



Principaux faits

- La fièvre jaune est une maladie hémorragique virale aiguë transmise par des moustiques infectés. Le terme « jaune » fait référence à la jaunisse présentée par certains patients.
- Jusqu'à 50 % des personnes gravement atteintes de fièvre jaune qui ne sont pas traitées vont en mourir.
- On estime chaque année à 200 000 le nombre de cas de fièvre jaune et à 30 000 le nombre de décès dus à cette maladie dans le monde.
- Le virus est endémique dans les zones tropicales d'Afrique et d'Amérique latine, totalisant une population de plus de 900 millions d'habitants.
- Le nombre de cas de fièvre jaune a progressé ces deux dernières décennies en raison de la diminution de l'immunité de la population vis-à-vis de cette infection, de la déforestation, de l'urbanisation, des mouvements de population et du changement climatique.
- Il n'existe pas de traitement spécifique de la fièvre jaune. Le traitement en est symptomatique et vise à réduire les symptômes pour le confort du patient.
- La vaccination est la principale mesure préventive contre la fièvre jaune. Le vaccin est sûr, d'un prix abordable et très efficace, une seule dose suffit à conférer une immunité durable et une protection à vie contre la maladie, et aucune dose de rappel n'est nécessaire. Il donne en 30 jours une protection immunitaire efficace à 99 % des sujets vaccinés.

Signes et symptômes

Une fois que l'on a contracté le virus, la période d'incubation dans l'organisme est de 3 à 6 jours et est suivie de la maladie, qui peut présenter une ou deux phases. La première, aiguë, provoque en général de la fièvre, des douleurs musculaires au premier plan desquelles des dorsalgies, des céphalées, des frissons, une perte de l'appétit, des nausées ou des vomissements. L'état de la plupart des patients s'améliore ensuite et leurs symptômes disparaissent au bout de 3 à 4 jours.



Toutefois, 15 % des patients présentent une deuxième phase plus toxique dans les 24 heures suivant la rémission initiale. Une fièvre élevée se réinstalle et plusieurs systèmes organiques sont touchés. Le patient présente rapidement une jaunisse et se plaint de douleurs abdominales accompagnées de vomissements. Des saignements peuvent apparaître au niveau de la bouche, du nez, des yeux ou de l'estomac. Lorsque c'est le cas, on voit apparaître du sang dans les vomissements et les fèces. La fonction rénale se détériore. La moitié des malades présentant cette phase toxique meurent dans les 10 à 14 jours, et les autres se remettent sans lésion organique importante.

La fièvre jaune est difficile à diagnostiquer, surtout au cours de ses stades précoces. On peut la confondre avec le paludisme, la dengue hémorragique, la leptospirose, l'hépatite virale (surtout les formes fulminantes d'hépatite B et D), d'autres fièvres hémorragiques (bolivienne, argentine, vénézuélienne) et d'autres maladies à flavivirus (comme les virus West Nile, Zika, etc.), et d'autres maladies, de même qu'avec une intoxication. Les tests hématologiques permettent de détecter les anticorps antiamarils produits en réponse à l'infection. Plusieurs autres techniques sont employées pour identifier le virus dans des prélèvements de sang ou de tissu hépatique recueillis après le décès. Ces épreuves demandent un personnel de laboratoire hautement qualifié et du matériel et des produits spécialisés.

Populations à risque

Dans la Région OMS de la Méditerranée orientale, le Soudan a, par le passé, été confronté à des flambées répétées de fièvre jaune. En 2005, un total de 615 cas suspects, dont 183 décès, ont été signalés au Kordofan méridional. En 2012, le Darfour a connu une flambée au cours de laquelle 849 cas suspects, dont 171 décès, ont été signalés. La flambée la plus récente a eu lieu en 2013, avec 49 cas suspects, dont 15 décès, dans l'état du Kordofan occidental.

Une évaluation des risques menée en 2012 au Soudan a permis d'identifier les zones potentielles à risque de transmission du virus de la fièvre jaune, et de découvrir le virus en circulation dans toutes les zones écologiques du Soudan, avec, d'après les estimations, 30,7 millions d'habitants du pays vivant dans ces zones à haut risque ou à risque potentiel.

