



Le calendrier vaccinal nouveau est arrivé!

Daniel Floret

Université Claude Bernard Lyon 1

Président du Comité technique des vaccinations

Vaccinations: responsabilité politique et expertise

- « La politique de vaccination est élaborée par le ministre chargé de la santé qui fixe les conditions d'immunisation, énonce les recommandations nécessaires et rend public le calendrier des vaccinations après avis du HCSP » *Loi de santé publique 2004*
- Comité technique des vaccinations rattaché à la Commission maladies transmissibles du HCSP. Instance d'expertise en matière de vaccination

Missions du CTV

(arrêté du 18 septembre 2007)

- Assurer la **veille scientifique** sur les évolutions et les perspectives en matière de vaccins
- Élaborer la **stratégie vaccinale** en fonction des données **épidémiologiques**, et d'études **bénéfices/ risques** individuel et collectif et d'études **médico- économiques** relatives aux mesures envisagées
- Proposer des adaptations en matière de recommandation et d'obligation vaccinale pour la **mise à jour du calendrier vaccinal**
- Stratégie intégrée dans le contexte international (plans OMS d'élimination/ éradication de maladies)

Des modifications de forme

- Objectif: rendre le calendrier plus lisible
 - Vaccins présentés par ordre alphabétique
 - Les différents aspects (recommandations générales, particulières, en milieu professionnel) traités dans le même chapitre
 - Recommandations aux voyageurs non abordées (BEH spécifique)
 - Tableaux synoptiques
 - Enfant
 - Adulte
 - Rattrapage
 - Milieu professionnel

Hépatite A



FIGURE 170-5. World map indicating patterns of endemicity of hepatitis A virus infection, generalized from available data. The patterns of high, transitional, intermediate, low, and very low endemicity are shown.

Hepatitis A epidemiology in Mandell, Douglas, Bennett's Principle and practice of infectious diseases. Edition 2005. P 2166.

Épidémiologie (D0 2006)

- Plus de 1000 cas notifiés/ an
 - 1/3 en **septembre- octobre**
 - Enfants de 0-15 ans les plus atteints mais les moins hospitalisés (30% avant 16 ans vs 46% après 16 ans)
- Facteurs de risque principaux:
 - Hépatite A dans **l'entourage: 50%**, en **milieu familial 75%**
 - Séjour **hors métropole** 40% dont plus de la moitié des cas dans le **Maghreb**
- Cas groupés: **gens du voyage**, Côtes d'Armor (coquillages) établissements scolaires et structures pour handicapés

La circulation du virus de l'hépatite A est entretenue par les enfants issus de l'immigration qui retournent au pays pour les vacances où ils contractent la maladie

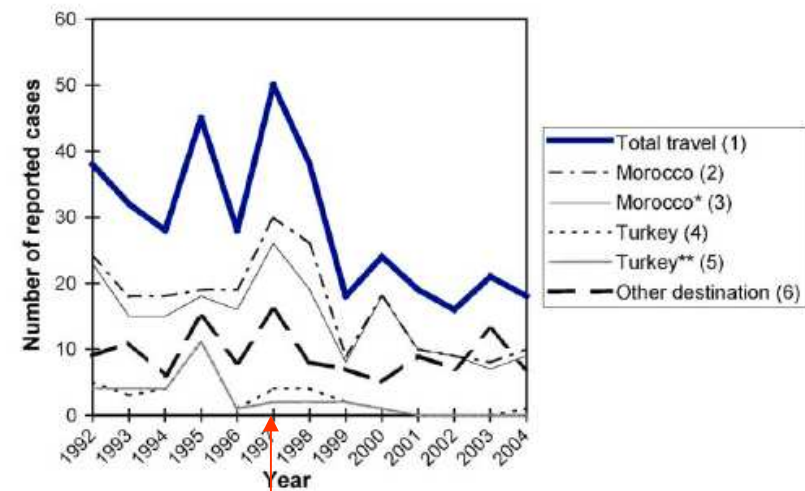
La recommandation de vaccination des enfants voyageurs n'est pas appliquée:

- insuffisance de perception du risque
- absence de recours à une consultation de conseil aux voyageurs pour des destinations qui ne semblent pas le mériter (Maghreb)
- coût du vaccin et **non remboursement des vaccins du voyageur**

Nouvelles recommandations

- Vacciner, à partir de 1 an les enfants des familles dont au moins un des membres est originaire d'un pays de haute endémicité et susceptibles d'y retourner
- Remboursement souhaité dans ce contexte
- Maintien des recommandations aux voyageurs

Évolution du nombre de cas d'hépatites A enregistré à Amsterdam avant et après introduction de la vaccination chez les voyageurs



