccination universelle; elle constitue le moyen le plus efficace et rentable de réduire le nombre de décès d'enfants – et, de ce fait, de mettre à notre portée la réalisation d'un des principaux Objectifs du Millénaire pour le développement.

NOTE SUR LES ANALYSES RÉGIONALES

Les analyses régionales qui commencent à la page suivante prennent le vaccin à valence rougeole (MCV) plutôt que le DTC3 comme indicateur primaire du progrès vers la réalisation de l'objectif qui consiste à afficher une couverture vaccinale de 90 % au niveau national.

La vaccination contre la rougeole – comme les taux de mortalité des moins de cinq ans et de mortalité infantile – est l'un des principaux indicateurs utilisés pour suivre les progrès vers la réalisation de l'OMD 4. La rougeole est aussi l'une des maladies les plus meurtrières des enfants de moins de cinq ans parmi les maladies évitables par la vaccination. La couverture de routine est essentielle pour prévenir les décès provoqués par la rougeole dans les cohortes de naissance à venir; il s'agit donc d'un indicateur important.

Dans l'ensemble, tant la région de l'Amérique latine/Caraïbes que celle de l'ECO/CÉI et les pays industrialisés, affichent une couverture de 90 % contre la rougeole et ces régions vont probablement maintenir ces niveaux. La région du Moyen-Orient/Afrique du Nord va probablement améliorer son score assez rapidement pour atteindre cet objectif d'ici à 2010. Mais l'Asie de l'Est/Pacifique devra procéder à des améliorations sérieuses, tandis que l'Asie du Sud et l'Afrique subsaharienne, qui sont à la traîne, devront augmenter de 3,2 et 4,1 points de pourcentage,

respectivement, leurs taux annuels moyens pour atteindre une couverture de 90 % d'ici à 2010.

Les moyennes régionales ne brossent pas un tableau précis de la situation, ignorant les succès remportés dans des régions qui affichent de mauvais résultats et les îlots d'échec dans les régions couronnées de succès. Tant la région de l'Amérique latine/Caraïbes que celle de l'ECO/CÉI, par exemple, comptent des pays dont la situation est préoccupante, tandis que de nombreux pays d'Afrique affichent des progrès notables.

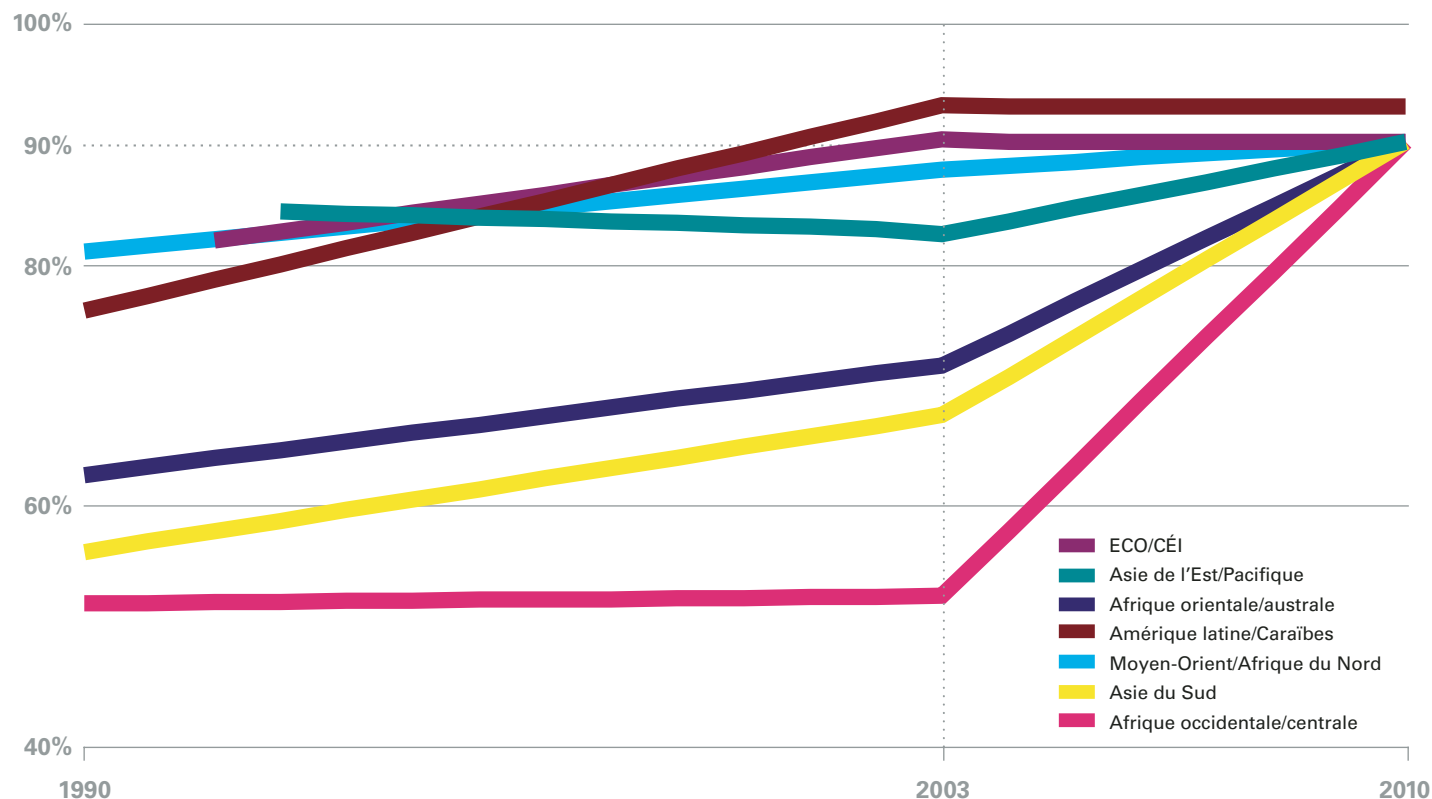
La couverture de routine ne prend pas en compte le nombre colossal d'enfants et de femmes protégés grâce aux activités supplémentaires de vaccination – campagnes spéciales visant à réduire les taux de mortalité et de morbidité, en particulier dans les groupes laissés pour compte par les programmes de vaccination de routine.

Le succès des campagnes de vaccination contre la rougeole qui ne font pas partie des interventions de routine – décrites dans la section ci-dessus consacrée à la réduction des taux de mortalité due à la rougeole – illustre bien le fait que la couverture vaccinale de routine contre la rougeole ne présage pas à elle seule une réduction des décès d'enfants dus à des maladies évitables par la vaccination.

Tendances en matière de couverture par le MCV, 1990–2010

Progrès accomplis région par région vers une couverture de 90 % par le vaccin à valence rougeole. Les lignes de tendance pour 1990–2003 représentent les niveaux de couverture observés. Les lignes de tendance pour 2004–2010 représentent le taux annuel moyen d'accroissement nécessaire pour atteindre l'objectif en 2010.

Source : *La situation des enfants dans le monde 2005*.



Des taux plus élevés de vaccination sont nécessaires.

L'Afrique orientale/ australe vaccine 71 % de ses enfants contre la rougeole dans le cadre de ses services de routine; la couverture a progressé à un taux annuel de 0,7 points de pourcentage entre 1990 et 2003. Il reste encore un long chemin à parcourir pour obtenir la couverture vaccinale voulue de 90 %. Il faudra pour cela que le taux d'accroissement augmente de 2,6 points de pourcentage par an jusqu'en 2010.

Des taux plus élevés de vaccination sont désespérément nécessaires. Avec 156 décès d'enfants pour 1 000 naissances vivantes, l'Afrique orientale/ australe affiche un taux de mortalité des moins de cinq ans supérieur à celui de toutes les autres régions du monde, exception faite de l'Afrique occidentale/ centrale.

En termes de couverture vaccinale contre la rougeole, les pays de la région qui affichent les meilleurs résultats sont les Seychelles, qui vaccinent 99 % de leurs enfants, et la République-Unie de Tanzanie, avec un taux de 97 %.

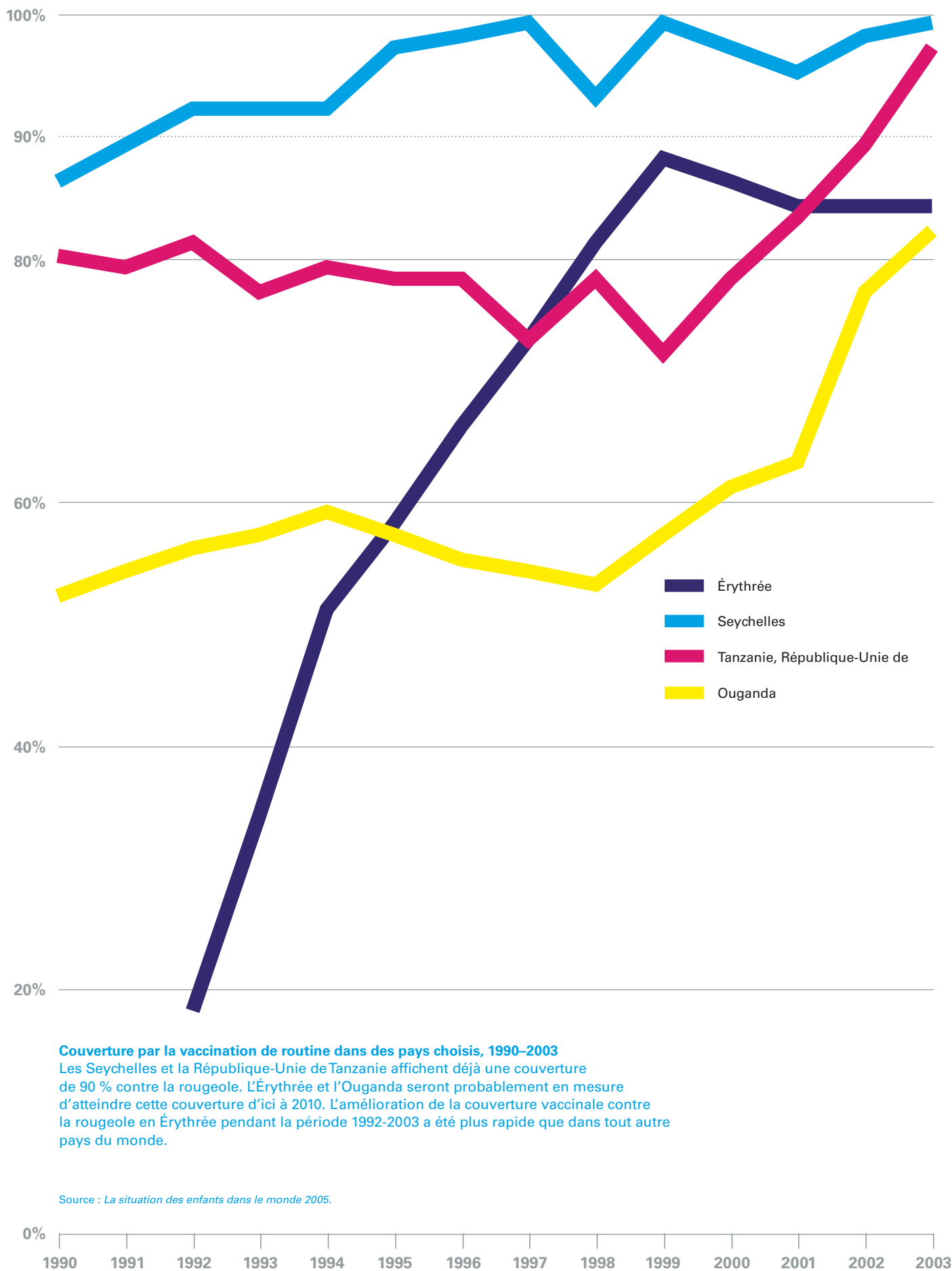
L'Érythrée et l'Ouganda n'ont pas encore atteint l'objectif mais devraient pouvoir le faire d'ici à 2010. L'Érythrée mérite

À ce jour, l'initiative de vaccination Atteindre chaque district (voir page 4) de l'OMS/ UNICEF a été lancée dans près de la moitié des pays de la région.

AFRIQUE ORIENTALE/AUSTRALE : UN LONG CHEMIN À PARCOURIR

une mention spéciale car, en 1992 encore, la vaccination contre la rougeole ne protégeait que 18 % des enfants. Mais pendant la décennie qui a suivi, la couverture a augmenté au taux moyen phénoménal de 6 points de pourcentage par an – ce qui est de loin le taux d'accroissement le plus rapide du monde pendant cette période. En regardant les chiffres de plus près, on s'aperçoit que l'Érythrée affichait des taux de croissance de la couverture aussi impressionnants pour tous les principaux vaccins déjà en 1999, mais que la couverture a légèrement diminué depuis.

