

La lettre d'information du diplôme et de la capacité de médecine tropicale des pays de l'océan indien

N° 46 – Décembre 2016

La lettre d'information n° 46 du 31 décembre 2016 traite des progrès accomplis dans le monde en vue de l'élimination de la rougeole et de la poliomyélite en 2015-2016.

Pourquoi traiter de la rougeole et de la poliomyélite dans une même lettre d'information ?

Parce qu'une source majeure de préoccupation est actuellement liée au risque que les progrès réalisés à ce jour en matière de lutte et d'élimination de la rougeole puissent être compromis si les ressources financées au titre de la lutte antipoliomyélitique et consacrées aux services de vaccination systématique, aux activités de vaccination supplémentaire (AVS) contre la rougeole et aux activités de surveillance de la rougeole viennent à diminuer, voire à disparaître, après l'éradication de la poliomyélite.

En 1988, l'Initiative Mondiale pour l'Eradication de la Poliomyélite (IMEP) a mis en place trois stratégies pour lutter contre la poliomyélite : la vaccination systématique par les vaccins polio vivants atténués (en pratique le VPO trivalent [VPOt] contre les trois sérotypes de poliovirus sauvages [PVS1, PVS2, PVS3]), les AVS et la surveillance des virus sauvages par recensement et analyse virologique des cas de paralysie flasque aiguë (PFA) par le réseau de laboratoires virologiques.

Les résultats de ces 3 stratégies ont été spectaculaires. En 1988, il y avait plus de 350 000 cas annuels de poliomyélite dans le monde. Quinze ans plus tard, en 2003, 682 cas étaient notifiés, des virus sauvages ayant été isolés dans six pays : Inde, Pakistan, Afghanistan, Nigeria, Niger, Egypte. Trois régions OMS avaient été certifiées exemptes de poliomyélite : Amérique en 1994, Pacifique occidental (excluant la Chine) en 2000, Europe en 2002.

On a assisté en 2003-2004 à la résurgence de la poliomyélite due aux poliovirus sauvages à partir du réservoir d'endémie du Nigeria. La suspension en 2003 des activités de vaccination au Nigeria s'est traduite par une importation de poliovirus sauvages vers 6 pays d'Afrique jusque là indemnes, et notamment en Angola, au Soudan, puis dans la Corne de l'Afrique (Ethiopie, Erythrée, Somalie) et hors d'Afrique au Yémen et en Indonésie. Le nombre de cas de poliomyélite s'est ensuite stabilisé jusqu'en 2010 entre 1 500 et 2 000 cas par an. Il a diminué à partir de 2011 pour chuter en 2015 à 74 cas : 54 cas au Pakistan et 20 cas en Afghanistan, le Nigeria ne notifiant aucun cas en 2015. Il a alors été sorti de la liste des pays d'endémie pour la poliomyélite en septembre 2015.

En 2016 (chiffres d'août-septembre), 12 cas ont été rapportés en Afghanistan et 16 au Pakistan.. Il y a donc une baisse réelle de l'incidence globale de la poliomyélite dans le monde, y compris en Afghanistan et au Pakistan, où tous les cas de poliomyélite recensés en 2015 et 2016 sont dus au PVS1. Mais, les zones frontalières entre ces deux pays restent problématiques pour les activités d'éradication de la poliomyélite.

L'année 2018 est avancée par l'OMS pour l'éradication de la poliomyélite. L'éradication du PVS2 date de 1999 et le cas le plus récent d'infection au PVS3 date de 2012. Il reste donc à éradiquer le PVS1 et les poliovirus dérivés des souches vaccinales (PVDV) dues essentiellement au PVS2 (PVDV2). Si l'éradication mondiale de la poliomyélite a reposé sur la vaccination par le VPOt, l'utilisation de ce vaccin est, après l'interruption de la transmission du PVS1, incompatible avec l'éradication vu le risque de cas de poliomyélite dus aux PVDV2.

