

# Actualités vaccinales 2010

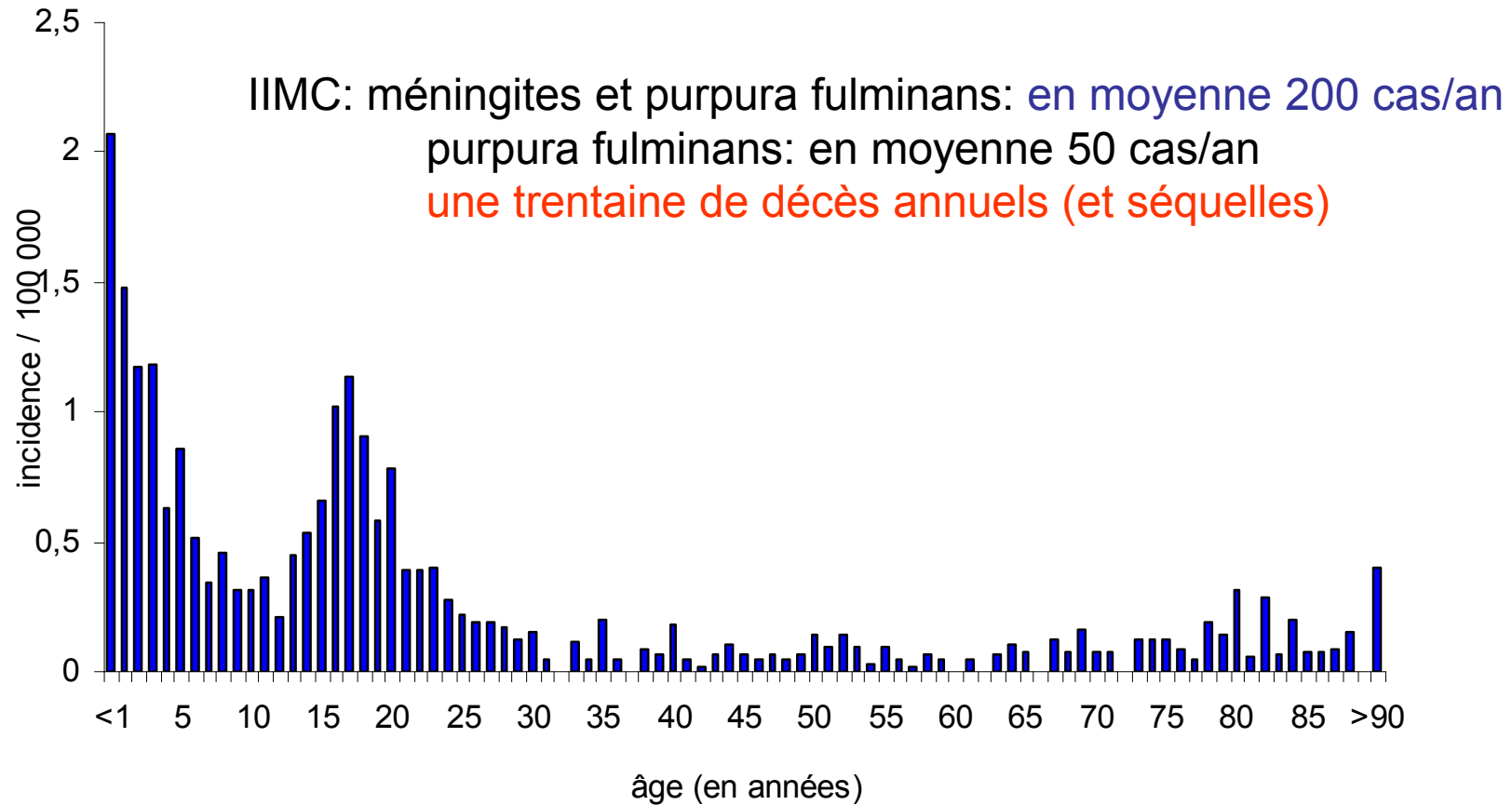
Professeur Daniel Floret  
Université Claude Bernard Lyon1  
Hôpital Femme Mère Enfant Bron  
*Président du Comité technique des vaccinations*

# Une nouveauté: la vaccination contre le méningocoque C

- Recommandation du HCSP du 24 avril et 26 juin 2009 ([www.hcsp.fr](http://www.hcsp.fr))
  - Vaccination de tous les nourrissons de 12 à 24 mois
  - Extension de la vaccination aux enfants, adolescents et adultes jusqu'à 24 ans révolus en attendant obtention d'une couverture vaccinale élevée
  - Schéma vaccinal à 1 dose
  - Trois vaccins considérés comme équivalents: Meningitec<sup>®</sup>, Menjugate<sup>®</sup>, Neisvac<sup>®</sup>
- Intégré au calendrier vaccinal 2010 (*BEH 22 avril 2010*)