* Under 16 years old and Moroccan ethnicity

** Under 16 years old and Turkish ethnicity

| | IRR before 1998 | IRR after 1998 | p-value for difference |
|----|------------------|------------------|------------------------|
| 1) | 1.00 (0.94-1.05) | 0.87 (0.81-0.93) | 0.014 |
| 2) | 1.02 (0.94-1.09) | 0.83 (0.75-0.91) | 0.006 |
| 3) | 1.00 (0.92-1.08) | 0.86 (0.78-0.94) | 0.052 |
| 4) | 0.95 (0.80-1.12) | 0.56 (0.37-0.86) | 0.046 |
| 5) | 0.91 (0.76-1.09) | 0.44 (0.22-0.88) | 0.065 |
| 6) | 0.99 (0.89-1.09) | 0.98 (0.88-1.09) | 0.909 |

Nouvelles recommandations

- Extension des recommandations antérieures:
 - Ensemble du **personnel s'occupant d'enfants** n'ayant pas atteint l'âge de la propreté
 - Jeunes et personnels des structures collectives de garde pour personnes handicapées
 - Patients atteints de pathologie hépatobiliaire susceptibles d'évoluer vers une hépatopathie chronique dont **mucoviscidose**

Hépatite A: vaccination autour des cas

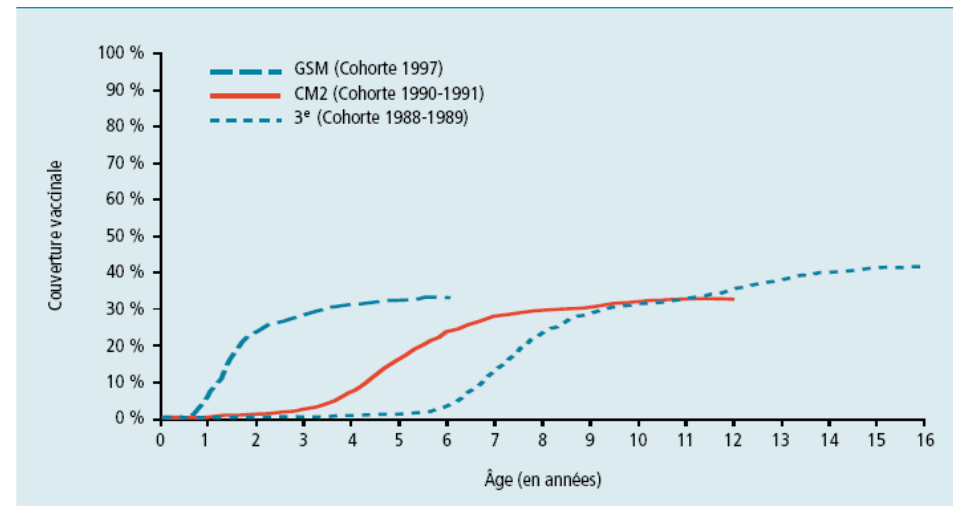
- Vaccination dans l'entourage familial d'un cas, dans les 14 jours, sans sérologie préalable les personnes:
 - Non vaccinées
 - Nées après 1945
 - Sans antécédent connu d'ictère
 - N'ayant pas séjourné plus de 1 an dans un pays de haute endémicité
- Si un des critères non rempli, faire une sérologie
- Vaccination de la population exposée dans les communautés de vie en situation d'hygiène précaire

Vaccination autour d'un cas: collectivités

- Établissements pour personnes handicapées: enquête et **mise à jour** éventuelle des vaccinations des jeunes et du personnel
- Collectivité accueillant des enfants n'ayant pas acquis la propreté:
 - **Pas de vaccination généralisée des enfants**
 - Enquête, renforcement des mesures d'hygiène, éviction
 - **Mise à jour** éventuelle des **vaccinations du personnel**

Hépatite B: la problématique

- 280 000 porteurs chroniques
- 2500 à 3000 infections annuelles (7% entre 11 et 15 ans)
- 1327 décès en 2001



Couverture vaccinale: environ 30%

Antona D & al. BEH 2007; 51-52: 425-8

Pequignot F & al BEH 2008; 27: 237-40

Antona D & al. BEH 2007; 06: 45-9

Les sujets bien vaccinés durant les années 94-97 (CV 65 à 76%) sont actuellement dans la période de risque maximal (20- 30 ans). **L'incidence de l'hépatite B va augmenter lorsqu'ils en sortiront et qu'y rentrera la cohorte de sujets mal vaccinés**

La stratégie vaccinale

- La stratégie vaccinale de base reste la vaccination des nourrissons et des adultes à risque
- Les inquiétudes relatives à la couverture vaccinale actuelle et ses conséquences futures soulignent le caractère urgent du **rattrapage**
- Jusque là prévu jusqu'à **l'âge de 13 ans** (âge à partir duquel le risque d'être déjà contaminé augmente de manière significative)