Les 14 autres pays de la région devront améliorer leur taux moyen de croissance annuelle pour atteindre l'objectif de la couverture vaccinale de 90 % contre la rougeole. Dans quatre pays – Angola, Éthiopie, Madagascar et Somalie – l'amélioration devra être notable : en moyenne au moins 4 points de pourcentage par an. La Somalie, qui a le plus long chemin à parcourir, devra opérer une transformation encore plus radicale que celle de l'Érythrée pour atteindre une couverture de 90 %; la couverture de routine était de 40 % en 2003.



Couverture par la vaccination de routine dans des pays choisis, 1990–2003

Les Seychelles et la République-Unie de Tanzanie affichent déjà une couverture de 90 % contre la rougeole. L'Érythrée et l'Ouganda seront probablement en mesure d'atteindre cette couverture d'ici à 2010. L'amélioration de la couverture vaccinale contre la rougeole en Érythrée pendant la période 1992-2003 a été plus rapide que dans tout autre pays du monde.

Source : *La situation des enfants dans le monde 2005*.

Aucun progrès n'a été enregistré entre 1990 et 2003.

L'Afrique occidentale/centrale doit agir de toute urgence pour renforcer sa couverture vaccinale. Non seulement elle affiche, et de loin, la couverture la plus faible du monde – en 2003, 52 % seulement des enfants ont été vaccinés contre la rougeole dans le cadre des services de vaccination de routine – mais elle n'a enregistré aucun progrès entre 1990 et 2003.

La région notifie aussi le taux de mortalité des moins de cinq ans le plus élevé de la planète, avec 193 décès d'enfants pour 1 000 naissances vivantes, alors que la moyenne est de 87 pour 1 000 naissances vivantes pour l'ensemble des pays du monde en développement.

Trois pays seulement de la région pourront probablement atteindre l'objectif de 90 % des enfants vaccinés contre la rougeole d'ici à 2010 – la Gambie, qui a déjà atteint cette cible, plus le Ghana et Sao-Tomé-et-Principe, que l'on considère être sur la bonne voie. Tous les 21 autres pays doivent encore faire de grands progrès.

La couverture vaccinale de routine pour la rougeole n'est que de 35 % en République centrafricaine et au Nigéria, qui sont les pays du monde dont la couverture vaccinale contre la rougeole est la plus faible; le taux annuel moyen d'accroissement nécessaire est de 7,9 points de pourcentage. Cependant, dans ces deux pays, ainsi qu'au Burkina Faso, au

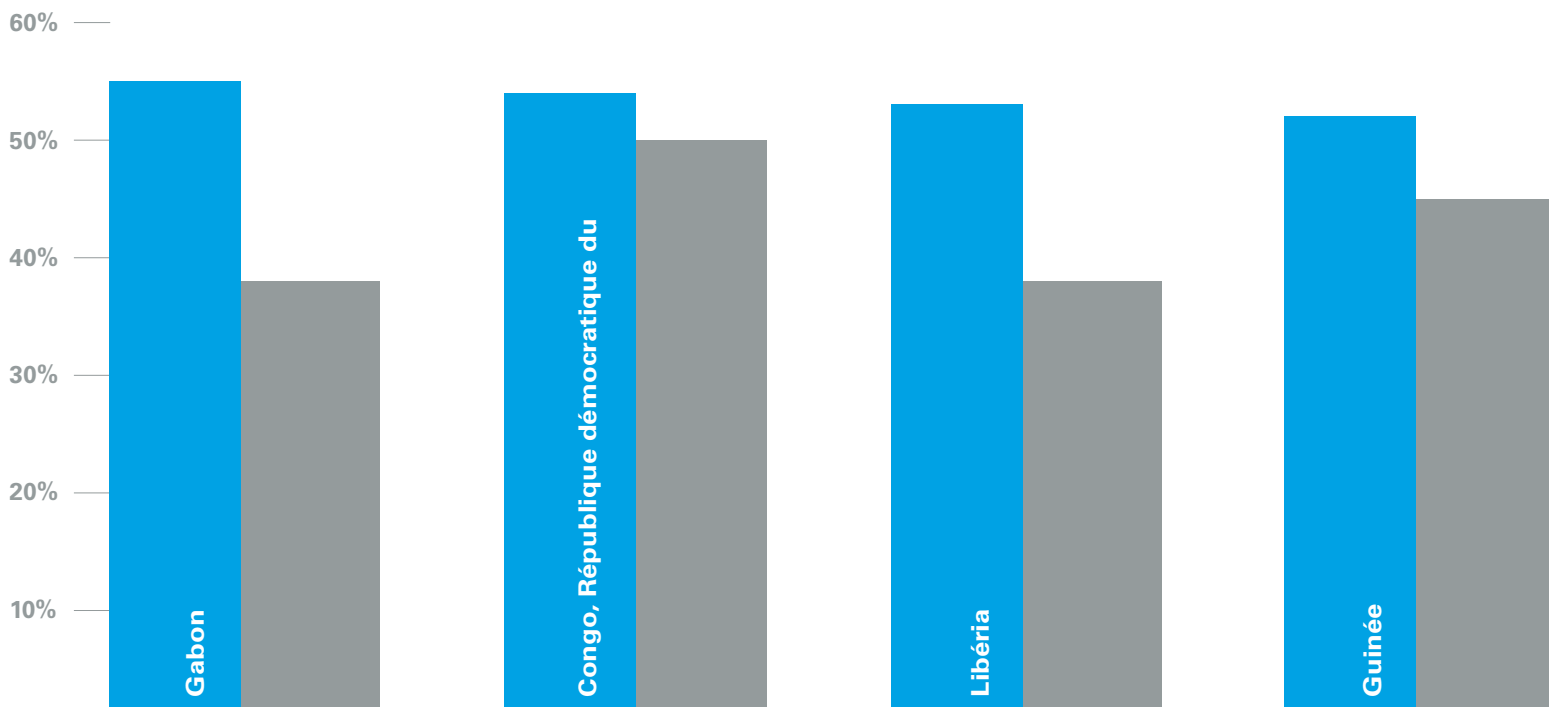
Cap-Vert, au Congo, au Gabon, en Guinée équatoriale et au Togo, la couverture vaccinale a, en fait, baissé entre 1990 et 2003.

La situation est particulièrement déplorable au Nigéria en raison de la taille imposante de sa population : avec 2,9 millions d'enfants de moins d'un an qui ne sont pas protégés contre la rougeole, ce pays compte davantage d'enfants non vaccinés que tout autre pays du monde, exception faite de l'Inde.

Les situations d'urgence, l'instabilité et l'insécurité qui règnent dans la moitié des pays de la région entravent fortement la mise en place d'activités régulières de vaccination. L'autre problème est la pénurie de fonds pour financer les vaccins utilisés dans la vaccination de routine. Sur les 24 pays de la région, huit pays (le Bénin, le Congo, la Guinée-Bissau, la Guinée-équatoriale, le Libéria, la République démocratique du Congo, la République centrafricaine et le Togo) dépendent entièrement des donateurs extérieurs pour le financement des vaccins traditionnels du PEV et pour le soutien aux activités de vaccination.

La pénurie de personnels sanitaires capables de mettre en œuvre les activités de vaccination aux niveaux du district et des services périphériques explique encore la faiblesse des performances, en particulier dans les pays couvrant de larges

AFRIQUE OCCIDENTALE/CE URGENCE



zones géographiques et où l'accès aux régions isolées est difficile.

Néanmoins, plusieurs pays ont obtenu des résultats positifs. Au nombre des améliorations notables affichées pendant la période 1990 à 2003, on peut citer le Niger, avec une augmentation de 3 points de pourcentage chaque année, et la Mauritanie, avec 2,5 points.

L'Initiative contre la rougeole a soutenu des campagnes au niveau national en 2004 afin de compenser la faible couverture de la vaccination de routine et d'accélérer la réduction de la mortalité. Le Burkina Faso, le Mali, la Mauritanie et le Togo ont affiché une couverture pratiquement universelle.

La campagne de santé intégrée qui a ciblé les enfants de moins de cinq ans au Togo en décembre 2004 fut l'occasion non seulement de vacciner les enfants contre la rougeole et la poliomyélite, mais aussi de procéder à d'autres interventions sanitaires, comme la distribution de moustiquaires traitées à l'insecticide longue durée et l'administration de médicaments vermifuges.

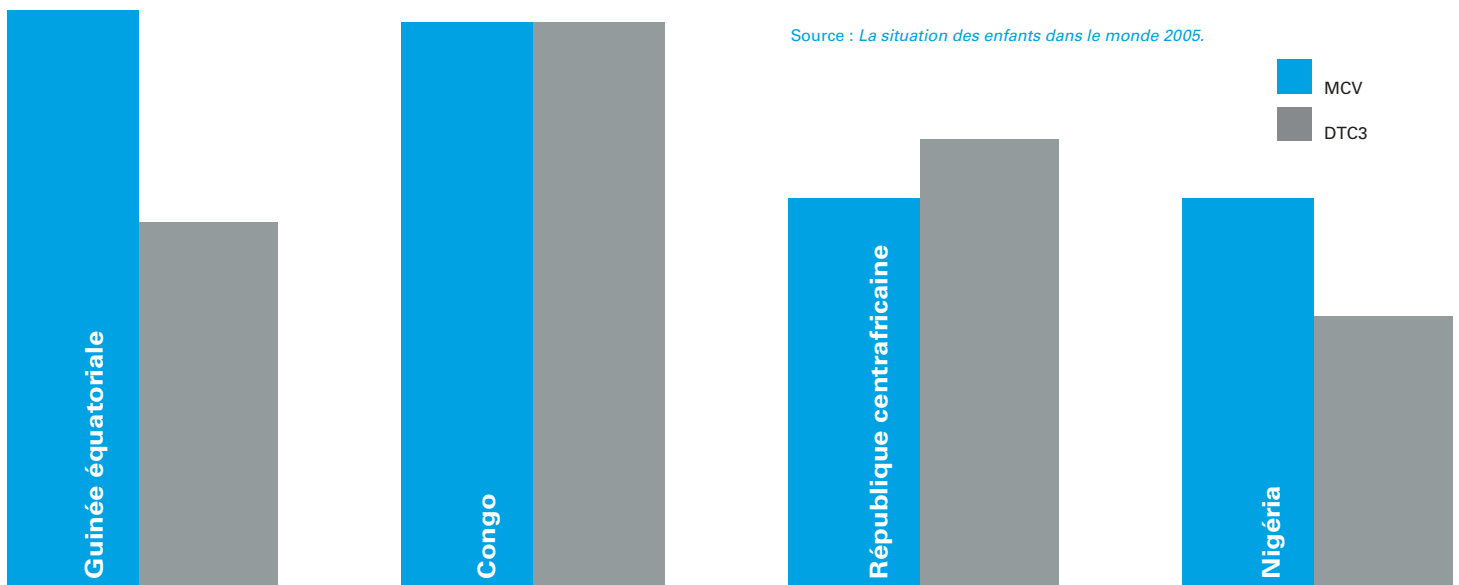
L'une des priorités stratégiques de l'UNICEF dans la région a porté sur le Programme accéléré pour la survie et le développement de l'enfant, dont les activités s'adressent à 16 millions

de personnes dans des districts sélectionnés dans 11 pays affichant des taux élevés de mortalité des moins de cinq ans. Les interventions de base portent sur la vaccination contre la rougeole et par le DTC3, ainsi que la distribution de suppléments de vitamine A et de moustiquaires imprégnées d'insecticide aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans.

CENTRALE : AGIR DE TOUTE

Couverture par le MCV et le DTC3 dans des pays choisis, 2003

Huit pays de la région devront afficher un taux annuel moyen d'accroissement de plus de 5 points de pourcentage pour atteindre une couverture de 90 % par la vaccination contre la rougeole. La couverture par le DTC3 dans ces pays est généralement plus faible et devra être améliorée pour atteindre l'objectif.



La région devra accélérer le rythme pour atteindre la cible.

L'Asie du Sud a élargi la couverture par la vaccination de routine plus rapidement que toute autre région à l'exception de l'Amérique latine/Caraïbes entre 1990 et 2003, avec un accroissement annuel moyen de 0,9 points de pourcentage pour la rougeole. Cependant, avec une couverture vaccinale antirougeoleuse de 67 % en 2003, la région devra accélérer considérablement son rythme pour arriver à une couverture de 90 % en 2010.

