

LA PAUVRETÉ DES ENFANTS APERÇU

JUIN 2011
POLITIQUES ET PRATIQUES DE L'UNICEF

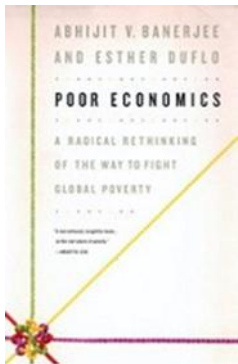


Un nouveau regard sur un problème de longue date: Pourquoi tant d'enfants pauvres ne reçoivent-ils pas les vaccinations essentielles?



Abhijit Banerjee et Esther Duflo, fondateurs et directeurs du *Abdul Latif Jameel Poverty*

Action Lab (J-PAL), Institut de Technologie du Massachusetts (MIT)



Notre livre *Poor Economics: A Radical Rethinking of the Way to Fight Global Poverty*, se propose de synthétiser toutes les leçons que nous avons tirées de quinze années de travail aux côtés des pauvres dans le monde entier. Chaque chapitre porte sur un aspect particulier du développement, qu'il s'agisse de l'éducation ou de l'entrepreneuriat, des micro-finances ou de la santé, en s'appuyant sur les nombreuses données disponibles concernant les pauvres (puisées dans nos travaux ou ceux d'autrui) ou de ce que nous avons appris lors de nos rencontres personnelles avec des populations démunies à travers le monde, les structures que ces rencontres nous ont aidé à identifier et qui nous ont apporté des éclairages utiles sur notre question centrale : comment se fait-il, bien que les pauvres aient au départ les mêmes désirs et capacités que tout autre personne, qu'ils finissent par avoir des vies si différentes ? Cet article porte en particulier sur un volet central de la mission de l'UNICEF. La vaccination est reconnue comme l'un des moyens les plus efficaces et économiques de sauver des vies. Or, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS 2008), chaque année 27 millions d'enfants ne reçoivent pas les vaccinations essentielles comprises dans le Programme Élargi de Vaccinations (PEV). Compte-tenu des bienfaits prouvés ainsi que des ressources que les pays et la communauté internationale consacrent dans ce domaine, comment expliquer que tant d'enfants ne bénéficient pas des vaccinations essentielles ?

Comment notre intérêt s'est éveillé au problème de la vaccination ?

La première fois que nous avons pris conscience de la gravité et de l'urgence du problème de la vaccination, c'était à Udaipur dans le Rajasthan. En collaboration avec une ONG locale, Seva Mandir, qui consacre son travail depuis plus de 50 ans aux populations tribales pauvres de ce district, nous avons entrepris une minutieuse étude sur l'état de santé et sur les comportements en matière de santé dans 100 villages. (Les résultats sont publiés dans Banerjee, Deaton, and Duflo, 2004). Le faible niveau de couverture vaccinale indiqué par les parents nous a littéralement désarçonné: il apparaissait que 16 pour cent des enfants de moins de 2 ans avaient reçu tous les vaccins requis. (Selon les données de l'Étude Nationale sur la Santé Familiale 2005-2006, une enquête représentative au niveau national basée sur la méthodologie utilisée dans les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS), seuls 22 pour cent des enfants de 1 à 2 ans avaient reçu tous les vaccins prescrits dans les régions rurales du Rajasthan.)

De plus, nos entretiens avec les familles nous portaient à penser que les questionnaires standard utilisés pour mesurer la couverture vaccinale étaient probablement à l'origine d'une surestimation de ces taux ; la plupart des parents n'avaient pas

accès à leurs carnets de vaccination, et il semble que certains indiquaient une couverture vaccinale complète dès lors que l'enfant avait au moins reçu le BCG¹.

Trouver une solution à un problème nécessite d'abord d'en mesurer son ampleur. Pour ce faire, nous avons d'abord procédé à une étude minutieuse sur la vaccination que nous avons administrée dans 120 villages, en utilisant un questionnaire d'enquête validé garantissant des réponses fiables. La couverture vaccinale ainsi obtenue s'est avérée être de moins de 2 pour cent.