Les nouvelles recommandations

- La période de rattrapage est portée à **15 ans révolus**
- Avec la **possibilité** d'utiliser **entre 11 et 15 ans révolus** un schéma vaccinal simplifié à **2 doses** espacées de **6 mois**

Le rationnel pour un schéma 2 doses

Tableau 2 : Comparaison de l'immunogénicité obtenue avec le schéma « deux doses » (ENGERIX B® 20 µg d'Ag HBs aux mois 0 et 6) versus le schéma « trois doses » (ENGERIX B® 10 µg d'Ag HBs aux mois 0, 1 et 6) chez des enfants âgés de 11 à 15 ans (Étude HBV-280, référence 24)

| Groupe | Mois | N | n | % séroconversion (IC95%) | MGT |
|-------------|------|-----|-----|-----------------------------|-----------------------|
| | | | | | Ac anti-HBs (IC95%) |
| Deux doses | M1 | 240 | 45 | 18,8 (14,0 ; 24,3) | 29 (17 ; 49) |
| | M2 | 240 | 50 | 20,8 (15,9 ; 26,5) | 18 (11 ; 28) |
| | M6 | 239 | 94 | 39,3 (33,1 ; 45,8) | 19 (15 ; 24) |
| | M7 | 241 | 235 | 97,5 (94,7 ; 99,1) | 2 739 (2 071 ; 3 620) |
| Trois doses | M1 | 112 | 11 | 9,8 (5,0 ; 16,9) | 29 (9 ; 88) |
| | M2 | 113 | 81 | 71,7 (62,4 ; 79,8) | 29 (22 ; 40) |
| | M6 | 113 | 106 | 93,8 (87,7 ; 97,5) | 90 (69 ; 118) |
| | M7 | 113 | 111 | 98,2 (93,8 ; 99,8) | 7 238 (5 247 ; 9 985) |

Vaccination de l'adolescent contre l'hépatite B en utilisant un schéma vaccinal à 2 doses.

Rapport du groupe de travail du Comité technique des vaccinations

www.hcsp.fr

Les conditions d'utilisation du schéma 2 doses

- Utiliser un des 2 vaccins ayant l'AMM pour ce schéma
 - EngerixB₂₀[®]
 - GenhévacB Pasteur[®]
- Absence de risque de contamination pendant les 6 mois séparant les 2 injections

Nouvelles recommandations concernant la vaccination anti pneumococcique

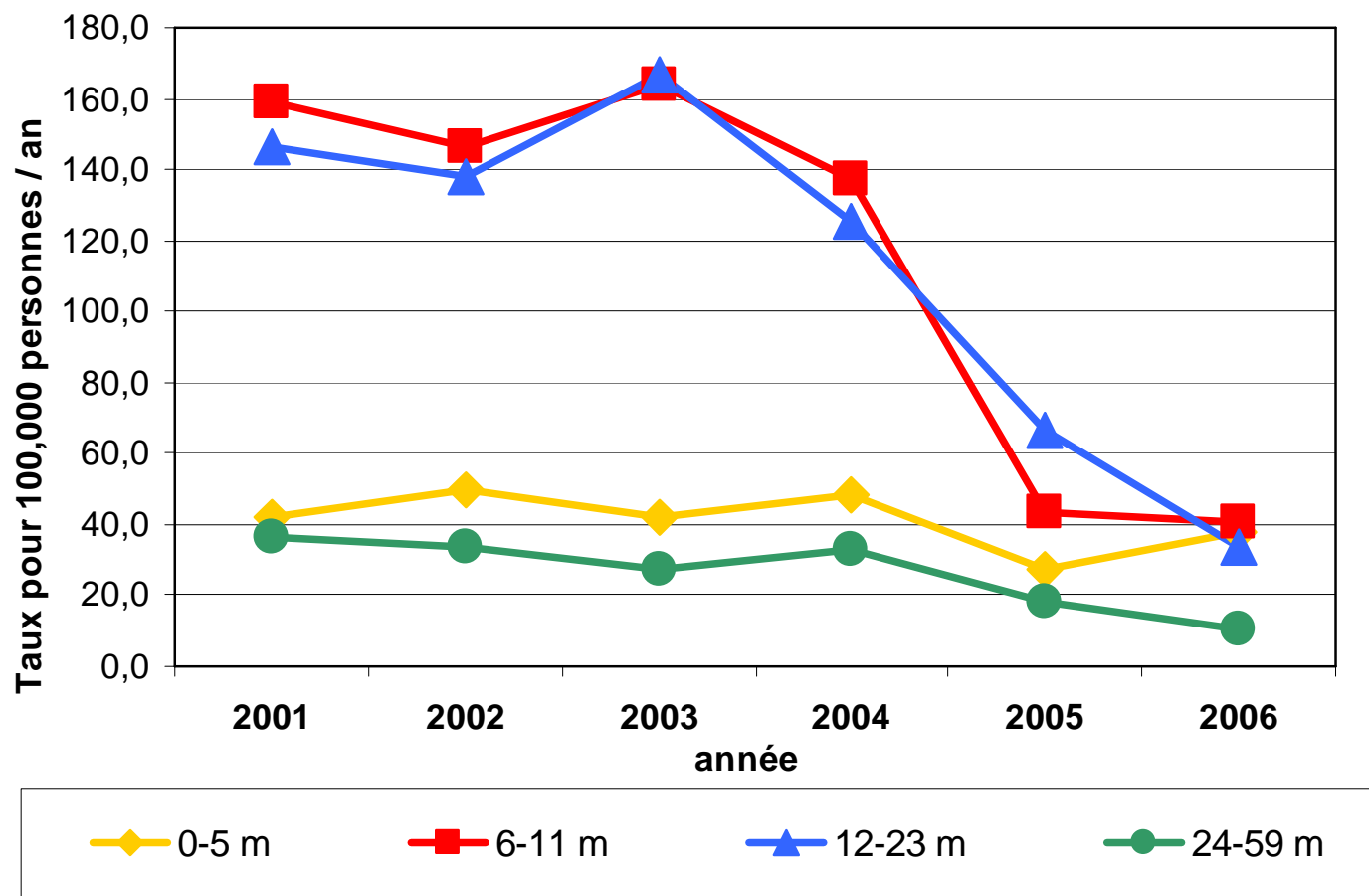
- Schéma vaccinal simplifié à 3 doses administrées à 2, 4, 12 mois
- Le schéma vaccinal classique: 2,3,4, 12 mois reste recommandé chez les enfants à risque élevé d'infection pneumococcique dont les prématurés