Les Maldives et Sri Lanka ont tous deux déjà atteint cet objectif et pourront probablement conserver leurs taux de couverture. Au Bhoutan, la couverture a glissé juste en dessous des 90 % au cours des dernières années. Tous les autres pays de la région devront faire des progrès notables s'ils veulent avoir une chance d'atteindre cet objectif, surtout l'Afghanistan et le Pakistan, les deux pays dans lesquels l'augmentation devra être la plus forte. Bien que l'Afghanistan ait affiché le taux le plus faible de couverture vaccinale contre la rougeole, qui se situait autour de 50 % en 2003, ce taux représentait déjà un immense progrès par rapport aux quelques 20 % réalisés en 1990 et incluait une progression de six points de pourcentage rien qu'entre 2002 et 2003.

La grande population indienne, avec une couverture vaccinale de deux tiers des enfants, abrite donc deux fois plus d'enfants

également leurs points faibles : structures de base qui laissent à désirer et médiocrité des salaires des soignants, ce qui ne les incite pas à travailler dans les régions retirées.

En Inde, la Mission nationale pour la santé rurale (2005–2010) a été lancée pour contrecarrer la diminution de la couverture vaccinale et réduire le nombre d'épidémies. Elle cherche à élargir la base des approches actuelles, qui ciblent principalement la poliomyélite, et à rendre les services de routine plus équitables. Cette mission a été lancée pour faire face aux récentes épidémies de rougeole, coqueluche et diphtérie qui ont sévi dans le nord du pays.

ASIE DU SUD : ENCORE DES PROGRÈS À ACCOMPLIR

non vaccinés que tout autre pays : environ 7,8 millions d'enfants ne sont pas protégés contre la rougeole. Le Pakistan affiche, pour sa part, environ 1,9 million d'enfants non vaccinés.

En Afghanistan, le taux de mortalité des moins de cinq ans est toujours très élevé – 257 décès d'enfants pour 1 000 naissances vivantes, un taux qui n'est supérieur qu'en Angola, au Niger et en Sierra Leone. La vaccination de 11,2 millions d'enfants afghans âgés de 6 mois à 12 ans – notamment dans le cadre d'une grande campagne organisée en 2002–2003 – a fait reculer le nombre de cas de rougeole notifiés et a permis d'éviter 35 000 décès par la rougeole chaque année.¹⁸

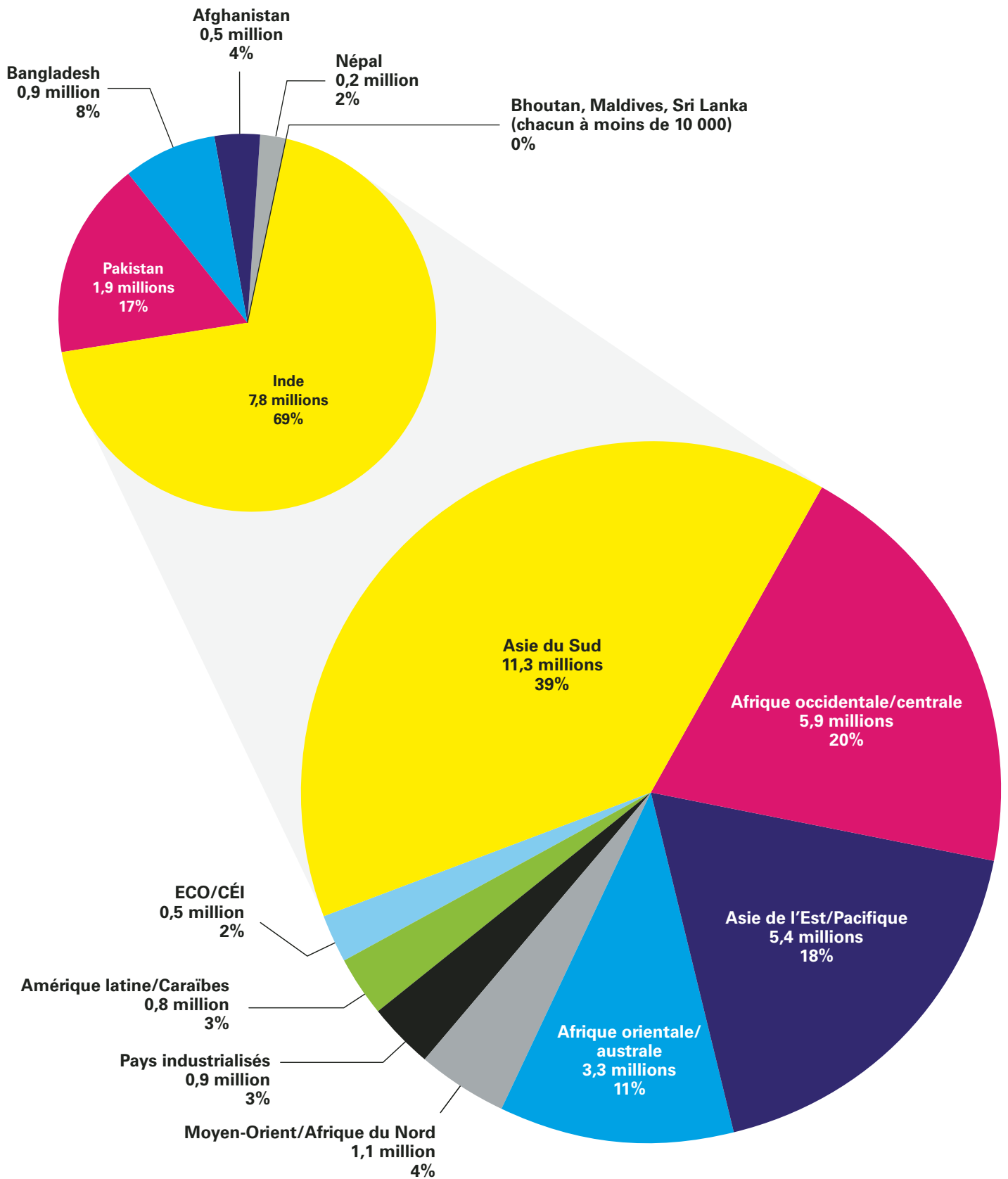
Malgré le conflit civil qui se poursuit dans ce pays, le Népal a enregistré un taux annuel moyen d'accroissement relativement élevé de la couverture vaccinale contre la rougeole à 1,4 points de pourcentage entre 1990 et 2003.

La couverture par la vaccination de routine reste faible dans certaines zones de la région. Ce fait s'explique en partie par l'absence de capacités de planification au niveau du district, de fonds pour mener à bien des activités de sensibilisation et de supervision, et de systèmes de suivi pour surveiller les progrès. Mais les systèmes de santé plus larges de la région ont

Enfants non vaccinés contre la rougeole, région par région et en Asie du Sud, 2003

De toutes les régions, c'est l'Asie du Sud qui compte le plus grand nombre d'enfants sans protection contre les maladies évitables par la vaccination, en particulier 7,8 millions d'enfants en Inde et 1,9 million d'enfants au Pakistan ne seraient pas vaccinés contre la rougeole.

Source : *La situation des enfants dans le monde 2005*, avec calculs supplémentaires effectués par l'UNICEF.



Certains pays de la région n'atteindront pas la cible.

Avec un taux de couverture de routine contre la rougeole de 88 % en 2003, la région du Moyen-Orient/Afrique du Nord est sur la bonne voie pour atteindre une couverture de 90 %. Le seul fait de maintenir son taux annuel d'accroissement depuis 1990 lui suffirait pour atteindre ce but. Néanmoins, comme c'est souvent le cas, le tableau général des moyennes régionales cache une autre réalité : plusieurs pays de la région n'atteindront pas leur cible sans des améliorations notables au cours des quelques prochaines années.

Sur les 20 pays et territoires de la région, 16 affichent déjà une couverture de 90 % pour la vaccination contre la rougeole. Pratiquement tous ces pays sont capables de financer intégralement leurs campagnes de vaccination, ce qui prouve l'engagement de leurs gouvernements envers cet aspect de la santé des enfants et constitue un bon indicateur de pérennité de leurs efforts.

Les succès les plus remarquables sont sans doute ceux des pays qui se relèvent tout juste d'un conflit ou qui sont toujours en guerre. Le Koweït et le Liban se sont redressés rapidement après la guerre dans les années 1990 et ils affichent aujourd'hui une couverture quasi-universelle pour les principaux vaccins. Le Territoire palestinien occupé a réussi à atteindre une très

intégrale ses campagnes de vaccination. Le Soudan n'a jamais obtenu de couverture supérieure aux deux tiers (en 2001) pour le vaccin antirougeoleux, mais même ce taux a diminué, subissant le contrecoup du conflit qui s'est poursuivi au Darfour en 2004 et qui a isolé la région.

MOYEN-ORIENT/ AFRIQUE DU NORD : SUR LA BONNE VOIE

bonne couverture depuis 1995, avec un taux de vaccination de 99 % contre la rougeole aujourd'hui. Le redressement de l'Iraq après 13 ans de sanctions et deux ans de guerre est plus problématique, mais le système de la chaîne du froid, qui avait été détruit, a été remis en état; en 2003, la couverture contre la rougeole était de 90 %.

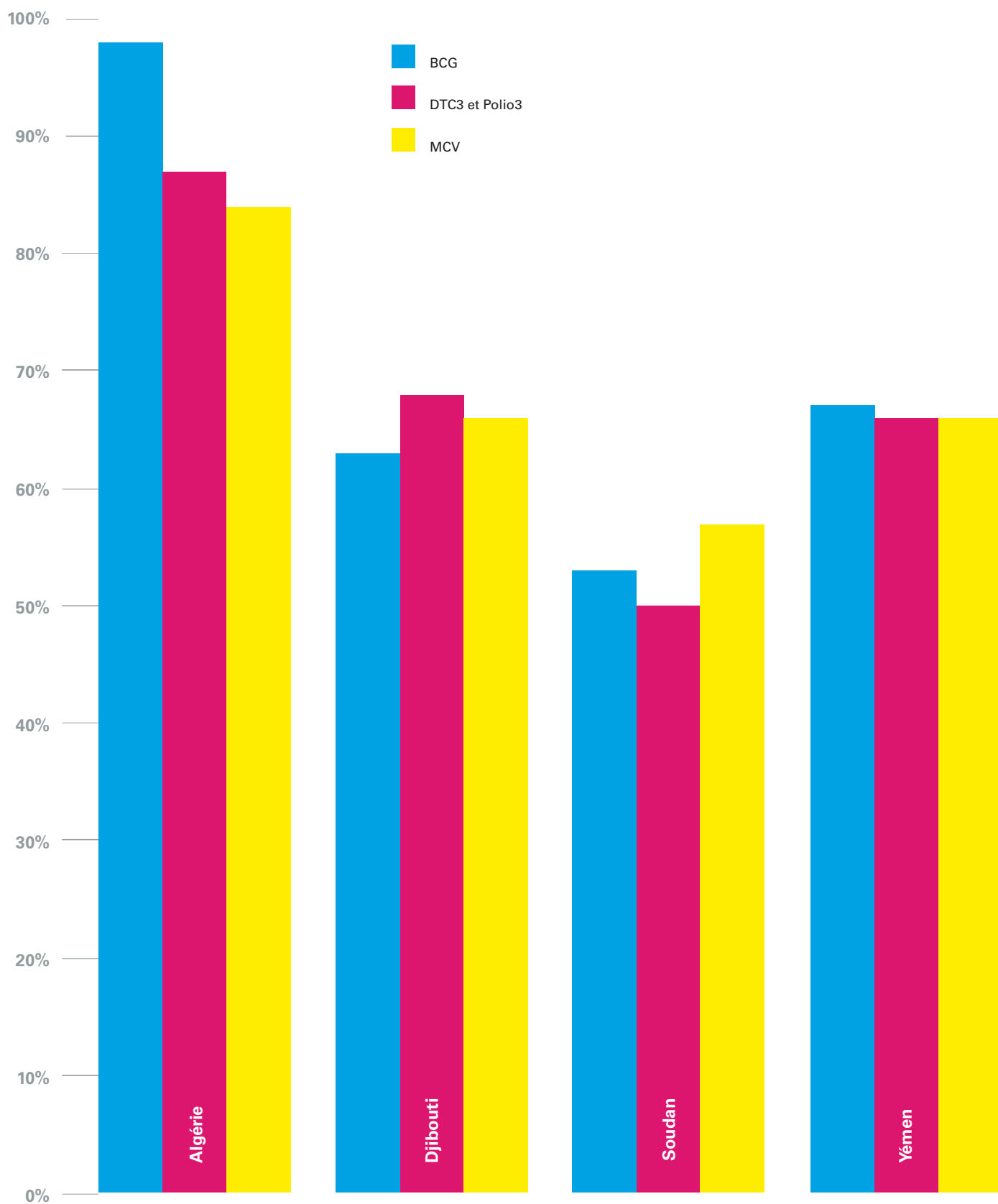
L'Algérie, Djibouti, le Soudan et le Yémen devront réaliser de grands progrès s'ils veulent que leurs enfants soient réellement protégés contre la maladie. L'Algérie affiche une meilleure couverture pour les autres vaccins que pour la rougeole, à 84 %. Djibouti a enregistré un taux de couverture vaccinale contre la rougeole beaucoup plus faible en 2003 qu'en 1990, mais pendant les dernières années, les taux ont nettement progressé après une chute catastrophique à un taux à peine supérieur à 20 % en 1998-1999 due à une panne dans la chaîne du froid.