À part le Soudan, aucun autre pays de la Région n'a signalé de cas humains de fièvre jaune. Néanmoins, des enquêtes sérologiques conduites en Somalie dans les années 1960 ont révélé une faible prévalence d'anticorps antiamarils dans le sud-est du pays. De plus, les régions du sud et du centre-sud de la Somalie disposent des précipitations et de la végétation permettant de favoriser la transmission potentielle de la fièvre jaune. Tenant compte de ces faits, la Somalie est considérée comme une zone à faible potentiel d'exposition.

Transmission

Le virus de la fièvre jaune est un arbovirus appartenant au genre *flavivirus*, dont le principal vecteur est le moustique. Il transmet le virus d'un hôte à l'autre, principalement chez les singes, puis du singe à l'homme, et ensuite d'homme à homme.

Plusieurs espèces différentes de moustiques appartenant aux genres *Aedes* et *Haemogogus* transmettent le virus. Ces moustiques se reproduisent en général autour des maisons (gîtes larvaires péri-domestiques), dans la jungle (gîte larvaire sauvage) ou dans les deux habitats (gîtes larvaires semi-domestiques). Il y a trois types de cycles de transmission :

- Fièvre jaune selvatique : dans la forêt tropicale humide, la fièvre jaune touche les singes infectés par les moustiques sauvages. Les singes infectés transmettent ensuite le virus aux autres moustiques qui les piquent. Ces derniers piquent les hommes qui pénètrent dans la forêt, entraînant des cas sporadiques de fièvre jaune. La majorité des infections se produisent chez des hommes jeunes travaillant dans la forêt (par exemple les bûcherons).
- Fièvre jaune rurale : dans les zones humides ou semi-humides d'Afrique, des épidémies à petite échelle se produisent. Des moustiques semi-domestiques (qui se reproduisent aussi bien dans la nature qu'autour des habitations) infectent les singes et les hommes. Le contact accru entre l'homme et les moustiques infectés conduit à la transmission. De nombreux villages isolés d'une même zone peuvent présenter simultanément des cas. C'est le type de flambées le plus fréquemment rencontré en Afrique. Une flambée peut se transformer en épidémie plus grave si l'infection se propage dans une zone peuplée de moustiques domestiques et de personnes non vaccinées.
- Fièvre jaune urbain : de grandes épidémies se produisent lorsque des personnes infectées introduisent le virus dans des zones densément peuplées renfermant un grand nombre de personnes non immunisées et de moustiques appartenant au genre *Aedes*. Les moustiques infectés transmettent le virus d'homme à homme.

Traitement

Il n'existe pas de traitement spécifique de la fièvre jaune, mais seulement un traitement de soutien contre la déshydratation, l'insuffisance respiratoire et la fièvre. Les infections bactériennes associées peuvent être traitées par les antibiotiques. Ce traitement de soutien peut améliorer l'issue de la maladie pour les patients gravement atteints, mais il est rarement disponible dans les zones défavorisées.

Prévention

1. Vaccination

La vaccination est la mesure de prévention la plus importante de la fièvre jaune. Dans les zones à haut risque où la couverture vaccinale est faible, la reconnaissance rapide des flambées et la lutte contre celles-ci au moyen de la vaccination sont essentielles pour prévenir les épidémies. Pour prévenir les flambées dans l'ensemble des régions touchées, la couverture vaccinale doit atteindre au moins 60 % à 80 % de la population à risque. En Afrique, peu de pays endémiques qui ont récemment bénéficié de campagne de vaccination, parviennent actuellement à ce degré de couverture.

La vaccination préventive peut être offerte dans le cadre de la vaccination systématique des nourrissons ou à l'occasion de campagnes de vaccination de masse ponctuelles visant à accroître la couverture vaccinale dans les pays à risque, ainsi qu'aux voyageurs se rendant dans des zones d'endémie de cette maladie. L'OMS recommande vivement la vaccination systématique des enfants contre la fièvre jaune dans les régions à risque.

Le vaccin antiamaril est sûr et d'un prix abordable et il donne en 7 à 10 jours une protection immunitaire efficace à 95 % des sujets vaccinés. Une seule dose suffit à conférer une immunité durable et une protection à vie contre la maladie, et aucune dose de rappel n'est nécessaire. Les effets secondaires graves sont extrêmement rares. On en a rapporté suite à la vaccination dans quelques zones d'endémie et chez des voyageurs vaccinés (par exemple en Australie, au Brésil, aux États Unis d'Amérique, au Pérou et au Togo). Les scientifiques sont en train d'en étudier les causes.

