



DOSSIER SPÉCIAL
VACCINATIONS...
À TOUT ÂGE,
SAVOIR PRÉVENIR

Dr François DOUCHAIN, Pédiatre
Secrétaire Général APPA

Les adhérents de l'APPA, par principe membres ou proches du milieu médical, ne devraient pas faire partie des nombreuses personnes de notre pays hostiles aux vaccinations. Mais les médecins peuvent être négligents avec les leurs, tout comme avec eux-mêmes... Aussi nous paraît-il nécessaire de faire cette mise au point, d'autant que la vaccinologie est en perpétuelle évolution et que la législation concernant son exigibilité chez les jeunes enfants vient de changer.

L'OBLIGATION VACCINALE ÉTENDUE, CHEZ LES JEUNES ENFANTS

L'extension de la vaccination obligatoire est un élément phare de la loi de financement de la Sécurité Sociale (JO du 31 décembre 2017, décret du 28 janvier 2018).

Désormais, tous les enfants nés après le 1^{er} janvier 2018, devront recevoir les onze vaccins pédiatriques. Trois l'étaient déjà : **diphtérie** (D) depuis 1938, **tétanos** (T) depuis 1940 et **poliomyélite** (P) depuis 1964. Huit, auparavant recommandés, le deviennent : **coqueluche** (C), **rougeole-oreillons-rubéole** (ROR), **hépatite B**, **Haemophilus Influenzae**, **pneumocoque**, **méningocoque C**. Ces onze vaccins seront indispensables à l'enfant pour être admis en collectivité (crèches, assistantes maternelles, écoles...). Pour laisser un temps d'adaptation, les premières vérifications n'auront lieu qu'à partir du 1^{er} juin 2018. Ces vaccins sont pris en charge à 65 % par l'Assurance Maladie, sauf le ROR, remboursé à 100 %. Il n'y a pas eu d'exemption retenue, hormis les cas particuliers (déficits immunitaires). La gratuité totale pourra être garantie dans les centres de PMI, comme c'est déjà le cas. Il n'y a pas de sanction introduite, mais le non-respect de cette obligation pourra être assimilé, pour les titulaires de l'autorité parentale, à une défaillance de protection infantile prévue par le Code pénal.

Ces dispositions viennent après les avis du Haut Conseil de la Santé, de la concertation citoyenne confiée au Pr A. Fisher et l'ordonnance du Conseil d'État de février 2017 demandant, dans les 6 mois, à l'État de mettre fin à la distinction entre «obligatoire» et «recommandé».

D'un point de vue épidémiologique, elle est aussi la conséquence de la réémergence de maladies vaccinables, notamment la rougeole... et de la baisse de confiance des Français pour cette prévention. On sait en effet que la rougeole peut réapparaître en mode épidémique, comme c'est actuellement le cas dans certaines régions, lorsque le seuil d'immunisation de la population devient critique en dessous de 95%. Or, en France, la couverture vaccinale des enfants est bien en dessous, avec une tendance évolutive négative récente. En Italie, où cette maladie a récemment eu un caractère épidémique important, ces mesures d'obligation ont été prises, début 2017 (en y ajoutant la méningite B).

La liste des vaccins s'est donc allongée pour les jeunes enfants, même si la grande majorité (plus de 75%) les recevait déjà. Il en est ainsi du vaccin **antipneumococcique** (Prevenar 13[®]) qui a permis depuis le début des années 2000 de réduire considérablement les pneumopathies invasives (surtout les pleurésies), chez les enfants de moins de 6 ans... tout en constatant, avec une heureuse surprise, l'amélioration significative de la sensibilité des pneumocoques communautaires aux antibiotiques.

Il en est de même pour les infections à Haemophilus, avec la quasi disparition des épiglottites aiguës.

Les enfants seront également immunisés, de facto (et à vie, sans rappel) contre l'Hépatite B avant l'âge d'un an. Il n'a jamais été démontré qu'à cet âge, il existait des conséquences neurologiques myéliniques néfastes (SEP par auto immunité), probablement parce que chez eux la myélinisation n'est pas achevée. Les objections concernant les risques d'autisme avec le vaccin anti-rougeoleux n'ont jamais été prouvées scientifiquement. Pas non plus entre vaccination et risque de mort subite du nourrisson. Les hyperthermies post vaccinales ont considérablement régressé avec la valence coquelucheuse acellulaire et en conséquence les risques de convulsions.

