



LE POINT SUR...

Le programme élargi de vaccination en Europe (*)

Dans le cadre de la politique régionale de la santé pour tous adoptée par le comité régional de l'Europe de l'O.M.S. à sa 34^e session en 1984, le but 5 prévoit qu'en l'an 2000 il ne devrait plus y avoir de cas indigènes de rougeole, de poliomyélite, de tétanos néonatal, de rubéole congénitale, de diphtérie, de syphilis congénitale ou de paludisme en Europe.

La région européenne de l'O.M.S. a été la première à lancer et à encourager les activités de vaccination dans ses États membres il y a une trentaine d'années. Aujourd'hui près des deux tiers des pays européens ont pu éliminer la diphtérie, la poliomyélite et le tétanos néonatal au sein de leur population. Ce succès ne doit cependant pas inciter au laisser-aller ; aucune des maladies cibles, en effet, n'a été complètement éradiquée dans la région. Il faut donc envisager de poursuivre et de développer le P.E.V. régional, afin d'une part de faire disparaître les quelques maladies infectieuses (poliomyélite, rougeole, tétanos néonatal, rubéole congénitale, diphtérie) éliminables d'ici l'an 2000, et d'autre part de s'attaquer, en lançant des programmes rigoureux et soutenus de vaccination, aux autres maladies infectieuses (coqueluche, hépatite B, oreillons, méningite et infection à *Haemophilus influenzae* b).

1. INTRODUCTION

Le programme mondial de vaccination de l'O.M.S. (P.E.V.), lancé en 1974, avait pour objectif d'empêcher la propagation de la diphtérie, du tétanos néonatal, de la coqueluche, de la poliomyélite, de la rougeole et de la tuberculose en étendant au maximum la couverture vaccinale chez les jeunes enfants.

Depuis 1986, le groupe consultatif européen du P.E.V. fait le point chaque année sur les politiques de vaccination et les progrès réalisés.

Le 13 mai 1988, la 41^e Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA 41.28 sur l'éradication mondiale de la poliomyélite d'ici 2000.

En mai 1989, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution prévoyant notamment que le tétanos néonatal devrait être éliminé dans le monde entier d'ici 1995. Le P.E.V. régional pour l'Europe, en fait, va au-delà de celui mis en place pour les autres régions de l'O.M.S. et prévoit d'augmenter le nombre de vaccins ou d'antigènes utilisés par les programmes nationaux, conformément aux recommandations du groupe consultatif européen du P.E.V. Les vaccins supplémentaires sont : vaccins diphtérie-tétanos-coqueluche et poliomyélite inactivée (D.T.C. + V.P. 1) ; rougeole-oreillons-rubéole (R.O.R.) ; hépatite B ; *Haemophilus influenzae* b (H.I.B.).

2. ORGANISATION DU PROGRAMME AU BUREAU RÉGIONAL

Pour offrir l'efficacité et la sécurité voulues, les campagnes de vaccination devront s'appuyer sur des programmes rigoureusement conçus, planifiés et suivis, visant à atteindre le plus tôt possible les objectifs du but 5.

Au bureau régional de l'Europe, le P.E.V. est mis en œuvre par l'unité « Maladies transmissibles » qui reçoit des conseils des groupes consultatifs européen et mondial du P.E.V. Le système d'information sur le P.E.V. régional, basé à Copenhague, assure les échanges d'information dans les deux sens avec les homologues nationaux et la transmission régulière de données au P.E.V. mondial pour publication et diffusion dans le monde. Chaque année, les progrès réalisés sont évalués par les groupes consultatifs européen et mondial du P.E.V., ainsi qu'aux réunions annuelles des directeurs de programme nationaux.

Une grande partie des activités inter pays sont exécutées avec des fonds provenant de contributions bénévoles, soit transférées par le P.E.V. mondial au bureau régional, soit directement versées à ce dernier. Le montant annuel dépensé pour ces activités est de l'ordre de 100 000 dollars des États-Unis.