Une étude fréquemment citée (Lim et al, 2008) confrontant les Enquêtes Démographiques et de Santé aux statistiques officielles de vaccination révèlent que certains pays soumis à la pression de mettre en évidence des résultats afin de bénéficier des fonds GAVI gonflent les chiffres concernant le nombre d'enfants vaccinés. Une première leçon tirée de ce projet, avant même la mise en place de toute intervention, était de réaliser qu'il était probable que même cet article sous-estime la portée du problème de la vaccination au niveau mondial. Chaque année, probablement beaucoup plus de 25 millions d'enfants ne bénéficient pas des vaccinations essentielles pourtant disponibles aujourd'hui.

Très souvent les gouvernements, tout autant que les organisations internationales (ou celles impliquées dans le développement de nouveaux vaccins) ont tendance à réagir sur la défensive face à de telles révélations. Ceci nous rappelle qu'un jour, alors que nous communiquions ces résultats à une audience de hauts fonctionnaires en Inde, ces derniers se sont sentis vraiment offensés de voir leur pays présenté sous les allures d'une "quelconque nation Africaine (ce qui, à vrai dire, serait plutôt flatteur pour l'Inde puisque la couverture vaccinale est généralement beaucoup plus élevée dans la plupart des pays africains). Lors d'une autre manifestation, un cadre de haut rang d'une organisation internationale se garda certes de réfuter ces résultats, mais s'empressa de les relativiser en commentant que de tels faibles résultats s'appliquaient "seulement" à l'Inde et au Nigeria (deux pays comptant une population de respectivement 1,2 milliard et 155 millions d'habitants), et que la couverture vaccinale du Botswana (pays de 2 millions d'habitants) était en revanche très élevée. Il enchaîna ensuite rapidement sur l'importance de consacrer des fonds au développement d'un nouveau vaccin contre le pneumocoque.

Évidemment, nous étions pleinement d'accord sur l'importance d'un vaccin contre le pneumocoque mais, à nos yeux, il est nuisible de dénier qu'il existe des difficultés au niveau de la vaccination elle-même. À notre avis, cela est symptomatique du phénomène "3i" souvent rencontré dans la lutte contre la pauvreté: des politiques ancrées dans une *idéologie* ("les pauvres tiendront certainement à faire vacciner leurs enfants puisque c'est clairement pour leur bien"), élaborées dans une *ignorance* quasi totale de la situation sur le terrain (nous ne disposons même pas de données fiables concernant la couverture vaccinale dans le monde) et qui persistent en raison de l'*inertie* (personne dans le système de santé, n'a vraiment intérêt à faire bouger les choses, et sur le papier, les enfants sont dits immunisés, rapport après rapport). Ce problème « 3i » a entravé les efforts entrepris pour aider les pauvres à l'échelle mondiale, et le propos de notre livre est d'ébaucher quelques démarches initiales pour l'enrayer.

Comment peut-on expliquer la faible couverture vaccinale ?

Pourquoi la couverture vaccinale était-elle si basse à Udaipur ? Certainement pas parce que les parents y négligeaient la santé de leurs enfants. Même les plus pauvres consacrent en moyenne 7 pour cent de leur budget mensuel aux soins de santé (Banerjee, Deaton and Duflo, 2004). Le gros de ces dépenses va toutefois aux soins purement curatifs (antibiotiques, perfusions) et moins d'un quart des consultations médicales se faisaient auprès d'un établissement de santé public.

Une cause possible de la faible couverture vaccinale relève du service déficient offert par le système de santé public. Une enquête hebdomadaire effectuée sur un an nous a révélé que les cliniques locales censées offrir des services de médecine préventive restaient plus de la moitié du temps fermées. En outre, nous n'avons pratiquement trouvé aucune trace des campagnes de vaccination devant régulièrement se tenir dans les localités éloignées.

Une seconde explication est que les croyances traditionnelles nourries par les pauvres les feraient hésiter à se faire vacciner. Bien que ceci puisse être vrai en principe, il n'en est sûrement pas le cas dans le contexte d'une résistance culturelle générale à la médecine moderne: comme nous l'avons vu plus haut, à Udaipur les pauvres ont une préférence marquée pour les docteurs allopathiques privés; qui plus est, environ deux tiers des consultations auprès d'un médecin privé résultent en l'administration d'une piqûre et dans 12 pour cent des cas supplémentaires, à une perfusion. Si il y a un problème, il s'agirait plutôt d'un recours excessif à un certain type de médecine moderne—celle basée sur les produits injectables.