Le Yémen a aussi souffert d'un recul marqué au milieu des années 1990 à cause du retrait de l'aide des donateurs et des troubles civils qui ont secoué le pays; la tendance dans ce pays n'est toujours pas systématiquement à la hausse puisque les taux se sont améliorés au début des années 2000, ont diminué à nouveau pour remonter en 2004. Aujourd'hui, le pays finance

Couverture par la vaccination de routine dans des pays choisis, 2003

Quatre pays de la région devront faire des progrès pour atteindre une couverture vaccinale contre la rougeole de 90 % d'ici à 2010. Ci-dessous : les niveaux de protection vaccinale contre la tuberculose (BCG), la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC3), la poliomyélite (trois doses de vaccin antipoliomyélitique, Polio3) et la rougeole (MCV).

Source : *La situation des enfants dans le monde 2005*.



La région va probablement maintenir sa couverture, voire l'élargir encore.

La région de l'ECO/CÉI dans son ensemble a atteint l'objectif qui consiste à afficher une couverture vaccinale de 90 % contre la rougeole en 2003. Le défi consiste aujourd'hui à vacciner les 10 % restants des enfants – ceux qui vivent dans des régions retirées, les pauvres des zones urbaines, les minorités et les enfants dans des situations de conflit – qui ne bénéficient toujours pas de la vaccination de base. Ces enfants sont souvent ceux qui ont le plus grand besoin d'être vaccinés mais on ne peut les atteindre qu'en appliquant des stratégies différentes.

La protection contre la rougeole dans la région de l'ECO/CÉI s'est améliorée à un taux moyen de 0,8 points de pourcentage depuis 1992. La région va probablement pouvoir maintenir, voire élargir cette couverture. Le nombre de cas de maladies évitables diminue et en 2002, l'Europe, y compris les pays de l'ECO/CÉI, a été certifiée zone exempte de poliomyélite.

Sur les 20 pays de la région, 15 ont déjà atteint l'objectif de 90 % pour la vaccination contre la rougeole et trois autres pays – la Bosnie-Herzégovine, la Serbie-et-Monténégro et le Tadjikistan – ont de bonnes chances de l'atteindre, chacun d'entre eux ayant besoin d'un taux annuel de croissance inférieur à celui qu'ils ont déjà affiché entre 1992 et 2003. En Bosnie-Herzégovine, l'amélioration du taux de vaccination depuis la fin de la guerre civile en 1995 fut impressionnante; elle

Dans 11 des pays de la région éligibles pour participer à l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, les seringues autodestructibles sont utilisées systématiquement, mais l'utilisation de ces seringues dans les autres pays de la région, notamment en Fédération de Russie et en Turquie, est pratiquement inexistante.¹⁹

L'autre grande difficulté à surmonter est toujours la qualité de la vaccination et l'absence de mécanismes adéquats dans tous les pays permettant de diagnostiquer et de prendre en charge les réactions aux vaccins. Cette situation est à l'origine d'articles négatifs dans les médias et de rumeurs fréquentes sur la qualité des vaccins qui ont gravement entamé la confiance du grand public. L'absence d'autorités nationales de réglementation responsables du contrôle et de la sécurité des vaccins dans la plupart des États qui ont accédé récemment à l'indépendance alimente ce type de spéculation.

La couverture vaccinale qui est généralement forte a permis à cette région de concentrer son attention sur les enfants qui avaient été difficiles à atteindre jusque là. Les systèmes nationaux de suivi et de surveillance ont été adaptés de façon à pouvoir utiliser des données ventilées. En outre, la Géorgie et la Serbie-et-Monténégro ont organisé des campagnes de « rattrapage » ciblées afin de vacciner les enfants du groupe ethnique rom et les enfants déplacés. La campagne lancée en

ECO/CÉI : ATTEINDRE LES DERNIERS 10 POUR CENT

a dépassé la cible de 90 % de couverture en 2001 avant de repasser au-dessous de la barre en 2003.

Cependant, même dans une région qui affiche des indicateurs aussi positifs pour la vaccination, deux pays vont devoir procéder à des améliorations pour atteindre leur objectif : la Turquie et la Géorgie. La Turquie a maintenu un taux de couverture proche de 90 % pour le BCG, le vaccin qui protège contre la tuberculose, pendant plus d'une décennie, montrant ainsi de quoi elle est capable; mais en ce qui concerne les autres vaccins, les résultats sont plus mitigés. La vaccination contre la rougeole avait atteint le seuil de 90 % en 2001 avant de retomber à 75 % en 2003. Avec un taux de couverture de routine de la rougeole de 73 % en 2003, la Géorgie devra doubler son taux moyen d'accroissement : de 1,2 points de pourcentage pour la période 1990–2003 elle devra passer à 2,4 points de pourcentage pendant la période 2004–2010.

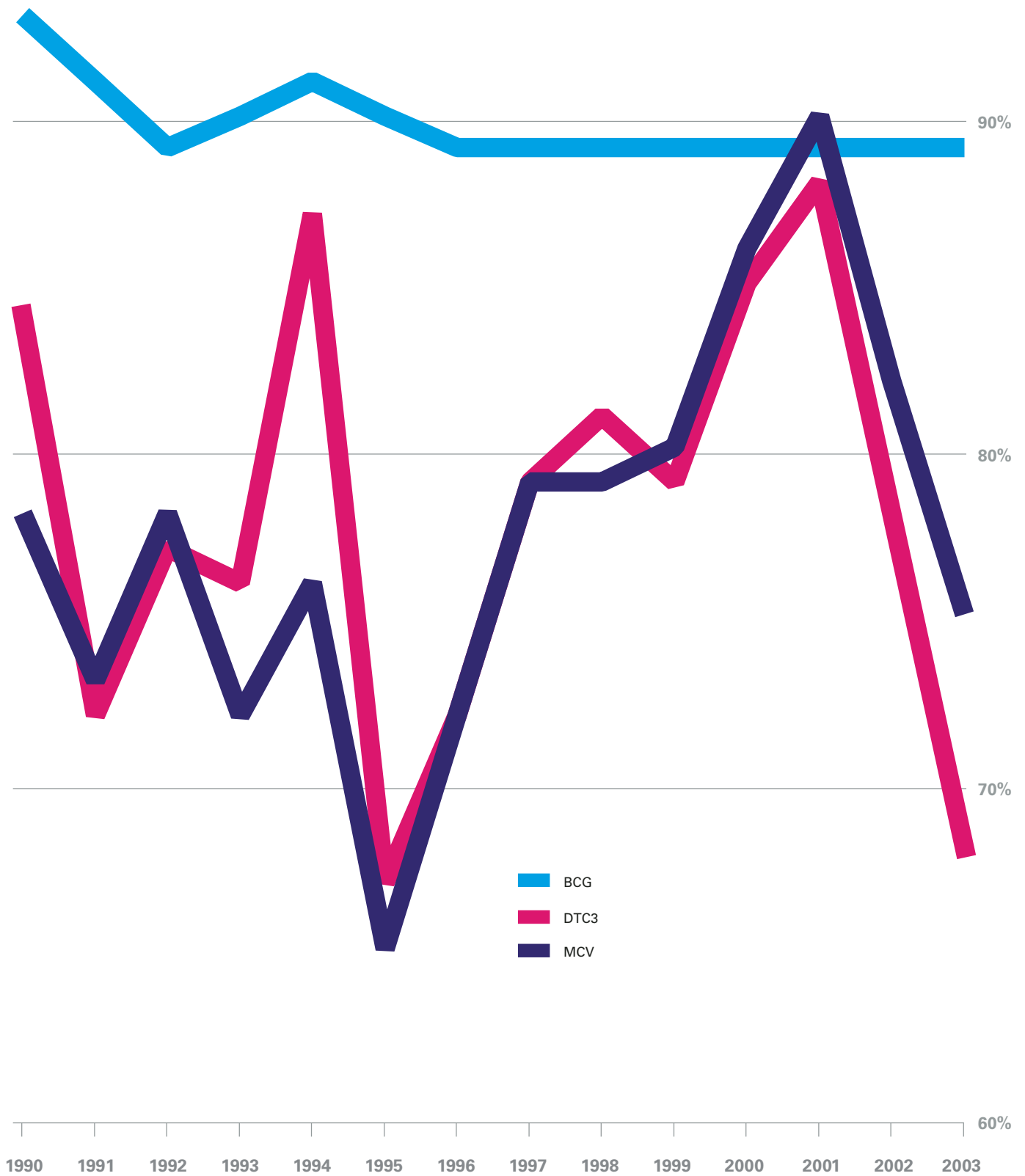
De grandes campagnes de vaccination de masse des enfants contre la rougeole se sont déroulées en Géorgie, au Tadjikistan et en Turquie en 2004 et ont permis d'atteindre une couverture de 95 %. En Azerbaïdjan comme en Géorgie, la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole est devenue partie intégrante du programme de vaccination en 2004.

Serbie-et-Monténégro s'est avérée particulièrement efficace et elle a aussi permis d'enregistrer tous les enfants qui manquaient à l'appel.

Couverture par la vaccination de routine en Turquie, 1990-2003

La protection contre la tuberculose (vaccin BCG) en Turquie est restée stable tandis que la couverture de routine par le DTC3 et le MCV a reculé depuis 2001. Des progrès seront nécessaires pour atteindre l'objectif de 90 % de couverture en 2010.

Source : *La situation des enfants dans le monde 2005*.



Les deux tiers des pays affichent une couverture de 90 % contre la rougeole.

Non seulement la région de l'Amérique latine/Caraïbes a atteint son but, avec une couverture antirougeoleuse de 93 % en 2003, mais cette couverture est aussi la meilleure de toutes les régions, même si l'on compte les pays industrialisés. Pour atteindre ce résultat, la région a affiché de loin le taux annuel moyen d'accroissement de la couverture vaccinale le plus élevé entre 1990 et 2003 – avec 1,3 points de pourcentage.

Par ailleurs, la région de l'Amérique latine/Caraïbes affiche le taux le plus faible de mortalité des moins de cinq ans de toutes les régions du monde en développement, avec 32 décès pour 1 000 naissances vivantes – bien qu'à cet égard, la région soit encore à la traîne par rapport aux pays industrialisés dont la moyenne est de 6 décès pour 1 000 naissances vivantes.

Les deux tiers des pays de la région ont déjà atteint une couverture vaccinale de 90 % par le vaccin antirougeoleux, et trois autres pays – le Guyana, la Trinité-et-Tobago et le Venezuela – sont sur la bonne voie pour l'atteindre d'ici à 2010. Parmi les pays qui affichent les meilleurs résultats, l'Équateur et le Pérou sont au premier plan, avec des taux annuels moyens de 3,0 et 2,4 points de pourcentage,

dans les années 1980, le Suriname a atteint un taux exceptionnel de 90 % pour la vaccination contre la rougeole en 1992 pour retomber au niveau qui prévalait en 1983 (71 %).

Haïti, qui est à la traîne de la région pour la plupart des indicateurs de développement humain, et notamment pour la mortalité des moins de cinq ans (118 pour 1 000 naissances vivantes), affiche aussi une couverture très faible par la vaccination contre la rougeole, à 53 %.

Les crises politiques et économiques dans la région, alliées aux mesures inefficaces dans certains pays visant à réformer et décentraliser les systèmes de santé, mettront en péril les acquis en matière de vaccination et de soins de santé publique. Plusieurs pays ont besoin d'un investissement massif dans la chaîne du froid. Le Pérou a procédé à un inventaire national de sa chaîne du froid qui a été largement couronné de succès et il prévoit d'investir 10 millions de dollars dans sa rénovation. Les politiques et les pratiques relatives à la sécurité des injections sont périmées dans plusieurs pays de la région et il est devenu urgent de revoir les pratiques et les normes appliquées dans les programmes de vaccination de la région.

