

Actualités vaccinales

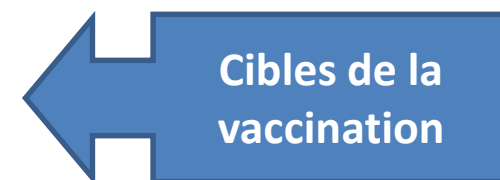
Première journée d'Infectiologie Nantaise
Vendredi 25 mai 2018

Dr Valérie Briend-Godet

VACCINATION ANTIPNEUMOCOCCIQUE CHEZ L'ADULTE : QUI VACCINER ?

Les infections à pneumocoques

- *Streptococcus pneumoniae*¹
 - Infections des voies respiratoires : pneumonies, otites, mastoïdites, sinusites aiguës, exacerbation des BPCO, abcès pulmonaire, pleurésie
 - Infections invasives (IIP) : mortalité +++
 - Méningites purulentes (séquelles chez l'adultes dans 30 à 50% des cas)
 - Bactériémies (peut se compliquer de localisations métastatiques multiples)
 - Plus rares : *purpura fulminans*, endocardites...
 - Mortalité chez l'adulte²
 - Pneumopathie : 0,2% chez les 18-64 ans et 0,7% chez les > 65 ans
 - Hospitalisation pour pneumopathie bactériémique : 1,2% chez les 18-64 ans et 8,6% chez les > 65 ans
 - IIP : 12,7% avant 65 ans et 18,6% chez les > 65 ans
 - Problème des résistances aux antibiotiques
- Facteurs de risque de PSDP aux β -lactamines : jeune âge (collectivité +++), prise d'une β -lactamine dans les mois précédents, ATCD d'otites moyennes aiguës ou de pneumopathies, hospitalisation récente, immunodépression (dont infection par le VIH)



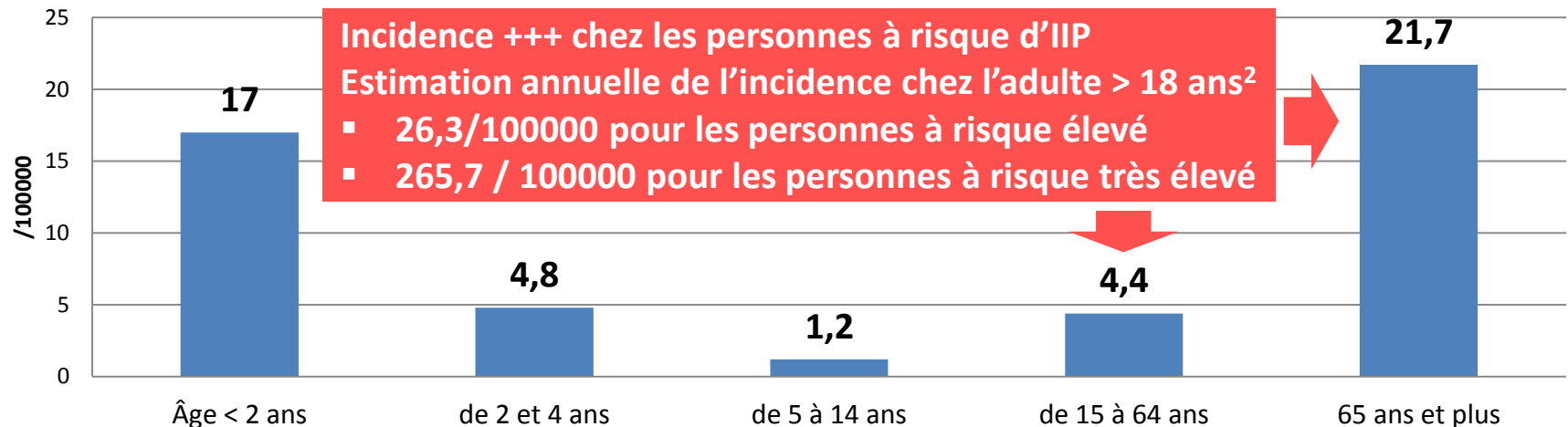
¹ E. Pilly, Maladies infectieuses et tropicales, 26^e édition, 2018, 301-305

² HCSP, Rapport sur les recommandations vaccinales contre les IIP pour les adultes, mars 2017

Epidémiologie des infections invasives à pneumocoques

- Légère augmentation / 2015

Incidence des infections invasives à pneumocoque en France en 2016¹



- Efficacité du vaccin conjugué sur le portage rhinopharyngé + bonne CV ont induit une immunité de groupe → Diminution de l'incidence des IIP dans tous les groupes d'âge entre la période des années 2008 et 2009, dernières années d'utilisation exclusive du vaccin 7-valent et 2016
 - Tous âges confondus, incidence des IIP en 2016 = 7,6 cas / 100 000 (vs 11,2 en 2008-2009)
 - Réduction de 38 % chez les personnes âgées de 15 à 64 ans et de 30 % chez les adultes de plus de 64 ans