Les seules objections pourraient venir de l'adjuvant aluminique. Il faut savoir qu'une réaction immune de qualité ne peut être obtenue sans adjuvant. Les quantités d'adjuvant ont nettement été diminuées dans les nouveaux vaccins. Elles ne sont pas comparables à celles contenues dans les vaccins des décennies précédentes, ni aux quantités inhalées dans les atmosphères urbaines polluées. Espérons que l'industrie réussira à élaborer des adjuvants neutres, par exemple calciques.

Indépendamment de ces mesures législatives et sur recommandation du Comité vaccinal, le calendrier a été modifié, en avril 2017, pour avancer la vaccination anti méningite C (Neisvac[®]), à 5 mois (et non plus à 1 an) sur l'argument de la gravité de l'affection lors du 2^{ème} semestre de vie. Il faudra, de ce fait, un rappel qui pourra se coupler avec celui du ROR.

Reste la question de la vaccination anti méningite B (Bexsero[®]) contre une affection tout autant redoutable et comparable à la C en incidence. Les familles averties (et aisées) en font bénéficier leurs enfants. Cette vaccination n'est pas prise en charge (sauf pour les personnes à risque ou en zone épidémique) et nécessite, à partir de 6 mois, 2 injections (85 euros/dose).

Le vaccin anti Rotavirus n'a pas non plus été retenu dans l'obligation vaccinale. Pourtant ce vaccin vivant oral, réduit la gravité des inévitables gastro entérites... et l'absentéisme parental. La fréquence du risque d'Invagination qu'on lui reproche n'est que d'1/100 000 doses. A débiter à 2 mois, surtout si l'enfant fréquente une collectivité.

Nous n'aborderons pas les vaccinations destinées aux voyageurs et leurs enfants, domaine à part, prises en charge par des consultations spécialisées et consultables, par pays, sur le site des Affaires Étrangères, ni les cas particuliers des personnes immunodéprimées ou aspléniques, ni la Guyane et Mayotte (BCG et **Fièvre Jaune** obligatoires dès le jeune âge).

CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

Ne pas oublier le rappel DTcaP (Tétravax[®] ou Infanrix Tétrax[®]) à 6 ans mais les vrais défis se situent à l'adolescence...

Les ados peuvent ne pas avoir reçu, comme trop souvent, la 2^{ème} dose du **ROR** (Priorix[®]/MMR[®]) pour une protection garantie, notamment contre les complications potentiellement sévères de la rougeole et des oreillons. Pour les filles il convient d'assurer leur sérologie rubéolique préventive.

Pour le risque **méningococcique**, le 2^{ème} pic de fréquence se situe chez les étudiants. Aussi est-il recommandé de vacciner jusqu'à 24 ans révolus (1 injection) contre la méningite C (Neisvac[®]) Les parents d'adolescents actuels auront donc le souci de les convaincre d'une prévention d'autant qu'il est peu probable qu'ils aient reçu dans le jeune âge ce vaccin récent (introduit en 2010). On ne sait pas encore si les enfants vaccinés dans le jeune âge auront, ou non, besoin d'un rappel à l'adolescence...

Le vaccin **papilloma-virus** (Gardasil 9[®]) a une utilité de santé publique reconnue pour la prévention des dysplasies du col utérin, de la vulve et des condylomes. Avec le nouveau vaccin (Gardasil9[®]) 2 injections à 6 mois/1 an d'intervalle suffisent. On le recommande chez les filles à partir de 12-14 ans (avec le rappel dTcaP/Méningo). Malheureusement, en France, la couverture vaccinale est basse (38%), nettement inférieure à celle de nos voisins nordiques (80%). La réponse ne risque de venir que dans 20 à 40 ans, avec un différentiel, prédict défavorable de cancers utérins entre nos pays. Aux USA et au Canada se discute la vaccination systématique des jeunes garçons pour la prévention des cancers pharyngés et ano-rectaux. En France, elle est seulement recommandée en cas de pratique homosexuelle.

