



Vaccination: encore un petit effort

Dr Ralph H. Henderson

La vaccination est l'un des plus beaux succès jamais remportés en santé publique. Entre 1980 et 1990, grâce à un effort massif de tous les pays, les taux de couverture sont passés de 5 % à 80 % dans le monde. Cependant, au moment précis où une nouvelle génération de vaccins est prête à sortir sur le marché – pouvant sauver encore des millions d'enfants chaque année, mais à un coût beaucoup plus élevé – l'élan de la vaccination se ralentit.

Il y a 20 ans, 5 % à peine des nourrissons du monde en développement étaient protégés contre les six maladies les plus meurtrières de l'enfance (tuberculose, diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite et rougeole). Aujourd'hui, environ 80 % des enfants sont vaccinés – un succès important.

Les décès dus à ces six maladies ont été réduits de trois millions par an et l'on a sauvé 750 000 enfants au moins de la cécité, de la paralysie et de l'arriération mentale. Grâce à une campagne active d'éradication mondiale, la poliomyélite devrait d'ici la fin de la décennie disparaître comme l'a fait la variole, rendant la vaccination inutile – et permettant aux gouvernements du

monde d'économiser chaque année 1,5 milliard de dollars de vaccins, traitements et frais de rééducation.

L'effort international de vaccination a conduit au plus beau succès jamais remporté en santé publique. La vaccination est aussi une bonne affaire, puisque son coût ne dépasse pas 15 dollars par enfant: un dollar pour les six vaccins d'origine, plus les frais d'administration des vaccins dans certains des endroits les moins accessibles de la planète. Ce modeste investissement a des conséquences énormes sur la vie des enfants et de leurs parents.

L'avenir nous promet des résultats encore plus brillants. Le potentiel de la nouvelle génération de vaccins, qui va bientôt être sur le marché, est ex-

traordinaire: des vaccins contre un nombre croissant de maladies; des vaccins à dose unique, qui éliminent la nécessité des rappels; des vaccins qui s'adressent à des enfants toujours plus jeunes, pour les protéger à un âge vulnérable; et même des vaccins non injectables qu'il suffit d'étaler sur la peau.

Quatorze vaccins nouveaux ou améliorés ont apparu sur le marché depuis 1980, et des douzaines d'autres sont en cours de mise au point. Ils préviendront certaines des maladies les plus pernicieuses des enfants, comme les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës. Les experts prédisent qu'au début du nouveau millénaire, ces antigènes pourront sauver jusqu'à huit millions d'enfants chaque année.

Avec les vaccins de base déjà disponibles contre les «six grandes maladies», on pourrait sauver chaque année jusqu'à deux millions d'enfants qui succombent encore à des affections que les vaccins auraient pu prévenir – si l'on parvenait à atteindre tous les enfants.

Et c'est bien là le hic. Même si la série actuelle des vaccins ne coûte pas cher, beaucoup des enfants les plus pauvres du monde, les plus vulnérables à la maladie, passent déjà à travers les mailles du filet vaccinal.

L'Afrique subsaharienne enregistre les plus mauvais résultats: chaque année, près de la moitié des enfants ne reçoivent pas, comme ils le devraient, les trois doses du vaccin DTC nécessaires pour prévenir la diphtérie, le tétanos et la coqueluche. Bien que dans les autres régions les taux de couverture soient plus élevés, il n'en demeure pas moins que tous les ans 26 millions de nourris-

sons dans le monde ne reçoivent pas leurs trois injections DTC.

Si nous n'atteignons pas ces enfants maintenant, avec les vaccins déjà disponibles, quelles probabilités y a-t-il de les atteindre avec les vaccins de demain?

Pour protéger la santé et le bien-être des enfants, deux conditions doivent être réunies. D'abord, toucher les enfants qui ne reçoivent pas les vaccins peu onéreux actuellement disponibles. Deuxièmement, prendre sans tarder des mesures pour que ces enfants ne soient pas oubliés par les merveilles de la prochaine génération de vaccins, qui coûteront plusieurs fois le prix de ceux d'aujourd'hui.

Les vaccins «manquants»

Ce devrait être l'une des nouvelles les plus retentissantes de l'histoire: la perspective de disposer de vaccins susceptibles de sauver la vie à huit millions d'enfants par an, c'est-à-dire 22 000 enfants par jour. Pourtant, le silence règne. Serait-ce parce que ces huit millions sont, dans leur grande majorité, les enfants invisibles et silencieux des milieux pauvres?

Force est de reconnaître que certains vaccins déjà sur le marché ne sont jamais arrivés jusqu'aux destinataires prévus. L'antigène de l'hépatite B – une maladie qui tue près d'un million de personnes chaque année – est disponible depuis le début des années 80. Mais beaucoup de pays qui en ont besoin, notamment l'Azerbaïdjan, le Bénin, le Cambodge, la Tanzanie et le Viet Nam, n'ont pas les moyens de l'acheter, même si son coût a été ramené de 150 dollars à l'origine à moins d'un dollar par dose.