3. OBJECTIFS ET STRATÉGIE

Les principaux objectifs du programme sont l'éradication mondiale de la poliomyélite et l'élimination de la rougeole, de la rubéole congénitale et du tétanos néonatal. La stratégie prévoit d'atteindre un taux de couverture de plus de 95 % avec des vaccins efficaces et de maintenir des taux d'immunité suffisants jusqu'à la disparition de ces maladies. Le programme comporte aussi un objectif associé qui est la réduction de la morbidité de certaines maladies transmissibles pouvant être prévenues par la vaccination : coqueluche, oreillons, hépatite B, *Haemophilus influenzae* b, méningococcémies.

4. DOMAINES D'ACTION

Programme de vaccination

Une étude de la situation en Europe donne à conclure que de nombreux États membres de cette région n'attribuent pas à la vaccination suffisamment d'importance dans le cadre de leurs activités de santé publique. La moitié seulement des pays européens ont mis en place une politique fondée sur le P.E.V. et formulé officiellement des programmes de vaccination rigoureusement conçus, fondés sur des buts explicites, et s'appuyant sur des mécanismes de surveillance, de suivi et d'évaluation.

Analyse de coût/avantage

Bien que le coût total d'un programme national de vaccination n'ait encore jamais été chiffré, il ne fait pas de doute qu'un tel programme constitue l'instrument le plus utilisable et le plus efficace dont on dispose en médecine préventive. Une analyse de coût/avantage sur la vaccination contre chaque maladie évitable devrait aider à convaincre les administrateurs sanitaires et responsables politiques de l'importance d'un programme national. Actuellement, quelques États membres seulement, dont la France, se fondent sur une telle analyse dans leurs activités.

Vaccins

Tous les États membres européens utilisent les vaccins contre la diphtérie, le tétanos, la rougeole et la poliomyélite. Plus de la moitié ont récemment adopté le vaccin R.O.R. Dans deux pays (Italie et Malte), on prévoit de vacciner les jeunes enfants contre l'hépatite B. La Finlande et l'Islande ont commencé à utiliser avec succès les vaccins contre *Haemophilus influenzae* b et l'infection méningococcique.

Dans de nombreux pays, les vaccins sont distribués gratuitement à la population. Le prix élevé des vaccins nouveaux (R.O.R., D.T.C. + V.P.I., hépatite B, hépatite A et H.I.B.), cependant, est un obstacle à une large diffusion.

Surveillance

Au cours des cinq dernières années, la déclaration de la poliomyélite, de la rougeole, des oreillons, de la rubéole, de l'hépatite et d'autres maladies s'est améliorée dans plusieurs pays, grâce à une surveillance-sentinelles ou une déclaration exhaustive par maladie. Certains États membres cependant, malgré l'adoption du but 5, ne se sont pas encore sérieusement attaqués à ce problème.

Dans 19 des 32 pays de la région, il n'existe pas de système de surveillance de la rubéole congénitale.

(*) Le présent rapport de situation a été rédigé par le bureau régional de l'O.M.S. pour l'Europe en prenant compte les données annuelles communiquées par les États membres. Ce rapport a été présenté et discuté au Comité régional en présence des délégations des pays européens le 12 septembre 1990.

Évaluation

L'évaluation du programme est fondée sur deux indicateurs : la couverture vaccinale et les tendances de la morbidité. Ces deux facteurs peuvent être mesurés avec précision, pour autant que le système de surveillance soit fiable.

Couverture vaccinale

Les données sur la couverture vaccinale doivent être interprétées avec prudence, compte tenu des problèmes de comparabilité entre méthodes de mesure. Certains pays comptent le nombre annuel d'enfants vaccinés, alors que d'autres se fondent sur le nombre de doses de vaccins distribuées, tout en reconnaissant l'imprécision de leurs données. Certains États membres n'analysent les statistiques de vaccination qu'une fois tous les cinq ans.

Dans la majorité des États membres, les données sur la couverture vaccinale ne sont rassemblées que plusieurs mois, voire une année, après la vaccination ; elles ne sont donc pas exploitables directement pour la gestion du programme. Récemment, toutefois, dans le cadre de quelques programmes nationaux, on a mis en place des systèmes de surveillance informatisés au niveau de la collectivité qui permettent de suivre le taux de vaccination.

