



NOTES

SÉMINAIRE SUR L'ACCEPTABILITÉ DES VACCINATIONS

Sous la présidence du P^r Royer et animé par M^{me} le D^r C. Fillastre et M^{me} Claudine Marenco, sociologue, un petit groupe de personnalités françaises a étudié au cours de plusieurs réunions, depuis février 1984, le problème de l'acceptabilité des vaccinations dans les pays développés. Ce groupe de travail se réunit au Centre international de l'enfance, en collaboration avec le CNRS et la direction générale de la Santé.

Des enquêtes par interviews sont actuellement en cours dans la région parisienne, auprès de diverses catégories de populations.

Durant sa dernière réunion du 13 février 1985, ce groupe de travail a fixé les dates du séminaire aux 10, 11 et 12 décembre 1985 et fait un avant-projet de programme de ces journées. Le programme définitif sera établi

fin juin, après avoir eu la réponse des médecins, sociologues ou responsables de P.E.V. des différents pays contactés.

Par acceptabilité nous entendons : « Les opinions et comportements des catégories de populations à l'égard des vaccinations recommandées ou imposées chez l'enfant ». La couverture vaccinale n'est considérée que comme un moyen d'évaluation de cette acceptabilité.

Les objectifs de ce séminaire sont les suivants :

- faire l'analyse des différentes contraintes légales, médicales, sociales, culturelles ou religieuses qui limitent la réalisation des vaccinations,
- établir une méthodologie et un questionnaire d'enquêtes.

Les perspectives d'avenir seraient d'étendre ces enquêtes sur le plan international, notamment aux pays en développement des différents continents, afin d'analyser les objections aux vaccinations, d'y trouver remède et obtenir ainsi une plus grande efficacité des programmes de vaccination.

ENQUÊTE SUR UNE POUSSÉE DE ROUGEOLE

Brésil. — En avril 1983, le district fédéral de Brasília a enregistré une augmentation inhabituelle du nombre des cas de **rougeole** notifiés (fig. 1). Une analyse préliminaire a montré que les cas se répartissaient de façon uniforme sur les 8 régions administratives du district, qui couvre 5 771 km² sur le plateau central et dont la population, pres-

que entièrement urbaine (96 %), est de 1,2 million d'habitants.

D'après les chiffres de vaccination des dernières années, la couverture vaccinale dans le groupe des enfants de moins d'un an était de 70 % environ. En raison de la poussée épidémique, les autorités sanitaires ont décidé d'intensifier la vaccination chez les

enfants de 9 mois à 9 ans pendant la première quinzaine de mai 1983. Ce groupe compte environ 70 % de tous les cas notifiés. Plus de 60 000 doses de vaccins ont été administrées durant cette période, au lieu des 5 000 doses normalement prévues. Mais à la mi-juin, l'incidence avait encore augmenté.

Figure 1. — Incidence mensuelle de la rougeole dans le district fédéral de Brasília, janvier-juin 1983. Incidence mensuelle maximale attendue et incidence mensuelle moyenne, 1976-1982