La fièvre jaune frappe une fois de plus en Afrique et en Amérique latine,

Le Dr Ralph H. Henderson est Directeur général adjoint à l'Organisation mondiale de la Santé. Comme directeur du Programme élargi de vaccination de l'OMS, de 1979 à 1989, il a été l'architecte de l'effort mondial qui a fait passer les taux de vaccination de 5 % aux alentours de 1980 à 80 % en 1990. Au cours d'une carrière de plus de 30 années dans la santé publique, dont la plupart au Service de santé publique des États-Unis d'Amérique, le Dr Henderson avait déjà apporté une contribution majeure à l'éradication de la variole et à la lutte contre les maladies vénériennes.

UNICEF/950073/Lemmyne

le Gabon, le Ghana et le Nigéria ayant connu des flambées en 1994, et les Libéria et le Pérou en 1995. Dans chaque cas, il a fallu procéder à des vaccinations d'urgence à grand prix pour enrayer l'épidémie.

Il y a cinq ans, des responsables de la santé publique ont recommandé d'ajouter les vaccinations contre l'hépatite B et la fièvre jaune au groupe des vaccins de base, en même temps que des compléments nutritionnels de vitamine A. Pourtant, sur les 34 pays africains à risque, rares sont ceux qui ont pu inclure le vaccin anti-amaril dans leurs programmes de vaccination, même au prix réduit consenti par l'UNICEF de 0,17 dollar seulement. Ainsi que cela a été démontré en 1994 et 1995, il semble plus facile de trouver des fonds pour enrayer la maladie quand elle commence à se propager – mais non, apparemment, pour empêcher son apparition.

D'autres vaccins butent eux aussi sur l'obstacle de la rentabilité, par exemple ceux contre *Haemophilus influenzae* type B, cause majeure de pneumonie et de méningite chez les enfants en bas âge, ou contre les rotavirus, à l'origine de diarrhées qui coûteraient chaque année la vie à près d'un million d'enfants.

Ce même type de problème assombrit les perspectives pour deux autres vaccins – contre le paludisme et contre le VIH/SIDA – susceptibles de sauver des vies dans l'avenir. La mise au point d'un antigène du paludisme se révèle à la fois lente et coûteuse, et celle d'un vaccin anti-VIH ne reçoit toujours pas le soutien nécessaire. Dans les deux cas, le problème vient sans doute en partie de la réticence des fabricants devant les défis scientifiques, politiques et financiers posés par des vaccins qui seront presque certainement hors de portée des pays qui en ont le plus besoin.

Où en sommes-nous aujourd'hui?

L'effort mondial en faveur de la vaccination a remporté un succès sans équivalent dans l'histoire, mais qu'il convient d'examiner de plus près. Ainsi par exemple, les formidables progrès réalisés contre la poliomyélite sont tempérés par la menace continue de d'autres maladies comme la rougeole.

La cible de tous les efforts internationaux actuels de vaccination est sans aucun doute la poliomyélite. En

1997, il n'a été notifié que 3234 cas dans le monde, contre 23 000 sept ans plus tôt; cela fait sept ans aussi que les Amériques ne connaissent plus cette maladie. Bien que la sous-notification demeure un problème, il est clair que la poliomyélite est en déroute. Rien qu'en 1997, plus de la moitié des enfants de moins de cinq ans dans le monde ont été vaccinés pendant des campagnes massives qui, jointes à des mesures de vaccination de routine, peuvent faire disparaître définitivement d'ici deux ans cette maladie de la surface de la terre.

Ces campagnes, outre qu'elles galvanisent les responsables politiques, rapportent des fonds supplémentaires et sensibilisent la population à l'importance des vaccinations systématiques et à d'autres mesures de base pour la santé des enfants. Ainsi, dans 34 pays au moins, on profite des journées nationales de vaccination pour distribuer largement des compléments de vitamine A. Il est en effet prouvé qu'en améliorant chez les enfants carencés en vitamine A les réserves de ce micronutriment vital, on peut abaisser d'un quart environ le nombre des décès d'enfants.

Les nouveaux vaccins pourront sauver huit millions de vies chaque année – mais ils seront chers.

Mais il existe une autre histoire de la vaccination, restée en grande partie dans l'ombre, qui raconte la lutte sans fin pour relever et maintenir les taux de vaccination de base; pour mettre les systèmes locaux et nationaux en état de vacciner à cinq reprises les 130 millions de nourrissons nés dans l'année, et de recommencer l'année suivante, et l'année d'après; et convaincre les familles et les communautés qu'il est crucial pour la santé de leurs enfants d'entamer et de poursuivre la vaccination.

Les ravages implacables de la rougeole, qui tue plus d'enfants que toute autre maladie actuellement évitable par la vaccination, donnent une idée de l'ampleur à la fois des progrès déjà accomplis et des difficultés qui de-

meurent. Le taux global de vaccination antirougeoleuse pour les pays en développement oscille maintenant autour de 77 % des enfants âgés de moins d'un an, et les deux tiers des pays ont déjà atteint l'objectif fixé pour l'an 2000, à savoir une réduction d'au moins 95 % des décès dus à la rougeole.

