



**Entretien avec ...
le professeur Jeannine Tagliante-Saracino,
membre du Groupe Consultatif de Projet
(PAG)**

Le docteur Tagliante-Saracino est professeur titulaire de santé publique à l'Université d'Abidjan en Côte d'Ivoire.

Cet entretien a été réalisé le 2 février 2007 à Ouagadougou (Burkina Faso)

Tous les entretiens sur ce thème sont disponibles à cette adresse : <http://www.meningvax.org/francais/fr-press-reports.htm>

Professeur Tagliante-Saracino, si vous deviez vous présenter en quelques mots, que diriez-vous ?

Je suis médecin infectiologue et professeur titulaire de santé publique à l'Université d'Abidjan. J'ai fait mes études de médecine à la Salpêtrière à Paris et durant cette période j'ai pris conscience de l'importance des maladies infectieuses dans les problématiques de santé en Afrique. J'ai passé l'internat à Abidjan où j'ai travaillé pendant une dizaine d'années au service des maladies infectieuses. Ces maladies représentent 60 % de nos pathologies, y compris le sida. C'est dire qu'elles tiennent une grande place dans les problèmes que nous devons résoudre en Afrique et ceci m'a amenée progressivement à aller en santé publique, où je me suis spécialisée dans la lutte contre la maladie.

Pourquoi la médecine ?

Il y avait beaucoup de domaines qui m'intéressaient dans la vie, mais je crois que si on voulait faire un peu de psychologie, j'ai côtoyé beaucoup de personnes malades durant mon enfance et j'ai voulu exercer un métier utile pour l'Afrique.

Pourquoi vous êtes-vous tournée vers l'enseignement ?

Après mes études de médecine à Paris, j'ai voulu m'insérer dans le tissu professionnel en Côte d'Ivoire d'où je suis originaire. Il était important de revenir en Afrique du fait de la sous-médicalisation et des besoins en personnel de santé. Je me suis rendu compte que le métier d'enseigner est essentiel pour la création de compétences

Comment êtes-vous arrivée au PAG (Groupe Consultatif de Projet) ?

Il y a une petite histoire à cela : au cours de ma vie professionnelle en Côte d'Ivoire, j'ai été nommée directrice de l'Institut National d'Hygiène Publique. C'est un institut qui a une vieille histoire puisqu'il fait partie des services d'hygiène mobiles de la période coloniale qui avaient pour mission la prévention, la lutte contre les endémies, la vaccination... ce sont ces services-là qui ont mené la lutte contre la variole. Quand on m'a offert la possibilité au niveau du ministère de la santé, j'ai choisi ce service parce que cela rentrait dans ma logique : j'ai fait infectiologie, j'ai passé le concours d'agrégation en santé publique et il était logique pour moi de me diriger vers l'instrument du ministère de la santé qui lutte contre la maladie infectieuse. J'ai proposé la transformation de ce service en établissement public national – l'Institut National d'Hygiène Publique. Dès 1992, cet établissement a proposé des programmes de vaccination en dehors du PEV parce qu'il nous est apparu important d'offrir la vaccination à l'ensemble de la population en fonction du besoin. Par exemple, nous avons

proposé le vaccin contre le tétanos à tout le monde, moyennant recouvrement, et nous avons également développé des programmes spécifiques de vaccination en entreprise, en collectivité, dans les écoles et en milieu rural.

Au moment de l'épidémie de méningite dans les années 1994-1995-1996, nous avons initié des campagnes de vaccination préventive avec recouvrement dans le nord de la Côte d'Ivoire qui jouxte le Burkina, soumis à l'époque à des épidémies. On a eu à échanger avec des collègues qui étaient sur le terrain, avec l'AMP [ndlr : Agence pour la Médecine Préventive], avec PATH pour dire que même si le vaccin polysidique n'était pas performant, vu l'importance que revêtaient ces épidémies il fallait quand même proposer le vaccin aux populations en saison préépidémique de façon à ne pas se retrouver dans des situations catastrophiques. Le résultat a été que nous avons fait des campagnes de vaccination avec recouvrement de coûts, au cours desquelles nous avons distribué plus de 5 millions de doses de vaccin en 5 ans. L'AMP a étudié le coût de certaines campagnes et a présenté les résultats de ce travail de recherche à une réunion de l'Organisation mondiale de la Santé au siège de l'UNICEF à New York – réunion à laquelle participaient le Dr. Marc LaForce et un représentant de la Fondation Bill & Melinda Gates. A l'époque, le programme GAVI était en gestation. Je pense que lorsque le projet MVP s'est dessiné, le groupe présent à New York s'est souvenu de l'expérience que nous avons en Côte d'Ivoire des campagnes de vaccination de masse préventives documentées contre la méningite, et c'est ainsi que l'on m'a demandé de devenir membre du Groupe Consultatif de Projet. J'étais très heureuse de rejoindre le groupe et de dire que c'était une proposition particulièrement intéressante et qu'il fallait pousser parce que, à travers ce projet, j'en suis persuadée, c'est l'élimination de la méningite à méningocoques A que nous allons réaliser. Je pense que Marc LaForce a fait partie des gens qui ont convaincu l'entourage de Bill Gates que s'il y avait une fondation à créer, il était très intéressant de miser sur l'immunisation. Accepter l'invitation de servir en tant que membre du PAG était dans une logique de vie – tout ce qui est lutte contre les maladies transmissibles, infectieuses, etc.