¹ Epibac. Bulletin du réseau de surveillance des infections invasives bactérienne. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Infections-invasives-d-origine-bacterienne-Reseau-EPIBAC/Bulletin-du-reseau-de-surveillance-des-infections-invasives-bacteriennes>

² HCSP, Rapport sur les recommandations vaccinales contre les IIP pour les adultes, mars 2017

Couverture sérotypique des IIP chez l'adulte

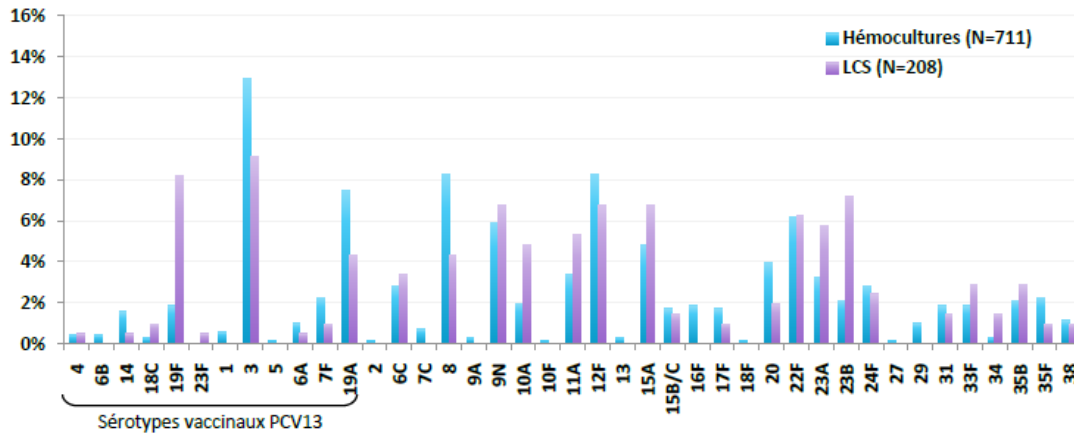


Figure 17 - Distribution des sérotypes des souches isolées d'hémoculture ou de LCS en 2015 chez l'adulte (> 15 ans).

Sérotypes vaccinaux

- Sérotype 3 prédomine
- Sérotype 19 A diminue

4 des 5 sérotypes fortement représentés sont compris dans le VPP 23-valent (8, 9N, 12F et 22F)

Sérotypes non vaccinaux sont en augmentation, tout âge confondu

Tableau 12 – Couverture sérotypique des vaccins conjugués heptavalent (PCV7) et 13-valent (PCV13), et du vaccin 23-valent (PPV23) pour les souches « invasives » (méningites et bactériémies) chez l'enfant et l'adulte, en 2015.

Groupe d'âges	Couverture sérotypique							
	Méningites				Bactériémies			
	N	PCV7	PCV13	PPV23	N	PCV7	PCV13	PPV23
0-23 mois	55	7,3%	16,4%	67,3%*	81	7,4%	18,5%	55,6%*
24-59 mois	15	0,0%	0,0%	53,3%	44	4,5%	13,6%	63,6%
5-15 ans	19	0,0%	5,3%	57,9%	36	11,1%	27,8%	72,2%
16-64 ans	145	11,0%	24,1%	61,4%	267	4,5%	27,7%	74,9%
>64 ans	78	10,3%	26,9%	70,5%	429	4,2%	29,8%	69,0%
Total	312	9,0%	21,2%	64,1%	857	4,9%	31,7%	69,4%

*PPV23 non indiqué avant l'âge de 2 ans.

Les vaccins disponibles

- 2 vaccins
 - PREVENAR 13 : vaccin 13-valent conjugué
 - PNEUMOVAX : vaccin 23-valent polysidique (non conjugué)
 - Arrêt de commercialisation du PNEUMO 23 en 2017
 - Tensions d'approvisionnement : rétrocession à la pharmacie des hôpitaux possible¹
 - Populations prioritaires pour le vaccin 23-valent²
 - Enfants à risque élevé d'infection à pneumocoque qui, après vaccination par le vaccin VPC13, doivent recevoir une dose de vaccin VPP23 à l'âge de 2 ans
 - Populations à risque élevé d'infection à pneumocoque non antérieurement vaccinées et dont la maladie ou la comorbidité justifiant la vaccination a été nouvellement diagnostiquée
 - Autres populations à risque élevé d'infection à pneumocoque (populations diagnostiquées avant 2017 ou antérieurement vaccinées) : (ré)administration de VPP 23 différée à la fin de la période de pénurie