Mais la rougeole continue de faire rage dans les villes d'Afrique et d'Asie, particulièrement dans les quartiers défavorisés. Vingt pays seulement représentent maintenant 85 % des décès d'enfants de moins de cinq ans dus à la rougeole. Cela signifie qu'environ 722 000 enfants meurent chaque année dans ces 20 pays, dont la moitié en Afrique et 230 000 en Inde. De surcroît, la couverture de la vaccination antirougeoleuse est demeurée stable ou a régressé depuis 1990 dans 32 des 44 pays les plus pauvres, notamment au Burundi (recul de 25 % de la couverture), en Papouasie-Nouvelle-Guinée et au Yémen (23 %), au Malawi (14 %), au Bénin (13 %) et au Mali (12 %).

Pourtant, certaines des nations les plus pauvres de la terre sont celles qui progressent le plus rapidement. Le Cambodge, par exemple, a plus que doublé son taux de vaccination antirougeoleuse, le faisant passer de tout juste 34 % en 1990 à 72 % en 1996. En Guinée, le taux de couverture de la vaccination contre la rougeole s'établit à 61 % des enfants, contre 18 % seulement en 1990.

De tels succès montrent à quoi l'on peut arriver quand la volonté nationale s'engage véritablement à tous les niveaux et quand d'énergiques campagnes ponctuelles sont appuyées par une vaccination de routine fermement mise en œuvre. Grâce aux efforts concertés des 20 pays les plus durement touchés, le nombre de victimes du tétanos néonatal dans le monde est tombé de près de 400 000 à 224 000 en tout juste sept ans.

Il y a là un message d'espoir, aussi bien pour les pays en développement que pour le monde industrialisé. Mais tout n'est pas gagné. Loin de là.

Après avoir presque éliminé la diphtérie, les pays de l'ex-Union soviétique ont été, au début des années 90, durement secoués par des épidémies déclenchées par la crise économique, les conflits armés, l'irrégularité des approvisionnements en vaccins et l'exode massif des paysans vers les villes.

Le nombre de cas est passé dans la

région de moins de 2000 en 1990 à plus de 47 000 en 1994. L'épidémie s'est rapidement propagée à d'autres pays européens, y compris l'Allemagne, la Bulgarie, la Norvège et la Pologne. La communauté internationale a dû intervenir, et tous les pays de l'ex-Union soviétique, à l'exception du Bélarus et de la Fédération de Russie, dépendent encore de l'assistance extérieure pour les vaccins. La douloureuse leçon à tirer est que si nous relâchons nos efforts, nous le paierons pendant très longtemps.

Tenir le cap

Certains des pays les plus pauvres n'hésitent pas à renouer des montages pour vacciner leurs enfants, alors que d'autres nations comparativement riches semblent ne pouvoir ou ne vouloir le faire. Le monde dans son ensemble ne fait pas tout ce qu'il peut pour apporter les vaccins aux enfants qui en ont besoin. Ce n'est pas seulement un échec des dirigeants – c'est aussi un manquement à l'éthique.

Vacciner les enfants n'est pas une charité, mais la réalisation d'un droit humain fondamental. La *Convention relative aux droits de l'enfant*, le traité humanitaire le plus largement ratifié de l'histoire, impose aux Etats parties d'assurer «dans toute la mesure possible la survie et le développement de l'enfant» et de prendre «les mesures appropriées pour (...) assurer (...) les soins de santé». Ces droits ont été traduits en objectifs tangibles lors du *Sommet mondial pour les enfants* de 1990, quand les dirigeants de plus de 70 pays ont promis d'atteindre et de maintenir des niveaux de couverture d'au moins 90 % contre les principales maladies évitables par la vaccination d'ici l'an 2000.

Lorsqu'un objectif devient un droit, il le devient pour tous les enfants, et pas seulement ceux qui sont faciles à atteindre. Un plan national de vaccination doit donc permettre de toucher les premiers 80 % des enfants, mais aussi les derniers 20 %: les enfants placés dans des institutions, ou vivant dans les rues, les enfants des tribus des collines en Thaïlande, les Tsiganes en Bulgarie et en Roumanie, les villageois isolés au Nigéria.

De nombreux pays en développement ont accompli des progrès spectaculaires réguliers dans les années 80. Mais certains ont peine à

conserver le rythme, et plus encore à parcourir les derniers mètres nécessaires pour atteindre les enfants restants. Le Togo, par exemple, a réussi à porter son taux de vaccination antirougeoleuse jusqu'à 65 % en 1995, pour le voir redescendre à 48 % en 1996. Le taux de la Guinée-Bissau est tombé de 65 % en 1994 à 53 % seulement deux ans après.

Ces chiffres reflètent tout le débat de la durabilité. Chaque pays doit conserver sa capacité de vacciner chaque nouvelle génération de nourrissons, de soutenir l'infrastructure de santé, le personnel et les approvisionnements de vaccins à prix abordables pour entretenir le système année après année. Mais, comme les réfrigérateurs et autres maillons de la «chaîne du froid» achetés pendant les campagnes massives de vaccination des années 80, l'enthousiasme montre en certains endroits des signes de fatigue. Il faut maintenir aujourd'hui des structures techniques et politiques sous peine de voir reculer les taux de vaccination, avec des conséquences désastreuses.