C'est un devoir...

C'est aussi un plaisir, c'est-à-dire que, véritablement, ce sont des challenges qui demandent réflexion, organisation et plaidoyer.

Les vaccins antiméningococciques polysidiques sont d'habitude utilisés en réponse aux épidémies. Comment êtes-vous arrivée à l'idée de les utiliser de manière préventive et avec recouvrement ?

C'est un essai que nous avons fait : nous avons organisé toute une stratégie d'approche des populations où nous les informions sur la maladie et nous les invitons à venir se faire vacciner. Au cours de ces campagnes nous avons proposé les vaccins contre la fièvre jaune et la méningite parce que les deux affections représentaient une menace pour la région et nous avons offert les deux vaccinations pour 500 francs CFA, c'est-à-dire moins d'un euro. Etant un établissement public national avec obligation de recettes, nous avons essayé de calculer au plus près à combien on pouvait faire le moins cher possible pour favoriser l'accessibilité des populations à la vaccination. C'est certain que l'on ne couvre pas toute la population, mais nous arrivions à des taux de couverture compris entre 50 et 65 % suivant les régions. Ces taux de couverture permettaient de protéger les régions concernées lorsque des épidémies très importantes apparaissaient, comme au Burkina Faso. Il faut savoir que lorsque l'épidémie éclate, il est très difficile d'organiser des campagnes réactives car même si la surveillance épidémiologique est organisée, il y a des retards à la transmission de l'information en milieu rural... et pour peu qu'on n'ait pas le vaccin disponible, la situation

devient très rapidement critique... Une chose qui m'avait amenée à organiser ces campagnes préventives devant la menace des épidémies de méningite, c'est que l'Institut commandait des stocks de vaccins qui étaient prépositionnés dans le nord du pays, mais une fois la saison épidémique passée, on se retrouvait avec des stocks de vaccins non utilisés qui risquaient la péremption. Ainsi, pour assurer le renouvellement des stock nous vaccinions en préventive et nous commandions de nouveaux vaccins.

Que pensez-vous apporter au projet et au PAG?

Une des premières choses que je pense apporter, c'est ma conviction. Ces méningites sont des pathologies qui ont un impact sur la santé, sur la vie économique et sociale des Africains. A nous de faire le tour de tout cela, de le mettre dans des plaidoyers convaincants, de convaincre nos décideurs politiques et les acteurs économiques concernés de la nocivité de ces maladies. Il faut une mobilisation interne de l'Afrique sur ces problèmes, et c'est à nous, Africains, d'amener nos partenaires à nous aider, à prendre en compte la méningite comme une priorité.

Je me mets à la place d'un décideur politique ou économique. Pourquoi la méningite devrait-elle être une priorité quand on sait qu'il y a d'autres maladies infectieuses ou non, qui font beaucoup plus de victimes en Afrique – le sida, le paludisme ou la malnutrition, pour ne citer qu'elles...

Je pense que si l'on prend l'histoire naturelle de l'ensemble des maladies infectieuses en Afrique, on se rend compte que le sous-développement est fortement lié à ces maladies. Prenons l'exemple de l'onchocercose. C'est une maladie qui entraînait une cécité importante, un abandon des vallées fertiles, et à propos de laquelle on a écrit beaucoup. Mais cette onchocercose, elle n'a pas apparue dans les années 1970 ! Elle est millénaire en Afrique, donc on imagine toutes ces populations qui ont été mutilées, handicapées par cette maladie, et qui ont dû sortir des zones soumises au risque. Le programme de lutte contre l'onchocercose a permis d'abord de réduire la morbidité de cette maladie mais également de rendre à des populations des vallées fertiles. Si vous prenez le cas de la Côte d'Ivoire ou du Burkina, toutes ces grandes plantations sucrières de Ferkessedougou, de Borotou, de Bobo-Dioulasso sont d'anciennes zones de l'onchocercose où il n'y avait personne. On voit bien que si vous comptez, année après année, la maladie infectieuse a été probablement le plus puissant ennemi du développement de l'Afrique.