Historique³

Vaccin	Souches	Année d'introduction	Populations cibles
Heptavalent	4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F et 23F	2003	Enfants < 2 ans
13-valent	1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F et 23F	2010	Enfants < 2 ans
		2012 (AMM/remboursement en 2013)	Personnes à risque d'IIP
23-valent	1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 17F, 18C, 19A, 19F, 20, 22F, 23F et 33F	2009 pour les PVVIH Puis 2012	Personnes à risque d'IIP

¹ ANSM. [http://ansm.sante.fr/Dossiers/Vaccins/Situation-des-approvisionnements-en-vaccins/\(offset\)/5#paragraph_139303](http://ansm.sante.fr/Dossiers/Vaccins/Situation-des-approvisionnements-en-vaccins/(offset)/5#paragraph_139303)

² HAS. Vaccination contre les infections à pneumocoque en contexte de pénurie de vaccin pneumococcique non conjugué 23-valent. Décembre 2017

³ HCSP. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapports>

Durée de protection

Revaccination et hypo-réactivité

- Durée de protection
 - VPP23 ne semble pas dépasser 5 ans
 - VPC13 pas de donnée au-delà de 4 ans mais réponse plus intense et plus durable pour les sérotypes communs
- Phénomène d'hypo-réactivité = réponse immune plus faible que lors de la 1^{re} injection d'un vaccin purement polysidique (VPP 23-valent)
 - Attribuée aux Ag polysidiques apportés en grande quantité
 - Inactivation des lymphocytes B
 - Action directe des polysaccharides
 - Et/ou indirecte par l'intermédiaire de cellules dendritiques productrices de cytokines inhibitrices
 - Transitoire
- En pratique
 - Diminution du titre des Ac
 - Réponse en Ac d'autant plus faible que le délai entre deux injections de VPP est court
 - Idem si VPP avant VPC

VPC13/VPP23 : raisons des modifications ?

- Etude CAPITA, étude randomisée en double aveugle prospective en population générale effectuée entre 2010 et 2014 en Hollande et incluant 84 496 personnes de plus de 65 ans (ID exclus) : « effectiveness » du vaccin VPC13 vis-à-vis des PP chez les personnes âgées > 65 ans
- Plusieurs méta-analyses ou études récentes
 - Confirment l'efficacité du VPP23 vis-à-vis des IIP
 - Sont en faveur d'une efficacité dans la prévention des PP.
 - L'utilisation conjointe des 2 vaccins = cumul du bénéfice de l'activité intrinsèque supérieure du VPC et celui de la couverture sérotypique plus large du VPP23
- Diminution de l'incidence des IIP dans toutes les tranches d'âge par immunité de groupe
 - Baisse de la couverture sérotypique des VPC 13 (< 30% en 2015)
 - Mais sérotypes non couverts par le vaccin VPC13 couverts par le vaccin VPP23 à près de 60%
- Modèle médico-économique : stratégie VPC13/VPP23 coût-efficace
- Meilleure compréhension et acceptabilité par les PS → meilleure couverture vaccinale
- Immunité protectrice du VPP23 = 5 ans
 - Pas de données épidémiologiques démontrant l'efficacité des revaccinations par ce vaccin
 - Mais, il semble difficile de ne pas en proposer, notamment pour les personnes vaccinées jeunes
 - Revaccination avec un délai < 5 ans ne semble pas acceptable (tolérance)
 - La nécessité de revaccinations ultérieures devra être considérée si des études d'efficacité le justifient

Vaccin antipneumococcique :

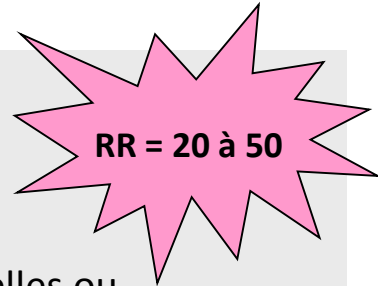
Qui vacciner ?