C'est pourquoi, en 2015, l'Assemblée mondiale de la santé est convenue que tous les Etats Membres qui utilisent le vaccin antipoliomyélitique oral devront se préparer au retrait mondial, en avril 2016, de la composante de type 2 du VPOt. Tous les stocks du VPOt devront être retirés des points de

délivrance et détruits et leur élimination devra être confirmée à l'OMS. Puis le VPO sera remplacé par le vaccin inactivé injectable (VPI). L'introduction du VPI dans le monde connaît un déploiement rapide : une étape importante dans ce processus vient d'être franchie avec l'annonce de l'arrivée du VPI dans le calendrier vaccinal de l'Inde, pays déclaré indemne de poliomyélite depuis 2014. L'année 2018 est avancée par l'OMS pour l'éradication de la poliomyélite, ce qui semble aujourd'hui réalisable.

Parmi les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) adoptés en 2000 par l'Assemblée générale des Nations Unies, l'objectif 4 visait une réduction de deux tiers de la mortalité de l'enfant à l'horizon 2015, la couverture de la vaccination anti-rougeoleuse étant utilisée comme l'un des indicateurs des progrès réalisés en ce sens. En 2010, l'Assemblée mondiale de la Santé a défini 3 étapes à franchir à l'horizon 2015 dans la lutte contre la rougeole : accroître la couverture systématique par la première dose de vaccin à valence rougeole (MCV1) chez les enfants âgés de 1 an pour atteindre un taux supérieur ou égal à 90% au niveau national, réduire l'incidence annuelle mondiale de la rougeole à moins de 5 cas pour un million d'habitants, réduire la mortalité rougeoleuse mondiale de 95% par rapport aux estimations de 2000.

Durant la période 2000-2015, le nombre total de cas de rougeole dans le monde a baissé de 70%, passant de 853 479 à 254 928, l'incidence de la rougeole a reculé de 75%, de 146 à 36 cas par million d'habitants et le nombre de décès a diminué de 79%, passant de 651 600 à 134 200 par an. Cependant, aucun des objectifs d'éradication fixés pour 2015 n'ont été atteints. La couverture mondiale par le MCV1 est passée de 72% à 85% entre 2000 et 2015, mais connaît une stagnation depuis 2009. Le nombre de pays enregistrant une couverture supérieure à 90% par le MCV1 a progressé entre 2000 et 2012 passant de 84 à 129, puis est redescendu à 119 en 2015. Sur les 20,8 millions de nourrissons qui n'ont pas bénéficié du MCV1, environ 11 millions se trouvaient dans 6 pays : Inde, Nigeria, Pakistan, Indonésie, Ethiopie, République Démocratique du Congo.

Par rapport à un scénario où la vaccination anti-rougeoleuse serait absente, environ 20,5 millions de décès ont été évités dans la période 2000-2015. La baisse de la mortalité rougeoleuse a grandement contribué au déclin de la mortalité globale de l'enfant dans le monde, mais les efforts doivent être poursuivis. D'autant, qu'entre 2014 et 2015, le nombre de cas de rougeole a progressé dans 3 des 6 Régions de l'OMS, avec une augmentation de 33% dans la Région africaine, de 18% dans la Région de la Méditerranée orientale et de 83% dans la Région européenne, principalement en raison de flambées apparues dans plusieurs pays.

Si, la Région des Amériques a été déclarée de nouveau exempte de rougeole endémique en septembre 2016, un pays de la Région du Pacifique occidental, la Mongolie, a été reclassé parmi les pays d'endémie à la suite d'une flambée de rougeole.

L'objectif d'éliminer la rougeole en 2020 est-il réalisable ?

Malgré les progrès accomplis depuis 2000, les étapes et objectifs fixés pour 2015 dans la lutte mondiale contre la rougeole n'ont pas été atteints

L'incapacité d'atteindre les étapes et objectifs fixés pour 2015 s'explique par la persistance de lacunes dans la couverture vaccinale. Selon les estimations 2015 de l'OMS et de l'UNICEF, la couverture vaccinale mondiale du DTC3, du BCG, de la première dose de MCV (MCV1) et de la troisième dose de Pol (Pol3) est passée de moins de 5% au moment où le PEV a été mis en place (en 1974) à plus de 85% en 2015. Mais, la couverture mondiale estimée du DTC3, du MCV1 et du Pol3 reste stable (entre 84 et 86%) depuis 2010. La couverture varie selon les Régions de l'OMS, les pays et les communautés. En Afrique, la couverture vaccinale pour le MCV1 est de 74% (85% pour l'ensemble du monde) et la couverture vaccinale pour le MCV2 est de 18% (61% pour l'ensemble du monde).