AMÉRIQUE LATINE/ CARAÏBES : L'ÉQUITÉ POSE TOUJOURS PROBLÈME

respectivement, pour la couverture vaccinale contre la rougeole.

Les deux pays ont affiché des progrès réguliers pour les principaux types de vaccination au cours des deux dernières décennies, par rapport aux niveaux minimaux de 1980. Mais en Équateur, le taux de couverture de 99 % contre la rougeole atteint pour la première fois en 1999 doit être maintenu avec soin car le pays a enregistré des reculs sensibles en 2000 et 2002.

Même dans une région couronnée de succès dans son ensemble, les moyennes générales peuvent être trompeuses et l'équité continue à constituer un grave problème. La région compte encore sept pays dans lesquels des améliorations importantes seront nécessaires en termes de niveau de couverture vaccinale contre la rougeole pour qu'ils puissent atteindre leur objectif d'ici à 2010 : la Bolivie, le Guatemala, Haïti, la Jamaïque, le Panama, la République dominicaine et le Suriname.

Le Guatemala n'a jamais affiché de couverture régulièrement élevée contre la rougeole. Après une envolée exceptionnelle

Au Venezuela, le modèle du Barrio Adentro (« dans le quartier ») de prestations de soins de santé primaire est devenu l'épine dorsale du système de santé publique du pays, étendant le réseau des soins médicaux aux communautés démunies et mal desservies. Ce modèle pourrait faire du Venezuela le premier pays d'Amérique du Sud qui ne dépendrait plus de l'organisation de campagnes supplémentaires de vaccination pour conserver ses acquis en termes de lutte contre les maladies évitables par la vaccination ou de leur élimination.

Couverture par la vaccination de routine (MCV) dans des pays choisis, 2003

Sept pays de la région devront faire des progrès pour atteindre une couverture vaccinale de 90 % contre la rougeole d'ici à 2010. Leurs taux de mortalité des moins de cinq ans vont de 118 en Haïti à 20 en Jamaïque.

Source : *La situation des enfants dans le monde 2005*.



Pour certains pays, la cible semble très lointaine.

L'Asie de l'Est/Pacifique fut la seule région du monde qui, en termes de couverture globale, a pris un léger retard entre 1990 et 2003, avec une diminution de 84 % à 82 % de la couverture de routine contre la rougeole. Une amélioration est donc nécessaire dans la région pour atteindre l'objectif de 90 % de couverture vaccinale contre la rougeole d'ici à 2010. Pour certains pays, la cible semble très lointaine et des travaux importants devront être entrepris pour l'atteindre.

À peine plus de la moitié des pays et territoires de la région ont déjà atteint cet objectif et ils devraient tous être en mesure de conserver cette couverture. Les progrès les plus rapides accomplis au cours des dernières années sont ceux affichés par les Îles Cook et les Îles Marshall, qui ont amélioré leur couverture à un taux annuel moyen de 2,5 points de pourcentage et 2,9 points de pourcentage, respectivement. Un examen plus attentif des résultats année par année révèle que les Îles Cook ont subi une forte chute de la couverture vaccinale contre la rougeole en 1999 avant de retrouver une couverture pratiquement universelle en 2003. Dans les Îles Marshall, les taux de vaccination antirougeoleuse étaient irréguliers avant 1998 pour se stabiliser par la suite. Il va de soi que la Chine, avec son immense population, a un fort impact sur les statistiques régionales. Sa couverture vaccinale antirougeoleuse est à 84 %.²⁰ En 2004, le gouvernement a adopté une nouvelle loi sur les maladies infectieuses demandant que la vaccination de

des années 2000. Nauru est clairement en mesure d'atteindre l'objectif, puisqu'elle a affiché une couverture vaccinale contre la rougeole de 99 % en 1997 et 95 % en 2001.

ASIE DE L'EST/PACIFIQUE :

base soit gratuite pour tous. La Chine est l'un des 14 pays de la région qui finance entièrement ses programmes de vaccination.

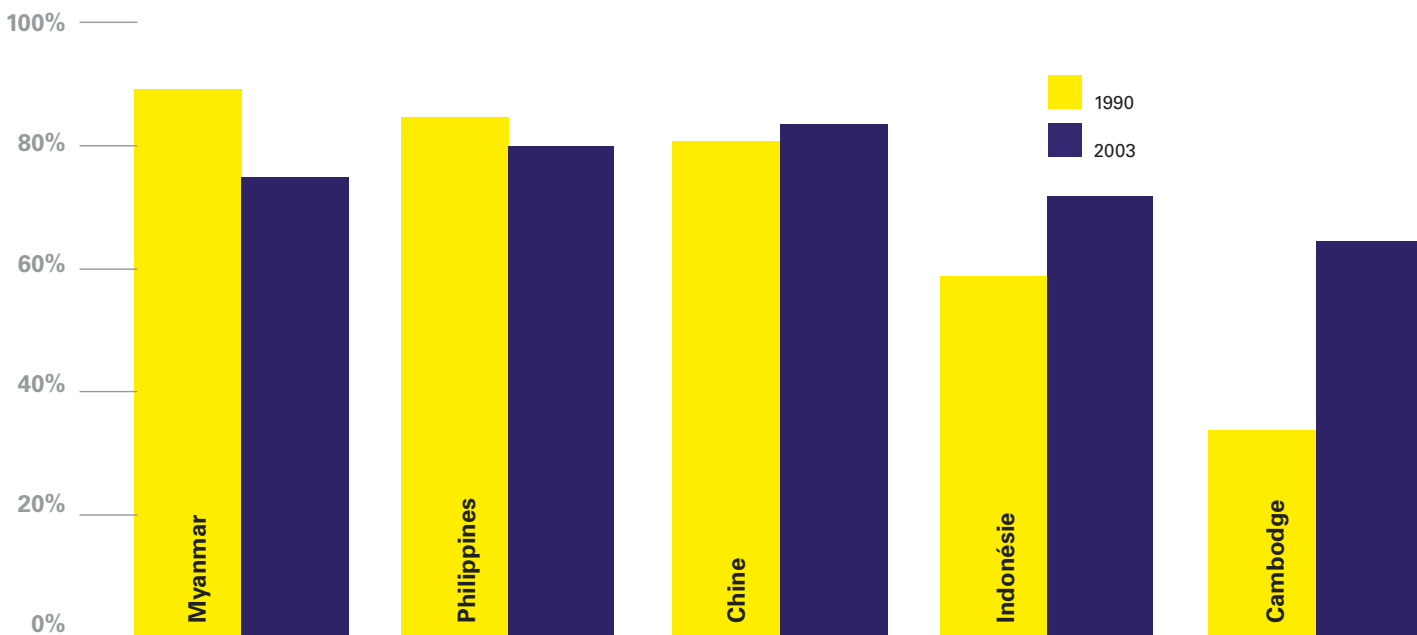
Pour atteindre une couverture vaccinale de 90% contre la rougeole d'ici à 2010, un certain nombre de pays devront faire des progrès : le Cambodge, la Chine, les Îles Salomon, l'Indonésie, le Myanmar, Nauru, Nioué, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, les Philippines, la République démocratique populaire lao et le Vanuatu. Au Timor-Leste, les programmes de vaccination en sont encore à leurs premiers balbutiements, le pays ayant accédé à l'indépendance en 2002. Cependant entre 2002 et 2003, la couverture contre la rougeole a augmenté de plus d'un quart pour atteindre 60 %. On peut donc espérer que les progrès seront rapides.

Quatre pays de la région sont dans une situation préoccupante. La Papouasie-Nouvelle-Guinée doit enclencher la vitesse supérieure : la vaccination antirougeoleuse a atteint son maximum en 1995, à 75 %, mais toutes les formes de vaccination ont dépassé avec peine les 50 % les années suivantes. Le Vanuatu a enregistré une diminution alarmante de la couverture qui tournait autour de 90 % pour la plupart des vaccins en 2001 pour se retrouver aux alentours de 50 % en 2003. En République démocratique populaire lao, la couverture de 73 % obtenue en 1994 grâce à un soutien financier considérable de l'UNICEF et d'autres donateurs, a chuté à 42 % pour la rougeole au début

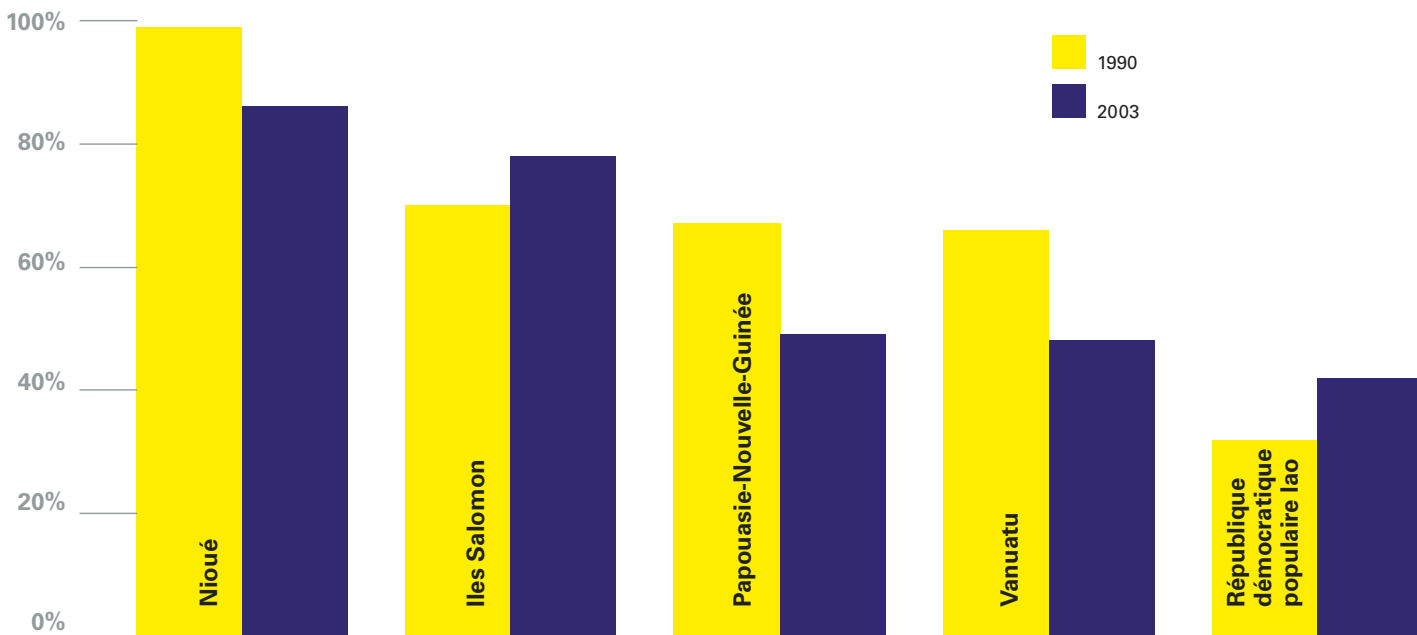
Couverture par la vaccination de routine (MCV) dans des pays choisis, 1990 et 2003

Douze pays de la région devront faire des progrès pour atteindre une couverture vaccinale de 90 % contre la rougeole d'ici à 2010; ci-dessous, le diagramme montre les chiffres affichés par 10 de ces 12 pays (les estimations pour la couverture atteinte en 1990 n'étaient pas disponibles pour Nauru et le Timor-Leste). Pour la Chine, la couverture indiquée dans la première barre du diagramme est celle de 1993.

Source : *La situation des enfants dans le monde 2005*.



ENCORE DU TRAVAIL



Les maladies peuvent réapparaître si les taux de vaccination diminuent.

Dans son ensemble, le monde industrialisé a déjà atteint une couverture vaccinale de 90 % contre la rougeole et va probablement maintenir cette couverture jusqu'en 2010 et au-delà. La moyenne est de 90 %, voire davantage, pour tous les vaccins de base. Mais le triomphalisme n'est pas de mise car les maladies peuvent réapparaître très facilement si les niveaux de vaccination diminuent, sans compter que des améliorations s'imposent dans certains pays.

Les 26 pays industrialisés qui ont déjà atteint une couverture de 90 % pour le MCV englobent tous les pays d'Europe centrale et orientale qui ont rejoint l'Union européenne en mai 2004. La Hongrie, la Lettonie, la République tchèque et la Slovaquie étaient au nombre des six pays affichant une couverture de 99 % contre la rougeole en 2003.