Concernant l'administration du vaccin antiamaril à des sujets âgés de plus de 60 ans, il est noté que même si le risque de maladie viscérotrope associé à ce vaccin est plus élevé chez les personnes de 60 ans et plus que chez les sujets plus jeunes, le risque global demeure faible. Pour les sujets âgés de 60 ans et plus qu'il est recommandé de vacciner et qui ne l'ont pas déjà été, le vaccin devrait être administré après une évaluation attentive des risques et avantages comparant le risque de contracter la fièvre jaune au risque de survenue d'un effet secondaire grave.

Le risque de décès par fièvre jaune est bien plus important que les risques liés au vaccin. On ne vaccinera pas les personnes suivantes :

- les enfants âgés de moins de 9 mois (les enfants âgés de 6 à 9 mois pouvant néanmoins être vaccinés durant une épidémie, lorsque le risque de contracter la maladie est plus élevé que celui d'un effet secondaire du vaccin) ;
- les femmes enceintes – sauf au cours d'une flambée de fièvre jaune lorsque le risque d'infection est élevé ;

- les personnes présentant des allergies graves aux protéines de l'œuf ; et
- les personnes présentant une immunodéficience grave due à une infection à VIH/sida symptomatique ou à d'autres causes, ou présentant des troubles thymiques.

Les voyageurs, en particulier ceux qui arrivent en Asie en provenance d'Afrique ou d'Amérique latine doivent avoir un certificat de vaccination contre la fièvre jaune. S'il existe des motifs médicaux pour ne pas vacciner certaines personnes, le Règlement sanitaire international stipule que cela doit être certifié par les autorités compétentes.

2. Lutte contre les moustiques

Dans certaines situations, la lutte contre les moustiques est indispensable jusqu'à ce que la vaccination fasse effet. Le risque de transmission de la fièvre jaune peut être réduit dans les zones urbaines en éliminant les gîtes larvaires potentiels des moustiques et en appliquant des insecticides dans l'eau où les premiers stades de leur développement ont lieu. L'application de pulvérisations d'insecticide pour tuer les moustiques adultes lors des épidémies urbaines, associée à des campagnes de vaccination d'urgence, peut réduire, voire interrompre, la transmission de la fièvre jaune, permettant ainsi de « gagner du temps » pour que les populations vaccinées développent leur immunité.

Les programmes de lutte contre les moustiques ciblant les moustiques sauvages dans les zones forestières sont difficilement applicables pour prévenir la transmission de la fièvre jaune selvatique.

3. Préparation et riposte aux épidémies

Une détection rapide de la fièvre jaune et une riposte rapide par le biais de campagnes de vaccination d'urgence sont essentielles pour lutter contre les flambées. Toutefois, la sous-notification reste une préoccupation – on estime que le nombre réel de cas peut être de 10 à 250 fois plus élevé que celui actuellement rapporté.

L'OMS recommande que chacun des pays à risque dispose au moins d'un laboratoire national où pratiquer les tests hématologiques de base. Un cas de fièvre jaune confirmé en laboratoire dans une population non vaccinée peut être considéré comme une flambée, et un cas confirmé doit être étudié de manière approfondie quel que soit le contexte, en particulier dans les zones où la majeure partie de la population a été vaccinée. Les équipes d'investigation doivent évaluer la flambée et y répondre par des mesures d'urgence et des plans de vaccination à plus long terme.

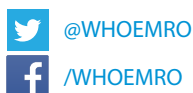
Action de l'OMS

L'OMS assume le Secrétariat du Groupe international de coordination (GIC) de la fourniture du vaccin anti-amaril. Ce Groupe conserve un stock d'urgence de vaccin anti-amaril pour pouvoir riposter rapidement aux flambées qui se déclarent dans les pays à haut risque.

L'Initiative Fièvre jaune constitue une initiative de vaccination préventive conduite par l'OMS et soutenue par l'UNICEF et les gouvernements nationaux, particulièrement concentrée sur les douze pays les plus endémiques, situés en Afrique. Cette initiative recommande d'inclure le vaccin anti-amaril dans les vaccinations systématiques des nourrissons (commençant à l'âge de 9 mois), de mettre en œuvre des campagnes de vaccination de masse dans les zones à haut risque pour les personnes de toutes les classes d'âge à partir de l'âge de 9 mois, et de maintenir la surveillance et la capacité de riposte aux flambées.

Pour en savoir plus :

www.emro.who.int/fr/whd2014/



WHO-EM/MAC/038/F