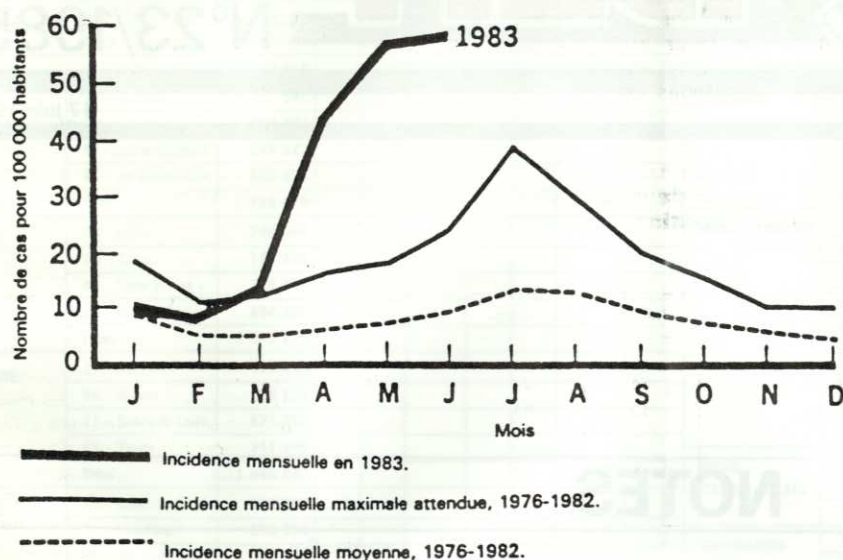
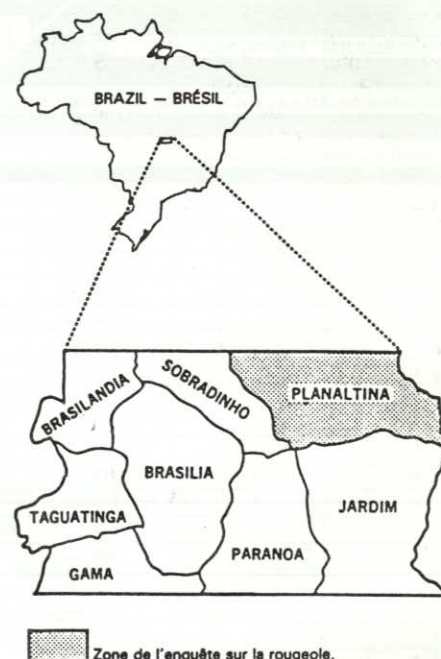


Figure 2. — Régions administratives du district fédéral de Brasília



MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

La persistance de l'épidémie en dépit de degrés de couverture apparemment élevés a conduit le ministère de la Santé à entreprendre une enquête épidémiologique. L'une des 8 régions administratives du district fédéral (fig. 2), la Planaltina, a été choisie pour l'exécution d'une enquête par échantillonnage aléatoire afin de déterminer la couverture vaccinale par groupe d'âge, l'efficacité du vaccin et l'histoire de la maladie pendant l'épidémie. La population de la Planaltina (60 000 habitants en 1983) et sa répartition (85 % en zone urbaine) offraient des conditions idéales pour ce type d'étude.

Pour les besoins de l'enquête, la Planaltina a été divisée en 244 blocs (grappes), de 37 ménages par bloc en moyenne. 30 grappes ont été retenues. Les agents sanitaires enquêteurs utilisaient un questionnaire type pour réunir des renseignements sur la poussée et dépister les cas supplémentaires survenus éventuellement au cours des 6 mois

précédents. Les questionnaires ont été remplis dans 997 ménages (11 % du total) sur une période de deux semaines à partir du 25 juin 1983.

Tableau 1. — Rougeole : couverture vaccinale, par groupe d'âge, Planaltina, Brésil, 31 décembre 1982 et 30 juin 1983.

Groupe d'âge	Couverture	
	31 décembre 1982	30 juin 1983
9-11 mois	38	72
1-4 ans	78	88
5-9 ans	60	80
Total : 9 mois-9 ans	68	84

Tableau 2. — Nombre de cas de rougeole, par groupe d'âge et antécédents de vaccination, Planaltina, Brésil, janvier-juin 1983

Groupe d'âge (en années)	Vaccinés		Non vaccinés	Non connu	Total
	< 9 mois	≥ 9 mois			
< 1	—	4	57	—	61
1-4	56	21	51	23	151
5-9	19	6	29	11	65
10-14	—	—	15	—	15
≥ 15	—	—	6	2	8
Total	75	31	158	36	300

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

Comme l'augmentation de l'incidence avait commencé plusieurs mois avant l'enquête, il a été décidé que l'étude couvrirait les 6 premiers mois de 1983. L'enquête portait sur la couverture vaccinale au 31 décembre 1982, que l'on considérait comme le début de l'épidémie, et au 30 juin 1983. Comme on le voit au tableau 1, la couverture vaccinale était passée à 84 % à la fin chez les enfants de moins de 10 ans.