Un autre exemple : La Côte d'Ivoire était connue depuis Louis XIV, mais l'histoire coloniale dit que pendant de nombreuses années il n'y a eu que des comptoirs où se faisaient des échanges, et que les comptoirs n'ont pu être transformés en magasins et centres de commerce qu'après l'arrivée de la quinine. Tant qu'il n'y avait pas la quinine, le paludisme rendait impossible toute implantation de ce qu'on appelle les transplantés, c'est-à-dire les étrangers qui arrivaient et qui trois mois après mouraient de neuropaludisme. Cela, l'histoire le dit pour le transplanté. Mais on n'a jamais mesuré le poids de cette maladie par rapport aux populations qui habitaient là, en particulier, les enfants chez qui la morbidité du paludisme est élevée. On peut imaginer qu'à l'époque où il n'y avait que des médecines traditionnelles, ou pas du tout de médecine, l'importance de la morbidité. Le poids de chacune de ces maladies est effrayant. Donc quand on nous dit : « Pourquoi la méningite ? » je réponds en disant que chaque fois qu'une maladie est vulnérable, c'est-à-dire que nous avons un moyen de lutte efficace, il faut s'y attaquer fortement. Dans le cas de la méningite, le réservoir est purement humain. Si la chaîne de transmission est interrompue, si le sujet réceptif est protégé, l'élimination de la maladie due au méningocoques A paraît probable.

Donc c'est intéressant. Ce n'est pas un choix que l'on fait d'une maladie contre une autre, c'est par rapport à la vulnérabilité du problème.

Il y a eu d'autres essais dans les années 1990 de vaccins antiméningococciques conjugués en Afrique. Ces essais n'ont pas été menés à terme. Qu'est-ce qui vous fait penser que MVP va terminer les essais cliniques, produire un vaccin et l'introduire à grande échelle en Afrique ?

Je crois qu'il y avait une volonté dans ce groupe animé par le professeur Kader Kondé et le docteur Marc LaForce. Beaucoup de recherches pourraient être faites sur la production de vaccins contre d'autres maladies. Mais parallèlement à ces recherches, il y a nécessité de procéder à des études de marché et d'analyser la capacité des pays africains atteints par ces maladies de favoriser un retour sur investissement pour la firme qui produit le vaccin. Il y a donc toujours une hésitation à produire des vaccins qui ne sont utiles qu'en zone africaine ou en zone sous-développée. Je crois que c'est dans ce sens-là qu'il faut saluer ce projet, c'est qu'il avance en abordant les trois problèmes-clés, à savoir produire un vaccin efficace, voir ses conditions d'introduction, et chercher les financements pour résoudre le problème. Habituellement on cherche d'abord le vaccin – et cela a été le cas du vaccin contre l'hépatite B : une fois le vaccin trouvé, passer à la phase de la protection des personnes a été difficile parce que les autres choses n'avaient pas été discutées et que les populations concernées ne pouvaient pas acheter le vaccin. Ce projet est intéressant parce que les trois points sont abordés en même temps : fournir un vaccin qui marche bien, réfléchir sur la stratégie d'introduction et sur la vulnérabilité du problème, et le 3^e volet, chercher les financements avec les pays et les partenaires pour que, une fois que tout cela est réalisé, on ait véritablement réglé le problème.

D'après vous, y a-t-il d'autres maladies pour lesquelles le modèle MVP pourrait être utile ? Prenons le cas de la fièvre jaune, contre laquelle il y a un excellent vaccin. C'est une maladie où il y a un vecteur, donc on ne parle pas d'élimination mais d'un contrôle de la maladie. Les stratégies françaises de contrôle ont été efficaces jusqu'en 1962 puisque les campagnes de masse ont permis de ne plus entendre parler de la maladie. Mais après 1962, il n'y a pas eu de relais stratégique à ces stratégies de contrôle – comment mobiliser les fonds, comment protéger les populations... et malheureusement maintenant on voit une réémergence très forte des épidémies de fièvre jaune. Donc il y a une urgence à réfléchir sur le problème de la fièvre jaune qui, comme la méningite, lorsqu'elle se manifeste, est très bruyante, très désorganisatrice et paralyse la région car une fois que l'épidémie a apparu, on ne fait rien d'autre que lutter contre elle.