# Les IIMC en France

Incidence annuelle moyenne des infections à méningocoques de type C par âge pour 100 000 habitants, DO 2003-2007



Source : I Parent du Chatelet, InVS

## L'incidence des IIMC en France est devenue parmi les plus élevées en Europe

	Incidence 1999 (/ 10 <sup>5</sup> )	Incidence 2006 <sup>[1]</sup> (/ 10 <sup>5</sup> )	Introduction vaccination	Age	Rattrapage
Royaume-Uni	1,840	0,053	1999	NRS	<19 ans
Espagne	0,879	0,107	2000	NRS	<6 ans
Irlande	3,248	0,097	2000	NRS	<22 ans
Belgique	0,740	0,105	2002	12 mois	1-5 ans
Pays-Bas	0,523	0,025	2002	14 mois	1-18 ans
Suisse	0,752	0,228	2006	12 mois et rappel 11-15 ans	-
Allemagne	0,107	0,164	2006	11-23 mois	-
Portugal*	0,272	0,142	2006	NRS	<10 puis <18 ans
Danemark	0,383	0,351	-	-	-
Autriche	0,183	0,305	-	-	-
France	0,164	0,278	-	-	-
Pologne	0,021	0,199	-	-	-
Suède	0,122	0,166	-	-	-
Finlande	0,400	0,096	-	-	-
Italie	0,045	0,067	-	-	-
Grèce	0,261	0,054	-	-	-
Norvège	0,237	0,022	-	-	-

<sup>[1]</sup> Source : EU-IBIS (rapports 2005 et 2006) et EUVAC.NET (incidences de 1999 ont été estimées à partir effectifs et tailles populations).

*D'après: Isabelle Parent (InVS)*

# Pourquoi ne pas vacciner les nourrissons?

- Tranche d'âge dans laquelle l'incidence est la plus élevée
- Les vaccins méningococciques C conjugués peuvent être utilisés à partir de l'âge de 2 mois
- La vaccination pratiquée avant 1 an nécessite **2 doses et un rappel**
  - Dans un calendrier vaccinal déjà (trop) chargé à cet âge
  - Non coût efficace

# Les enjeux

- Les nourrissons < 1an seront protégés par **l'immunité de groupe**
- Le succès de ce programme de vaccination est donc conditionné par **l'obtention d'un niveau de couverture vaccinale élevée, notamment dans le cadre du rattrapage**
- L'acceptabilité de la population est bonne vis-à-vis des vaccins « contre la méningite »
- Si les médecins le proposent...

# Vaccination contre le pneumocoque (vaccin conjugué)

- Introduite aux USA en 2000
- Introduite en France
  - En 2003 (premier pays d'Europe): nourrissons à risque d'infections invasives
  - En 2007: **généralisation à tous les enfants < 2 ans** et extension enfants à risque < 5 ans
- Vaccin conjugué (Prevenar<sup>®</sup>) contenant les 7 sérotypes les plus impliqués dans les infections invasives (méningites et bactériémies) chez les nourrissons