On a relevé au cours de cette enquête un total de 300 cas pour la période janvier-juin 1983. Dans 106 cas (40 % de ceux dont les antécédents de vaccination étaient connus), il s'agissait d'enfants vaccinés et dans 158 cas (60 %) d'enfants non vaccinés. Les moins de 5 ans représentaient 212 cas [70 % (tabl. 2)].

L'efficacité du vaccin a été évaluée séparément pour les enfants qui avaient été vaccinés avant l'âge de 9 mois et pour ceux qui avaient été vaccinés à 9 mois ou plus parce que le calendrier national de vaccination a été modifié en 1982⁽¹⁾. La formule utilisée pour les calculs était la suivante :

$$EV = \frac{TA \text{ chez les non-vaccinés} - TA \text{ chez les vaccinés}}{TA \text{ chez les non-vaccinés}} \times 100$$

(EV = efficacité du vaccin et TA = taux d'atteinte.)

(1) En 1973, le ministère de la Santé a abaissé l'âge de la vaccination contre la rougeole à 8 mois et plus tard à 7 mois pour tenter de limiter l'incidence des cas de rougeole dans le groupe des moins de 9 mois. Mais cette stratégie n'a pas eu l'effet espéré, et en février 1982, l'âge recommandé a été porté à 9 mois.

Les données recueillies ont montré que l'efficacité du vaccin n'était que de 43 % chez les enfants qui avaient été vaccinés avant 9 mois au lieu de 83 % chez ceux qui avaient été vaccinés plus tard. Sur les 300 cas de rougeole étudiés, 61 (20 %) se sont produits chez des enfants de moins d'un an. Sur ces 61 cas, 39 (64 %) se sont produits chez les enfants de moins de 9 mois et 57 (93 %) chez des enfants non vaccinés.

Bien que la couverture vaccinale soit passée de 68 à 84 % entre le 31 décembre 1982 et le 30 juin 1983 pour l'ensemble des enfants de 9 mois à 9 ans, l'enquête a montré que le pourcentage est passé de 50 à 55 % seulement chez les enfants qui n'avaient pas déjà eu la rougeole. Cette observation explique que l'intensification de la vaccination n'ait pas réussi à arrêter la poussée épidémique.

Tableau 3. — Âge du sujet à l'origine de la contamination pour 30 cas de rougeole dans le groupe des moins d'un an, Planaltina, Brésil, janvier-juin 1983

Âge du sujet à l'origine de la contamination	Nombre	Pourcentage
9 mois (1)	1	3
9-11 mois (2)	1	3
1-4 ans	18	60
5-9 ans	4	13
≥ 10 ans	6	20
Total	30	100

(1) Vivant dans le même ménage.
(2) Vivant dans un ménage voisin.

L'origine et le lieu de la transmission ont pu être déterminés pour 30 des 61 cas intéressants des enfants de moins d'un an (Tabl. 3 et 4). Dans tous les cas sauf 2, la source de contamination était un enfant de plus d'un an et la transmission s'opérait habituellement soit dans le foyer même du sujet soit dans un foyer voisin (60 %) soit encore dans un service hospitalier ou une consultation de malades externes (20 %).

