

La nouvelle équation internationale des vaccinations et des éradications

Aux Etats-Unis, l'Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) vient d'actualiser ses recommandations¹ concernant la vaccination contre la grippe saisonnière 2015/2016. Selon l'ACIP, toutes les personnes âgées de plus de 6 mois devraient (sauf contre-indications) être immunisées avec le vaccin antigrippal – et ce chaque année. «Idéalement, cette vaccination devrait être pratiquée avant la saison grippale, et les professionnels de santé devraient être capables de la proposer dès le mois d'octobre», précisent les autorités sanitaires américaines des Centres de contrôle et de prévention des maladies (CDC). Corollaire: le vaccin doit être disponible et proposé tout au long de la saison épidémique, c'est-à-dire durant toute la période où le virus circule.

Comme chaque année, les souches vaccinales ont été adaptées à la circulation virale et les vaccins qui seront commercialisés contiendront: A/California/7/2009 (H1N1); A/Switzerland/9715293/2013 (H3N2); B/Puket/3073/2013. Un vaccin tétravalent sera également commercialisé qui contiendra en outre la souche B/Brisbane/60/2008.

Ces derniers mois, un cas mortel de diphtérie (en Espagne) et un cas de tétanos (en France) ont été diagnostiqués chez de jeunes enfants. Ces deux maladies avaient pratiquement disparu dans ces deux pays. Ces deux cas témoignent d'un retour, sous de nouveaux visages, des mouvements antivaccinaux. La situation ne manque pas d'inquiéter, notamment en France où la vaccination antitétanique est obligatoire et où les autorités sanitaires peinent à mesurer l'ampleur des certificats médicaux «de complaisance» – des documents rédigés par des médecins pédiatres eux-mêmes rétifs à immuniser leurs jeunes patients et qui, de ce fait, attirent des parents partageant leurs convictions.

Début septembre, l'OMS lançait une alerte après la découverte de deux cas de paralysie due au virus de la poliomyélite chez deux enfants âgés l'un de quatre ans et l'autre de dix mois.² (oui...) L'apparition des symptômes paralytiques dataient du 30 juin et du 7 juillet. Les deux cas ont été observés dans l'oblast de Transcarpatie (sud-ouest de l'Ukraine) aux frontières de la Roumanie, de la Hongrie, de la Slovaquie et de la Pologne. Les derniers cas de poliomyélite diagnostiqués sur le Vieux Continent l'avaient été en

Russie en 2010: quatorze personnes avaient alors été paralysées à partir d'une souche de poliovirus sauvage importée du Tadjikistan.

Selon les premières informations disponibles, la contamination était due à un virus dérivé du vaccin poliovirus de type 1 – cVDPV1. C'est là un phénomène parfois observé (en Afrique notamment) quand la couverture vaccinale est insuffisante dans la population. C'est aussi une donnée de nature à alimenter, paradoxalement, les rumeurs quant à la nocivité de la vaccination.

L'OMS rappelle précisément que l'Ukraine était particulièrement exposée au risque de cette émergence virale en raison d'une couverture vaccinale insuffisante. En 2014, seuls 50% des enfants ukrainiens étaient complètement vaccinés contre la poliomyélite et avaient reçu les autres vaccinations pédiatriques, recommandées ou obligatoires. Aujourd'hui, il est probable qu'un grand nombre d'enfants ont également été infectés par la souche du poliovirus sans développer de symptômes. Les autorités sanitaires onusiennes ont déclaré que le risque de propagation du virus dans le pays était «élevé» et que l'épidémie devait être rapidement maîtrisée.

Des discussions ont été rapidement établies avec les autorités sanitaires nationales pour planifier et mettre en œuvre une riposte vaccinale urgente. Soit, dans l'idéal, un minimum de trois vaccinations supplémentaires à grande échelle avec un vaccin antipolio oral; la campagne devait commencer dans les deux semaines suivant la confirmation de l'épidémie et couvrant une population cible de deux millions d'enfants âgés de moins de cinq ans; déclaration publique de l'épidémie comme une urgence nationale de santé publique.