Le rationnel pour un schéma 3 doses

- Réponse AC après primovaccination en 2 doses vs 3 doses: 8 études
- Critère de jugement: % $\geq 0,35$ $\mu\text{g/ml}$.
- Réponse **comparable** à 3 doses pour sérotypes 4, 9V, 14, 18C, 19F.
- Réponse post-dose 2 **plus faible** pour sérotypes 6B et 23F.
- Après rappel **réponse en AC similaire** entre le schéma 2 doses et le schéma 3 doses

Taux d'incidence annuel des infections invasives à pneumocoque chez les enfants de moins de 5 ans, au Québec, 2001-2006

Adapté de P. de Wals, ICAAC 2007



Pays ayant adopté un schéma à 3 doses: Royaume Uni, Norvège, Italie, Québec

Estimation de l'impact du changement de schéma vaccinal (InVS)

- Nombre supplémentaire annuel de méningites et bactériémies à pneumocoques chez les nourrissons < 1an, schéma 2+1/ 3+1
- Hypothèse d'une CV 80%
- Au maximum: 5 cas de méningite et 10 cas de bactériémie (réduction du bénéfice de 12%) et 0,8 décès
- Hypothèse pessimiste car ne prend pas en compte l'effet immunité de groupe

Les conditions du succès de ce schéma vaccinal

- Devrait améliorer l'acceptabilité en diminuant les coûts
- Ne sera pas à l'origine de cas additionnels d'infections invasives à pneumocoque si
 - La couverture vaccinale est élevée (enquête TNS-SOFRES 2008: au moins une dose: 86%, 3 doses à 12 mois: 78%) données Wyeth
 - Le rappel est effectivement pratiqué et à 12 mois (seulement 54% de rappels entre 16 et 24 mois) données Wyeth
 - Des progrès sont nécessaires!

Autres nouveautés

- Vaccination HPV des jeunes filles devant bénéficier d'une greffe: **possibilité de vacciner avant l'âge de 14 ans** en respectant l'AMM des vaccins (11 ans pour Gardasil[®], 9 ans pour Cervarix[®])
- Calendrier adapté pour la Guyane: naissance pour BCG et hépatite B, Fièvre jaune + ROR à 9 mois, Pneumo (3)+ hépatite B (3) à 12 mois

Un paragraphe qui passera peut être inaperçu...

- Le médecin du travail a un rôle exclusivement préventif qui consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail (*code du travail article L.4622-3*)
- Il serait souhaitable que les établissements de santé favorisent la prévention de la transmission à des patients de maladies infectieuses par le personnel notamment dans les services accueillant des malades à haut risque
- Le médecin du travail, en concertation avec les chefs de service et les médecins traitants, pourrait jouer un rôle dans l'incitation à la pratique des vaccinations recommandées par les autorités de santé

Conclusions

- Pas de grands bouleversements (ils vont arriver...)
- Une volonté de s'attaquer à ce qui est mal appliqué dans les recommandations vaccinales
- Notamment par la **simplification et l'allègement** du calendrier vaccinal