Est-ce que l'on ne risque pas de se retrouver dans la même situation avec la méningite ? De tous les méningocoques, le sérotype A est le plus dangereux. Si les stratégies de vaccination sont bien menées, je pense que dans 10 ans il faudra mener une autre réflexion pour savoir quelle stratégie d'immunisation il faut maintenir pour que la méningite à méningocoques A, qui aura quasiment disparu, ne réapparaisse pas. Par contre, il faudra continuer à surveiller les autres sérotypes et voir comment ils évoluent. Mais cela, c'est une question à laquelle on ne peut pas répondre maintenant.

Imaginons que vous êtes directeur MVP, que feriez-vous « après MVP » ?

Vous me prenez de court. Je n'ai pas réfléchi à cela, mais je pense que c'est un projet qui au cours de son exécution va ouvrir d'autres pistes. Déjà, ce projet va montrer comment conduire un projet d'immunisation, un projet de lutte contre une maladie : on travaille en trois temps ou concomitamment d'abord sur la production d'un vaccin ou d'un moyen de

lutte qui soit efficace, ensuite sur la stratégie d'introduction – voir à quel âge vacciner et la faisabilité-même (la capacité des systèmes de santé à absorber le projet, à ne pas le casser parce que peu efficient) – et finalement sur les financements durables et la pérennisation. Ce projet va apprendre cela, et pourra donc servir de modèle pour d'autres maladies graves. Parce que les maladies graves, il y en a qui s'annoncent. Ce sont des maladies virales, des arboviroses, la maladie de la vallée du Rift, le chikungunya. Est-ce que ces maladies vont rester en état ou est-ce qu'elles vont de plus en plus faire parler d'elles vu les changements climatiques ? Le projet va ouvrir des perspectives.

A quoi MVP doit-il plus particulièrement attention maintenant que le projet est en phase d'essai clinique en Afrique ?

Je pense qu'il faut faire attention à la qualité des essais cliniques en Afrique. Il serait surtout intéressant qu'un pool de compétence se mette en place parce que, ne nous voilons par la face, les maladies infectieuses, c'est encore dans nos pays qu'elles sont. On a l'environnement qui permet de mener n'importe quel essai clinique pour n'importe quelle maladie infectieuse. Ce à quoi il faut s'atteler, aussi bien nous les enseignants d'Afrique que les groupes qui viennent nous aider à faire ces essais cliniques, c'est monter un haut niveau de compétences pour que la qualité des essais cliniques réponde à tous les critères scientifiques, éthiques, etc., et que cela ne soit pas critiquable. La formation aux essais cliniques est une véritable spécialité ; il n'y en a pas beaucoup en Afrique, alors que du fait de la persistance des maladies infectieuses chez nous, les essais cliniques vont se passer en Afrique. Il faut qu'il y ait une prise de conscience au niveau des universités et des instituts de recherche africains. Actuellement, on fait un peu office de boîtes aux lettres : un essai clinique est organisé et on y participe. Mais la compétence doit aller au-delà, c'est-à-dire que lorsqu'un essai clinique est proposé, il faut que le pool africain qui mène l'essai clinique soit suffisamment reconnu au niveau de la qualification internationale pour qu'on puisse lui confier cela sans arrière-pensée. Il faut véritablement amener des gens à s'intéresser aux essais cliniques, à la formation, à se spécialiser dans ce domaine, à avoir un niveau de qualité et de rigueur irréprochables.

Le renforcement des compétences vous tient de manière évidente à cœur : vous avez bifurqué vers l'enseignement parce que vous pensiez qu'il était important de renforcer les compétences africaines dans le domaine de la médecine et de la santé, et vous pensez que la recherche clinique doit être renforcée en Afrique – Quel rôle, pensez-vous, MVP devrait-il ou pourrait-il jouer dans ce renforcement des compétences ?

MVP doit aider aux renforcements de capacité des groupes africains. Je ne sais pas si le projet en a les capacités, mais ne serait-ce que des visites de lieux en Europe ou en Amérique où l'on fait des essais cliniques, des participations à des formations ou à des stages... Mais il y a un autre domaine dans lequel MVP pourrait également intervenir, et c'est celui des campagnes préventives avec le nouveau vaccin.