C'est pourquoi l'Initiative pour les vaccins de l'enfance, lancée en 1990, a entrepris d'améliorer l'approvisionnement mondial en vaccins existants. Initialement conçue par les cinq institutions qui la parrainent – l'OMS, l'UNICEF, le PNUD, la Fondation Rockefeller et la Banque mondiale – l'Initiative stimule aujourd'hui le dialogue entre les gouvernements, les donateurs, les fabricants de vaccins, les chercheurs et les administrateurs de programmes de vaccination.

La stratégie de financement des vaccins lancée par l'UNICEF et l'OMS en 1994, qui encourage les gouvernements à prendre en charge leurs propres besoins de vaccins, est une autre manière d'aller de l'avant. La stratégie détermine des cibles de financement en fonction du revenu relatif par habitant afin que les fonds des donateurs puissent être concentrés sur les pays les plus nécessiteux.

Les pays sont groupés par catégories, allant des plus pauvres, comme la République démocratique populaire lao et le Mozambique, qui payent une part symbolique des coûts des vaccins, à des pays comme la Malaisie et la Turquie, qui n'ont reçu une assistance que pendant la première année et sont maintenant autosuffisants.

En 1996, 25 % des pays les plus pauvres ont atteint leurs objectifs minimaux pour l'autosuffisance vaccinale, contre 2 % seulement en 1990, à l'instar de 90 % des pays où l'assistance a été progressivement retirée. De nombreux pays payent ou produisent leurs propres vaccins, notamment le Brésil, la Chine, l'Égypte, l'Inde, le Mexique, le Pakistan, les Philippines et la plupart des pays d'Amérique du Sud. Les pays en développement fabriquent maintenant plus de la moitié des vaccins employés pour les programmes nationaux de vaccination.

L'Ouganda, l'un des pays les plus pauvres du monde, finance environ 35 % des vaccins de base. Même au beau milieu des troubles politiques et sociaux, le Burundi est parvenu à maintenir un soutien financier, contribuant à hauteur de 50 000 dollars au coût de la vaccination en 1997.

L'Union européenne a lancé conjointement avec les autorités du Burkina Faso, du Cap-Vert, du Mali, de la Mauritanie, du Niger, du Sénégal et du Tchad un nouveau plan de financement de la vaccination, garantissant l'inscription dans les budgets nationaux d'un poste spécifique pour les achats de vaccins. Pour encourager cet effort, l'Union européenne apporte un soutien direct aux budgets nationaux de ces pays, toutes les fois que les vaccins font partie intégrante des dépenses de santé globales.

Cet appui à la vaccination ne peut être fondamentalement intégré à l'effort mondial de vaccination sans l'engagement politique indéfectible des dirigeants de chaque pays. Ces responsables doivent évaluer leurs priorités et considérer la valeur réelle d'un vaccin – pour un enfant, une famille, une nation. Il faut ame-

ner le monde à se demander comment il est possible que tous les enfants ne soient pas touchés par une mesure aussi rentable et facilement disponible.

Les plus pauvres toujours à l'écart

Les nouveaux vaccins offrent à la fois de grands défis et de grandes potentialités. Mais à leur niveau actuel, les crédits disponibles ne permettront pas de les fournir aux pays où vivent les 10 % les plus pauvres des enfants du monde, ceux qui ont le plus à souffrir des maladies. Les donateurs versent chaque année à ces pays environ 21 millions de dollars pour les six vaccins de base (tuberculose, diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite et rougeole).

Avec les vaccins contre l'hépatite B et la fièvre jaune, la facture monterait à 70 millions de dollars, et elle atteindrait 381 millions de dollars au moins si l'on y ajoutait les vaccins anti-HiB, antiriotavirus et antipneumococcique. En comptant en outre le coût de la rénovation de la chaîne du froid afin de conserver les vaccins à la bonne température, améliorer la capacité de desserte et soutenir des méthodes d'injection sûres, c'est une facture totale de 700 millions de dollars que le monde aurait à régler chaque année.

Ces 700 millions de dollars peuvent paraître beaucoup mais ils ne représentent que 0,12 dollar par personne dans le monde. Si on les compare aux 139 dollars par personne qui ont été dépensés à l'échelon mondial pour l'appareil militaire en 1996, les priorités mondiales deviennent claires. Dans une économie planétaire de 28 000 milliards de dollars, les ressources économiques ne devraient pas constituer un problème.