¹Le BCG s'utilise dans la prévention et le contrôle de la tuberculose chez les bébés et enfants en bas âge

Une troisième approche ne situe pas le problème dans le cadre de la médecine moderne en général mais au niveau de la nature des soins préventifs. Il semble en effet que partout dans le monde on observe une faible demande envers la médecine préventive – qu'il s'agisse de l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, du chlore pour épurer l'eau, des sels de réhydratation par voie orale (six cuillerées de sucre et une demi cuillerée de sel à dissoudre dans un litre d'eau bouillante) pour prévenir la mortalité due aux diarrhées ou encore de l'administration de la vitamine B pour prévenir l'héméralopie (cécité nocturne), lesquelles mesures demeurent toutes très peu utilisées, malgré leur coût si peu élevé. L'application de ces mesures serait-elle en butte à des coûts psychologiques ou cognitifs (tels que la procrastination ou encore l'incapacité de planifier ou de suivre un régime strict) ou tout simplement à un manque de conviction en leur efficacité.

Quelles interventions ont été testées ?

Envisageant le problème dans une telle optique, Seva Mandir a décidé de piloter une intervention comportant deux solutions. Tout d'abord on assurerait l'accès à des services fiables en organisant dans les villages des campagnes de vaccination itinérantes à des dates et horaires fixés à l'avance et largement médiatisées. En outre, un employé des services de santé du village serait chargé de la sensibilisation aux vaccinations. Cette structure se contentait de répliquer un système idéal de santé publique gouvernemental, mais en le faisant de manière tout à fait fonctionnelle.

En second lieu certaines communautés, en plus d'être dotées de services fiables, allaient bénéficier d'incitations sous la forme d'un sac de lentilles d'un kg (d'une valeur de 40 roupies, presque un dollar, ou une demi-journée de travail au salaire minimum) offert à toute mère pour chaque vaccination réalisée ainsi qu'un jeu d'assiettes assorties une fois toutes les vaccinations terminées. De telles incitations resteraient certes sans effet si le problème était lié à la présence de profondes croyances à l'encontre des vaccinations. Si le problème relevait par contre de la procrastination ou de croyances superficielles, ce genre d'incitations, si minimes soient-elles, pourraient l'emporter en fournissant un antidote direct à la réticence d'agir sur-le-champ ou au sentiment que cela n'a pas vraiment d'importance.

Il est intéressant de mentionner qu'au début, même les membres du personnel de Seva Mandir semblaient peu convaincus que cette modeste incitation puisse avoir de l'effet. Quelques-uns ne cachaient pas leur scepticisme. “Le guérisseur local n'allait-il pas leur promettre davantage s'ils ne se faisaient pas vacciner? Une incitation à la vaccination n'allait-elle pas faire resurgir de vieux souvenirs remontant aux périodes d'urgence, lorsque les gens avaient été trompés et amenés à se faire vacciner contre leur volonté? Est-il correct “d'acheter” la volonté des gens quand il s'agit de les faire agir dans leur propre intérêt?”

Seva Mandir cependant, et en particulier Neelima Khetan, son dirigeant, (qui vient juste de quitter l'organisation après plus de 10 ans à sa tête) considéra qu'il n'y avait aucune raison de *ne pas* faire l'expérience à petite échelle et de façon rigoureuse (sur échantillon aléatoire) pour en connaître les effets. Si ceux-ci s'avéraient positifs, l'expérience pourrait être poursuivie, voire amplifiée. Dans le cas contraire, nous en tirerions la leçon et retournerions à la case départ.

Un deuxième enseignement pouvait donc déjà être tiré avant même de passer à la mise en place de l'intervention elle-même. Nous avons déjà appris que la couverture vaccinale était plus basse que ce qui est communément admis, et maintenant nous apprenions qu'une organisation efficace se doit de savoir prendre des risques, sortir des chemins balisés, et assumer l'éventualité de se tromper.