Quatre pays industrialisés doivent faire des progrès : l'Autriche, la Belgique, l'Irlande et le Royaume-Uni. Pour chacun d'entre eux l'origine du problème est légèrement différente. L'Autriche a affiché une perte de vitesse pour tous les principaux vaccins depuis 1997, avec la rougeole à 79 %. En Belgique et au Royaume-Uni, la couverture antirougeoleuse a diminué. La Belgique a affiché une couverture de 90 % contre la rougeole en 1986 mais elle n'a plus atteint ce niveau

PAYS INDUSTRIALISÉS : DES ÎLOTS VULNÉRABLES

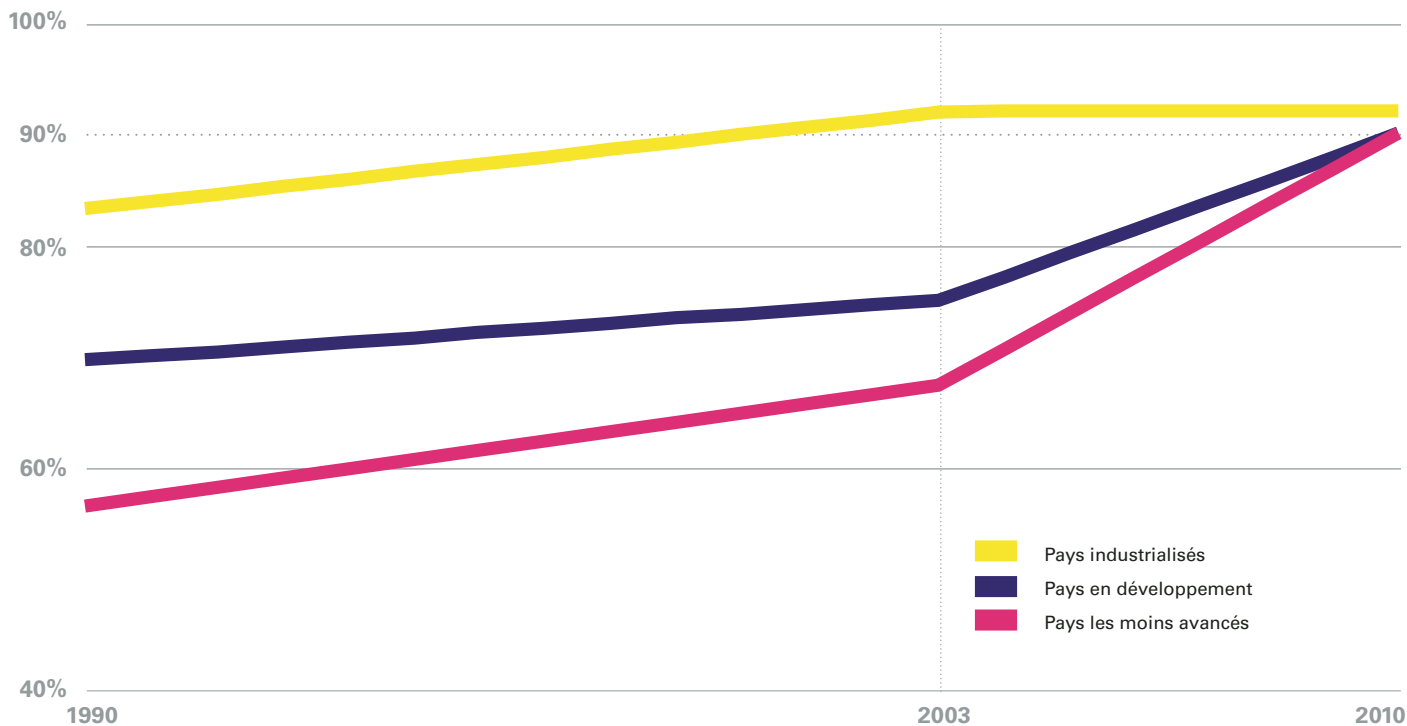
depuis, affichant des résultats irréguliers sans signe clair de progrès.

Le Royaume-Uni vaccinait régulièrement les enfants contre la rougeole avec une couverture de 90 % au milieu des années 1990; mais depuis 1997, la couverture par le vaccin antirougeoleux a diminué et la tendance ne s'était pas encore inversée en 2003. L'Irlande, par contre, n'a jamais réussi à afficher une couverture vaccinale de 90 % pour aucun vaccin de base, à l'exception du BCG, et la rougeole est au bas de l'échelle (2003), à 78 %.

Tendances pour la couverture de routine par le MCV, 1990–2010

Les pays industrialisés, en tant que région, affichent déjà une couverture vaccinale de 90 % pour le vaccin à valence rougeole, mais les régions des pays en développement et des pays les moins avancés devront encore faire des progrès. Les lignes de tendance pour 1990–2003 représentent les niveaux de couverture observés. Les lignes de tendance pour 2004–2010 représentent le taux annuel moyen d'accroissement nécessaire pour atteindre l'objectif en 2010.

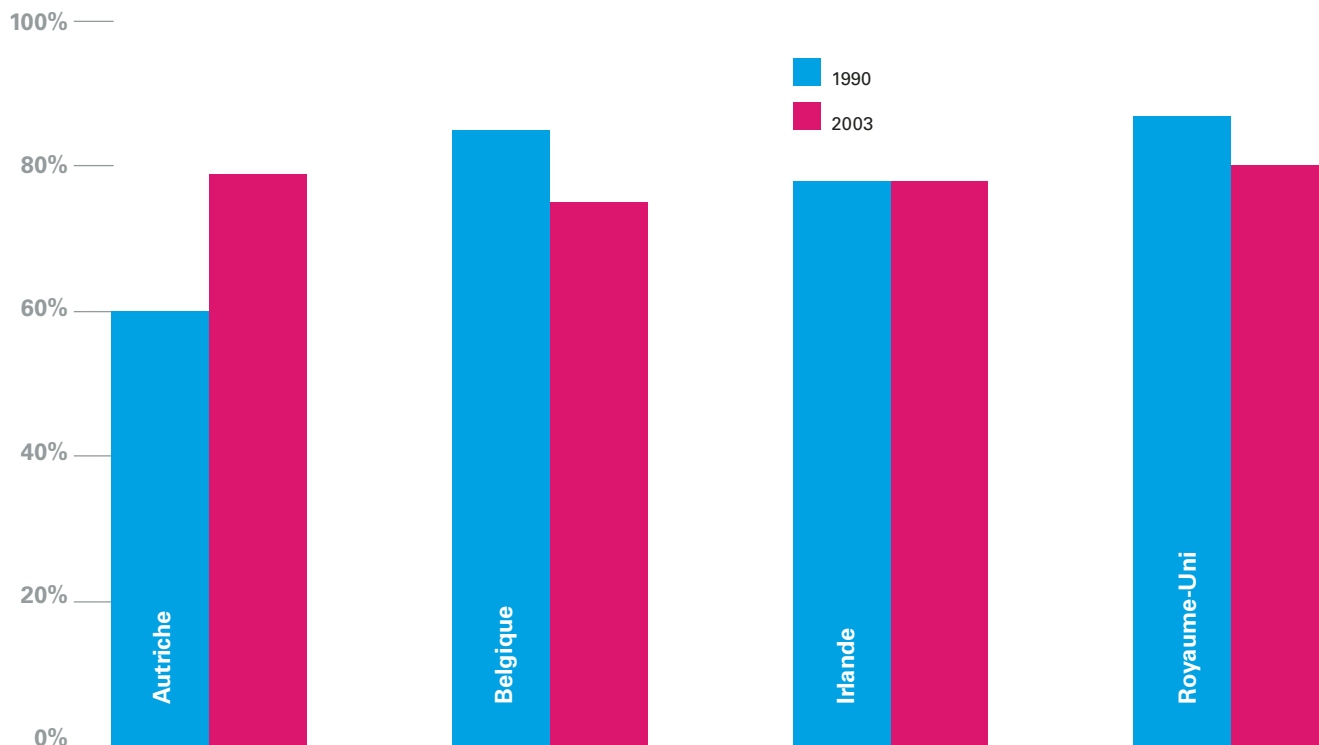
Source : *La situation des enfants dans le monde 2005*, avec calculs supplémentaires effectués par l'UNICEF.



Couverture par la vaccination de routine (MCV) dans des pays choisis, 1990 et 2003

Quatre pays industrialisés – l’Autriche, la Belgique, l’Irlande et le Royaume-Uni – n’affichent pas encore une couverture vaccinale de 90 % contre la rougeole. En Belgique et au Royaume-Uni, la couverture était plus faible en 2003 qu’elle ne l’était en 1990.

Source : *La situation des enfants dans le monde 2005*.



Malgré les progrès, il reste encore un immense travail à accomplir.

La vaccination contre les principales maladies est un moyen de garantir la survie de l'enfant, un droit fondamental. Les enfants devraient avoir accès, sur un pied d'égalité, à la protection que la vaccination confère contre la mort et les incapacités, quels que soient l'endroit où ils vivent et leur situation sociale ou économique. La fourniture de vaccins devrait être inconditionnelle même en temps de crise et elle devrait être subventionnée par les membres plus riches de la communauté mondiale de façon à ce que tous les vaccins, les plus anciens et les nouveaux, soient à la portée de tous.

Comme le prouve ce bilan, de nombreux pays affichent des progrès notables vers la réalisation de l'objectif qui consiste à établir une couverture de 90 % contre la rougeole, le premier indicateur lié à la vaccination dans l'OMD 4. Mais il reste encore un travail immense à accomplir.

Depuis 2000, plusieurs nouvelles initiatives de vaccination ont été lancées. L'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), par exemple, a permis à la fois de mobiliser de nouveaux fonds et d'étendre la couverture des nouveaux vaccins. Ces initiatives ont donné un nouveau souffle à la vaccination et elles permettent d'espérer que les objectifs internationaux de vaccination pourront être réalisés.

structurellement et fonctionnellement sur d'autres activités du secteur de la santé de manière à ce qu'ils se renforcent mutuellement.

Le renforcement de l'infrastructure et des capacités des systèmes de santé est vital pour leur succès à long terme. L'infrastructure physique est évidemment importante, qu'il s'agisse des dispensaires et des routes qui les desservent, ou des fournitures de base dont dépend la santé. Mais il est tout aussi important d'investir dans un personnel soignant de qualité et motivé, non seulement grâce à une bonne formation et un salaire décent, mais aussi en donnant aux gens les moyens de servir leurs propres communautés locales.

Qui plus est, ces systèmes doivent être accessibles à tous les enfants, ce qui signifie qu'il faut éliminer tous les frais prohibitifs à la charge des utilisateurs qui pourraient empêcher les enfants les plus pauvres d'avoir accès aux soins de santé de base dont ils ont besoin.

La vaccination donne une bonne indication de la qualité des systèmes de santé locaux dans la mesure où ils doivent être assez bien équipés pour pouvoir conserver les vaccins sans danger à la bonne température même en cas de chaleur

NOTE DE FIN DE DOCUMENT : AGIR SUR PLUSIEURS FRONTS

Pour réaliser l'OMD 4, il faudra lancer un train d'interventions essentielles en matière de santé infantile englobant tous les enfants – agir sur plusieurs fronts pour combattre les maladies meurtrières qui menacent les enfants, comme la diarrhée, la pneumonie, le tétanos néonatal, le paludisme, la rougeole et le VIH/SIDA. Parmi toutes les interventions immédiates, la vaccination est sans conteste celle qu'il serait le plus facile d'appliquer au niveau universel grâce aux informations et à l'expérience accumulées au cours des trois dernières décennies.

Cependant, la vaccination n'est pas seulement vitale en soi, elle sert aussi à introduire d'autres interventions de santé. Tandis qu'elle était considérée dans le passé comme une intervention « verticale », fragmentée, sans lien avec les autres services de santé, la vaccination est de plus en plus souvent liée aujourd'hui à d'autres interventions spécifiques – distribution de vitamine A, par exemple, dans le cadre des campagnes de vaccination contre la poliomyélite ou la rougeole, ou distribution de moustiquaires traitées à l'insecticide longue durée lors des activités de vaccination supplémentaires. L'initiative de l'OMS/UNICEF intitulée « La vaccination dans le monde : vision et stratégie (GIVS) » a notamment pour but d'aligner les programmes de vaccination

extrême ou dans des endroits éloignés des services urbains. L'initiative GIVS a pour but de s'assurer que chaque personne reçoit des vaccins de qualité administrés à des dates bien définies au niveau national. Il est vital de s'assurer que le grand public est convaincu de la sécurité parfaite des vaccins tant dans les pays industrialisés que dans les pays en développement pour pouvoir conserver les niveaux nécessaires de vaccination de masse.