Jusqu'à présent, les pays du monde – les nations en développement comme les donateurs – ne font tout simplement pas tout ce qui est en leur pouvoir pour apporter ce miracle médical aux enfants qui en ont besoin. La communauté de santé publique a le devoir d'attirer l'attention du monde sur cet outrage. Chaque année, la vie de huit millions de filles et de garçons est entre nos mains. ■



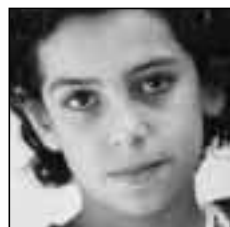
En favorisant la vaccination systématique, les deux tiers des pays ont réussi à réduire d'au moins 95 % le nombre de décès dus à la rougeole. Dans un camp en Tanzanie, deux petits réfugiés du Rwanda attendent, carte en main, de recevoir le vaccin.

ENFANTS NON VACCINÉS CONTRE LA ROUGEOLE

La rougeole tue plus d'enfants que toute autre maladie évitable par la vaccination - plus de 800 000 tous les ans. La proportion d'enfants vaccinés contre la rougeole avant leur premier anniversaire donne par conséquent une bonne indication de ce que font les pays pour favoriser la survie et la croissance de leurs citoyens les plus jeunes. Cette année, les nations ont été classées en fonction de la vaccination antirougeoleuse - mais sous un angle nouveau: selon le pourcentage des enfants qui n'ont pas été vaccinés, des enfants à qui a été dénié leur droit fondamental aux soins de santé.



AFRIQUE AU SUD et SAHARA



AFRIQUE DU NORD et MOYEN-ORIENT



ASIE CENTRALE



ASIE EST/SUD et PACIFIQUE



AMÉRIQUES

Vaccinations: pour faire le point

Comment les Etats peuvent-ils espérer répondre aux besoins de leurs enfants s'ils ne connaissent pas ces besoins avec précision? Ce problème fondamental a été examiné en 1990 par le *Sommet mondial pour les enfants*, qui a demandé aux pays de mettre en place les mécanismes nécessaires pour rassembler, analyser et publier régulièrement des données relatives au bien-être des enfants.

Rien ne montre mieux le succès d'un pays dans la collecte et le traitement de ces informations que ses dossiers concernant les vaccinations, objet des statistiques les plus régulièrement collectées et surveillées. Mais l'évaluation de ces chiffres mêmes est un processus compliqué.

La quasi-totalité des pays réunissent des données sur la vaccination des enfants. Le type le plus courant est la fiche établie par le centre de santé à chaque fois qu'un enfant est vacciné. L'exactitude de ces «rapports de routine» peut avoir à souffrir des complexités de transmission depuis le dispensaire local jusqu'au ministère de la Santé. Les rapports de routine sont donc périodiquement complétés par des études, qui fournissent des données de meilleure qualité mais sont menées moins souvent, à cause de leur coût. C'est pourquoi, dans des publications comme *Le progrès des nations*, les chiffres indiqués ont été établis en combinant les deux.

A travailler sur ces statistiques, on s'aperçoit de la difficulté que comporte la collecte de données. Par exemple, les derniers chiffres de l'UNICEF font

apparaître dans 44 pays des taux de vaccination supérieurs de dix points de pourcentage au moins aux taux indiqués par les enquêtes, et à l'inverse, dans 17 pays, des taux inférieurs d'au moins dix points de pourcentage.

Ces variations peuvent avoir de graves conséquences. Ainsi, d'après une enquête menée en 1992 en Inde, le nombre de nourrissons ayant reçu la troisième dose du vaccin DTC (diphtérie, tétanos, coqueluche) était inférieur de dix millions au chiffre indiqué par les rapports systématiques des dispensaires.

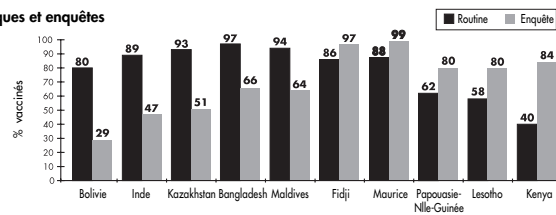
Il en a été tout autrement au Kenya. Selon les rapports systématiques en 1996, 40 % tout juste des enfants avaient reçu leur troisième dose DTC, alors que les enquêtes ont montré que la proportion atteignait 84 % - ce qui représente environ un demi-million d'enfants qui avaient été oubliés par le système des rapports de routine.

Si les taux 1996 de vaccination dans les 40 plus grands pays du monde étaient ajustés pour tenir compte des divergences entre les rapports systématiques et les résultats des enquêtes, la couverture mondiale baisserait de dix points de pourcentage, tombant à 70 %.

Ainsi, même les «meilleures» statistiques disponibles pour mesurer le bien-être des enfants peuvent avoir des défaillances si les pays ne leur réservent pas la priorité nécessaire. Il faut que les pouvoirs publics consacrent plus de ressources à la collecte des données s'ils veulent satisfaire le droit des enfants à la santé.

Rapports systématiques et enquêtes

Différence entre rapports de routine et données d'enquête, DTC3 (pays présentant les plus grandes divergences)



Sources: Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), UNICEF et OMS.