Quels furent les résultats obtenus ?

En parallèle étaient mis trois échantillons aléatoires: l'un ne recevait aucune intervention (à titre de référence), un autre bénéficiait de services fiables, et un troisième de services fiables assortis à des incitations. (Voir les résultats dans Banerjee et al (2010), *British Medical Journal*.) Les services fiables à eux seuls ont fait tripler la couverture vaccinale complète, de 6 pour cent à 18 pour cent. Couplé avec les incitations cependant, la couverture vaccinale complète grimpa à 39 pour cent dans les villages ciblés. Qui plus est, l'effet des incitations dépassait les limites des villages, attirant les membres de la famille vivant dans les zones avoisinantes, ce qui, dans les alentours, a fait tripler la couverture vaccinale complète chez les enfants de 1 à 3 ans.

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, les incitations ont en réalité fait baisser les coûts par enfant vacciné. Les incitations attirant trois fois plus de personnes rien qu'aux services fiables, les infirmières se rendant dans les villages pour vacciner les enfants étaient occupées en permanence. En conséquence, les coûts d'une couverture vaccinale complète par enfant ont chuté de moitié. Pour le groupe bénéficiant uniquement des services fiables, le coût de vaccination par enfant revient à environ \$56, contre \$28 par enfant immunisé dans le groupe où les services fiables sont assortis aux incitations.

Ce qui surprend, ce n'est pas que les incitations ont vraiment un impact—on le savait déjà grâce aux évaluations de PROGRESA ainsi que d'autres programmes de Transfert Conditionnel en Espèces (CCTs) d'Amérique Latine—mais plutôt de

réaliser que de si modestes incitations en espèces puissent jouer un rôle si déterminant, et ceci sur des comportements aussi cruciaux que le fait de se faire vacciner.

Mais alors, pourquoi tant d'enfants ne sont-ils pas vaccinés ?

De tels résultats ont le mérite de nous indiquer une possible voie à suivre et en outre, du moins dans le présent contexte, de nous offrir des éléments de réponse à notre question initiale: Pourquoi tant d'enfants ne sont-ils pas vaccinés?

Tout d'abord les résultats suggèrent que, même en supposant que les gouvernements puissent mettre des services de santé préventive fiables gratuitement à la disposition de la population, il est probable que cette condition nécessaire soit insuffisante pour atteindre une couverture universelle: dans notre exemple, même en présence de services fiables et hautement qualifiés dans le cadre d'une organisation jouissant de l'entière confiance des villageois, la couverture vaccinale complète n'a pas dépassé les 18 pour cent sans l'ajout d'incitations. Cela signifie qu'un nombre considérable d'enfants – plus de 8 sur 10 – n'avaient toujours pas reçu tous les vaccins requis.

En second lieu, ces résultats indiquent également qu'une profonde méfiance à l'égard de la vaccination (peur du mauvais œil, par exemple) n'est pas au cœur du problème, ou tout du moins pour une grande majorité de parents: dans les villages ne fournissant pas d'incitations, la couverture vaccinale était élevée pour les deux premières injections: 78 pour cent recevant leur première injection par exemple. C'est seulement à partir de la troisième vaccination que les taux déclinent, les parents étant peut-être déçus de ne pas observer une amélioration notable dans la santé de leurs enfants après les deux premières injections.

Ou bien leur conviction de devoir compléter les trois doses a perdu en force. D'où le troisième enseignement que nous avons tiré: la procrastination semble un obstacle majeur, surtout après quelques injections. Tout se passe comme si les parents avaient perdu la volonté de continuer et se disaient, au cours des mois, qu'une vaccination non effectuée ce mois-ci peut toujours être rattrapée. C'est alors que l'incitation (les lentilles) entre en jeu: elle donne une raison d'agir le jour-même plutôt que de remettre la visite au mois prochain, ce sont elles qui persuadent une grande partie des parents de poursuivre jusqu'à la fin.

