

Les sept raisons essentielles pour que la vaccination reste une priorité dans la Région européenne de l’OMS

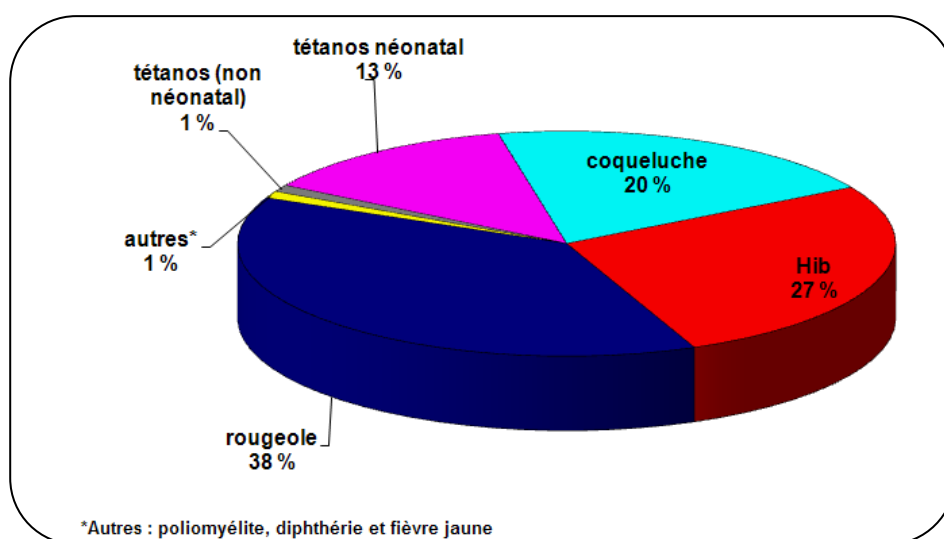
Grâce à la diminution spectaculaire du nombre de cas de maladies à prévention vaccinale en Europe, beaucoup de maladies infectieuses sont considérées comme appartenant au passé. Pourtant, dans la Région européenne de l’OMS, près de 650 000 enfants ne reçoivent pas leur première dose de vaccin contre la rougeole - une exigence fondamentale à satisfaire en matière de vaccination – et les maladies à prévention vaccinale sont encore des facteurs de maladie, d’incapacité, voire de décès. Il convient de donner la priorité à la vaccination, et ce pour sept raisons essentielles :

1. La vaccination sauve des vies

Chaque année, la vaccination sauve plus de trois millions de vies dans le monde et elle évite à des millions de personnes de souffrir de maladie et d’incapacité permanente (estimations de l’OMS, 2009).

Avant le début de la vaccination systématique des enfants, les maladies infectieuses constituaient la première cause de décès d’enfants dans le monde. Aujourd’hui encore, ces maladies sont à l’origine de souffrance et de mort, notamment la rougeole, l’*Haemophilus influenzae type b* (Hib), la coqueluche et le tétanos néonatal, qui sont les maladies à prévention vaccinale entraînant le plus de décès (figure 1). Chaque année, 10,6 millions d’enfants meurent avant l’âge de cinq ans ; 1,4 million de ces décès sont dus à des maladies qui auraient pu être évitées par la vaccination. Les maladies à prévention vaccinale tuent chaque année dans le monde 3 millions de personnes, enfants et adultes confondus (estimations de l’OMS, 2009).