Tableau 4. — Lieu de transmission pour 38 cas de rougeole dans le groupe des moins d'un an, Planaltina, Brésil, janvier-juin 1983

Lieu de transmission	Nombre	Pourcentage
Ménage voisin	14	37
Même ménage	12	32
Hôpital ou consultation	8	21
Visiteur	3	8
Crèche	1	2
Total	38	100

Mesures de lutte

L'intensification de la vaccination antirougeoleuse commencée en mai 1983 n'a pas réussi à maîtriser la poussée épidémique en dépit du nombre important de doses administrées et les degrés élevés de la couverture déjà atteints. Le nombre d'enfants efficacement protégés contre la rougeole était beaucoup plus bas que celui révélé par l'enquête de décembre 1982 sur la couverture vacci-

nale puisque les enfants avaient été vaccinés avant 9 mois pour la plupart, c'est-à-dire alors que l'efficacité de la vaccination est assez faible. En outre, la vaccination de masse de mai 1983 ne correspond pas à une amélioration conséquente ni du degré de couverture vaccinale ni de l'immunité puisque bon nombre des enfants qui ont été vaccinés à ce moment l'avaient déjà ou avaient eu la rougeole.

Le ministère de la Santé a recommandé immédiatement que le vaccin antirougeoleux soit administré en même temps que le vaccin antipoliomyélitique durant la journée nationale de vaccination antipoliomyélitique du 13 août 1983. Ce plan a été mis à exécution dans la totalité du district fédéral et 62 756 enfants de 9 mois à 4 ans (2 416 pour la Planaltina) ont alors été vaccinés.

En février 1982, le ministère de la Santé a porté de 7 à 9 mois l'âge recommandé pour la vaccination contre la rougeole. Les résultats de la présente enquête viennent à l'appui de cette décision en raison de la faible efficacité du vaccin (43 %) lorsqu'il est administré avant 9 mois et du faible niveau de transmission chez les enfants de moins d'un an. Ces résultats concordent avec les conclusions de l'étude latino-américaine sur l'âge optimal de la vaccination antirougeoleuse à laquelle le Brésil a pris part. Enfin, l'enquête a confirmé qu'il importait d'identifier les groupes de population qui ne sont pas vaccinés, car d'une part, ils sont plus exposés au risque de contamination et d'autre part, ils constituent des foyers de transmission.

Source : R.E.H. n° 21.

SITUATION INTERNATIONALE

FIÈVRE DE LASSA EN GRANDE-BRETAGNE

Une infirmière anglaise de 27 ans qui travaillait en Sierra Leone a développé une **fièvre de Lassa** qui a débuté le 9 février 1985. Son état clinique s'est aggravé fin février. Le virus a été isolé du sang et des urines prélevés le 5 mars. Elle a été rapatriée en Grande-Bretagne le 8 mars par avion dans une bulle d'isolement de transport pour être hospitalisée dans une unité de haute sécurité à l'hôpital Ham Green. Ses proches, sa famille et le personnel soignant infirmier et médical ont été placés sous surveillance. C'est le dixième cas de fièvre de Lassa importé en Grande-Bretagne et le premier cas à être rapatrié d'Afrique de l'Ouest dans une bulle d'isolement. Les autres 9 cas britanniques avaient voyagé dans des vols réguliers : 4 d'entre eux étaient malades, 2 en période d'incubation, 3 en période de convalescence au moment du voyage. Il n'y a pas eu de diffusion de l'infection autour de ces cas.

5 des cas britanniques concernaient des infirmières ou des médecins ; les 5 autres cas vivaient ou travaillaient dans des zones rurales d'Afrique de l'Ouest.

Il n'y a pas eu de cas rapporté chez des visiteurs des grandes villes ni chez des touristes. Effectivement, le petit rat réservoir de virus vit en zone rurale où se manifestent les cas humains. Le rongeur réservoir ne vit pas dans les zones urbaines où le risque de contacter cette infection est donc négligeable. La contamination se fait probablement par les urines de rats infectés au niveau de lésions cutanées ou muqueuses. Elle peut aussi se faire à partir de sujets malades par inoculation accidentelle du virus lors des soins chez le personnel soignant dans les hôpitaux qui desservent ces zones rurales.

L'expérience acquise permet de savoir maintenant que la transmission du virus par la voie aérienne est exceptionnelle.