Pourtant, les parents se laisseraient-ils aller à toujours remettre à plus tard s'ils étaient réellement conscients des bienfaits de la vaccination? Certes, ces bienfaits ne seront visibles qu'à l'avenir alors que les coûts à supporter appartiennent au présent. Mais les bienfaits sont si considérables qu'une mère, sachant pertinemment qu'elle finira toujours par repousser la vaccination à plus tard, décidera d'agir tout de suite. D'où le quatrième enseignement tiré: les résultats nous indiquent que soit les parents n'ont pas conscience de l'enjeu soit, ce qui est plus probable, sans y être activement opposé ils sous-estiment largement les bienfaits de la vaccination.

Quel est le message à l'intention des décideurs politiques ?

En conclusion, si de bons services sont effectivement disponibles mais non utilisés, les décideurs politiques devraient envisager de recourir à des incitations minimales mais bien ciblées pour faire augmenter la couverture vaccinale. Ces incitations ne doivent pas forcément être monétaires; en fait, les campagnes de vaccination pourraient être perçues comme l'occasion idéale de distribuer gratuitement des biens auxquels les ménages attachent de la valeur; il serait en outre important de largement distribuer ces biens, particulièrement auprès des ménages avec des enfants en bas âge. C'est une approche que l'OMS et l'UNICEF ont mis en pratique en Afrique avec la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide lors des campagnes de vaccination contre la rougeole. D'une pierre deux coups, ils ont augmenté et l'utilisation de la moustiquaire et la couverture vaccinale. De façon similaire, il est concevable de distribuer gratuitement du sel enrichi en iode durant les campagnes de vaccination.

Toutefois on remarque que les décideurs, quelle que soit leurs tendances politiques, affichent souvent une méfiance généralisée envers toutes sortes de récompenses matérielles et plus encore envers les incitations. En règle générale, les gouvernements veillent d'abord à assurer l'offre et se tournent seulement ensuite vers la demande. Il ne fait aucun doute que des services de vaccination d'un minimum de fiabilité et qualité soient indispensables au bon fonctionnement de tout programme de vaccination, mais ce qui est suggéré par l'analyse coûts-bénéfices de notre expérience, c'est qu'il serait plus rentable de travailler simultanément sur l'offre et sur la demande. Pour la majorité des gouvernements, \$56 pour chaque enfant complètement vacciné est un montant trop élevé, dépassant aussi la somme allouée par GAVI aux pays recevant son aide. Par contre \$28 est bien plus à la portée d'un budget gouvernemental. Si la demande peut être consolidée, comme il ressort de notre expérience, les ménages feront le déplacement, ce qui est beaucoup moins cher que dans le cas d'infirmières hautement rémunérées.

On peut même pousser l'argumentation plus loin : pourquoi offrir des services de vaccination quotidiennement ou même à chaque semaine? Moins les conséquences de procrastiner sont sévères, plus la tendance à remettre au lendemain sera forte .

La probabilité que l'enfant attrape la rougeole du jour au lendemain étant insignifiante, cela ne coûte rien de remettre la vaccination au jour suivant. Cela coûte par contre de plus en plus si on doit attendre la prochaine campagne pour un mois. Organiser des campagnes de vaccination à un rythme mensuel ou même bi-mensuel et les médiatiser largement devraient produire l'effet "d'échéance" faisant en sorte que la vaccination serait perçue comme étant beaucoup plus critique et pourrait ainsi encourager davantage la population à se faire vacciner (nous n'avons pas vérifié cette hypothèse)

Même lorsque les gouvernements ou les ONG sont convaincus de l'importance de consolider la demande de vaccination, ils estiment généralement qu'il est préférable de recourir à une meilleure campagne d'information et non à des incitations. La méfiance envers les incitations dans le contexte de la vaccination semble un article de foi présent chez toutes les tendances politiques confondues: Ne jamais soudoyer les gens pour les inciter à agir dans ce qui, selon vous, est dans leur propre intérêt. Pour la droite, cela reviendrait à un gaspillage; pour la gauche conventionnelle, c'est-à-dire la majorité du secteur de la santé publique, cela revient à dégrader tant le service offert que son bénéficiaire. Nous devrions plutôt essayer de convaincre les pauvres des bienfaits de la vaccination.