L'initiative GIVS part aussi du principe que pour vacciner tous les enfants, les pays doivent avoir accès à un approvisionnement régulier en vaccins de haute qualité et d'un prix abordable. L'une des difficultés, en matière de sécurité vaccinale, consiste à faire baisser les coûts des vaccins traditionnels et des nouveaux vaccins, et à aider les pays qui passent progressivement de l'aide extérieure à des accords de cofinancement, à assumer l'entière responsabilité financière de leurs programmes de vaccination.

Au niveau international, la confiance du public dans l'efficacité de la vaccination reste élevée, et avec raison puisqu'elle permet toujours d'épargner des millions de vies d'enfants chaque année. Mais certains enfants sont toujours laissés pour compte; beaucoup d'entre eux mourront au cours des

prochaines années si la couverture vaccinale n'est pas élargie. La tâche consiste aujourd'hui à utiliser toute l'expérience accumulée – et à consacrer toutes les ressources nécessaires – pour s'assurer que la vie de ces enfants est aussi protégée.

RÉFÉRENCES

- 1 Ce chiffre comprend les 27,5 millions d'enfants de moins d'un an qui ne sont pas vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC) et les 29,1 millions d'enfants qui ne sont pas vaccinés contre la rougeole.
- 2 Sources des statistiques relatives à la mortalité infantile dans ce rapport : Organisation mondiale de la Santé, *Le Rapport sur la santé dans le monde 2005 : Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*, OMS, Genève, 2005; et Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 'Facts and Figures: Global Immunization Data', avril 2005, à l'adresse http://www.who.int/vaccines/GIVS/english/Global_imm._data_EN.pdf.
- 3 Dans l'ensemble de ce rapport, les taux de couverture nationale pour tous les antigènes sont extraits du document de l'Organisation mondiale de la Santé et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 'Review of national immunization coverage 1980-2003', disponible à l'adresse <http://www.childinfo.org/areas/immunization/database.php>. Le taux de couverture au niveau du district pour le DTC3 et le MCV est extrait du document de l'OMS et de l'UNICEF, *Joint Reporting Form on Vaccine-Preventable Diseases, 2004*. Ces données figurent également dans la publication du Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *La situation des enfants dans le monde 2005*, UNICEF, New York, 2004. Voir également le tableau p. 28.
- 4 Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Banque mondiale, *Vaccins et vaccination : la situation mondiale 2003*, OMS, Genève, p. 5.
- 5 *Rapport sur la santé dans le monde 2005*, p. 106.
- 6 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 'Immunization Plus: Global thematic report 2004' (document interne daté du 25 juillet 2005), p. 8.
- 7 Ibid.
- 8 Voir aussi <http://www.measlesinitiative.org>.
- 9 Organisation mondiale de la Santé, 'Global Update: Wild poliovirus 2000-2005', 2 août 2005.
- 10 *Rapport sur la santé dans le monde 2005* et 'Immunization Plus'.
- 11 'Immunization Plus', p. 11.
- 12 Comores, Égypte, Guinée équatoriale, Indonésie, Iraq, Mali, Népal, République-Unie de Tanzanie, Togo et Viet Nam.
- 13 Zuber, Patrick, au nom du Groupe de travail de GAVI, 'Hepatitis B, Hib and Yellow Fever Vaccines in Phase 2', présentation à la réunion du Conseil d'administration de GAVI, Genève, 28-29 avril 2005, à l'adresse http://www.vaccinealliance.org/Board/Board_Reports/15brd_t8_oldnvsphase2.php
- 14 Ibid.
- 15 'Global Alliance for Vaccines and Immunization/The Vaccine Fund: Progress and Achievements', fiche d'information datée d'avril 2005, sur le site http://gavi.elca-services.com/resources/FS_Progress_Achievements_en_Jan05.pdf
- 16 Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 'La vaccination dans le monde : vision et stratégie : Questions et réponses, avril 2005, sur le site http://www.who.int/vaccines/GIVS/english/Q_and_A_EN.pdf.
- 17 Ibid.
- 18 Les taux de couverture par la campagne et l'estimation du nombre de décès évités sont extraits du Rapport annuel 2004 préparé par l'UNICEF Afghanistan.
- 19 Les pays éligibles pour participer à GAVI en ECO/CÉI sont les suivants : Albanie, Arménie, Azerbaïdjan, Bosnie-Herzégovine, Géorgie, Kirghizstan, République de Moldova, Tadjikistan, Turkménistan, Ouzbékistan et Ukraine.
- 20 Le ministère chinois de la Santé affirme que les données présentées par l'OMS/UNICEF ne reflètent pas la couverture réelle et il a demandé de l'aide pour identifier d'autres méthodes de détermination de la couverture.

VACCINATION DES ENFANTS

Pays et territoires	TMM5 2003	Taux de couverture nationale (%)		Taux annuel moyen d'accroissement (%) de la couverture contre la rougeole		% districts annoncés avec couverture >90% contre la rougeole	Taux de couverture nationale (%) 2003				% de vaccination de routine du PEV financée par le govt. 2003	
		Enfants de 1 an protégés contre la rougeole	Enfants de 1 an protégés contre :	Observé	Requis		DTC3	Polio3	TB	HepB3		Femmes enceintes protégées contre le tétanos
		1990	2003	1990-2003	2004-2010							
AFRIQUE ORIENTALE/AUSTRALE												
Somalie	225	30	40	0,8	7,1	1	40	40	65	-	-	0
Éthiopie	169	38	52	1,1	5,4	0	56	57	76	-	24	18
Madagascar	126	47	55	0,6	5,0	47	55	58	72	55	55	12
Angola	260	38	62	1,8	4,0	13	46	45	62	-	72	10
Comores	73	87	63	-1,8	3,9	12	75	75	75	27	46	0
Lesotho	84	80	70	-0,8	2,9	11	79	78	83	-	-	10
Namibie	65	41	70	2,2	2,9	12	82	82	92	-	85	100
Kenya	123	78	72	-0,5	2,6	13	73	67	87	73	66	36
Burundi	190	74	75	0,1	2,1	29	74	69	84	-	46	6
Malawi	178	81	77	-0,3	1,9	15	84	85	91	84	70	0
Mozambique	158	59	77	1,4	1,9	-	72	70	87	72	57	21
Zimbabwe	126	87	80	-0,5	1,4	6	80	80	92	80	60	0
Ouganda	140	52	82	2,3	1,1	23	81	82	96	63	48	7
Afrique du Sud	66	79	83	0,3	1,0	19	94	94	97	94	52	100
Zambie	182	90	84	-0,5	0,9	22	80	80	94	-	60	5
Erythrée	85	18 ²	84	6,0	0,9	-	83	83	91	83	55	0
Maurice	18	76	94	1,4	maintenir	50	92	93	92	92	-	100
Tanzanie, République-Unie de	165	80	97	1,3	maintenir	53	95	97	91	95	83	30
Seychelles	15	86	99	1,0	maintenir	100	99	99	99	99	-	100
Swaziland	153	85	94	0,7	maintenir	-	95	95	97	95	-	100
Rwanda	203	83	90	0,5	maintenir	26	96	96	88	96	76	50
Botswana	112	87	90	0,2	maintenir	58	97	97	99	78	-	100
AFRIQUE OCCIDENTALE/CENTRALE												
République centrafricaine	180	83	35	-3,7	7,9	8	40	40	70	-	63	0
Nigéria	198	54	35	-1,5	7,9	-	25	39	48	-	51	100
Congo	108	75	50	-1,9	5,7	10	50	50	60	-	59	0
Guinée équatoriale	146	88	51	-2,8	5,6	6	33	39	73	-	53	0
Guinée	160	35	52	1,3	5,4	21	45	43	78	-	74	20
Libéria	235	-	53	-	5,3	7	38	39	43	-	56	0
Congo, République démocratique du	205	38	54	1,2	5,1	7	49	55	68	-	-	0
Gabon	91	76	55	-1,6	5,0	10	38	31	89	-	54	100
Côte d'Ivoire	192	56	56	0,0	4,9	5	54	54	66	48	80	58
Togo	140	73	58	-1,2	4,6	14	64	63	84	-	47	0
Sénégal	137	51	60	0,7	4,3	2	73	73	77	-	75	100
Cameroun	166	56	61	0,4	4,1	4	73	72	82	-	65	100
Guinée-Bissau	204	53	61	0,6	4,1	27	77	75	84	-	66	0
Tchad	200	32	61	2,2	4,1	11	47	48	72	-	43	75
Niger	262	25	64	3,0	3,7	12	52	51	64	-	36	100
Cap-Vert	35	79	68	-0,8	3,1	18	78	79	78	54	-	80
Mali	220	43	68	1,9	3,1	21	69	65	63	79	32	100
Mauritanie	183	38	71	2,5	2,7	11	76	75	84	-	41	100
Sierra Leone	284	-	73	-	2,4	23	70	60	87	-	62	20
Burkina Faso	207	79	76	-0,2	2,0	8	84	83	83	-	50	100
Ghana	95	61	80	1,5	1,4	52	80	80	92	80	70	28
Bénin	154	79	83	0,3	1,0	36	88	88	99	81	56	0
Sao Tomé-et-Principe	118	71	87	1,2	0,4	61	94	94	99	43	-	-
Gambie	123	86	90	0,3	maintenir	67	90	90	99	90	-	63
MOYEN-ORIENT/AFRIQUE DU NORD												
Soudan	93	57	57	0,0	4,7	16	50	50	53	-	35	0
Djibouti	138	85	66	-1,5	3,4	-	68	68	63	-	-	85
Yémen	113	69	66	-0,2	3,4	18	66	66	67	42	31	100
Algérie	41	83	84	0,1	0,9	-	87	87	98	-	-	100
Liban	31	61	96	2,7	maintenir	100	92	92	-	88	-	100
Koweït	9	66	97	2,4	maintenir	-	99	99	-	99	-	100
Qatar	15	79	93	1,1	maintenir	100	92	93	99	98	-	100
Émirats arabes unis	8	80	94	1,1	maintenir	100	94	94	98	92	-	100
Iran, République islamique d'	39	85	99	1,1	maintenir	100	99	99	99	98	-	100
Égypte	39	86	98	0,9	maintenir	-	98	98	98	98	71	100
Bahreïn	15	87	99	0,9	maintenir	-	97	97	-	98	-	100
République arabe syrienne	18	87	98	0,8	maintenir	100	99	99	99	98	-	100
Iraq	125	80	90	0,8	maintenir	-	81	84	93	70	70	100
Maroc	39	80	90	0,8	maintenir	54	91	91	92	90	-	100
Jordanie	28	87	96	0,7	maintenir	75	97	97	67	97	-	100
Arabie saoudite	26	88	96	0,6	maintenir	100	95	95	94	95	-	100
Jamahiriya arabe libyenne	16	89	91	0,1	maintenir	-	93	93	99	91	-	-
Oman	12	98	98	0,0	maintenir	100	99	99	98	99	-	100
Tunisie	24	93	90	-0,2	maintenir	72	95	95	93	92	-	100
Territoire palestinien occupé	24	-	99	-	maintenir	-	98	98	99	98	-	-