Le vaccin anti-rougeoleux est hautement efficace, donnant des taux de séroconversion supérieur à 95% chez les enfants de plus de 12 mois. Ce vaccin est moins efficace chez les nourrissons de moins de 12 mois (taux de séroconversion de 85%-90% chez les enfants de 9 mois et de 50%-60% chez ceux de 6 mois). Les nourrissons deviennent sensibles à la maladie à des âges divers avec la perte des anticorps maternels, qui protègent de l'infection les nourrissons plus jeunes, et en raison de leurs propres défenses immunitaires. Certains nourrissons sont donc exposés au virus rougeoleux avant d'être immunisés par la vaccination. Le schéma de vaccination systématique contre la rougeole comprend deux doses. Dans les pays où la transmission de la rougeole se poursuit et dans lesquels le risque de mortalité rougeoleuse reste élevé, l'OMS recommande que le MCV1 soit administré à l'âge de 9 mois et que dans les pays où les taux de transmission de la rougeole sont bas, cette dose

soit administrée à 12 mois. Les pays qui administrent le MCV1 à 9 mois doivent administrer le MCV2 entre 15 et 18 mois, tandis que ceux qui administrent le MCV1 à 12 mois auront la possibilité d'administrer la MCV2 entre 15 et 18 mois ou à l'entrée à l'école. Les taux de séroconversion après 2 doses sont supérieurs à 95% si la première dose est administrée à 9 mois et supérieur à 99% si la première dose est administrée à 12 mois.

Dans les pays du Sud, les taux d'atteinte élevés et la gravité de la rougeole chez les enfants non vaccinés exigent une vaccination précoce à 9 mois. Si le vaccin anti-rougeoleux est contre-indiqué en cas de déficit immunitaire, l'infection à VIH/Sida asymptomatique est une indication et non une contre-indication pour la vaccination anti-rougeoleuse. L'infection de la mère par le VIH entraîne un taux plus bas d'anticorps anti-rougeoleux chez les enfants, il faut donc vacciner dès 6 mois les enfants nés de mères VIH positives et prévoir une dose de rattrapage dès 9 mois.

La couverture vaccinale devrait être à 95% pour permettre d'envisager l'éradication de la rougeole. Aucune Région de l'OMS atteint en 2015 ce pourcentage, y compris la Région européenne (94%).

Le climat de méfiance contre la vaccination n'est pas propre aux pays du Nord. Les pays du Sud, qui tentent de combler les lacunes en matière de vaccination, sont de plus en plus confrontés à des personnes qui refusent des vaccinations pour elles-mêmes ou pour leurs enfants

Les pays où la mortalité rougeoleuse est la plus élevée sont ceux qui sont le plus fortement tributaires des ressources mobilisées au titre de la lutte contre la poliomyélite : ils seront exposés à un risque particulièrement élevé si ces ressources ne sont pas réaffectées pour appuyer d'autres composantes de programmes de vaccination lorsque la poliomyélite aura été éradiquée.

Références

- OMS. Surveillance de la poliomyélite : suivi des progrès accomplis dans le monde vers l'éradication de la maladie, 2014-2015. REH 2016 ; 91 : 193-202.
- OMS. Progrès accomplis vers l'éradication de la poliomyélite, Afghanistan, janvier 2015-août 2016. REH 2016 ; 91 : 517-523.
- OMS. Progrès accomplis dans le monde en vue de l'élimination régionale de la rougeole, 2000-2015. REH 2016 ; 91 : 525-535.
- OMS. Couverture de la vaccination systématique dans le monde, 2015. REH 2016 ; 91 : 537-543.
- OMS. Progrès accomplis vers l'éradication de la poliomyélite, Pakistan, janvier 2015-septembre 2016. REH 2016 ; 91 : 549-555.

Rappel : on parle d'éradication lorsqu'il y a disparition totale et définitive de la maladie et de son agent causal au niveau mondial ; on parle d'élimination lorsque les taux de morbidité et de mortalité sont abaissés à un niveau tel que la maladie ne représente plus un problème de santé publique et ne doit donc plus être étiquetée grande endémie.

Professeur Pierre Aubry, Docteur Bernard-Alex Gaüzère. Texte écrit le 30 décembre 2016