1	Gambie	0
2	Botswana	18
3	Sierra Leone	21
4	Zimbabwe	23
5	Afrique du Sud	24
6	Rwanda	24
7	Zambie	24
8	Lesotho	27
9	Madagascar	32
9	Malawi	32
9	Tanzanie	32
12	Mauritanie	33
13	Ouganda	34
14	Angola	35
14	Côte d'Ivoire	35
16	Guinée	39
16	Maurice	39
16	Namibie	39
19	Bénin	43
19	Mozambique	43
21	Burkina Faso	46
21	Ethiopie	46
►	Moyenne régionale	47
23	Ghana	47
23	Guinée-Bissau	47
25	Sénégal	49
26	Burundi	50
27	Togo	52
28	Cameroun	54
28	Rép. centrafricaine	54
30	Nigéria	55
31	Libéria	56
32	Congo	58
33	Congo, Rép. dém.	59
34	Erythrée	62
34	Gabon	62
34	Kenya	62
37	Mali	65
38	Somalie	67
39	Tchad	72
40	Niger	79

1	Koweït	1
2	Jordanie	2
2	Oman	2
4	Iran	5
5	Israël	6
6	Maroc	7
7	Arabie saoudite	8
7	Libye	8
9	Tunisie	14
10	Egypte	15
10	Liban	15
►	Moyenne régionale	16
12	Syrie	16
12	Turquie	16
14	Emirats arabes unis	17
16	Guinée	20
16	Soudan	25
17	Algérie	32
18	Yémen	49

1	Azerbaïdjan	1
2	Kazakhstan	3
3	Ouzbékistan	8
4	Arménie	11
5	Tadjikistan	20
►	Moyenne régionale	28
7	Turkménistan	34
7	Kirghizistan	35
8	Géorgie	45
9	Afghanistan	58

1	Chine	3
2	Viet Nam	4
3	Corée, Rép. pop. dém.	6
4	Corée, Rép.	8
5	Mongolie	12
5	Singapour	12
7	Australie	13
8	Nouvelle-Zélande	13
8	Bhoutan	14
8	Myanmar	14
11	Sri Lanka	14
►	Thaïlande	15
12	Moyenne régionale	17
12	Inde	19
14	Malaisie	19
15	Pakistan	22
15	Cambodge	28
17	Philippines	28
18	Japon	32
19	Indonésie	37
20	Rép. dém. pop. lao	39
21	Bangladesh	41
22	Népal	55
23	Papouasie-Nlle-Guinée	56

1	Argentine	0
2	Jamaïque	1
3	Canada	2
3	Cuba	2
5	El Salvador	3
6	Colombie	5
7	Chili	7
8	Honduras	9
9	Panama	10
10	Etats-Unis	11
11	Trinité-et-Tobago	12
12	Bolivie	13
13	Costa Rica	14
14	Uruguay	15
►	Moyenne régionale	19
15	Paraguay	19
16	Equateur	21
17	Nicaragua	22
17	Rép. dominicaine	22
19	Mexique	25
20	Brésil	26
21	Pérou	29
22	Guatemala	31
23	Venezuela	36
24	Haiti	69

n.d. = données non disponibles

Sources: UNICEF et OMS.

CE QUE SIGNIFIE LE CLASSEMENT

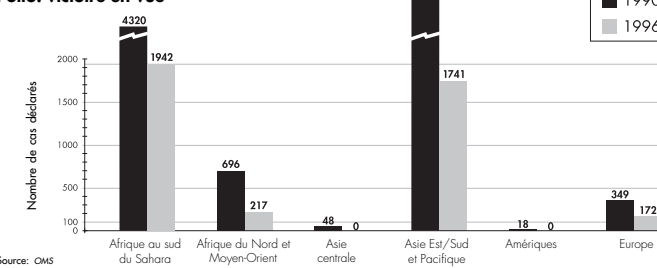
Pourcentage des enfants de moins d'un an non vaccinés contre la rougeole

MOYENNE MONDE EN DEVELOPPEMENT

23%

Vaccination: il suffit de 15 dollars pour protéger un enfant à vie.

Polio: victoire en vue



Source: OMS

Moins de nouveau-nés victimes du tétanos

En 1990, le tétanos a tué quelque 360 000 nouveau-nés dans les 20 pays où il était le plus répandu. Des efforts concertés ont permis d'abaisser ce chiffre à 224 000, une diminution impressionnante des pertes provoquées par une maladie insidieuse qui s'attaque aux nourrissons dans les tout premiers jours de la vie et dont, par une tragique ironie, le symptôme le plus précoce, un spasme facial, est souvent confondu avec le premier sourire du bébé.

Le progrès le plus remarquable est le fait du Brésil qui a réduit de 99 % la maladie, passant de près de 6000 décès en 1990 à seulement 80 en 1997. Le Viet Nam a fait presque aussi bien, obtenant une réduction de 94 % dans le nombre des décès. En chiffres absolus, c'est en Chine que la baisse est la plus importante: plus de 75 000 nourrissons en 1990, un peu moins de 14 000 en 1997, soit un recul de 82 %.

Toutes les nouvelles ne sont pas aussi bonnes, hélas. Au Nigéria, le nombre de décès est passé de 23 000 à 38 000, soit la plus forte hausse au monde en nombre absolu, 62 %.