À notre avis, ces façons de penser font toutes deux fausse route face à ce genre de problèmes, et ceci pour deux raisons. D'abord, il ressort de notre expérience que, tout du moins à Udaipur, les gens peuvent avoir toutes sortes de croyances sans pour autant les nourrir toutes avec grande conviction: sinon ils ne les abandonneraient pas si facilement. Deuxièmement, l'intérêt personnel n'engendre pas toujours l'action. Même si la population est convaincue de l'importance de la vaccination, cela ne signifie pas que les enfants seraient nécessairement vaccinés. Cette tendance à la procrastination n'est pas l'apanage des gens pauvres mais, et c'est là où réside la grande différence, ils ne sont que très peu guidés pour prendre les bonnes décisions.

En guise de conclusion, nous désirons citer la fin du chapitre sur la santé de notre livre.

“Dans les pays riches, nous sommes constamment conduits à prendre les bonnes décisions: nous sommes bien obligés de faire vacciner nos enfants—sinon ils ne seront pas admis à l'école—et même dans l'éventualité qu'ils ne soient pas vaccinés, ils ne courent de toutes façons aucun risque car tous les autres enfants le sont. Nos assurances-santé offrent des incitatifs financiers si l'on s'enregistre à un programme d'activités physiques car ils craignent que nous ne le ferions pas de nous-mêmes. Et tout cela sans compter qu'il y a beaucoup de choses dont nous n'avons pas à nous soucier: l'eau qui coule du robinet est potable, nous n'avons pas besoin de moustiquaire pour dormir car le paludisme ne sévit pas chez nous, et plus que tout peut-être, la plupart d'entre nous n'avons pas à nous demander d'où viendra la nourriture pour notre prochain repas. Autrement dit, ce n'est que rarement que nous devons faire appel à nos ressources limitées en maîtrise de soi et en notre capacité de prendre des décisions, au contraire des gens pauvres qui doivent y recourir en permanence.

Il importe de reconnaître que personne ne réunit toute la sagesse, la patience ou les connaissances nécessaires pour assumer l'entière responsabilité de prendre les bonnes décisions concernant sa propre santé. Dans les pays pauvres, l'objectif principal de la politique de santé devrait consister à faciliter au maximum l'accès des pauvres aux soins de santé préventifs. Cela signifie bien sûr des soins gratuits, mais aussi tout autre élément pouvant s'avérer utile dans ce but.”

Quelques ressources générales:

- Banerjee, Abhijit and Duflo, Ester (2011). *Poor Economics: A Radical Rethinking of the Way to Fight Global Poverty*. New York: Public Affairs.
- [Poor Economics Companion Website](#)
- Banerjee, Abhijit, Angus Deaton and Esther Duflo (2004). “Health Care Delivery in Rural Rajasthan”. Mimeo, MIT.
- Banerjee, Abhijit, Esther Duflo, Rachel Glennerster, and Dhruva Kothari (2010). “Improving Immunization Coverage in Rural India: A Clustered Randomized Controlled Evaluation of Immunization Campaigns with and without Incentives.” Forthcoming, *British Medical Journal*.
- Lim Stephen S., Stein David B., Charrow Alexandra, Murray Christopher J. (2008). "Tracking progress towards universal childhood immunisation and the impact of global initiatives: a systematic analysis of three-dose diphtheria, tetanus, and pertussis immunisation coverage." *Lancet* 372:2031-46.
- [National Family Health Survey, 2005-2006](#) (NHFS-3).
- WHO and UNICEF. [Global immunization data](#). World Health Organization, 2008.
- [Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab \(J-PAL\)](#) - Laboratoire d'action contre la Pauvreté (J-PAL)
- [Esther Duflo: Social experiments to fight poverty](#) – TED Talk

La Pauvreté des Enfants : Aperçu réunit des contributions de membres du réseau *Child Poverty Network* et ne représente pas forcément le point de vue de l'UNICEF. Veuillez envoyer votre contribution à **Aperçu** aux rédacteurs de la série, Isabel Ortiz, Jingqing Chai, Louise Moreira Daniels et Solrun Engilbertsdottir à l'adresse suivante child-poverty@groups.dev-nets.org.