Une étude des chiffres disponibles indique que les enfants sont relativement bien protégés en Europe contre la poliomyélite, couverture supérieure à 85 %, à quelques exceptions près : Irlande (couverture en 1988 : 72 %), Espagne (1988 : 73 %), Turquie (1988 : 68 % ; 1989 : 74 %) et U.R.S.S. (épidémies en cours).

Pour la rougeole en 1989, on note une protection insuffisante en Albanie (large épidémie en 1989), en Autriche (taux de couverture 60 %), en Italie (50 %), à Malte (86 %), en Roumanie (78,5 %) et en Turquie (67 %). Certains pays n'ont pas encore atteint des taux de couverture élevés avec le vaccin R.O.R. : République fédérale d'Allemagne (47 %), Belgique (75 %), France (60 %), Irlande (68 %), Luxembourg (71 %).

Un taux de couverture faible (c'est-à-dire inférieur à 80 %) est aussi observé pour la vaccination antidiphtérique en Irlande et dans certaines régions de l'U.R.S.S., et pour le vaccin antioquelucheux en République fédérale d'Allemagne (16,1 %), en Espagne (73 %), en Irlande (30 %), en Italie (30 %), au Luxembourg (70 %), à Malte (47 %), au Royaume-Uni (75 %), en Suède (0 %) et en Turquie (74 %).

14 États membres, soit un peu moins de la moitié, ont cessé d'utiliser le B.C.G. ; 3 autres vaccinent moins de 50 % des jeunes enfants. En ce qui concerne la vaccination contre la tuberculose en Europe, il faudrait disposer d'informations plus précises.

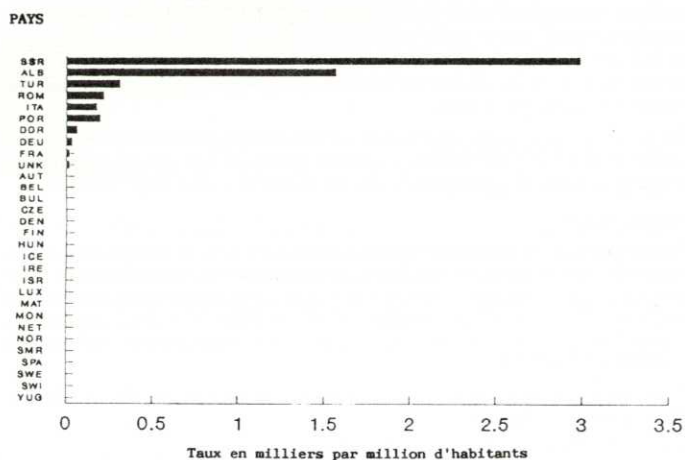
Tendances de la morbidité

Diphtérie

Depuis l'année 1985, où 1 744 cas avaient été déclarés par 14 pays, on a observé une baisse rapide de l'incidence de la diphtérie. En 1989, 886 cas au total ont été déclarés par 9 États membres. 2 pays à eux seuls ont notifié 98 % de cas ; aucun des 7 autres pays n'a déclaré plus de 5 cas (fig. 1).

La réunion de l'O.M.S. sur la lutte antidiphtérique en Europe, tenue à Genève du 17 au 19 avril 1990, a procédé à un examen approfondi de la situation et formulé des principes concernant l'élimination de cette maladie en Europe.

Figure 1. — Taux d'incidence de la diphtérie par million d'habitants dans la Région européenne (1989)

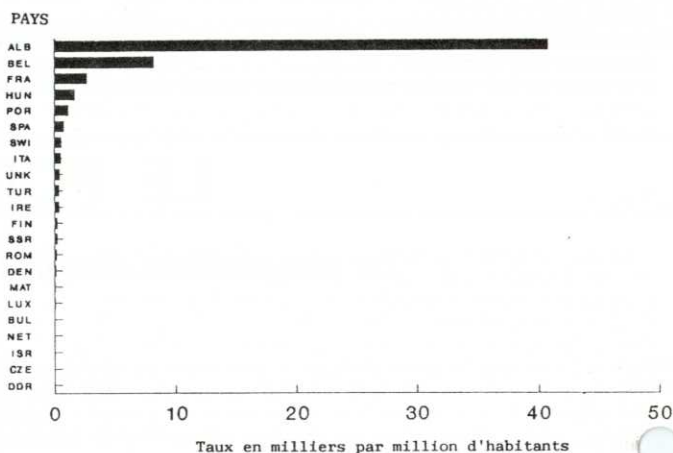


Rougeole

L'introduction du vaccin R.O.R. dans les programmes de vaccination de 16 pays européens a permis d'augmenter la couverture vaccinale anti-rougeoleuse. On reste loin cependant du taux de 100 % nécessaire pour