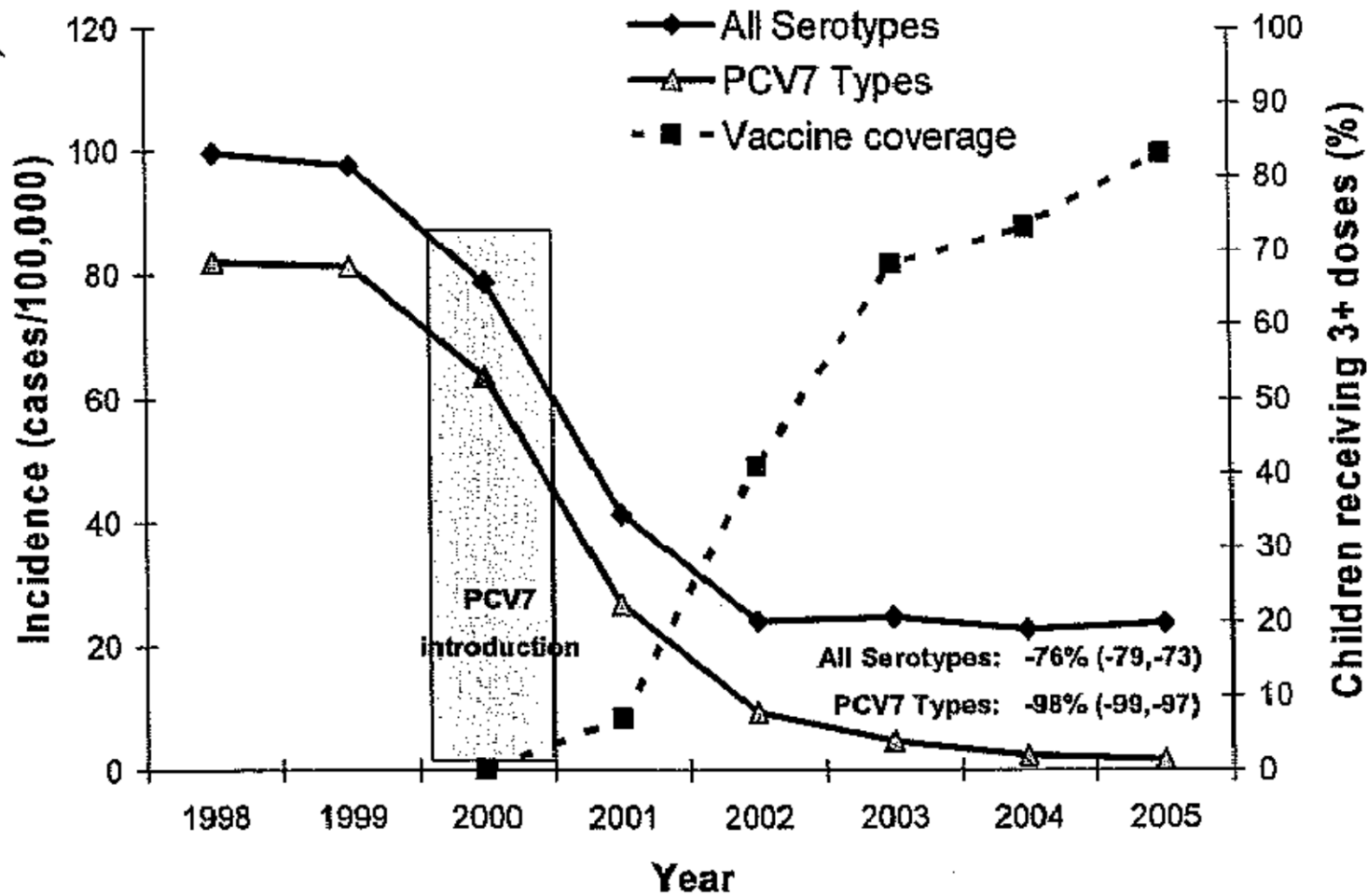


Figure 2 Coverage with three or more doses of pneumococcal conjugate vaccine among children 19 to 35 months old according to the National Immunization Survey (NIS) and incidence of invasive pneumococcal disease among children <5 years of age by serotype in the CDC's ABCs areas, 1998 to 2005 (CDC, unpublished data; 13, 14, 47).

In Whitney CG & al. Direct and indirect effectiveness and safety of pneumococcal conjugate vaccine en practice. Pneumococcal Vaccine. Siber G, Klugman KP, Mäkelä PH Ed. Washington 2008

# Impact aux USA: effet indirect

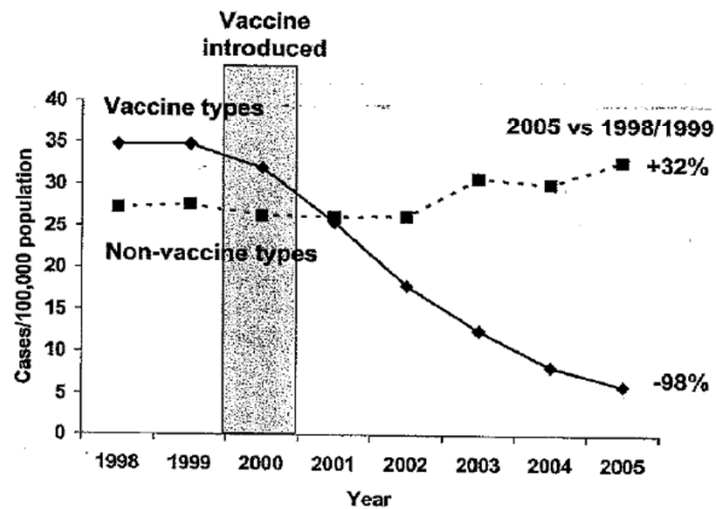


Figure 3 Incidence of invasive pneumococcal disease among adults 65 years of age and older by serotype in the CDC's ABCs areas, 1998 to 2005 (CDC, unpublished data; 13, 47).