En France, jusqu'à présent, aucun cas de **fièvre de Lassa** n'a été signalé. Plusieurs cas ont été soupçonnés mais le diagnostic n'a jamais été confirmé. Le dernier diagnostic de fièvre de Lassa évoqué concernait un patient venant d'Afrique de l'Ouest et qui s'est avéré finalement souffrir d'une **trypanosomiase**. L'absence de cas rapporté ou diagnostiqué en France ne signifie pas forcément que cette éventualité ne s'est pas présentée en France ni qu'elle ne peut pas survenir. L'exemple britannique incite plutôt à penser le contraire, les pays dont les cas sont originaires étant fréquemment visités par des Français. La création d'une unité d'isolement est prochainement prévue à l'hôpital Claude-Bernard à Paris. D'ores et déjà toutes les mesures sont prises pour assumer la prise en charge d'un malade confirmé ou supposé, sur le plan de la conduite à tenir.

Source : C.D.R., 85/10.8, mars 1985.

Cas déclarés pour certaines maladies transmissibles

Semaine du 27 mai au 2 juin

RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1982 (en milliers)	Typhoïdes et paratyphoïdes	Shigellose	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	Toxi-infection alimentaire collective	RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1982 (en milliers)	Typhoïdes et paratyphoïdes	Shigellose	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	Toxi-infection alimentaire collective		
ALSACE	67 - Rhin (Bas-)	915 676								LIMOUSIN	19 - Corrèze	241 448								9	
	68 - Rhin (Haut-)	650 372						4			23 - Creuse	139 968							1		
	Total	1 566 048						4			87 - Vienne (Haute-)	355 737									
AQUITAINE	24 - Dordogne	377 356								LORRAINE	Total	737 153							1	9	
	33 - Gironde	1 127 546			2			3			54 - M.-et-Mos.	716 846							1		
	40 - Landes	297 424						1	1		55 - Meuse	200 101									
	47 - Lot-et-Garonne	298 522			2			1			57 - Moselle	1 007 189									
	64 - Pyrénées-Atlant.	555 670									88 - Vosges	395 769							5		
Total	2 656 518			4			5	1		Total	2 319 905							6			
AUVERGNE	03 - Allier	369 580								MIDI - PYRÉNÉES	09 - Ariège	136 443									
	15 - Cantal	162 838									12 - Aveyron	278 654									
	43 - Loire (Haute-)	205 895									31 - Garonne (Hte-)	824 501						2	2		
	63 - Puy-de-Dôme	594 365									32 - Gers	174 154									
	Total	1 332 678									46 - Lot	154 533							1		
BOURGOGNE	21 - Côte-d'Or	473 548						1			65 - Pyrénées (Htes-)	227 922									
	58 - Nièvre	239 635									81 - Tarn	339 345			1						
	71 - Saône-et-Loire	571 852									82 - Tarn-et-Gar.	190 485							1		
	89 - Yonne	311 019						3			Total	2 326 037			1				4	2	
	Total	1 596 054						4			59 - Nord	2 520 526			3	2					
BRETAGNE	22 - Côtes-du-Nord	538 869	1							NORD - PAS-DE-CALAIS	62 - Pas-de-Calais	1 412 413	1		1						
	29 - Finistère	828 364						3			Total	3 932 939	1		4	2					
	35 - Ille-et-Vilaine	749 764								NORMANDIE (BASSE-)	14 - Calvados	589 559									
	56 - Morbihan	590 889	2					9			50 - Manche	465 948							8		
	Total	2 707 886	3					12			61 - Orne	295 472									
CENTRE	18 - Cher	320 174								NORMANDIE (HAUTE-)	Total	1 350 979							8		