= Patients présentant une (des) maladie(s) sous-jacente(s) prédisposant à la survenue d'IIP

- **Cardiopathie congénitale cyanogène, insuffisance cardiaque**
- **IRC, BPCO, emphysème**
- **Asthme sévère sous traitement continu**
- **Insuffisance rénale**
- **Hépatopathie chronique (d'origine alcoolique ou non)**
- **Diabète non équilibré par le simple régime**



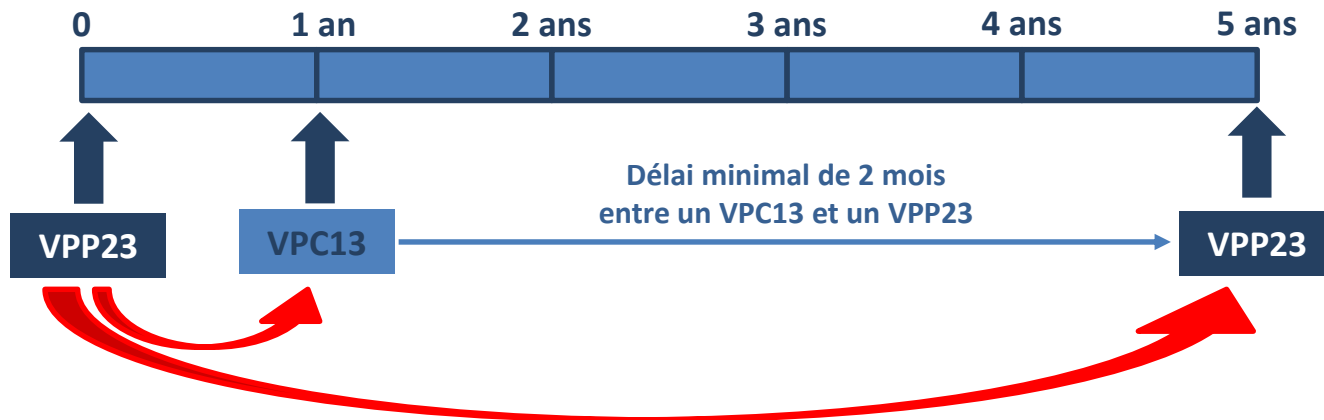
- **Brèche ostéoméningée**
- **Implant cochléaire**
- **Immunodépressions**
 - Asplénies (fonctionnelles ou anatomiques) ou hyposplénie (y compris les drépanocytaires majeurs)
 - Déficits immunitaires héréditaires
 - Infection par le VIH
 - Tumeur solide ou hémopathie maligne
 - Transplanté d'organe solide (TOS) ou en attente de TOS
 - Greffé de cellules souches hématopoïétiques
 - Traitements par immunosuppresseurs, biothérapie ou corticothérapie pour MAI ou inflammatoire chronique
 - Syndrome néphrotique



Vaccin antipneumococcique : schéma de l'adulte

- **Patients à risque d'IIP quel que soit le risque**
 - **Primo-vaccination : une dose de VPC 13, suivie d'une dose de VPP23 avec un délai minimal de 8 semaines**
 - **Un rappel à 5 ans de VPP23** pour les personnes déjà vaccinées VPC13-VPP23
 - Rattrapage
 - Les personnes qui n'ont reçu antérieurement que le vaccin VPP23 pourront recevoir une injection du VPC13, au moins un an après le VPP23
 - L'injection ultérieure de VPP23 sera réalisée avec un délai d'au moins 5 ans par rapport à la date de l'injection de VPP23

Délai minimum à respecter avec le VPP23 antérieur (T0) réalisé sans VPC13 préalable



Mais on ne vaccine pas...

- Les personnes > 65 ans
 - Absence de données probantes d'efficacité dans la population des personnes âgées de plus de 65 ans
 - Difficultés de distinction entre sujets âgés et sujets comportant des facteurs de risque
- Tabagisme
 - Risque augmente en fonction de la quantité de tabac consommée
 - Mais nombre important de fumeurs dans la population française → Analyse approfondie prenant en compte des considérations médico-économiques nécessaire
- Consommation d'alcool seule
 - La consommation excessive d'alcool est en soi un facteur de risque d'IIP
 - Difficulté d'identifier cette population et de définir les limites d'une consommation excessive d'alcool
 - Préférable de l'associer à une entité anatomo-clinique et de recommander la vaccination aux personnes alcooliques avec hépatopathie chronique
- Antécédents d'infection pulmonaire ou invasive à pneumocoque
 - Chez l'adulte, observations de récives de pneumonies ou d'IIP sont nombreuses, mais séries relativement courtes révélant parfois une immunodépression ou des lésions anatomiques sous-jacentes
 - Pas de preuve qu'une première IIP représente un facteur de risque de récive