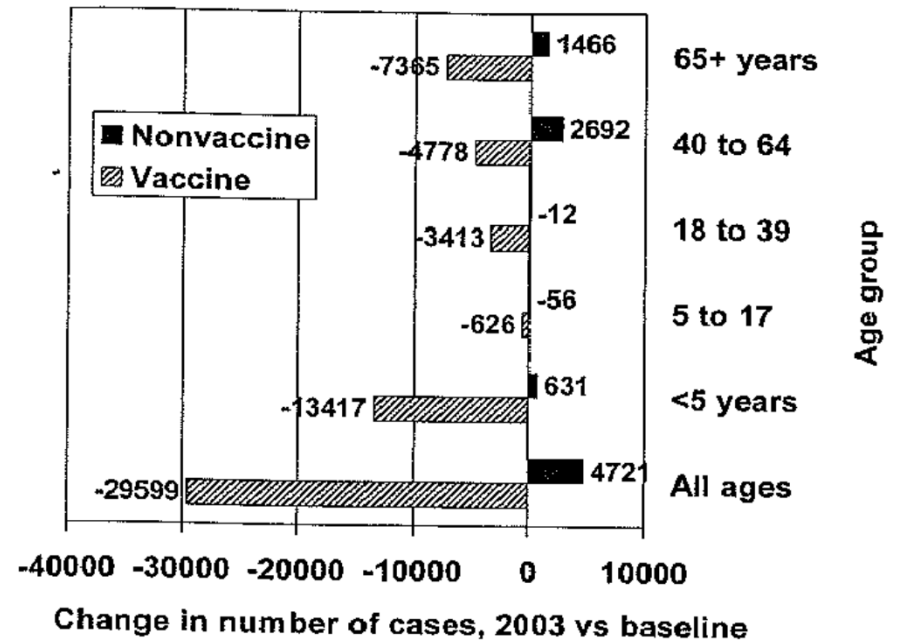
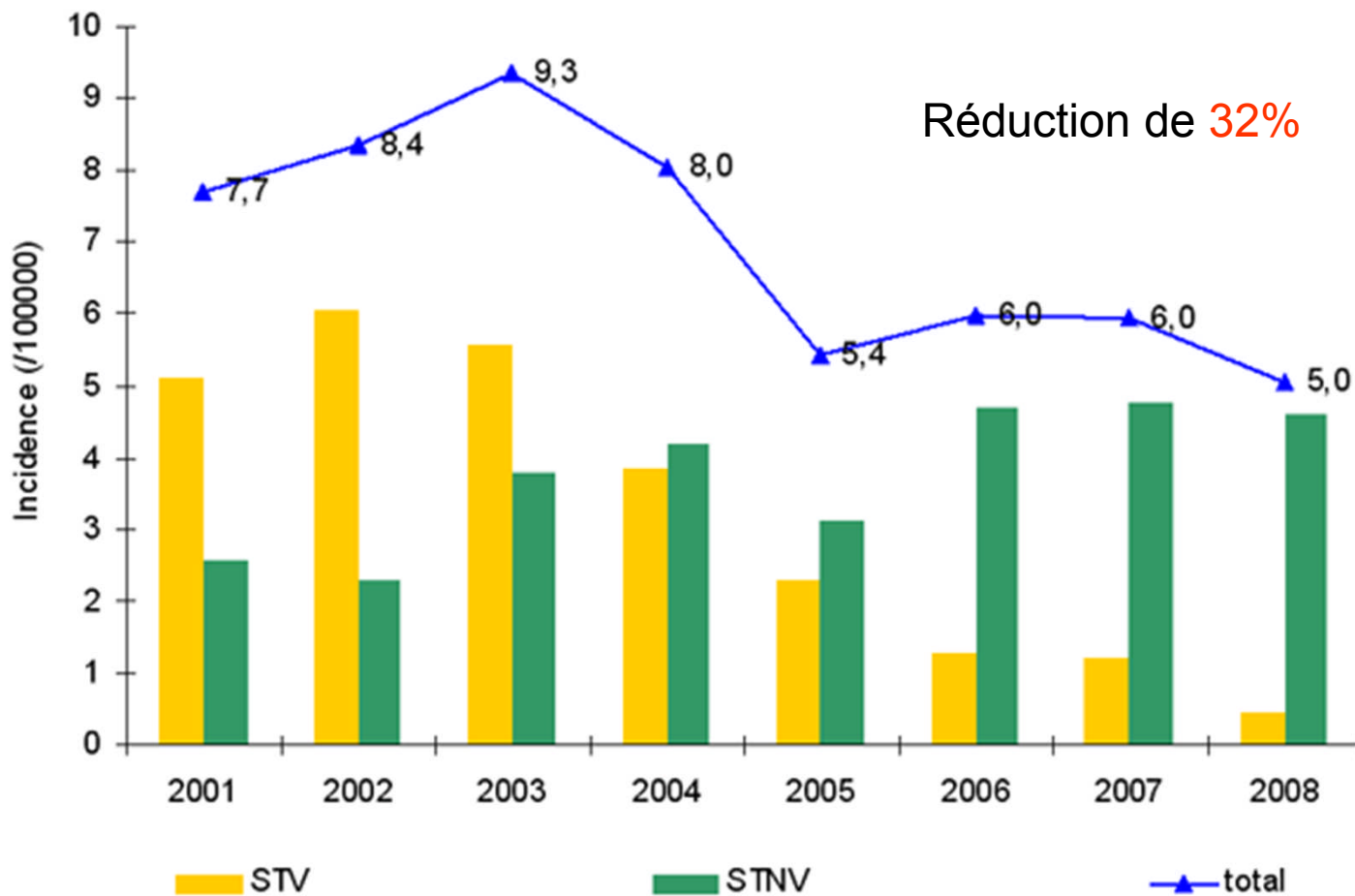