l'éradication de cette maladie. Des poussées épidémiques en 1988 et 1989 déclarées à l'O.M.S. ont révélé des lacunes de l'immunisation. La figure 2 montre le taux d'incidence en 1989.

Figure 2. — Taux d'incidence de la rougeole par million d'habitants dans la Région européenne (1989)



Poliomyélite

En 1989, le nombre total de cas de poliomyélite déclarés a été de 128, contre 228 cas en 1988 (fig. 3). Cette réduction de l'incidence (de 1,8 fois) a été principalement due aux campagnes de vaccination exécutées en Israël, en Turquie et en U.R.S.S. Dans 20 pays (soit les deux tiers), il n'a pas été signalé de cas de poliomyélite en 1989 (fig. 4). Dans 9 pays on a observé 98 cas indigènes et 14 cas non définis.

Figure 3. — Incidence de la poliomyélite dans la Région européenne (1974-1989)

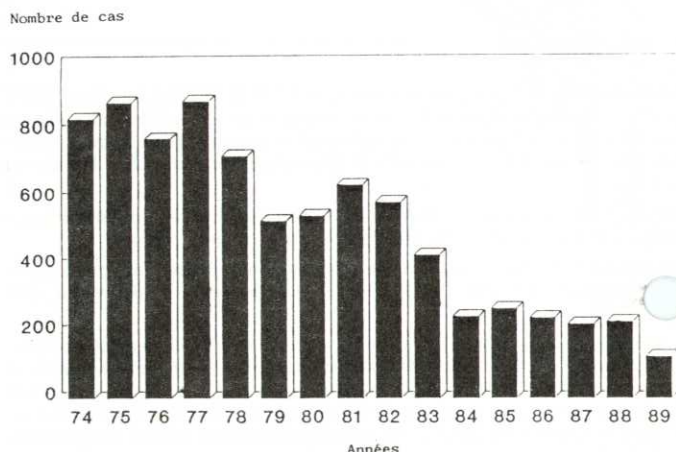
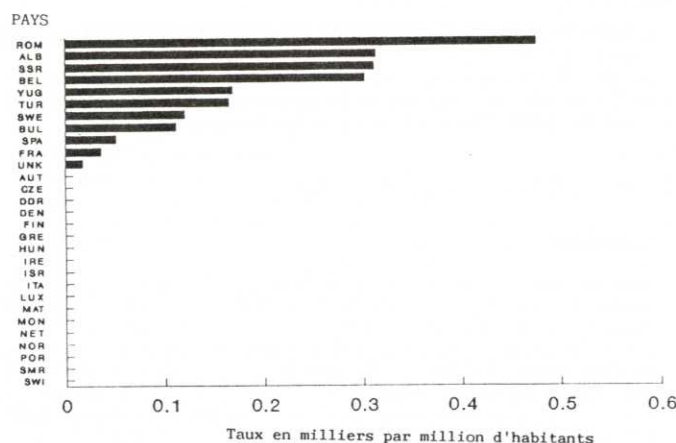


Figure 4. — Incidence de la poliomyélite par million d'habitants dans la Région européenne (1989)



En 1989, près de 31 % de la population européenne vivait dans une zone où aucun cas de poliomyélite a été déclaré, alors que ce chiffre n'était que de 11 % en 1981.