**VACCINATION HPV : IMPORTANCE ?
COMMENT CONVAINCRE ?**

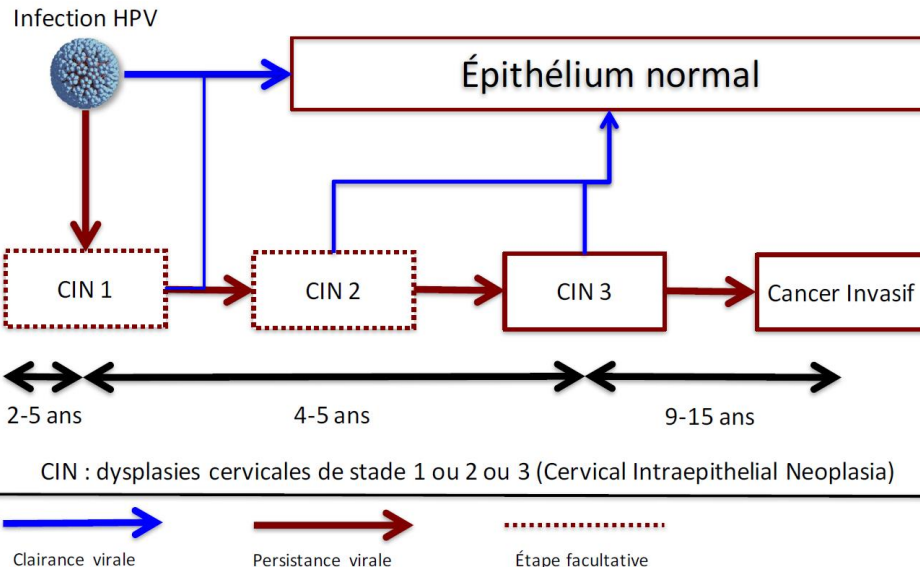
HPV : généralités

- Tropisme pour la peau et les muqueuses
 - Favorisent la prolifération bénigne ou maligne des cellules
 - Plusieurs génotypes : faible pouvoir oncogène ou au contraire à haut risque (HPV 16 et 18 +++)
- Transmission
 - Contact cutanéomuqueux
 - Efficacité incomplète du préservatif
- Au cours de la vie, une majorité d'hommes et de femmes s'infectent par le HPV
 - Prévalence élevée de l'infection et importante chez la femme : $\frac{3}{4}$ ont un contact avec le virus au cours de leur vie
 - Chez les hommes, la prévalence des HPV est plus faible que chez les femmes et ne varie pas avec l'âge (prévalence + importante chez les HSH)
 - Pic de l'incidence vers l'âge de 20 ans chez la femme alors que le risque est constant chez l'homme (HSH davantage touchés)
- L'infection est nécessaire au développement du cancer du col de l'utérus chez la femme (Chez l'homme, la relation causale est reconnue entre l'infection par HPV 16 et la survenue de cancers de l'anus, du pénis, et certains cancers de la sphère ORL)

Pourquoi la vaccination est importante ?

Quelques données

- Clairance naturelle du virus mais possibilité de persistance du virus (3 à 10% chez les femmes)¹, responsable de lésions
 - Atteintes bénignes cutanéomuqueuses (condylomes) ou respiratoire (papillomatose)
 - Lésions précancéreuses et cancers : col de l'utérus mais aussi de la vulve, du vagin, de l'anus, du pénis, ORL
- Histoire naturelle de l'infection HPV (évoluant vers le cancer du col)²



- En France, 3000 nouveaux cas chaque année, plus de 1000 décès
- Diagnostic de néoplasie cervicale de haut grade ou de cancer est posé chaque année chez environ 30 000 femmes¹
 - = Conisations parfois répétées
 - Problèmes obstétricaux
 - = Hystérectomie
- Pic de l'incidence : 40 ans
- Les HPV 16 et 18 représentent 70% des virus responsables des cancers du col

¹ Institut Pasteur. <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/cancer-du-col-uterus-papillomavirus>

² Pr Chidiac, cours disponible sur infectiologie.com

Pourquoi la vaccination est importante ?

Intérêt du vaccin

- Objectif de la politique vaccinale en France : lutte contre le cancer du col de l'utérus
 - Efficacité des vaccins démontrée
 - Prévention des lésions précancéreuses du col de l'utérus dans les essais cliniques
 - Dans des études post-AMM, conduites dans plusieurs pays à ce jour, évaluation en conditions réelles : infection HPV, condylomes (pour le vaccin quadrivalent) et lésions précancéreuses du col
 - Immunité de groupe
 - Immunité croisée avec certains génotypes oncogènes (HPV 31 notamment)
 - Dépistage du cancer du col en France
 - Couverture estimée proche de 60 %
 - Fortes disparités territoriales en partie par l'existence d'une faible démographie en gynécologues, médecins généralistes ou anatomo-cytopathologistes
 - Recours au dépistage par frottis cervico-utérin moins fréquent chez les femmes disposant d'un faible revenu, bénéficiant de la CMU complémentaire (CMUc), ou ayant un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat
 - Dépistage organisé dans les départements pilotes, bien que le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus augmente significativement, le pourcentage de femmes dépistées dépasse de peu les 70 % pour les plus performants
- ➔ La vaccination est donc bien une stratégie complémentaire nécessaire