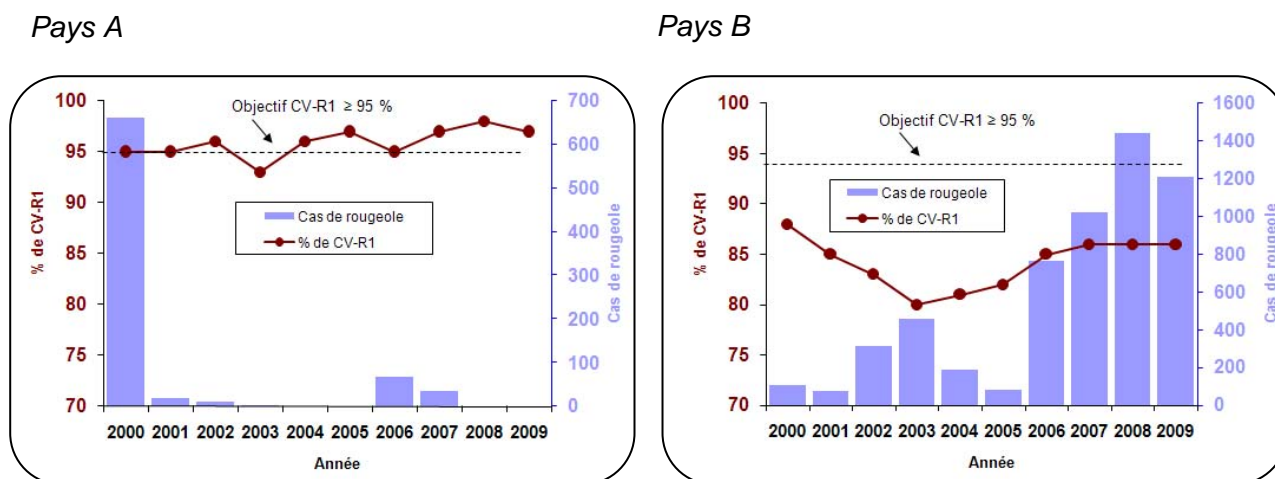
Figure 1 : Répartition mondiale des 1,4 million de décès annuels imputables aux maladies à prévention vaccinale chez les enfants de moins de 5 ans (OMS)



(Source : OMS/Banque mondiale, évaluation de la charge de morbidité mondiale, 2005)

Lorsqu'un vaccin contre une maladie infectieuse est mis en circulation et que les taux de couverture vaccinale augmentent, le nombre de personnes touchées par la maladie baisse considérablement (figure 2, Pays A). À l'inverse, lorsque la couverture vaccinale diminue, on assiste à une réapparition de la maladie (figure 2, Pays B). Si la priorité n'est pas donnée à la vaccination, la Région européenne risque de voir resurgir et se propager des maladies très contagieuses comme la poliomyélite, la rougeole ou la diphtérie.

Figure 2. Cas de rougeole rapportés et couverture par le vaccin antirougeoleux (CV-R1) par année de début de l'éruption, 2000-2009



(Source : Surveillance mensuelle de la rougeole et de la rubéole et couverture déclarée au moyen du formulaire conjoint de déclaration OMS/UNICEF)

La vaccination peut également protéger ceux qui ne sont pas vaccinés en prévenant la propagation de certaines maladies infectieuses. En d'autres termes, lorsqu'un nombre suffisant de personnes sont vaccinées dans une population déterminée, les maladies ne peuvent s'y propager. Dans le cas de la rougeole, qui est une maladie très contagieuse, un tel résultat ne peut être obtenu que si un pourcentage important de la population (> 95 %) est vacciné. Le nombre de vies sauvées est proportionnel au nombre de personnes vaccinées.

2. La vaccination est un droit fondamental et une composante stratégique des programmes de réduction de la pauvreté

Ces dernières décennies, la santé s'est considérablement améliorée sur la planète, mais tous n'en ont pas bénéficié de façon égale à l'échelle mondiale et dans la Région européenne. Ainsi, la mortalité infantile estimée pour 1 000 naissances vivantes est de 17,68 dans les républiques d'Asie centrale, contre 3,79 dans l'Union européenne (base de données européenne de la Santé pour tous, données disponibles les plus récentes, 2010).

Sur l'ensemble de la Région européenne, la couverture vaccinale est de 94 % pour le vaccin antirougeoleux et supérieure à 90 % pour les trois injections de vaccin DTC et les trois injections de vaccin antipoliomyélite. Toutefois, ces chiffres cachent d'importantes disparités. Les taux de couverture varient considérablement d'un pays à l'autre et dans un même pays. Les études montrent que les catégories socioéconomiques les plus basses sont souvent désavantagées en ce qui concerne les services de santé. Dans 21 pays en développement et en transition, les 20 % les plus riches de la population bénéficient de 26 % des dépenses de santé publiques, alors que les 20 % les plus pauvres ne bénéficient que de 16 % de ces