L'OMS recommande que tous les visiteurs devant se rendre dans cette région soient à jour quant à leur vaccination antipoliomyélitique, et que tous les résidents et tous ceux qui séjournent depuis plus d'un mois puissent bénéficier d'une dose supplémentaire vaccinale de rappel. En toute hypothèse, l'espoir d'une éradication planétaire de la poliomyélite (espoir encore caressé il y a quel-

ques années par l'OMS) s'éloigne un peu plus.

La polio était jusqu'à l'an dernier considérée comme éradiquée à 99% par l'OMS: 223 cas rapportés en 2012 contre 350 000 en 1988. En 2013, il ne restait plus que trois pays d'endémie (Afghanistan, Nigeria et Pakistan), contre 125 en 1988. Pour autant, il y a deux ans, l'affaire semblait compromise et la stratégie onusienne visant à l'éradication vivement critiquée.³ Le Dr Hamid S. Jafari, directeur de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la polio à l'OMS, estimait alors qu'il était possible de franchir le *last mile* assez vite et qu'il était «désormais trop tard pour faire machine arrière». Radicalement opposés à cette stratégie, des acteurs de terrain avaient été réunis dans le cadre d'une table ronde organisée par le Centre de réflexion sur l'action et les savoirs humanitaires (CRASH) de MSF. A les écouter, la campagne d'éradication de la polio faisait



face à des difficultés allant jusqu'à questionner le bien-fondé de la perspective d'une éradication à court terme; un combat «qui n'en finit plus de finir».

Le constat dressé par cette ONG était particulièrement sombre: réinfection de certains pays dont on croyait le virus éliminé parfois depuis plus d'une dizaine d'années; apparition depuis le début des années 2000 d'épidémies de poliovirus dérivé du vaccin; apparition ou persistance de foyers de résistance sociale et politique dans plusieurs pays et pas seulement au Pakistan et au Nigeria; assassinat de vaccinateurs contre la poliomyélite.

Pour MSF, un tel constat devait «nous inciter à penser urgemment à une solution». La tendance actuelle est à adopter des mesures de plus en plus «coercitives». «Il y aura toujours des résistances à la vaccination. Doit-on alors imposer à chacun de se faire vacciner? Personnellement, je ne pense

pas qu'on doive l'imposer à tout le monde, faisait valoir Florence Fermon, "référénte vaccination" pour MSF. En revanche, on se doit de changer les approches, en proposant certes la vaccination dans ces programmes verticaux mais en l'intégrant aussi à des approches de soins.»

Changement de ton à la fin août avec la célébration officielle d'une année vierge de nouveaux cas de poliomyélite sur le continent africain. Le dernier cas y avait été enregistré le 11 août 2014 en Somalie, alors frappée par une grave épidémie et devenue alors le plus touché au monde. «Nous n'avons pas eu de nouveau cas de polio depuis un an malgré tous les défis auxquels fait face le pays, expliquait alors Steven Lauwerier, responsable du Fonds des Nations unies pour l'Enfance (Unicef) en Somalie. Nous ne voulons plus jamais voir un enfant somalien paralysé par ce virus qu'on peut prévenir. Ce qui signifie que nous devons continuer à soutenir les campagnes de vaccination pour s'assurer que la polio est complètement éradiquée.»

Il faut deux années sans nouveau cas pour qu'une zone soit officiellement considérée comme étant totalement débarrassée de la maladie. Le virus était réapparu en Somalie en mai 2013 (alors que le pays était considéré comme débarrassé du virus depuis 2007). «Une vaste campagne de vaccination avait alors été mise en place, mais certaines zones contrôlées par les islamistes shebab restaient inaccessibles, dans un pays par ailleurs privé de véritable autorité centrale depuis la chute en 1991 de l'autocrate Siad Barre, et livré aux milices de chefs de guerre, gangs criminels et groupes islamistes» rapportait l'Agence France-Presse.

L'OMS avertissait alors que faute d'éradication totale, le virus pourrait faire un retour en force ces dix prochaines années: «Un échec à éradiquer la polio dans ses derniers bastions pourrait provoquer, d'ici dix ans, 200 000 nouveaux cas chaque année un peu partout dans le monde». Quelques jours plus tard, l'Ukraine devenait un nouveau pays officiellement infecté.