Sécurité vaccinale et HPV (1)

- **La pharmacovigilance**

- Vaccin HPV = plan de gestion des risques (PGR) et suivi national renforcé de pharmacovigilance
- Pharmacovigilance dans le monde : > 170 millions de doses et pas d'alerte
- Depuis la commercialisation en France de Gardasil : > 5,8 millions de doses (*ansm.sante.fr*)
- ➔ Effets indésirables majoritairement rapportés : douleur au site d'injection, céphalées, vertiges, nausée ou fièvre présentent un caractère bénin et transitoire.
- ➔ Parmi les cas graves : syncopes vaso-vagales d'évolution favorable prédominant
- ➔ Manifestations auto-immunes rapportées : leur nombre reste faible et inférieur à celui observé dans la population générale de même âge, sur la base des données d'incidence et de prévalence disponibles

- **Syndrome régional douloureux complexe (CRPS) et le syndrome de tachycardie posturale orthostatique (POTS)** (*ansm.sante.fr*)

- 2015 : Evaluation des risques par le PRAC (Comité pour l'Evaluation des Risques en matière de Pharmacovigilance) de l'Agence européenne des médicaments (EMA) ➔ Pas de relation cause à effet et pas de modification des recommandations ni du RCP
- Butts BN, Human Papillomavirus Vaccine and Postural Orthostatic Tachycardia Syndrome: A Review of Current Literature. J Child Neurol. 2017 Oct;32(11):956-965 ➔ pas de mise en évidence de lien (effectifs trop faibles des "case reports" et "case series")

Sécurité vaccinale et HPV (2)

Références	Type	Effectif	Pathologies étudiées	Résultats
Gee J, et al. Monitoring the safety of quadrivalent human papillomavirus vaccines : findings from the Vaccine Safety Datalink. Vaccine 2011, 29 : 8279-84	Etude de cohorte Evènements étudiés issus de la notification spontanée aux Etats-Unis	600 559 doses	syndrome de Guillain-Barré, accident vasculaire cérébral, appendicite, convulsions, réactions allergiques, anaphylaxie, syncope, accident thromboembolique veineux (ATEV)	Aucune augmentation significative Mais augmentation du RR non significative pour les ATEV (5/8 retenus, tous avaient un FDR d'ATEV)
Scheller NM, et al. Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccine and the Risk of Venous thromboembolism. JAMA. 2014;312(2):187 doi:10.1001/jama.2014.2198	analyse complémentaire			Exclut tout lien entre vaccination et ATEV
Chao C, et al. Surveillance of autoimmune conditions following routine use of quadrivalent human papillomavirus vaccine. J Intern Med 2012 ; 271: 193-203	Etude de cohorte menée dans les bases de données de la Kaiser Permanente de Californie	189 629 femmes	16 maladies auto-immunes (dont SEP et SGB)	Une seule association significative a été retrouvée pour la thyroïdite d'Hashimoto : IRR : 1,29 (1,08-1,56), mais non retenue après analyse des dossiers, notamment pour des raisons temporelles
Arnheim-Dahlström L, et al. Autoimmune, neurological, and venous thromboembolic adverse events after immunisation of adolescent girls with quadrivalent human papillomavirus vaccine in Denmark and Sweden cohort study. BMJ;347	Etude de cohorte menée chez toutes les filles âgées de 10 à 17 ans du Danemark et de Suède à partir des bases de données médicales des deux pays, par les instituts de santé publique danois et suédois	997 585 filles dont 296 826 (29.8%) ont reçu au moins une dose de vaccin	23 maladies auto-immunes	Pour trois signaux potentiels identifiés pour les maladies (maladie de Behçet, syndrome de Raynaud et diabète de type 1), les analyses ultérieures n'étaient pas en faveur d'une relation causale, notamment pour des raisons temporelles

Sécurité vaccinale et HPV (3)