Figure 4 Change in projected number of episodes of invasive pneumococcal disease, in the United States by serotype and age group, 1998/1999 versus 2003. Data are from the CDC's ABCs (13).

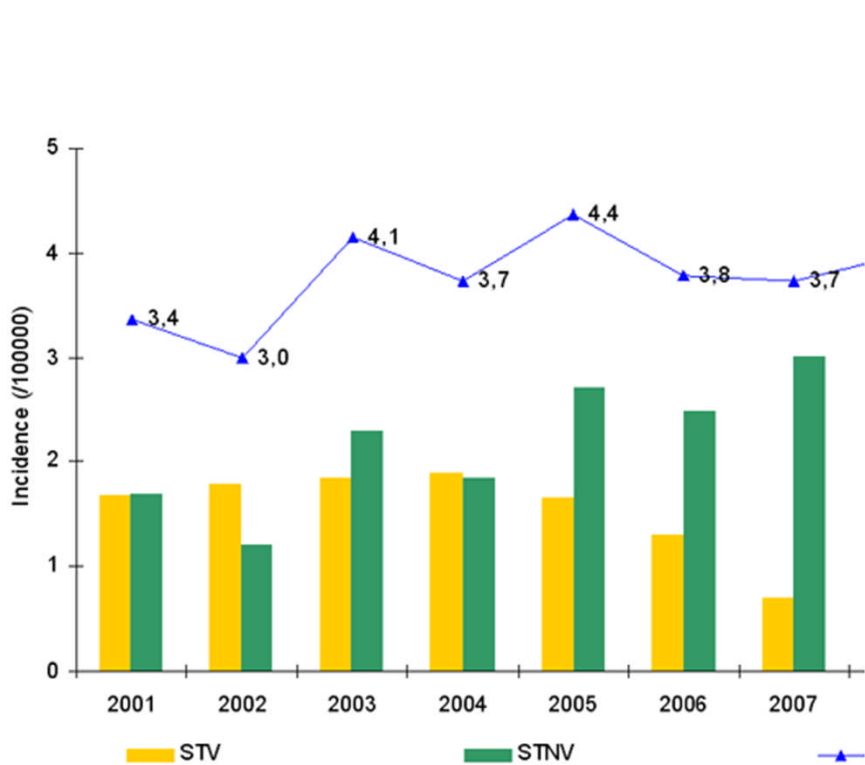
*In Whitney CG & al. Direct and indirect effectiveness and safety of pneumococcal conjugate vaccine en practice. Pneumococcal Vaccine. Siber G, Klugman KP, Mäkelä PH Ed. Washington 2008*