Vous êtes originaire de Côte d'Ivoire. Vous avez connu des épidémies de méningite ?

Les épidémies ont lieu dans le nord de la Côte d'Ivoire et souvent ce sont des épidémies concomitantes à des épidémies du Burkina. Dans les cas répertoriés, nous avons 400-500 cas, mais la notification n'est pas exhaustive.

Y a-t-il des croyances liées à la méningite comme c'est le cas ici au Burkina ?

Ce que j'ai remarqué quand j'étais interne à Abidjan, et que je retrouvais remarquable, c'est la capacité des personnes originaires de la région du nord ou du Burkina Faso à reconnaître une méningite à ses débuts ; le patient ou sa famille rentrait en disant aux urgences de

médecine en disant que le malade souffrait de méningite. Les personnes avaient la capacité de reconnaître la maladie par quelques signes, céphalées, raideur, etc. Dans le sud de la Côte d'Ivoire, les diagnostics sont plus tardifs. Donc il y a une connaissance de la maladie dans les zones hyperendémiques, et cela nous a aidé beaucoup dans les campagnes préventives, même avec recouvrement de coût, parce que quand vous dites aux gens : « On a un vaccin, on va vous vacciner contre la méningite », les gens répondent à l'appel tout de suite, même dans une région où la liquidité, c'est-à-dire l'argent, est chose rare. Je me souviendrai toujours : les premières journées de vaccination ont eu lieu dans le pays Lobi, dans la région nord est de la Côte d'Ivoire qui jouxte le Burkina. C'est un milieu rural. Faute d'argent, les parents ont remis des poulets aux enfants pour venir se faire vacciner. La disposition à payer était là. Ils n'avaient pas d'argent, mais ils estimaient qu'il était important de se faire vacciner. Ce que je regrette, c'est qu'on n'ait pas fait de photo. On aurait pu montrer à quel point les populations étaient engagées dans la campagne de vaccination. Les populations ne sont pas passives, elles ont le souci de leur santé. C'est à nous d'expliquer qu'il existe un moyen, qu'on travaille sur le moyen pour le rendre le plus accessible possible par rapport à leurs conditions.

Donc il n'y a pas de problèmes avec les gens qui ont des croyances particulières, qui s'opposent à la vaccination ...

Non. Il y a quelques ethnies en Afrique qui ne veulent pas que le fer pénètre la peau et donc la vaccination avec une aiguille peut les gêner. Sinon, je crois que l'ensemble, du moins dans le cas de la Côte d'Ivoire, est perméable à la vaccination. On a eu à un moment donné à l'ouest de la Côte d'Ivoire un phénomène qui était un peu identique à celui du Nigeria où il y avait des programmes associés d'espacement des naissances et de vaccination de la maman. Les gens ont fait l'amalgame : comme ils n'étaient pas pour un espacement des naissances, ils ont rejeté la vaccination. Donc il faut faire très, très attention quand on couple ce programme par rapport à certaines régions, on peut avoir un rejet de la vaccination, mais pas pour les raisons qu'on croit. Le vaccin contre la méningite est très, très mobilisateur. Nous avons même eu des problèmes parce que comme la télévision et la radio parlaient beaucoup de ces épidémies en 1996, toute la Côte d'Ivoire était informée, les gens savaient que nos services vaccinaient dans le nord du pays et j'avais un problème parce que, à Abidjan, tout le monde voulait se faire vacciner, tout le monde se précipitait et nous risquions la rupture de vaccin.

La réunion du PAG s'est terminée ce matin avec une liste de nouvelles recommandations des membres du PAG. Comprenez-vous que nous puissions parfois être quelque peu découragés à la lecture de ces recommandations...

Il ne faut pas le prendre comme cela. Il ne faut pas oublier que nous sommes dans le même bateau que vous. C'est un très bon projet, et on essaye de l'améliorer. Ceci dit, le titre du projet « Eliminer les épidémies » fait très slogan et est très attractif par rapport au commun des mortels, mais cela n'a pas de sens en santé publique. Surtout que l'objectif général du projet, tel qu'il est écrit, va être l'élimination des méningites à méningocoques A. Il faut que dans l'objectif général ce soit bien précisé que l'objectif final est éliminer les méningites *endémo-épidémiques* à méningocoques A.

Le mot de la fin ?

Je pense que c'est un projet d'avenir qui doit être mené avec célérité à son terme, pour une Afrique où il y a énormément de problèmes sanitaires et socio-économiques aggravés par des conflits politiques multiples.