Références	Type	Effectif	Pathologies étudiées	Résultats
Grimaldi-Bensouda L, et al. Autoimmune disorders and quadrivalent papillomavirus vaccination of young female subjects. J Intern Med 2013;275(4):398-408	Etude menée dans le programme Pharmacoepidemiologic General Research Extension (PGRx), programme recrutant en continu des cas de diverses maladies dans des centres hospitaliers et des témoins en médecine générale	269 cas définis ou possibles (1096 contrôle)	Maladies auto-immunes dont SEP et SGB	Pour l'ensemble des maladies auto-immunes étudiées, il n'y avait pas d'association significative avec la vaccination, OR : 0,9 (0,5-1,5)
Klein NP, et al. Safety of quadrivalent human papillomavirus vaccine administered routinely to females. Arch Pediatr Adolesc Med 2012;166:1140-8	Etudes de cohorte demandée par la <i>Food and Drug Administration</i> : <i>Analyse des consultations aux urgences et des hospitalisations après vaccination</i>	189 629 femmes vaccinées		Après revue des dossiers médicaux, les auteurs ont retenu une augmentation du risque de syncope le jour de la vaccination, OR : 6,0 (3,9 – 9,2) ainsi qu'une augmentation des infections cutanées pour la période de 1 à 14 jours, OR : 2,0 (1,4 – 2,9)
Angelo MG, et al. Post-licensure safety surveillance for human papillomavirus-16/18-ASO4-adjuvanted vaccine: more than 4 years of experience. Pharmacoepidemiology and Drug safety 2014;23(5):456-65	Analyse poolée des données issues de 42 études cliniques terminées et en cours, a permis d'évaluer la sécurité d'emploi du Cervarix	31 173 adolescentes et jeunes femmes		Profil de tolérance observé chez les sujets vaccinés avec Cervarix® semblable à celui observé chez les sujets inclus dans les groupes contrôles

Sécurité vaccinale et HPV (4)

Références	Type	Effectif	Pathologies étudiées	Résultats
MHRA Public Assessment Report : Cervarix HPV vaccine - update on UK safety experience at end of 4 years use in the HPV routine immunisation programme.	Bilan sur les données de pharmacovigilance colligées et analysées durant quatre années d'utilisation du Cervarix® au Royaume-Uni (2008-2011) incluant une surveillance renforcée de deux années en milieu scolaire (2008/2009-2009/2010)	6 millions de doses	Maladies auto-immunes	Pas de risque accru
Miranda S. Human papillomavirus vaccination and risk of autoimmune diseases: A large cohort study of over 2million young girls in France. <i>Vaccine</i> . 2017 Aug 24;35(36):4761-4768	Etude de cohorte observationnelle Base de données ANSM/CPAM		14 maladies dont les maladies démyélinisantes et le SGB	Pas d'augmentation des maladies démyélinisante Sur-risque par 4 pour le SGB
Gee J, Risk of Guillain-Barré Syndrome following quadrivalent human papillomavirus vaccine in the Vaccine Safety Datalink. <i>Vaccine</i> . 2017 Oct 13;35(43):5756-5758	Analyse des données du Vaccine Safety Datalink 2006-2015	2 773 185 doses pour 1 708 075 personnes vaccinées estimées	SGB	Pas de mise en évidence d'un risque
Andrews N. No increased risk of Guillain-Barré syndrome after human papilloma virus vaccine: A self-controlled case-series study in England. <i>Vaccine</i> . 2017 Mar 23;35(13):1729-1732			SGB	Pas de mise en évidence d'un risque

Aussi : point de l'OMS dans le Relevé épidémiologique hebdomadaire, No 19, 2017, 92, 241–268

HPV : recommandations et vaccins

- Recommandations (AMM pour la prévention des lésions précancéreuses et cancers du col de l'utérus, de la vulve, du vagin et de l'anus, verrues génitales liées aux HPV)
 - Jeunes filles de 11 à 19 ans
 - Immunodéprimés jusqu'à 19 ans inclus
 - HSH jusqu'à l'âge de 26 ans** : vaccination dans les Cegidd et les centres publics de vaccination afin de permettre un accès gratuit à la vaccination
- Gardasil 9** *HAS, Commission de la transparence, 13/09/2017*
 - Couvrira 90% des souches responsables des cancer du col de l'utérus
 - Efficacité sur les génotypes additionnels/qHPV chez les femmes naïves : 1 étude randomisée, double aveugle, suivi médian 3,6 ans
 - 97,4%, IC95% [85,0 ; 99,9] en prévention des lésions de haut grade (critère principal)
 - Plus de 90% en prévention des infections persistantes / frottis anormaux / conisations du col de l'utérus
 - Immunogénicité sur les génotypes 6, 11, 16 et 18 non inférieurs au qHPV
 - Tolérance identique au qHPV
 - Pas de donnée sur l'interchangeabilité



Cervarix	Gardasil	Gardasil 9
16 et 18	6, 11, 16 et 18	6, 11, 16, 18 + 31, 33, 45, 52, 58
De 11 à 14 ans inclus → M0-M6 De 15 à 19 ans inclus → M0-M1-M6	De 11 à 13 ans inclus → M0-M6 De 14 à 19 ans inclus → M0-M2-M6	De 11 à 14 ans inclus → M0-M6 De 15 à 19 ans inclus → M0-M2-M6
JF (11 à 14 ans et rattrapage jusqu'à 19 ans inclus)	JF (11 à 14 ans et rattrapage jusqu'à 19 ans inclus) HSH (jusqu'à 26 ans révolus)	JF (11 à 14 ans et rattrapage jusqu'à 19 ans inclus) HSH (jusqu'à 26 ans révolus)

Comment convaincre ?