	28 - Eure-et-Loir	362 813						1			27 - Eure	462 323							3		
	36 - Indre	243 191									76 - Seine-Maritime	1 193 039			1				8		
	37 - Indre-et-Loire	506 097								Total	1 655 362			1				11			
	41 - Loir-et-Cher	296 220						1		PAYS DE LA LOIRE	44 - Loire-Atlant.	995 498							9		
	45 - Loiret	535 669					1	1			49 - Maine-et-Loire	675 321			2				5		
	Total	2 264 164					1	3			53 - Mayenne	271 784									
CHAMPAGNE - ARDENNE	08 - Ardennes	332 338									PICARDIE	72 - Sarthe	504 768								
	10 - Aube	289 300								85 - Vendée		483 027									
	51 - Marne	543 627				1				Total		2 930 398			2				14		
	52 - Marne (Haute-)	210 670								02 - Aisne		533 970							1		
	Total	1 345 935					1			60 - Oise		661 781							2		
CORSE	2 B - Corse (Haute-)	131 574						2		POITOU - CHARENTES	80 - Somme	544 570							2		
	2 A - Corse-du-Sud	108 604									Total	1 740 321							5		
	Total	240 178					3	2			16 - Charente	340 770							2		
FRANCHE - COMTÉ	25 - Doubs	477 163						2				17 - Charente-Mar.	513 220								
	39 - Jura	242 925								79 - Sèvres (Deux-)		342 812									
	70 - Saône (Haute-)	231 962	1					2		86 - Vienne		371 428							2		
	90 - Terr. de Belfort	131 999								Total		1 568 230							4		
	Total	1 084 049	1					4		PROVENCE - ALPES - CÔTE D'AZUR	04 - Alpes-Hte-Prov.	119 068									
ÎLE-DE-FRANCE	75 - Paris (Ville)	2 176 243		1	1			16	20			05 - Alpes (Hautes-)	105 070								
	77 - Seine-et-Marne	886 918						3				06 - Alpes-Marit.	881 198							2	
	78 - Yvelines	1 196 111						13				13 - B.-du-Rhône	1 724 199			3					
	91 - Essonne	988 306						15				83 - Var	708 331	1		1					
	92 - Hauts-de-Seine	1 387 039			2			4			84 - Vaucluse	427 343									
	93 - Seine-St-Denis	1 324 301						41			Total	3 965 209	1		4			2			
	94 - Val-de-Marne	1 193 655						3		RHÔNE - ALPES	01 - Ain	418 518			1			3			
	95 - Val-d'Oise	920 587						4			07 - Ardèche	267 970			1						
Total	10 073 160		1	3			84	20			26 - Drôme	389 781							2		
LANGUEDOC - ROUSSILLON	11 - Aude	280 686						4				38 - Isère	936 771	1						3	
	30 - Gard	530 478					1	1				42 - Loire	739 521							7	
	34 - Hérault	706 499						4			69 - Rhône	1 445 208									
	48 - Lozère	74 294									73 - Savoie	323 675	1								
	66 - Pyrénées-Orient.	334 557									74 - Savoie (Haute-)	494 505			1						
Total	1 926 514					1		9		Total	5 015 947	2		3				15			
FRANCE OUTRE-MER	971 - Guadeloupe									TOTAL DE LA SEMAINE				8	1	22	7	1	197	32	
	972 - Guyane										FRANCE MÉTROPOLITAINE TOTAL : 54 334 871										
	973 - Martinique											23 premières semaines de 1985		160	30	495	115	42	5 101	56	
	974 - Réunion											23 premières semaines de 1984		173	61	448	151	29	5 494	180	

Responsable de la publication : D^r Elisabeth BOUVET
 Rédaction : D^{rs} Michelle BRUAIRE et Christine JESTIN
 Conception : BERNARD RIGAUD-CONSEIL, 64000 Pau

Direction générale de la Santé
 Sous-direction de la Prévention générale et de l'Environnement
 Bureau 1 C : 1, place Fontenoy, 75700 Paris - Tél. : (1) 567.55.44

Pour recevoir un abonnement, il suffit de s'adresser à la rédaction