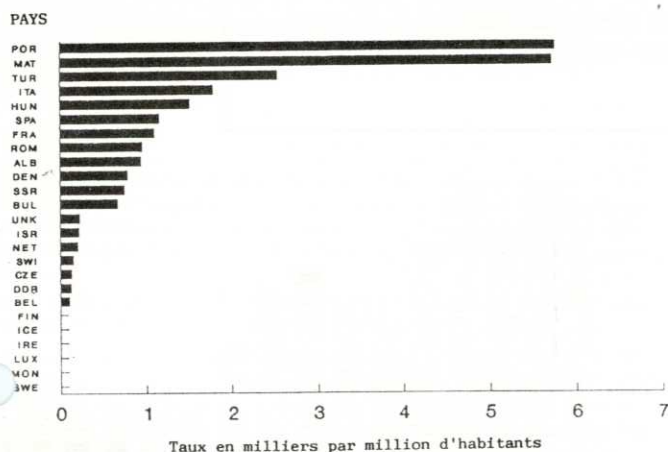
Les 20 cas déclarés de maladie d'origine vaccinale en 1988 (soit 8,6 % du nombre total de cas) et les 12 cas correspondants déclarés en 1989 (9,4 %) sont un sujet de préoccupation pour les autorités sanitaires. Aujourd'hui, 11 pays utilisent des vaccins inactivés soit seuls, soit en combinaison avec des vaccins vivants, afin d'éviter la poliomyélite d'origine vaccinale. Il faudra exécuter des études sérieuses afin d'obtenir des données précises sur la fréquence des cas d'origine vaccinale chez les récepteurs et les sujets contacts. 6 laboratoires de la Région européenne ont accepté de fournir leur assistance pour l'identification des isolats poliomyélitiques par les techniques fondées sur les anticorps monoclonaux ou le génotypage.

Tétanos

On peut actuellement considérer que le tétanos néonatal est une maladie en voie de disparition, même si certains cas ne sont pas déclarés. En 1989, 3 pays seulement ont notifié des cas : Turquie (63), Israël (1) et Roumanie (1). Étant donné la tendance montante du tétanos néonatal en Turquie, il faudrait envisager le plus tôt possible de vacciner les femmes en âge de procréer, en commençant par les districts où l'incidence est la plus forte. Un plan d'action national pour la vaccination des filles d'âge scolaire devra aussi être établi.

L'incidence du tétanos a principalement baissé grâce à l'élargissement de la couverture vaccinale et à l'amélioration du niveau de vie. Les taux d'incidence les plus élevés (fig. 5) sont observés dans les pays de l'Europe du Sud ayant une activité économique agricole.

Figure 5. — Incidence du tétanos (total) par million d'habitants dans la Région européenne (1989)



Rubéole

La morbidité due à la rubéole est en baisse depuis 1985-1986. La plus forte incidence a été observée dans des pays qui, soit n'utilisent pas le vaccin R.O.R. ou antirubéoleux, soit ont une couverture vaccinale insuffisante. À noter des poussées importantes de rubéole survenues en République démocratique allemande et en Italie en 1989.

La rubéole est une maladie déclarable dans 24 pays (soit les trois quarts) et le syndrome de rubéole congénitale dans 13 pays seulement. La vaccination des nouveau-nés et enfants avec le vaccin R.O.R., et des fillettes et femmes en âge de procréer avec le vaccin antirubéoleux a permis dans certains pays d'éliminer pratiquement la rubéole congénitale.

Autres maladies visées par le P.E.V.

Coqueluche

Le nombre total de cas dans la région est tombé à environ 100 000 en 1988, et s'est maintenu à ce chiffre en 1989 (fig. 6). Dans les pays qui ont continué à utiliser le vaccin D.T.C. pour la vaccination des jeunes enfants, le nombre de cas déclarés a été pratiquement nul. En Suède, par contre, on a observé une véritable épidémie de coqueluche après 1979, année où la vaccination D.T.C. a été supprimée par la direction nationale de la Santé (fig. 7). D'autres pays ayant une forte incidence se signalent par une faible couverture vaccinale (moins de 80 %).