dépenses. Les données par pays issues de l'étude démographique et sanitaire¹ montrent que les taux de couverture vaccinale ne reflètent pas les inégalités entre milieux ruraux et urbains. Ainsi, en 2008, 80 % des enfants vivant en zone urbaine en Turquie ont été vaccinés contre sept maladies (tuberculose, diphtérie, coqueluche, tétanos, poliomyélite, hépatite B et rougeole), contre seulement 67 % de ceux vivant en zone rurale. En Azerbaïdjan, en 2006, 55 % des enfants vivant en zone urbaine ont reçu le BCG, les trois injections de DTC, les trois injections de vaccin polio, le ROR et le vaccin contre l'hépatite B², contre 29 % de ceux vivant en zone rurale. En revanche, en Arménie en 2005, seulement 51 % des enfants vivant en zone urbaine ont reçu le BCG, les trois injections de DTC, les trois injections de vaccin polio, le ROR et le vaccin contre l'hépatite B, contre 62 % de ceux vivant en zone rurale.

La vaccination n'est pas seulement une intervention efficace permettant de réduire le nombre de cas de maladies et de décès ; elle peut également être utilisée comme une stratégie qui contribue à réduire les inégalités en matière de prestation de soins de santé primaires. Les efforts visant à réduire l'incidence de la rougeole vont dans le sens du quatrième objectif du Millénaire pour le développement (réduction de la mortalité infantile) et la proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole est un indicateur de la réduction (de deux tiers) du taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans.

Si l'on considère la couverture résultant de la vaccination contre la rougeole chez les enfants de 1 an, il est étonnant de constater que dans certains pays, les chiffres sont meilleurs dans les zones rurales que dans les zones urbaines. De toute évidence, bon nombre de personnes vivant dans les centres urbains où la densité de population est élevée ne fréquentent pas régulièrement les services de vaccination. Parmi les facteurs qui peuvent contribuer à ce phénomène, on trouve les migrations (depuis l'étranger ou des campagnes vers les villes). En effet, en l'absence d'un important travail de sensibilisation, il arrive souvent que ces migrants ne soient pas inscrits dans un centre de santé de la ville. Toutefois, même si les zones rurales de certains pays enregistrent des niveaux de couverture vaccinale élevés, de nombreux enfants échappent à cette couverture et sont alors exposés au risque de maladies évitables. Certains facteurs tels que les faibles niveaux d'instruction, les bas revenus et la vie dans une zone rurale reculée et défavorisée peuvent se conjuguer pour aggraver encore les obstacles qui empêchent les populations concernées de bénéficier des services dont elles ont besoin. Les chiffres officiels ne tiennent pas toujours compte des personnes qui n'ont pas accès au système de santé, et des poches sans couverture vaccinale peuvent ainsi passer inaperçues dans les zones rurales géographiquement isolées. Les groupes ethniques minoritaires, comme d'autres populations marginalisées, sont parfois moins protégés par la couverture vaccinale dans les campagnes, du fait de processus d'exclusion qui comportent des aspects à la fois économiques, culturels, sociaux et politiques³.

Dans tous les pays, il existe des populations qui ne sont pas vaccinées et qui sont exposées aux maladies. Ainsi, lors des épidémies de rougeole qui ont eu lieu en 2008-2009 en Allemagne, en Autriche, en Bosnie-Herzégovine, en Bulgarie, en Espagne, en France, en Italie et en Pologne, la grande majorité des cas se sont produits chez des personnes qui ne s'étaient pas fait vacciner pour des raisons philosophiques, ou chez des personnes d'origine Rom et des groupes de populations immigrées, qui n'avaient pas nécessairement accès aux services de vaccination. Les autres populations susceptibles de ne pas avoir accès à ces services sont les

¹ Les chiffres donnés dans ce paragraphe proviennent des sources suivantes : Institut universitaire d'étude des populations d'Hacettepe (2009) ; Comité statistique d'État [Azerbaïdjan] & Macro International Inc. (2008) ; Service statistique national [Arménie], ministère de la Santé [Arménie] & ORC Macro (2006).

