



## Bulletin InfoVac-France n° 11/12, 2005

**1. Pour votre information :** A la suite d'un communiqué de l'Académie de Médecine du 15 décembre lui demandant d'informer (enfin) les vaccinateurs sur la stratégie à tenir à la suite de la disparition du Monovax®, la Direction Générale de la Santé (DGS) a précisé, dans un communiqué du 16 décembre, que la **vaccination généralisée par le BCG devait être transitoirement maintenue avant l'entrée en collectivité**, avec le BCG SSI® intradermique (<http://www.sante.gouv.fr/>). La raison essentielle à ce maintien transitoire d'une vaccination généralisée – avant le passage à une vaccination ciblée des groupes à risques, la décision de principe d'arrêter la vaccination généralisée ayant déjà été prise – est la nécessité de la mise en place d'un programme renforçant les moyens de dépistage et de prise en charge de la tuberculose en France.

Cette décision a soulevé un tollé de protestations de la part des vaccinateurs de terrain, soutenus par le Conseil National de Pédiatrie représentant l'ensemble de la communauté pédiatrique (<http://www.sfpediatrie.com/upload/2/547/COM%20BCG%20long.pdf>). **Dans ce communiqué, les pédiatres :**

- **s'opposent au maintien de la vaccination généralisée obligatoire** avant l'entrée en collectivité ;
- estiment que le changement de mode de vaccination par BCG intradermique **pourrait rendre la balance "bénéfice / risque" défavorable pour la population sans facteur de risque** ;
- soulignent que cette décision risque de **jeter le discrédit** non seulement sur cette vaccination mais aussi **sur l'ensemble des programmes de vaccination** ;
- **insistent sur la nécessité de continuer et d'améliorer la vaccination des groupes à risque.**

Les pédiatres assumant la majeure partie de la vaccination des nourrissons, un désordre important risque de s'installer si la DGS ne revient pas rapidement sur cette décision... A ceux qui auraient souhaité **une prise de position d'InfoVac**, rappelons que notre rôle n'est pas d'émettre des recommandations vaccinales – qui relèvent des autorités de santé – mais d'aider les médecins vaccinateurs à accomplir leur travail, en tenant compte des particularités des patients qu'ils suivent. Nous suivons donc cette situation complexe et vous tiendrons informés.

Malgré le **peu de lisibilité des recommandations d'utilisation du Prevenar® en France**, la couverture vaccinale a augmenté en 2005 : 97% des pédiatres de ville et 77% des médecins généralistes prescripteurs de vaccins pédiatriques prescrivent du Prevenar® (données Thales). Cependant :

- l'âge moyen de la première prescription de Prevenar® est de 3,3 mois, alors qu'il est de 2,3 mois pour les vaccins pentavalents (données Thales),
- seuls 49% des enfants sont correctement primo-vaccinés (Institut des Mamans),
- parmi les enfants correctement primo-vaccinés dans leur première année de vie, seuls 60% d'entre eux ont reçu leur dose de rappel (Institut des Mamans) au cours de la 2<sup>e</sup> année.

**2. Disponibilité des vaccins :** En dehors des problèmes posés par les vaccins anti-grippaux et la disparition définitive du Monovax®, les firmes ne nous signalent aucun problème d'approvisionnement.

**3. En réponse à vos questions : Combien d'injection(s) est (ou sont) nécessaire(s) chez l'adulte qui n'a pas eu de vaccin DTPolio depuis plus de 15 ans ?** Il est admis que la protection d'un adulte ayant reçu dans l'enfance 5 doses de vaccin DTPolio persiste pendant au moins 25 ans, reposant sur l'induction de taux élevés d'anticorps et sur celle de cellules mémoire rapidement réactivées en cas d'exposition ou de rappel (sous réserve d'un rappel au moment d'une blessure, un tétanos n'a jamais été décrit après 5 doses de vaccin antitétanique). Par ailleurs, ayant évalué la réactogénicité d'un rappel d'Tpa chez l'adulte, le Comité consultatif canadien a rappelé récemment les risques de vaccination en cas d'hyperimmunisation antitétanique : fièvre, arthralgies, urticaire, céphalées, malaises. En pratique, si un adulte a reçu 5 doses de DTPolio ou DT CoqPolio il y a plus de 15 ans, il suffit d'une injection de Repevax® ou Boostrix®; sinon, deux doses espacées de 2 à 3 mois sont nécessaires.

**Je croyais qu'une seule dose de vaccin conjugué contre les méningocoques serait suffisante... et j'ai vacciné beaucoup d'enfants entre 1 an et 16 ans. A qui devrais-je proposer une deuxième dose de vaccin ?** La durée de l'immunité vaccinale augmente avec l'âge lors de la vaccination : elle est courte avant 1 an, dure quelques années entre 1 et 4 ans est prolongée lorsque la vaccination a lieu à l'adolescence (*Trotter CL, Lancet 2004 ; 364(9431):365*). Etant donné le 2<sup>e</sup> pic d'incidence des maladies à méningocoques entre 15 et 20 ans, une 2<sup>e</sup> dose de vaccin entre 11 et 15 ans réactive l'immunité des enfants vaccinés avant 5 ans. Les données manquent pour les enfants primovaccinés entre 6 et 10 ans, une deuxième dose semblant raisonnable pour une protection optimale...

**Un antécédent de rectocolite hémorragique contre-indique-t-il la poursuite d'un calendrier vaccinal normal ?** Des études récentes soulignent l'absence d'association entre les maladies inflammatoires chroniques du tube digestif et la vaccination par le ROR [Cochrane Database Syst Rev 2005 Oct19;(4):CD00440]. Une étude a retrouvé une association statistique entre le BCG et la maladie de Crohn, mais aucune association pour tout autre vaccin ou pour la RCUH [Baron Gut 2005 Mar;54:357]. L'Académie Américaine de Pédiatrie recommande de poursuivre le calendrier vaccinal normal - à l'exception des vaccins vivants en cas de traitement immunosuppresseur.

Ce **dernier bulletin de l'année 2005** est l'occasion de vous remercier de votre confiance, dont témoigne le nombre toujours croissant d'inscriptions (plus de 3000) à InfoVac-France...

Avec tous nos vœux pour 2006,

**Robert Cohen, Pierre Bégué, Philippe Reinert, François Vié le Sage, Marie-Aliette Dommergues, Nicole Guérin, Pascal Besse, Véronique Dufour, Daniel Floret, Jean Marc Garnier, Joël Gaudelus, Emmanuel Grimprel, Isabelle Hau, Olivier Romain, Catherine Weil-Olivier, Claire-Anne Siegrist.**