# Incidence des méningites à pneumocoques chez les nourrissons de 0-23 mois 2001- 2008

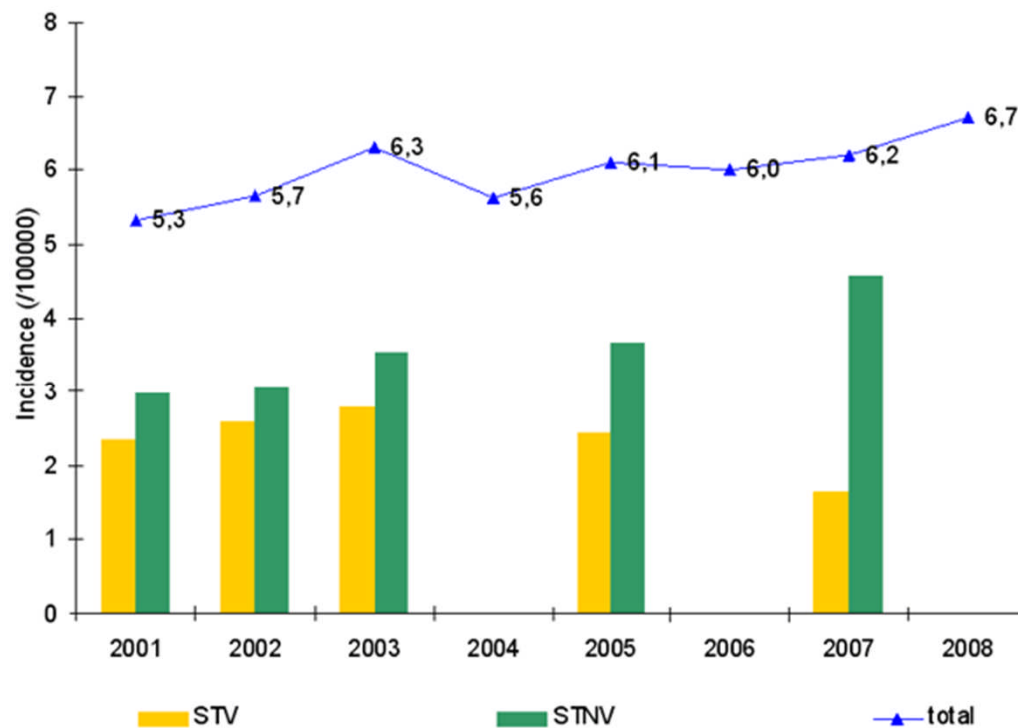


Source InVS-CNR

# Incidence des IIP par tranche d'âge 2001- 2008



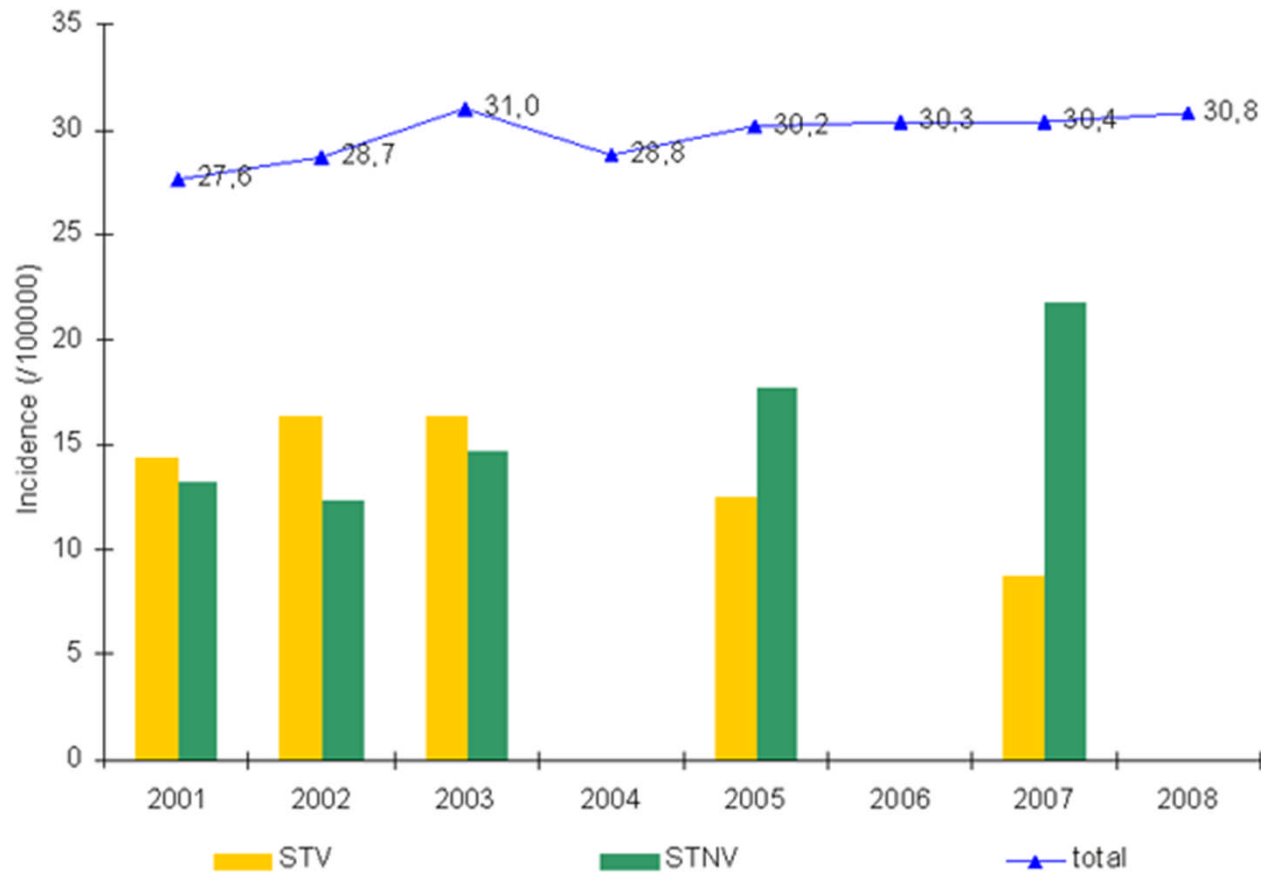
Enfants de 2- 14 ans



Sujets de 15- 64 ans

Source: InVS- EPIBAC- CNR

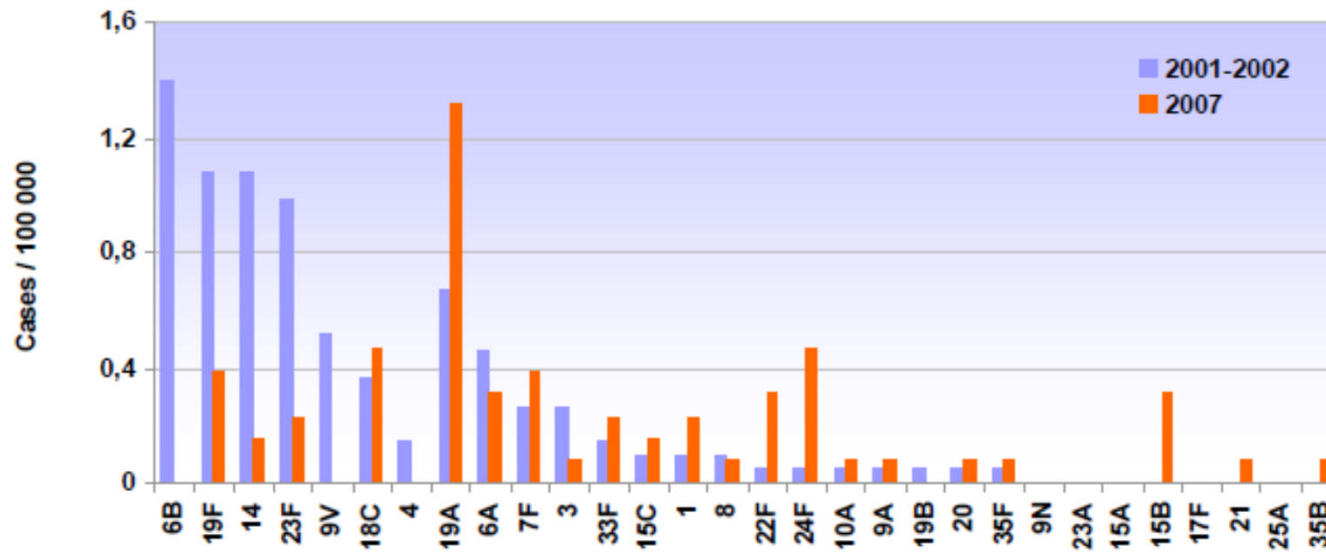
# Incidence des IIP chez les sujets $\geq$ 65 ans- 2001-2008



Source InVS- EPIBAC- CNR

# Impact sur les sérotypes

Incidence rate of meningitis serotypes in children < 2 years



(From incidence rates calculated by InVS)

Emprunté à Emmanuelle Varon

CNRP

# Comment l'expliquer?

- La couverture des souches circulantes par le vaccin PnC7 est meilleure aux USA qu'en Europe
- Forte émergence en France de sérotypes non vaccinaux (19A, 7F, 1) peut être favorisée par la mise en place très progressive de la vaccination
- Mauvaise application des recommandations:
  - Couverture insuffisante
  - Retard à l'administration de la 1<sup>o</sup> dose
  - Retard à l'administration/ absence de **rappel**