Figure 6. — Taux d'incidence de la coqueluche par million d'habitants dans la Région européenne (1989)

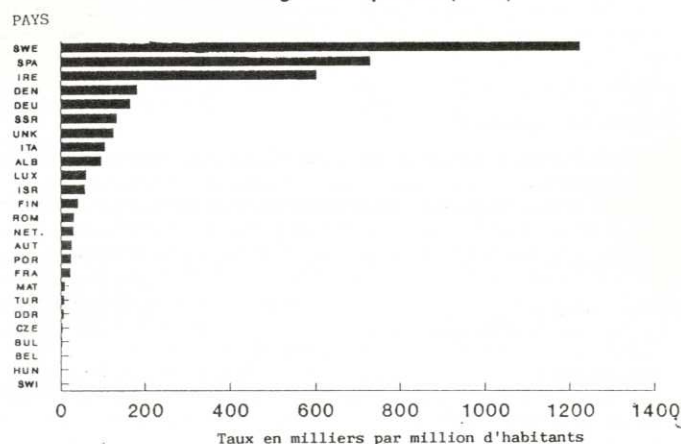
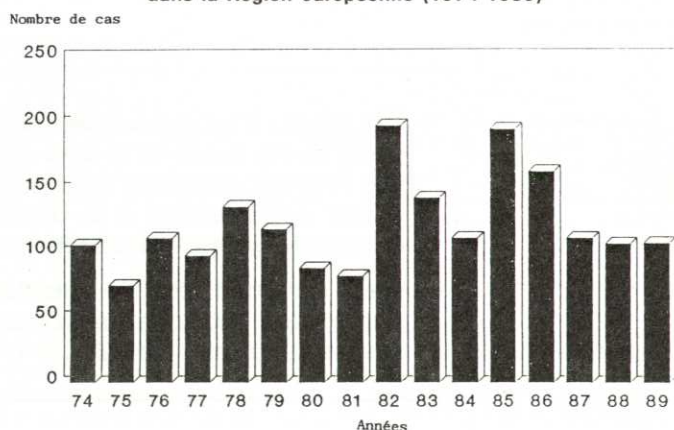


Figure 7. — Incidence de la coqueluche dans la Région européenne (1974-1989)



Tuberculose

La baisse régulière de l'incidence de la tuberculose pulmonaire constatée depuis 1974 est principalement imputable à l'amélioration du niveau de vie; la moitié des États membres, en effet, ont cessé la vaccination B.C.G. depuis 1988.

Hépatite virale

Moins de la moitié des pays fournissent à l'O.M.S. des chiffres subdivisés par type d'hépatite virale. Le nombre annuel de cas d'hépatite B dans la région est estimé à environ 1 million.

CONCLUSIONS

Les domaines d'action prioritaire identifiés sont les suivants : l'élaboration ou le renforcement des programmes nationaux de vaccination, la collecte de fonds extrabudgétaires pour le soutien du P.E.V. régional, la mise en place d'une surveillance fiable, l'augmentation et le maintien de la couverture vaccinale à au moins 95 % afin d'atteindre d'ici à l'an 2000 les objectifs d'éradication.

NOTE DE LA RÉDACTION

La France en « chiffres »

L'exploitation des certificats de santé du 24^e mois donne les résultats de couverture vaccinale suivants :

- En 1988 : B.C.G. : 80 % ; D.T.-polio : 81 % ; coqueluche : 79 %.
- En 1989 : rougeole, rubéole, oreillons : 60 % (estimation).

Morbidité en 1989 :

- diphtérie : 1 cas ;
- tétanos : 61 cas ;
- poliomyélite : 2 cas (autochtones) ;
- méningites (méningo) : 510 cas ;
- tuberculose pulmonaire : 7 163 cas ;
- rubéole congénitale : 4 cas (en 1988) ;
- rougeole : 265 pour 100 000 habitants ;
- oreillons : 162 pour 100 000 habitants ;
- hépatite : données non disponibles.

Par la suite d'un mouvement de protestation des médecins inspecteurs de la santé lancé le 2 avril dernier, les Directions départementales des Affaires sanitaires et sociales ne sont pas en mesure de communiquer normalement à la Direction générale de la Santé les relevés hebdomadaires de déclarations obligatoires de maladies.

Dans ces conditions, la publication des données relatives à la situation épidémiologique hebdomadaire des maladies transmissibles est suspendue à partir du B.E.H. n° 22.