² BCG signifie Bacille de Calmette et Guérin ; il s'agit du vaccin antituberculeux mis au point par l'Institut Pasteur ; DTC signifie diphtérie-tétanos-coqueluche ; polio est l'abréviation de poliomyélite ; ROR signifie rougeole-oreillon-rubéole ; et HepB signifie hépatite B.

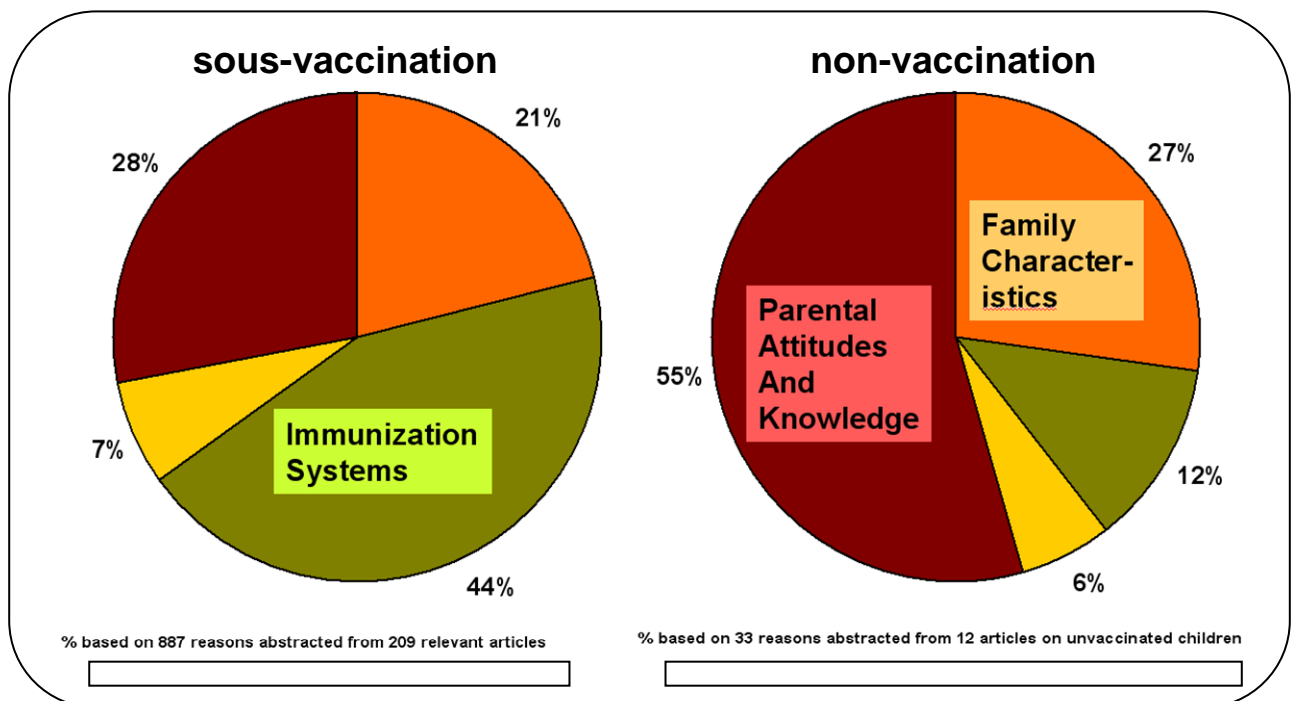
³ *Rural poverty and health systems in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010.

populations géographiquement éloignées, déplacées ou socialement ou économiquement marginalisées.

Par ailleurs, certaines personnes ne sont pas bien informées sur la vaccination ou n'ont pas la motivation requise pour la demander car elles n'ont jamais fait l'expérience des effets des maladies qu'elle permet d'éviter, tandis que d'autres la refusent pour des raisons éthiques ou religieuses. Tous ces groupes restent vulnérables aux maladies à prévention vaccinale. Les raisons qui amènent à ne pas se faire vacciner sont très différentes de celles qui amènent à être insuffisamment vacciné (figure 3).