Le tétanos néonatal est dû aux spores tétaniques auxquelles le manque d'hygiène a permis de s'introduire dans l'organisme de l'enfant lors de la

naissance; la situation est souvent aggravée par des pratiques traditionnelles, comme l'emploi de beurre clarifié ou même de boue pour «guérir» la plaie ombilicale.

Si l'on n'a pas réussi à éliminer le tétanos néonatal avant la fin de 1995, comme le prévoyait l'objectif mondial, on pourrait encore éradiquer la

maladie d'ici la fin du siècle, à condition d'intensifier l'engagement politique. Il faudrait aussi quelque 30 millions de dollars supplémentaires pour redresser la situation dans toutes les zones à haut risque. De nouvelles découvertes dans la technologie des injections pourraient se révéler inestimables, permettant au personnel non médical d'assurer les vaccinations.

Contre le tétanos néonatal Résultats des têtes de liste

	Décès 1990	Décès 1997	Evo- lution %
Brésil	5900	80	99
Viet Nam	6200	400	94
Chine	75 700	13 700	82
Égypte	4000	740	82
Ouganda	7500	2200	71
Indonésie	22 800	7100	69
Philippines	4700	1900	60
Kenya	5100	2500	51
Bangladesh	38 600	20 700	46
Niger	4200	2400	43
Ghana	4000	2400	40
Myanmar	4400	3200	27
Inde	77 700	59 100	24
Pakistan	36 300	29 700	18
Népal	6700	5800	13
Mozambique	3900	3600	8
Ethiopie	14 800	15 600	-5
Somalie	6500	7000	-8
Congo, Rép. dém.	7200	8200	-14
Nigéria	23 400	37 900	-62
Total	359 600	224 220	

UNICEF/91-48867/Lamoyne
Source: OMS, 1998.



Le tétanos néonatal a beaucoup régressé depuis 1990 dans presque tous les pays les plus affectés. Exception: le Nigéria (hausse de 62 %). Le vaccin protégera ces Nigériennes et leur enfant.

La production locale de SRO décolle

Près de la moitié des pays ayant répondu à une récente enquête ont accru leur production locale de sels de réhydratation orale (SRO), traitement qui peut sauver la vie des enfants menacés de déshydratation diarrhéique. Une enquête de l'UNICEF sur 65 pays a signalé une augmentation de la production locale qui paraît durable. La part des SRO achetée par les ministères de la Santé s'est accrue d'environ 20 % depuis 1994, autre signe encourageant qui montre que la thérapie par réhydratation orale entre dans les habitudes.

Le Bangladesh, le Brésil, l'Inde et le Nigéria – où vivent plus de 160 millions d'enfants de moins de cinq ans – sont parmi les 32 pays et territoires qui ont signalé une augmentation de leur production ces dernières années. Cuba et le Mexique fabriquent maintenant assez de SRO pour en exporter dans d'autres pays. Parmi les 19 pays n'ayant pas notifié d'augmentation,

plusieurs produisent déjà suffisamment de SRO pour répondre à leurs besoins.

En 1996, 21 ministères de la Santé ont financé plus de la moitié des SRO utilisés dans le pays, contre 16 en 1994.

Dans 20 pays, les bureaux de l'UNICEF ont rapporté qu'il n'existait aucune production locale de SRO. Si, pour de petits pays tels que le Swaziland, il peut être rentable d'importer des SRO, la situation est préoccupante dans des Etats comme le Burundi, le Cambodge et l'Iraq, où la capacité locale de production s'est effondrée par suite de l'instabilité et de la guerre.

La déshydratation diarrhéique demeure l'une des causes majeures de mortalité chez les moins de cinq ans, fauchant chaque année plus de deux millions d'enfants dans les pays en développement. On pourrait éviter jusqu'à 90 % de ces décès en compensant les pertes de liquides corporels grâce à l'administration de SRO – un

mélange précis de sels et de glucose dissous dans de l'eau potable – ou d'autres boissons recommandées. Un sachet de SRO est économique; il coûte, en moyenne, 0,08 dollar.

Les SRO sauvent des vies Pays ayant accru leur production

Algérie	Mexique
Argentine	Népal
Bangladesh	Nicaragua
Bolivie	Niger
Brésil	Nigéria
Chili	Ouganda
Cisjordanie et Gaza	Pakistan
Cuba	Pérou
Égypte	Philippines
El Salvador	Rép. dém. pop. lao
Équateur	Soudan
Ethiopie	Thaïlande
Ghana	Turquie
Inde	Venezuela
Kenya	Viet Nam
Mali	Yugoslavie

Source: UNICEF, 1997.



Le remède est sous la main: un sachet de SRO dissous dans de l'eau pure empêchera la dangereuse déshydratation diarrhéique.



Premiers rendez-vous: avant neuf mois, les enfants doivent être vaccinés à cinq reprises pour être protégés contre la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite et la rougeole.

