

Les actualités en vaccinologie

**2^e JOURNEE REGIONALE D'ECHANGES
DES REFERENTS EN ANTIBIOTHERAPIE
ANGERS**

18 janvier 2018

Dr Valérie Briend-Godet

*Centre de prévention des maladies
infectieuses et transmissibles*

CHU de Nantes



Sommaire

- ❑ **L'obligation vaccinale**
- ❑ **Les nouveautés du calendrier vaccinal en 2017**
 - Infections invasives à méningocoque
 - Infection à papillomavirus humains
 - Infections à pneumocoque chez l'adultes
 - Tuberculose
- ❑ **L'épidémiologie**
 - Rougeole
 - Hépatite A
- ❑ **Les ruptures de stock**
- ❑ **Les polémiques**
 - Adjuvants aluminiques
 - Hépatite B

OBLIGATION VACCINALE

Pourquoi en est-on arrivé là ?

❑ **Les paradoxes de la vaccination obligatoire**

- Fardeaux des maladies couvertes par les vaccins : recommandées \geq obligatoires
- Obligation de 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

Qu'en est-il vraiment ?

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

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

Avis de l'HAS (has-sante.fr)
+ Décret à venir

❑ **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 à compter du 1/06/18)

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

❑ Quels patients vacciner ?

- Tous !
- Selon le calendrier en vigueur (qui ne change pas) !

❑ 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
- Entretien motivationnel (*afdem.org*) ?

❑ NB : 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)
- 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

Vaccination : êtes-vous à jour ?

2017
calendrier simplifié
des vaccinations

Âge approprié	1 mois	2 mois	4 mois	5 mois	11 mois	12 mois	16-18 mois	6 ans	11-13 ans	14 ans	25 ans	45 ans	65 ans et +
BCG	■												
Diphthérie-Tétanos-Poliomyélite		■	■		■			■	■		■	■	Tous les 10 ans
Coqueluche		■	■		■			■	■		■		
Haemophilus influenzae de type b (HIB)		■	■		■								
Hépatite B		■	■		■	■	Rattrapage possible jusqu'à 15 ans			■			
Pneumocoque		■	■		■								
Méningocoque C				■		■	Rattrapage possible jusqu'à 24 ans		■				
Rougeole-Oreillons-Rubéole						■	■						
Papillomavirus humain (HPV)									■	■			
Grippe													Tous les ans
Zona													

Infections invasives à méningocoque

Infection à papillomavirus humains

Infections à pneumocoque chez l'adultes

BCG

***NOUVEAUTÉS DU CALENDRIER
VACCINAL EN 2017***

Méningocoque C

- ❑ NEISVAC ou MENJUGATE
- ❑ Stratégie avant 2017

*Levée des recommandations pour les HSH
(Avis du HCSP de 2014 puis 2016 caduc)*

- Une seule dose à un an et rattrapage jusqu'à 24 ans inclus (pour éradication du portage)
 - Objectifs : protection individuelle pour les 1-24 ans et collective pour les < 1 an les plus touchés
 - Inconvénients : pas de protection collective si couverture vaccinale insuffisante

- Couverture vaccinale : constat en 2017 *Bulletin de Veille Sanitaire Pays de la Loire, n° 43 / janvier 2018*

Tableau/Figures 3 : Couvertures vaccinales départementales contre le méningocoque de séro groupe C selon l'âge, données de remboursement de l'assurance maladie, Pays de la Loire et France, 2015 et 2016

Estimation au 31/12/	Méningocoque C par tranche d'âges ciblés par la vaccination									
	2 ans		3 à 4 ans		5 à 9 ans		10 à 14 ans		15 à 19 ans	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
44 - Loire-atlantique	68%	70%	62%	65%	50%	56%	31%	34%	24%	27%
49 - Maine-et-Loire	66%	71%	62%	68%	48%	54%	33%	36%	24%	27%
53 - Mayenne	71%	73%	68%	73%	51%	58%	34%	39%	23%	26%
72 - Sarthe	62%	65%	63%	67%	50%	56%	31%	35%	23%	26%
85 - Vendée	69%	71%	67%	70%	51%	58%	33%	36%	25%	27%
Région Pays de la Loire	67%	70%	63%	67%	50%	56%	32%	36%	24%	27%
France entière	70%	71%		72%		63%	32%	36%	23%	26%