Les inégalités en termes d'accès à la vaccination sont également dues à la situation socioéconomique des pays. Les disparités de santé entre les parties orientale et occidentale de la Région s'accroissent. Des vaccins qui sont systématiquement utilisés dans des pays industrialisés sont trop chers pour être administrés dans d'autres. Le vaccin conjugué pneumococcique, par exemple, n'est utilisé que dans 15 pays de la Région et la vaccination des adolescentes contre le papillomavirus humain a été mise en place dans 17 pays. La plupart de ces pays ont des économies à revenu élevé. En revanche, très peu de pays de la partie orientale de l'Europe et aucun des nouveaux États indépendants (NEI) n'utilisent ces vaccins dans le cadre de son programme de vaccination systématique.

Figure 3. Analyse de la littérature publiée : les raisons de la sous-vaccination ou de la non-vaccination



Pour autant, les inégalités ne sont pas toujours dues à la situation socioéconomique. Une analyse portant sur le bien-être des enfants dans 21 pays économiquement avancés montre ainsi que dans le domaine de la santé et de la sécurité des enfants, la majorité de ces pays connaît des insuffisances auxquelles il convient de remédier (UNICEF, 2007). Pour des raisons variées et complexes, il arrive que des pays ayant un produit national brut (PNB) élevé et consacrant d'importants investissements à la santé enregistrent de vastes flambées épidémiques et une incidence des maladies à prévention vaccinale plus élevée que d'autres pays dont le PNB est inférieur. En 2009, et pour la première fois, 95 % des cas rapportés de rougeole provenaient d'États membres de l'Union européenne (65 % d'Europe occidentale).

3. Les maladies à prévention vaccinale représentent encore un risque

Grâce à des programmes de vaccination efficaces, la plupart des habitants des pays industrialisés n'ont jamais dû subir les conséquences dramatiques de maladies à prévention vaccinale. Nombreux sont ceux qui pensent que ces maladies ne constituent plus une menace dans la mesure où elles ne sont plus visibles comme par le passé. En fait, certains considèrent que le vaccin est plus dangereux que la maladie.

Dans certains pays, cette idée erronée a entraîné une baisse de la couverture et une résurgence de maladies contagieuses telles que la rougeole, la coqueluche, la diphtérie et la rubéole.

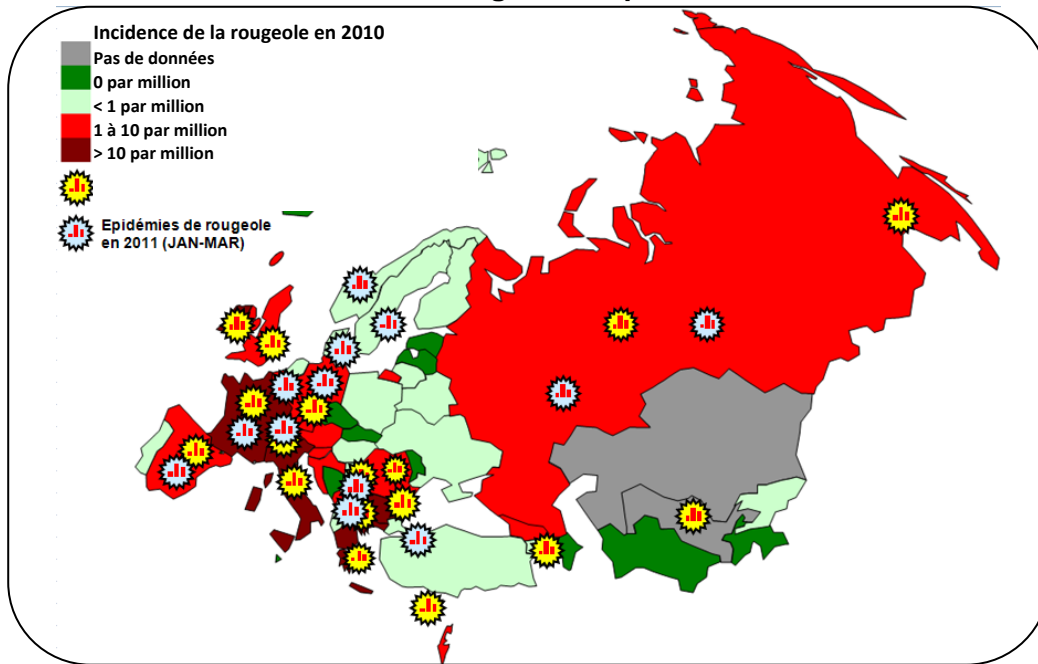
Au cours des années 1990, une épidémie de diphtérie dans la CEI (Communauté des états indépendants) a atteint un pic de plus de 50 000 cas (en 1995) en raison de la faible couverture vaccinale.