## Nouveautés concernant la vaccination anti pneumococcique

- Prévenar 13<sup>®</sup> ajoutant notamment les valences 19A, 7F et 1
  - Recommandation HCSP du 11-12-2009 ([www.hcsp.fr](http://www.hcsp.fr) )
  - Inscrit au calendrier vaccinal 2010 (BEH 22 avril 2010)
  - Disponible depuis juin 2010
- Schéma vaccinal identique: 2 injections (2 mois, 4 mois) **et un rappel (12 mois)**

# Transition PnC7/PnC13 (enfants < 2 ans sans FDR)

Enfants de moins de 2 ans, sans facteurs de risque	2 mois	4 mois	12 à 15 mois	16 à 24 mois
Schéma partiellement réalisé avec le vaccin 7-valent	7-valent	<b>13-valent</b>	<b>13-valent</b>	
	7-valent	7-valent	<b>13-valent</b>	
Schéma réalisé en totalité avec le vaccin 7 valent	7-valent	7-valent	7-valent	<b>Une dose de 13-valent</b> au moins 2 mois après la dernière dose de rappel et avant l'âge de 24 mois

Tableau spécifique pour:  
 les prématurés  
 nourrissons à risque élevé d'IIP  
 enfants de 24 à 59 mois à risque élevé d'IIP

# Couverture sérotypique des vaccins pneumocoque conjugués

Groupe d'âge	Couverture sérotypique							
	Méningites				Bactériémies			
	n	PCV7	PCV10	PCV13	n	PCV7	PCV10	PCV13
<b>0-23 mois</b>	74	20,3 %	29,7 %	59,5%	158	14,6 %	38,6 %	79,7 %
<b>24-59 mois</b>	30	33,3 %	50,0 %	60,0%	116	12,1 %	52,6 %	76,7 %
<b>5-15 ans</b>	18	33,3 %	38,9 %	66,7%	93	16,1 %	78,5 %	81,7 %
<b>16-64 ans</b>	18 9	25,4 %	34,9 %	59,8%	288	27,1 %	53,1 %	70,5 %
<b>&gt;64 ans</b>	11 9	35,3 %	43,7 %	72,3%	403	26,3 %	40,7 %	67,7 %
<b>Total</b>	<b>43 0</b>	<b>28,1 %</b>	<b>37,7 %</b>	<b>63,5%</b>	<b>105 8</b>	<b>19,8 %</b>	<b>48,4 %</b>	<b>72,5 %</b>

# Et la grippe?

- La pandémie est terminée (OMS, 10 août 2010)
- Le virus A(H1N1)2009 devrait avoir un comportement de virus saisonnier avec une co-circulation de virus A(H3N2) et B
- Les données disponibles en provenance de l'hémisphère sud (notamment de la Réunion) vont dans ce sens
- Les vaccins saisonniers 2010 comprennent
  - Le virus A(H1N1)2009
  - Un virus A(H3N2) différent de celui du vaccin 2009
  - Un Virus B identique à celui du vaccin 2009

## Retour aux recommandations habituelles de vaccination contre la grippe saisonnière

**-Personnes âgées de 65 ans et plus**

**-Enfants à partir de l'âge de 6 mois et adultes, y compris les femmes enceintes présentant des facteurs de risque pour la grippe saisonnière** (affections bronchopulmonaires chroniques, cardiopathies, néphropathies chroniques graves, drépanocytoses, diabète traité, dysfonctionnement du système immunitaire).

**-Personnes âgées de 6 mois et plus infectées par le VIH, quels que soient leur âge et leur statut immuno-virologique.**

**-Personnes séjournant dans un établissement ou service de soins de suite ainsi que dans un établissement médico-social d'hébergement**

**-Enfants et adolescents (de 6 mois à 18 ans) dont l'état de santé nécessite un traitement prolongé par l'acide acétylsalicylique.**

**Entourage familial des nourrissons de moins de 6 mois présentant des facteurs de risque de grippe grave ainsi définis : prématurés, bronchodysplasie, cardiopathie congénitale, déficit immunitaire congénital, pathologie pulmonaire, neurologique ou neuromusculaire.**

**-Risques professionnels :**

Professionnels de santé en contact régulier et prolongé avec des sujets à risque de grippe sévère.

Personnel de l'industrie des voyages

# Conclusions

- Les programmes de vaccination ont deux buts:
  - La protection individuelle
  - La protection collective
- La dimension de protection collective exige un niveau de couverture vaccinal élevé dans les populations ciblées
- **Donc le respect des recommandations vaccinales**

*Conflits d'intérêt: l'orateur a bénéficié (dans le passé) d'invitations à des congrès médicaux par les Firmes commercialisant des vaccins et a participé (sans rémunération personnelle) à des actions De FMC organisées par ces firmes*