Jean-Yves Nau
jeanyves.nau@gmail.com

1 Grohskopf CA, Sokolow LZ, et al. Prevention and control of Influenza with vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices, United States, 2015-16 influenza season. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2015;64:818-25. Cette publication est disponible à cette adresse: www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6430a3.htm

2 L'alerte de l'OMS est consultable à cette adresse: www.who.int/csr/don/01-september-2015-polio/en/

3 Nau JY. Poliomyélite: l'éradication remise en question. *Rev Med Suisse* 2013;9:2066-7.

carte blanche

Advocacy

C'était il y a une vingtaine d'années. Nous étions tout un groupe de médecins généralistes (on disait comme ça, à l'époque), participant à un cours de formation continue sur la relation entre le médecin et les assurances.

L'orateur, médecin-conseil, qui décrivait les assurés, nos patients, comme une bande de tricheurs, nous lança cette remarque: «Nombreux, parmi vous, auraient mieux fait de choisir la profession d'avocat, plutôt que celle de médecin, à voir comme vous prenez la défense de vos patients». Et de nous faire la morale: «Vous n'avez pas à prendre parti dans les relations, parfois conflictuelles, des patients avec leurs assurances. Contentez-vous d'essayer de les soigner!» J'étais sorti de ce séminaire encore plus révolté que j'y étais entré.

Trente-trois ans de pratique de la médecine de famille m'ont convaincu maintes fois du contraire: nous devons, bien souvent, prendre la défense de nos patients, pas si rarement maltraités, dans le monde du travail, dans les dédales de certaines administrations publiques, du chômage ou de l'AI, de certaines caisses maladie ou d'assurances privées, à l'aide sociale, dans le système médical aussi.

On nous reproche de manquer d'objectivité, reproche qui nous honore. Difficile, en effet, d'avoir en même temps l'empathie d'un médecin et l'objectivité d'un juge.

Mais ce reproche – comble d'ironie – confirmé dans une jurisprudence du tribunal fédéral, nous vient souvent de la part d'employés d'assurances, de l'AI par exemple, qui ne doutent pas un instant, eux, de leur propre objectivité! Que penser, en effet, de l'impartialité de personnes soumises constamment à des pressions financières et politiques? Pour ma part, à devoir être parfois insuffisamment objectif, je préfère, en toute conscience, me trouver du côté de l'humain.

On représente généralement la justice avec son glaive et sa balance,... les yeux bandés. C'est son rôle. En tant que médecin, j'ai toujours préféré les garder grands ouverts sur les injustices dont sont victimes tant d'humains dans ce monde.

Advocacy, belle valeur éthique dévelop-

pée au début des années 2000 dans le milieu des soins, et qui figure déjà dans plusieurs chartes nationales, notamment au Canada. A cultiver soigneusement. Continuons, chers et chères Collègues, à nous indigner, à prendre la défense de nos patientes et de nos patients en situation de vulnérabilité ou de dépendance, chaque fois que nous le jugeons nécessaire. On ren-



D.R.

contre des «enfants battus» de toute sorte et à tout âge...

Au travers des siècles, de nombreux médecins ont dû faire allégeance aux pires dictatures. Mais d'autres, heureusement, se sont battus aux côtés des plus démunis. Lisez le magnifique roman historique de Philippe Favre: «1352, un médecin contre la tyrannie» (Editions Favre, Lausanne, 2014), et vous verrez que la lutte de notre corporation contre les tyrans ne date pas d'hier! Aujourd'hui, dans un système économique impitoyable, les plus vulnérables sont poussés dans le fossé du chômage, de l'AI ou de l'aide sociale, et accusés ensuite de coûter trop cher à la société. Quel odieux cynisme!

Les châteaux forts ont changé d'allure et les donjons sont moins visibles qu'au quatorzième siècle, mais les abus de pouvoir demeurent, nous en sommes témoins.



Dr François Pilet
Chemin d'Outé 3
1896 Vouvry
francoispilet@vouvry-med.ch