Les virus traversent les frontières et les flambées de rougeole survenues dans la Région se sont propagées directement d'un pays au pays voisin. Depuis quelques années, certains pays de la Région européenne doivent faire face à des épidémies étendues et sporadiques, notamment de rougeole (figure 4). En 2007-2010, ces flambées épidémiques rapportées dans nombre de pays de la partie occidentale de l'Europe (notamment en Allemagne, en Autriche, en Bulgarie, en France, en Irlande, en Italie, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Suisse) étaient dues à l'existence de poches de populations vulnérables qui s'étaient formées au cours des années précédentes et ont permis au virus de se propager largement et rapidement dès son introduction. Le virus de la rougeole continue de se propager en Europe en provoquant des flambées épidémiques parmi les populations vulnérables non vaccinées ou vaccinées en dehors des délais (fixés par le calendrier de vaccination systématique). En 2009-2010, la Bulgarie a connu une véritable explosion d'épidémie de rougeole qui a entraîné plus de 24 000 cas et 24 décès.

Une étude portant sur 11 pays d'Europe occidentale a montré que le coût du traitement par cas de rougeole était de 209 à 480 euros, alors que le coût de la vaccination contre cette maladie et de la prévention était compris entre 0,17 et 0,97 euro par personne (Carabin, 2003). En Allemagne, au cours d'une épidémie de rougeole de 614 cas, le coût des prestataires de soins de santé s'est élevé à 102 804 euros pour la rougeole avec complications, et l'ensemble des services a coûté au total 229 122 euros (Wichmann, 2009).

La prévention doit être maintenue et renforcée. Compte tenu de la propagation des maladies à l'échelle mondiale, la réapparition dans la Région de maladies maîtrisées est un sujet de préoccupation permanent. La Région européenne de l'OMS a été déclarée indemne de poliomyélite en 2002 et d'importants efforts sont déployés pour pérenniser cette réussite. Toutefois, la Commission régionale européenne de certification de l'éradication de la poliomyélite, qui détermine si la Région est toujours indemne de cette maladie, a récemment indiqué qu'elle redoutait fortement une hausse du risque d'importation de la poliomyélite en Europe à partir d'autres zones géographiques. Ces craintes se sont concrétisées en 2010, avec l'épidémie de poliomyélite due à un poliovirus sauvage importé au Tadjikistan, qui s'est propagée à au moins trois autres pays et a entraîné au total 475 cas de poliomyélite paralytique et 29 décès.

Figure 4. Épidémies de rougeole rapportées et incidence de la rougeole par million d'habitants dans l'ensemble de la Région européenne de l'OMS – 2010-2011