Pays et territoires	TMM5 2003	Taux de couverture nationale (%)		Taux annuel moyen d'accroissement (%) de la couverture contre la rougeole		% districts annoncés avec couverture >90% contre la rougeole	Taux de couverture nationale (%) 2003				% de vaccination de routine du PEV financée par le govt. 2003	
		Enfants de 1 an protégés contre la rougeole		Observé 1990-2003	Requis 2004-2010		Enfants de 1 an protégés contre :					Femmes enceintes protégées contre le tétanos
		1990	2003				DTC3	Polio3	TB	HepB3		
ASIE DU SUD												
Afghanistan	257	20	50	2,3	5,7	12	54	54	56	-	40	0
Pakistan	103	50	61	0,8	4,1	5	67	69	82	63	57	100
Inde	87	56	67	0,8	3,3	-	70	70	81	-	78	100
Népal	82	57	75	1,4	2,1	13	78	76	91	15	69	65
Bangladesh	69	65	77	0,9	1,9	80	85	85	95	-	89	100
Bhoutan	85	93	88	-0,4	0,3	-	95	96	93	95	-	0
Sri Lanka	15	80	99	1,5	maintenir	100	99	98	99	-	-	100
Maldives	72	96	96	0,0	maintenir	100	98	98	98	98	-	98
ECO/CÉI												
Géorgie	45	61 ³	73	1,2	2,4	29	76	75	87	49	-	19
Turquie	39	78	75	-0,2	2,1	0	68	69	89	68	37	100
Bosnie-Herzégovine	17	52 ²	84	2,9	0,9	72	87	86	94	-	-	70
Serbie-et-Monténégro	14	82 ²	87	0,5	0,4	93	89	89	94	-	-	-
Tadjikistan	118	84 ²	89	0,5	0,1	95	82	84	99	57	-	0
Azerbaïdjan	91	66 ²	98	2,9	maintenir	91	97	98	99	98	-	51
Turkménistan	102	76 ²	97	1,9	maintenir	92	98	99	99	97	-	82
Ouzbékistan	69	84 ²	99	1,4	maintenir	100	98	99	98	99	-	77
Fédération de Russie	21	83 ²	96	1,2	maintenir	-	98	97	97	94	-	100
Kazakhstan	73	89 ²	99	0,9	maintenir	100	99	99	99	99	-	100
Ukraine	20	90 ²	99	0,8	maintenir	100	97	99	98	77	-	96
Croatie	7	90 ²	95	0,5	maintenir	99	94	95	98	-	-	100
Bélarus	17	94 ²	99	0,5	maintenir	100	86	99	99	99	-	100
Kirghizstan	68	94 ²	99	0,5	maintenir	100	98	98	99	99	-	40
Albanie	21	88	93	0,4	maintenir	92	97	97	95	97	-	40
Roumanie	20	92	97	0,4	maintenir	98	97	97	99	98	-	100
Moldova, République de	32	92 ²	96	0,4	maintenir	95	98	98	98	99	-	49
Arménie	33	93 ²	94	0,1	maintenir	94	94	96	92	93	-	65
Macédoine, l'Ex-République yougoslave de	11	98 ³	96	-0,2	maintenir	97	96	96	95	-	-	90
Bulgarie	15	99	96	-0,2	maintenir	100	96	96	98	96	-	-
AMÉRIQUE LATINE/CARAÏBES												
Haiti	118	31	53	1,7	5,3	19	43	43	71	-	52	30
Bolivie	66	53	64	0,8	3,7	-	81	79	94	81	-	40
Suriname	39	65	71	0,5	2,7	-	74	74	-	-	-	100
Guatemala	47	68	75	0,5	2,1	71	83	83	97	-	-	0
Jamaïque	20	74	78	0,3	1,7	8	81	80	88	19	-	100
République dominicaine	35	96	79	-1,3	1,6	-	65	60	90	81	-	65
Venezuela	21	61	82	1,6	1,1	-	68	86	91	75	-	100
Panama	24	73	83	0,8	1,0	-	86	83	87	86	-	100
Trinité-et-Tobago	20	70	88	1,4	0,3	22	91	91	-	76	-	100
Costa Rica	10	90	89	-0,1	0,1	-	88	88	87	86	-	0
Guyana	69	73	89	1,2	0,1	-	90	91	95	90	-	90
Équateur	27	60	99	3,0	maintenir	-	89	99	99	58	-	100
Pérou	34	64	95	2,4	maintenir	-	89	89	94	60	-	100
Paraguay	29	69	91	1,7	maintenir	-	77	77	70	77	-	100
Mexique	28	75	96	1,6	maintenir	96	91	92	99	91	-	100
Brésil	35	78	99	1,6	maintenir	79	96	99	99	91	-	100
Chili	9	82	99	1,3	maintenir	50	99	99	94	-	-	100
Grenade	23	85	99	1,1	maintenir	71	97	98	-	97	-	100
Nicaragua	38	82	93	0,8	maintenir	44	86	86	94	86	-	74
Dominique	14	88	99	0,8	maintenir	-	99	99	99	-	-	70
Colombie	21	82	92	0,8	maintenir	-	91	91	96	93	-	100
Belize	39	86	96	0,8	maintenir	83	96	95	99	96	-	100
Antigua-et-Barbuda	12	89	99	0,8	maintenir	-	99	99	-	99	-	100
Sainte-Lucie	18	82	90	0,6	maintenir	63	90	91	95	14	-	100
Honduras	41	90	95	0,4	maintenir	-	92	92	91	92	-	100
Cuba	8	94	99	0,4	maintenir	-	71	98	99	99	-	99
Bahamas	14	86	90	0,3	maintenir	-	92	93	-	88	-	-
Argentine	20	93	97	0,3	maintenir	-	88	91	99	-	-	100
Barbade	13	87	90	0,2	maintenir	-	86	90	-	91	-	94
El Salvador	36	98	99	0,1	maintenir	-	88	87	90	75	-	100
Saint-Kitts-et-Nevis	22	99	98	-0,1	maintenir	-	99	99	99	99	-	97
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	27	96	94	-0,2	maintenir	-	99	99	87	31	-	100
Uruguay	14	97	95	-0,2	maintenir	-	91	91	99	91	-	100
ASIE DE L'EST/PACIFIQUE												
Nauru	30	-	40	-	7,1	-	80	59	95	75	-	100
Rép. dém. pop. lao	91	32	42	0,8	6,9	4	50	52	65	50	36	0
Vanuatu	38	66	48	-1,4	6,0	0	49	53	63	56	-	100
Papouasie-Nouvelle-Guinée	93	67	49	-1,4	5,9	4	54	41	60	53	34	80
Timor-Leste	124	-	60	-	4,3	15	70	70	80	-	-	0
Cambodge	140	34	65	2,4	3,6	4	69	69	76	-	43	7
Indonésie	41	58	72	1,1	2,6	43	70	70	82	75	51	90
Myanmar	107	90	75	-1,2	2,1	21	77	76	79	-	77	0
Iles Salomon	22	70	78	0,6	1,7	0	71	68	76	78	-	-

(suite page suivante)

- Données non disponibles, ¹ Données portant sur 1991, ² Données portant sur 1992, ³ Données portant sur 1993, ⁴ Données portant sur 1994.⁵ Les données utilisées pour la Chine portent sur 1993, l'année la plus récente pour laquelle des estimations suffisamment fiables existent concernant la couverture.

Pays et territoires	TMM5 2003	Taux de couverture nationale (%)		Taux annuel moyen d'accroissement (%) de la couverture contre la rougeole		% districts annoncés avec couverture >90% contre la rougeole	Taux de couverture nationale (%) 2003					% de vaccination de routine du PEV financée par le govt. 2003	
		Enfants de 1 an protégés contre la rougeole		Observé 1990-2003	Requis 2004-2010		Enfants de 1 an protégés contre :						Femmes enceintes protégées contre le tétanos
		1990	2003				DTC3	Polio3	TB	HepB3	tétanos		
ASIE DE L'EST/PACIFIQUE (suite de la page précédente)													
Philippines	36	85	80	-0,4	1,4	13	79	80	91	40	70	3	
Chine	37	81 ⁵	84	0,3	0,9	95	90	91	93	70	-	100	
Nioué	-	99	86	-1,0	0,6	-	95	95	99	95	-	100	
Singapour	3	84	88	0,3	0,3	-	92	92	97	92	-	100	
Kiribati	66	75	88	1,0	0,3	-	99	96	99	99	-	-	
Îles Marshall	61	52	90	2,9	maintenir	-	68	80	93	74	-	-	
Îles Cook	21	67	99	2,5	maintenir	100	96	95	99	93	-	100	
Malaisie	7	70	92	1,7	maintenir	97	96	97	99	95	-	100	
Thaïlande	26	80	94	1,1	maintenir	-	96	97	99	95	-	100	
Tonga	19	86	99	1,0	maintenir	100	98	98	99	93	-	100	
Micronésie, États fédérés de	23	81	91	0,8	maintenir	100	92	88	64	89	-	6	
Samoa	24	89	99	0,8	maintenir	-	94	95	73	97	-	100	
Viet Nam	23	85	93	0,6	maintenir	84	99	96	98	78	79	55	
Fidji	20	84	91	0,5	maintenir	-	94	99	99	92	-	100	
Mongolie	68	92	98	0,5	maintenir	100	98	98	98	98	-	22	
Corée, République de	5	93	96	0,2	maintenir	100	97	94	87	91	-	100	
Palaos	28	98	99	0,1	maintenir	-	99	99	-	99	-	5	
Tuvalu	51	95	95	0,0	maintenir	-	93	93	99	95	-	100	
Brunei Darussalam	6	99	99	0,0	maintenir	100	99	99	99	99	-	100	
Corée, Rép. pop. dém.	55	98	95	-0,2	maintenir	100	68	99	88	-	48	80	
PAYS INDUSTRIALISÉS													
Belgique	5	85	75	-0,8	2,1	-	90	95	-	50	-	-	
Irlande	6	78	78	0,0	1,7	-	85	86	90	-	-	-	
Autriche	5	60	79	1,5	1,6	-	84	84	-	83	-	-	
Royaume-Uni	6	87	80	-0,5	1,4	4	91	91	-	-	-	-	
Suisse	5	90	82	-0,6	1,1	-	95	95	-	-	-	-	
Italie	4	43	83	3,1	1,0	-	96	97	-	97	-	-	
Norvège	4	87	84	-0,2	0,9	11	90	90	-	-	-	-	
Nouvelle-Zélande	6	90	85	-0,4	0,7	-	90	82	-	90	-	100	
Chypre	5	77	86	0,7	0,6	-	98	98	-	88	-	25	
France	5	71	86	1,2	0,6	-	97	97	85	29	-	-	
Grèce	5	76	88	0,9	0,3	-	88	87	88	88	-	-	
Estonie	9	74 ³	95	2,1	maintenir	94	94	95	99	-	-	-	
Japon	4	73	99	2,0	maintenir	-	97	97	-	-	-	100	
Allemagne	5	75	92	1,3	maintenir	69	89	94	-	81	-	-	
Danemark	4	84	96	0,9	maintenir	94	96	96	-	-	-	-	
Luxembourg	5	80	91	0,8	maintenir	-	98	98	-	49	-	-	
Portugal	5	85	96	0,8	maintenir	100	99	96	81	94	-	-	
Lithuanie	11	89 ²	98	0,8	maintenir	98	94	91	99	95	-	100	
Malte	6	80	90	0,8	maintenir	-	94	94	-	70	-	-	
Slovaquie	8	94 ⁴	99	0,6	maintenir	100	99	98	98	99	-	100	
Australie	6	86	93	0,5	maintenir	-	92	92	-	95	-	100	
Canada	6	89	95	0,5	maintenir	-	91	88	-	-	-	-	
Slovénie	4	90 ²	94	0,4	maintenir	-	92	93	98	-	-	100	
Lettonie	12	95 ²	99	0,4	maintenir	100	98	98	99	98	-	100	
Israël	6	91	95	0,3	maintenir	76	97	93	-	98	-	100	
États-Unis d'Amérique	8	90	93	0,2	maintenir	-	96	91	-	92	-	56	
Pays-Bas	5	94	96	0,2	maintenir	-	98	98	-	-	-	-	
Pologne	7	95	97	0,2	maintenir	-	99	98	94	97	-	-	
République tchèque	4	98 ³	99	0,1	maintenir	100	97	97	98	86	-	-	
Finlande	5	97	97	0,0	maintenir	-	98	96	98	-	-	-	
Espagne	4	97	97	0,0	maintenir	89	98	98	-	83	-	-	
Hongrie	8	99	99	0,0	maintenir	100	99	99	99	-	-	-	
Monaco	4	99	99	0,0	maintenir	-	99	99	90	99	-	-	
Suède	3	96	94	-0,2	maintenir	-	98	99	16	-	-	-	
Islande	4	99	93	-0,5	maintenir	-	97	97	-	-	-	-	
Saint-Marin	5	99 ¹	91	-0,7	maintenir	100	96	96	-	96	-	-	
Andorre	7	-	96	-	maintenir	-	99	99	-	84	-	-	
RÉSUMÉS RÉGIONAUX													
Afrique subsaharienne:	175	57	62	0,3	4,1	-	60	63	74	30	53	45	
Afrique orientale/australe	156	62	71	0,7	2,6	-	72	72	84	49	53	25	
Afrique occidentale/centrale	193	52	52	0,0	5,4	-	48	54	65	12	53	64	
Asie du Sud	92	56	67	0,9	3,2	-	71	72	82	10	75	96	
Moyen-Orient et Afrique du Nord	56	81	88	0,5	0,3	-	87	87	89	71	55	89	
ÉCO/CÉI	41	82 ²	90	0,8	maintenir	-	88	89	95	81	37	89	
Amérique latine/Caribes	32	76	93	1,3	maintenir	-	89	91	96	73	52	92	
Asie de l'Est/Pacifique	40	84 ⁵	82	-0,2	1,1	-	86	87	91	66	61	84	
Pays industrialisés	6	83	92	0,7	maintenir	-	95	93	90	62	-	69	
Pays en développement	87	70	75	0,4	2,2	-	76	77	85	43	64	80	
Pays les moins avancés	155	56	67	0,8	3,2	-	68	68	79	20	56	37	
Monde	80	69	77	0,6	1,9	-	78	79	85	45	64	80	