Abandons en cours de vaccination: signal d'alarme

Tout comme un taux élevé d'abandon scolaire est signe de problèmes dans le système éducatif, une proportion importante d'abandons en cours de vaccination – soit le pourcentage de nourrissons qui comment, mais n'achèvent pas le cycle complet des six vaccinations dans la première année de vie – révèle des problèmes dans le système de santé. En comparant les taux des vaccinations BCG – premier vaccin administré peu après la naissance – et anti-rougeoleuse, à l'âge de neuf mois, il est possible d'évaluer le succès ou l'échec des vaccinations dans un pays.

Dans la moitié des 127 pays communiquant des chiffres sur ces deux vaccinations, plus de 90 % des nourrissons ayant eu le BCG sont également vaccinés contre la rougeole, ce qui semble indiquer qu'ils ont reçu l'ensemble des vaccinations. C'est donc que leurs parents ont pu amener ces bébés au centre de santé à cinq reprises pendant leur première année, signe que les services de vaccination sont fiables et d'accès facile.

Mais dans les 27 pays de la liste ci-contre, le nombre de nourrissons qui ont reçu le BCG dépasse d'au moins 20 % celui des enfants vaccinés contre la rougeole. De tous les pays fournissant des données, c'est la République centrafricaine qui a le taux d'abandon le plus élevé, presque 50 % (avec 94 % des nourrissons vaccinés contre la tuberculose et seulement 46 % contre la rougeole).

Seul un pays industrialisé, le Japon, connaît un taux d'abandon important, de 23 %. La qualité des

soins de santé et le niveau de nutrition atténuent considérablement la gravité de la rougeole dans le monde industrialisé.

Arrêt en chemin

Pays où le nombre d'enfants ayant reçu le BCG dépasse d'au moins 20 % celui des vaccinés contre la rougeole

	Différence en points de pourcentage
Rép. dominicaine	20
Équateur	21
Mozambique	21
Soudan	21
Zambie	21
Mexique	22
Pérou	22
Turkménistan	22
Japon	22
Algérie	26
Maurice	26
Venezuela	26
Bénin	27
Burundi	27
Népal	28
Tanzanie	28
Bangladesh	29
Malawi	29
Ouganda	30
Sénégal	32
Ethiopie	33
Mali	34
Papouasie-Nlle-Guinée	34
Haiti	37
Togo	39
Libéria	40
Rép. centrafricaine	48

Sources: UNICEF et OMS.

Paludisme: la douane taxe les moustiquaires

Dans 14 pays au moins, se protéger du paludisme revient plus cher parce que le gouvernement taxe l'importation des moustiquaires. Le prix de ces moustiquaires, entre 4 et 15 dollars hors taxes, représente déjà une grosse dépense pour les familles des plus pauvres, où les revenus mensuels atteignent en moyenne 30 dollars, voire moins, par habitant. Les droits de douane, qui vont de 8 % à 65 %, alourdissent encore le sacrifice financier.

Le paludisme, endémique dans une centaine de pays, tue chaque année plus d'un million d'enfants de moins de cinq ans – un enfant toutes les 30 secondes. Des moustiquaires sont en vente dans 56 des 74 pays ayant répondu à une récente enquête de l'UNICEF. Dans 40 pays, elles sont importées, et dans 14 taxées en douane. Tous ces pays sauf deux se trouvent en Afrique subsaharienne.

Le Sénégal applique les droits les plus élevés, 65 %, et six autres pays d'Afrique subsaharienne imposent des taxes égales ou supérieures à 30 %. C'est pourtant dans cette région que l'on enregistre quelque 90 % de tous les décès liés au paludisme et, en moyenne, les enfants souffrent de six crises par an.

En Gambie, une étude a montré qu'en faisant dormir les enfants sous des moustiquaires traitées on pouvait réduire d'un quart la mortalité paludéenne. Cette protection contre les moustiques vecteurs du paludisme est vitale, car la maladie est de plus en

plus résistante aux médicaments, et la mise au point d'un vaccin efficace se révèle difficile.

Appuyant la campagne antipaludique de l'OMS, l'UNICEF a adopté trois objectifs liés: arriver à ce que, dans les zones à haut risque, 20 % des enfants de moins de cinq ans dorment sous des moustiquaires d'ici à l'an 2000, 50 % d'ici à 2005, et la totalité en 2010. Des mesures pour diminuer le prix des moustiquaires, y compris la levée des taxes à l'importation, seront cruciales pour le succès de la campagne.

Taxes à la protection

Pays dont on sait qu'ils imposent des taxes à l'importation des moustiquaires traitées*

Barème des taxes (en %)	
8	Namibie
13	Erythrée
15	Yémen
18	Guinée
25	Guinée-Bissau
25	Zambie
30	Bolivie
33	Djibouti
36	Bénin
36	Burundi
50	Cameroun
50	Mozambique
53	Gabon
65	Sénégal

* Sur les 74 pays d'endémie palustre ayant répondu à l'enquête.

Source: UNICEF, 1998.



A Sao Tomé, des moustiquaires sèchent après traitement à l'insecticide. Elles protégeront des familles contre les moustiques porteurs du paludisme, qui tue chaque année plus d'un million de jeunes enfants.