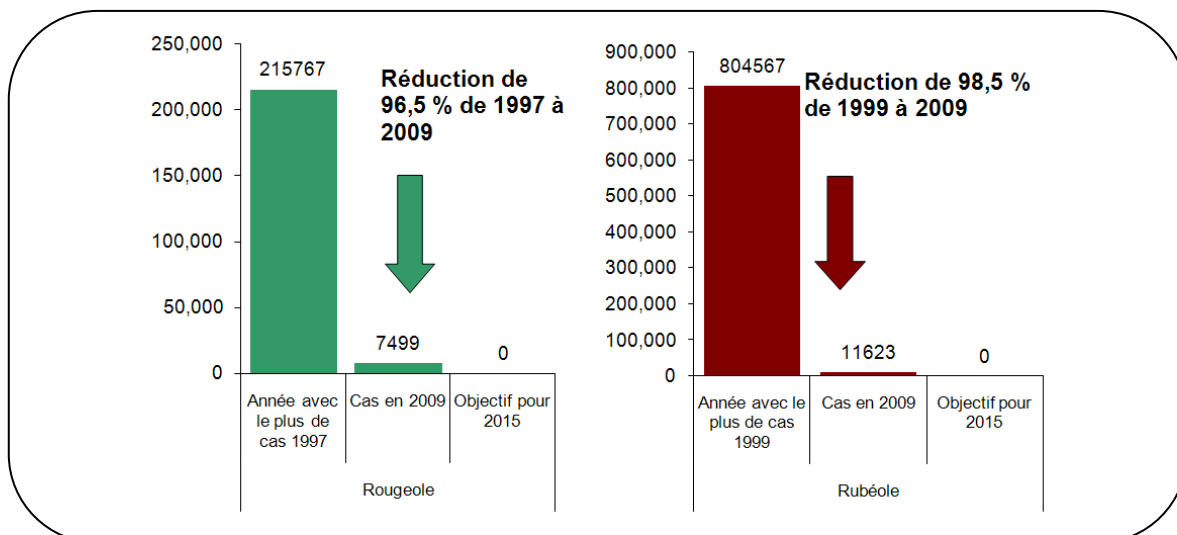


(Source : Rapport de notification des épidémies de rougeole et de rubéole et données mensuelles de surveillance de ces maladies pour 2010 et 2011)

4. Il est possible de maîtriser et d'éliminer les maladies

Lorsque la couverture vaccinale est élevée et soutenue, les maladies à prévention vaccinale perdent du terrain (figure 5). Une surveillance très poussée est nécessaire pour suivre la situation relative aux maladies et avancer sur la voie des objectifs de maîtrise et d'élimination.

Figure 5. Cas rapportés de rougeole et de rubéole dans la Région européenne de l'OMS



(Source : Formulaire conjoint de déclaration OMS/UNICEF)

Grâce à des efforts concertés, il est possible d'éliminer, voire d'éradiquer certaines maladies :

- La variole, qui tuait autrefois 5 millions de personnes dans le monde chaque année, a été éradiquée en 1978 et est aujourd'hui pratiquement oubliée.

- La Région des Amériques de l'OMS a éliminé la rougeole en 2002, soit 12 ans seulement après l'importante épidémie de 1990 qui a provoqué plus de 250 000 cas de la maladie et plus de 10 000 décès.
- Dans la Région européenne de l'OMS, tous les États membres ont adopté l'objectif d'élimination de la rougeole et de la rubéole d'ici 2015. La rougeole, en particulier, représente toujours une charge importante dans la Région, mais au cours des dix dernières années, le nombre de cas de rougeole signalés a diminué de plus de 96 %, passant de 215 767 cas en 1997 à 7499 cas en 2010.
- La Région européenne de l'OMS a été déclarée indemne de poliomyélite (pas de transmission endémique de la maladie) en 2002 et n'a signalé aucun cas de la maladie pendant sept ans. Si une flambée épidémique due à un poliovirus sauvage importé s'y est produite en 2010, elle a été stoppée et l'objectif d'éradication mondiale de la poliomyélite est à notre portée à l'horizon 2012. Le poliovirus reste endémique dans quatre pays (l'Afghanistan, l'Inde, le Nigéria et le Pakistan). Jusqu'à présent, la lutte mondiale contre la poliomyélite a évité à 5 millions de personnes de souffrir de paralysie (OMS 2005).

5. La vaccination est rentable sur le plan économique

La vaccination est incontestablement l'une des interventions de santé publique les plus économiquement rentables des temps modernes. Elle coûte très peu, mais elle améliore énormément la santé et le bien-être des populations.

L'OMS estime que, depuis le lancement de l'Initiative pour l'éradication mondiale de la poliomyélite en 1988, cinq millions de personnes qui, sinon, auraient été paralysées par le virus de la poliomyélite ont aujourd'hui l'usage de leurs jambes. Si l'on n'éradique pas complètement cette maladie, 10,6 millions de nouveaux cas pourraient apparaître dans le monde au cours des 40 prochaines années, ce qui représente au total 60 millions d'années de vie humaine perdues, en tenant compte de toutes les conséquences de la maladie (Initiative pour l'éradication mondiale de la poliomyélite, 2009).