GROSSESSE ET PROJET DE GROSSESSE

Pour la rougeole et surtout la **rubéole**, les femmes nées avant 1980, non vaccinées doivent recevoir une dose de vaccin ROR, accompagnée d'une prévention anticonceptionnelle pour prévenir le risque foetopathique. C'est souligner, à nouveau, l'importance de vérifier la 2^{ème} dose de ROR, chez les adolescent(e)s et les jeunes adultes.

Pour la **coqueluche**, on insiste sur la vaccination préventive de l'entourage (cocooning), y compris pour les futurs grands parents, développée depuis plusieurs années mais la vaccination, bien tolérée pendant la grossesse, semble encore plus efficace pour prévenir les coqueluches graves des premières semaines sans altérer l'efficacité du schéma vaccinal.

La **grippe** peut être redoutable chez la femme enceinte et un nombre non négligeable de bronchiolites du jeune âge (30 à 40%) sont des gripes. La vaccination, bien tolérée en cours de grossesse, effectuée en période automno-hivernale, protège la mère et l'enfant né, par les anticorps transmis.



CHEZ LES ADULTES

Un rappel tous les 10 ans, est maintenant recommandé, de préférence en milieu de décennie, par souci mnémotechnique, en attendant le carnet universel de vaccination informatisé, annoncé par la Ministre, avec valences diphtériques et anti coquelucheuse atténuées (dTcaP :Boostrixtetra[®] ou Répevax[®]). Sans valence coquelucheuse, c'est le Revaxis[®].

Les professionnels de santé, de secours et de l'éducation nationale, ainsi que les étudiants dans ces filières, ont l'obligation vaccinale pour le BCG, le DTCP et l'hépatite B. C'est un argument supplémentaire pour convaincre les parents d'une protection dès le jeune âge, vis-à-vis de l'hépatite B, ces professions représentant plus de 25% des orientations professionnelles.

CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

Continuer la prévention dTcaP décennale... Rien ne dispense de vacciner contre la **grippe**, chaque année, à tout âge, notamment pour les professionnels exposés, mais ce conseil est encore plus valable à partir de 65 ans.

Il est judicieux d'y associer la prévention **antipneumococcique** : dont il existe 2 types de vaccins : le Prevenar13®, polyosidique conjugué, couvrant 13 souches conférant une immunité durable et les vaccins non conjugués, couvrant 23 souches, à

l'immunisation plus courte, nécessitant un rappel tous les 5 ans : Pneumovax23® (le Pneumo23® n'est plus commercialisé). Pour les adultes : une injection de Prevenar13® suivie 2 mois plus tard d'une autre de Pneumovax23® et rappel tous les 5 ans avec ce dernier, seul.

Depuis 2015, le vaccin **anti zona** (Zostavax®) est remboursé. Il est très recommandé pour en prévenir les complications invalidantes (douleurs) : 1 injection entre 65 et 74 ans.

La vaccination reste le meilleur outil de prévention des maladies infectieuses même si elle suscite encore de la défiance dans une large partie de la population. La prévention épidémique passe pourtant par un large taux de population immunisée impliquant, dans le cadre d'une politique de santé publique d'un pays moderne, des obligations réglementaires lorsque ce seuil n'est pas obtenu par la persuasion.

L'APPA, par ses valeurs fondatrices basées sur l'entraide, ne souhaite pas que pour certains de ses adhérents ou des leurs proches, la question du non remboursement puisse constituer un obstacle vaccinal et rappelle que chaque cas individuel peut être confidentiellement étudié dans le cadre de son fonds d'intervention et de solidarité.

1/ Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2018. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinations_2018.pdf

2/ Rapport sur la vaccination Concertation citoyenne 30 Novembre 2016
<http://concertation-vaccination.fr/wp-content/uploads/2016/11/Rapport-de-la-concertation-citoyenne-sur-la-vaccination.pdf>

3/ Vaccinations des jeunes enfants BEH Octobre 2017
<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2017/BEH-hors-serie-Vaccination-des-jeunes-enfants-des-donnees-pour-mieux-comprendre-l-action-publique>