- Antivaccins « purs et durs » peu nombreux
- Dans la plupart des cas
 - Manque d'information +++
 - Patients demandeurs d'informations
- Rôle +++ des médecins généralistes
 - Confiance des patients
 - Source citée comme prioritaire par les patients
- Comment communiquer ?
 - Pas de jugement
 - Relation patient/soignant → au même niveau
 - Pas d'argumentation → sinon chacun consolide sa position
 - Mais possibilité d'amener de l'information si le patient le demande
 - Valorisation (des connaissances/actions/valeurs du patients)
 - « Laisser la porte ouverte... »

QUESTIONS DIVERSES EN VACCINATION

Obligation vaccinale :

Quelles sont les problématiques ?

- **Les paradoxes de la vaccination obligatoire**
 - Fardeaux des maladies couvertes par les vaccins : recommandées \geq obligatoires
 - Obligation ne concerne que les enfants
 - Adultes \approx seuls concernés par les cas résiduels de diphtérie et tétanos
 - Rareté des cas de tétanos liée à la pratique des rappels (non obligatoires)
- **Problèmes soulevés par le régime obligatoire actuel**
 - Discrédit sur les vaccinations recommandées
 - source d'incompréhension
 - Pas de disponibilité des vaccins obligatoires : combinaison avec des vaccins recommandés
 - Difficulté +++ de n'administrer que les vaccins obligatoires avec les vaccins commercialisés
 - Modalité d'indemnisation différentes selon que le vaccin est obligatoire ou recommandé
 - Quid de l'indemnisation des vaccins combinant valences obligatoires/recommandées ?
- **Risques liés à la levée de l'obligation vaccinale (DTP)**
 - Chute des taux de couverture vaccinale ?
 - Epidémies ?



En réflexion depuis plusieurs années : liberté individuelle vs santé publique

Obligation vaccinale :

Quelle décision finale?

- **Obligations pour les vaccinations suivantes** (Cf. Article L3111-2 du CSP, *legifrance.gouv.fr*)

- Diphtérie, tétanos, poliomyélitique
- Coqueluche
- *Haemophilus influenzae* de type b
- Hépatite B
- Pneumocoque (13-valent)
- Rougeole, oreillons, rubéole
- Méningite C

- HAS, recommandation vaccinale, nécessité des rappels vaccinaux chez l'enfant / exigibilité des vaccinations en collectivité, novembre 2017 (*has-sante.fr*)
- Décret n°2018-42 du 25.01.18 relatif à la vaccination obligatoire (*legifrance.gouv.fr*)

- **Ne se limitent pas aux enfants entrant en collectivité**

- **Modalités d'applications**

- Pas de rétroactivité
 - Obligation pour les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018
 - Le DTP reste obligatoire pour les enfants nés avant le 1^{er} janvier 2018
- Pas d'exemption possible
- Contrôle à l'entrée en collectivité
 - Preuve fournie pour l'admission ou le maintien dans toutes crèches, garderies, écoles et colonies de vacances ou toute autre collectivité d'enfants y compris les services assurant l'accueil familial non permanent d'enfant au domicile d'assistants maternels
 - A défaut, l'article R. 3111-17 du code de la santé publique prévoit que les vaccinations obligatoires soient effectuées dans les trois mois suivant l'admission
- Pas de sanctions pénales → sanctions = refus d'entrée en collectivité (loi applicable au 1/06/18)
- Mais cadre juridique

Quels patients vacciner ? Certificats de contre-indication ? Comment communiquer ?

- Quels patients vacciner ?
 - Tous !
 - Selon le calendrier en vigueur (qui ne change pas) !
- Les contre-indications
 - Pour l'ensemble des vaccins
 - Hypersensibilité sévère à l'un des composants (ce qui en pratique est rarissime chez le petit enfant → consultation en allergologie)
 - Épisode infectieux en cours
 - Pour les vaccins contenant la valence coquelucheuse : encéphalopathie d'étiologie inconnue, survenue dans les 7 jours suivant une vaccination antérieure par un vaccin contenant la valence coquelucheuse
 - Pour le ROR (VVA) : déficits immunitaires congénitaux ou acquis
- Comment communiquer ?
 - Ne pas se retrancher derrière l'obligation vaccinale
 - Expliquer aux patients
 - Les raisons de santé publique
 - Pas d'ajouts de vaccins → on continue à faire ce qu'on faisait avant

Questions autres ?