Outre les gains réalisés sur le coût des traitements, la vaccination a des répercussions plus importantes et plus vastes d'un point de vue économique. Elle protège en effet contre les effets à long terme d'une maladie sur le bien-être physique et mental des personnes, et donc sur leur capacité à suivre un enseignement ou une formation ou à exercer une activité professionnelle. Cette protection représente un bénéfice inestimable pour l'individu et pour la société en termes de gains de capacités, de productivité et de croissance.

En d'autres termes, la vaccination évite les décès et les invalidités tout en coûtant beaucoup moins cher que le traitement, pour le bien de l'individu et de l'ensemble de la société. Des politiques de santé efficaces, de même que leur financement, doivent être considérées comme un investissement et non une dépense. La santé renforce l'économie, tandis que la maladie l'affaiblit.

6. Les enfants sont tributaires des systèmes de santé pour l'accès à des vaccinations sûres, efficaces et peu onéreuses

Les excellents résultats obtenus et la baisse spectaculaire des souffrances et des décès sont dus à la réussite des opérations de vaccination menées au fil des ans. Néanmoins, dans l'ensemble de la Région, 10,6 millions de nourrissons naissent et doivent être vaccinés chaque année. Pour que la vaccination continue d'être un succès, ces enfants doivent eux aussi en bénéficier. Par exemple, alors que la couverture vaccinale antirougeoleuse dans la Région est élevée (≥ 94 %), le nombre d'enfants exposés au risque augmente année après année et il est nécessaire d'atteindre et de vacciner ces enfants (figure 6).

Grâce à des programmes de vaccination performants et viables, chaque enfant peut avoir l'assurance de « recevoir en temps utile tous les vaccins dont il a besoin » (projet Optimize, 2010). Les pays doivent maintenir des systèmes sensibles de surveillance et d'intervention, mais ils doivent aussi être en mesure de repérer les populations vulnérables et d'aller à leur rencontre. Ils doivent par ailleurs être prêts à affronter les difficultés liées à l'utilisation de nouveaux vaccins.

Un système de vaccination efficace est l'un des piliers sur lequel doit s'appuyer un système de santé pour être performant et capable de relever les défis sanitaires. En fait, la couverture vaccinale sert d'indicateur pour évaluer la capacité d'un système de santé et l'accès aux soins de santé primaires. Les investissements en ressources humaines, techniques et financières consacrés à la vaccination renforcent les moyens permettant de dispenser des services de soins de santé primaires et de faire en sorte que la vie d'aucun enfant ne soit mise en péril par une maladie à prévention vaccinale.

La Semaine européenne de la vaccination est l'occasion d'exploiter l'efficacité des actions de sensibilisation et de la communication ciblée pour mieux faire connaître les programmes de vaccination et renforcer leur succès dans l'ensemble de la Région européenne de l'OMS.

L'accent est particulièrement mis sur les activités visant à approcher les groupes vulnérables et prédisposés, le message essentiel étant que la vaccination de *chaque* enfant est vitale pour prévenir les maladies et protéger la vie.

Prévention. Protection. Vaccination.

7. Tous les enfants doivent être vaccinés

Vous pensez que votre enfant n'a pas besoin d'être vacciné parce que les autres le sont ? En êtes-vous bien sûr ?

D'après les estimations, il ne peut y avoir d'immunité collective que si près de 95 % des gens sont vaccinés, et toute personne non vaccinée augmente le risque, pour elle-même et pour les autres, de contracter la maladie en question.

L'immunité collective ne protège pas contre le tétanos, car cette maladie est certes à prévention vaccinale, mais pas contagieuse. Si votre enfant n'est pas vacciné contre le tétanos, il ne sera pas protégé contre cette maladie, que tout le monde autour de lui soit vacciné ou non.

Le concept d'immunité collective peut donner aux parents une illusion de sécurité qui peut les amener à ne pas respecter le calendrier vaccinal. Non seulement ce comportement réduit l'efficacité de toute immunité collective, mais chaque enfant non immunisé augmente le risque de propagation des maladies contagieuses. Au bout du compte, il suffit qu'une seule personne ne soit pas vaccinée pour qu'elle attrape une maladie et la transmette à d'autres personnes non immunisées.