Source : Remboursements de l'assurance maladie aux bénéficiaires (bases DCIR et EGB), Exploitation Santé publique France
Exploitation départementale non possible chez les 20-24 ans (Couverture à 10% en 2016 au niveau France métropolitaine)



Ajustement des recommandations vaccinales

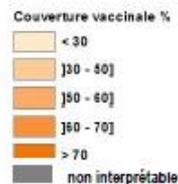
2 - 4 ans



5 - 9 ans



10 - 14 ans



Recommandations en 2017

❑ Constats et apports scientifiques récents

- Couverture vaccinale insuffisante, notamment des adolescents et des adultes jeunes
 - ➔ Absence d'immunité de groupe
 - ➔ Nourrissons de moins d'un an non protégée
 - ➔ Tranches d'âge 11-24 très à risque sur le plan individuel
- Neisvac : AMM en 2015 ➔ une dose à partir de 4 mois suivi d'un rappel à 12 mois

❑ Recommandations 2017

- **Rattrapage vaccinal** des tranches d'âge les moins bien vaccinées
- Pas de rappel systématique à l'adolescence des sujets vaccinés nourrissons (divergence+++)
- En attendant immunité de groupe : **vaccination des nourrissons à 5 mois (avec le Neisvac) suivi d'un rappel à 12 mois**
- Un intervalle minimum de 6 mois sera respecté entre l'administration des 2 doses
- Vaccination Mn ACWY tous les 5 ans pour les personnes à risque d'IIM

➔ *Nécessité d'un rappel non encore établi car les données d'immunogénicité doivent être confrontées aux échecs vaccinaux (peu nombreux en France et concernant surtout les moins de 10 ans non concernés par le rappel)*

HPV : recommandations et vaccins

Recommandations

- **AMM : 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, des frottis anormaux et des 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)

Pneumocoque :

pourquoi des modifications ?

HCSP, avis relatif aux recommandations vaccinales contre les infections à pneumocoque pour les adultes (10/03/2017)

- ❑ Etude CAPITA : « 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
- ❑ 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

Pneumocoque (Avis HCSP 10 mars 2017)

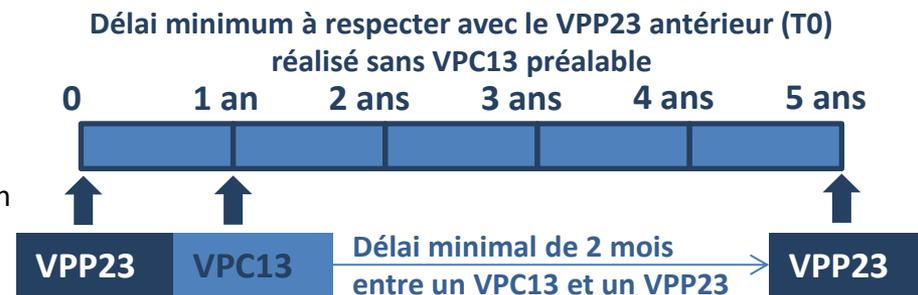
- ❑ Recommandations systématiques des enfants < 2 ans : Aux âges de 2, 4 et 11 mois avec le Pn 13
- ❑ Patient de 2 à 5 ans à risque d'IIP : 2 Pn13 à 2 mois d'intervalle puis rappel 2 mois plus tard avec un Pn23

❑ Patient ≥ 5 ans 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**

➤ 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



➤ Rappel à 5 ans pour les personnes déjà vaccinée VPC13-VPP23

❑ Immunodéprimés élargis aux syndromes néphrotiques

- Aspléniques ou hypospléniques (incluant les drépanocytaires majeurs)
- Déficits immunitaires héréditaires
- VIH quel que soit le statut immunologique
- Chimiothérapie pour tumeur solide ou hémopathie maligne
- Transplantés ou en attente de transplantation d'organe solide
- Greffés de cellules souches hématopoïétiques
- Traitement immunosuppresseur
- Syndrome néphrotique

❑ Autres pathologies à risque d'IIP

- Brèche ostéoméningé ou candidats à des implants cochléaires
- Cardiopathie congénitale cyanogène, insuffisance cardiaque
- Insuffisance respiratoire chronique, BPCO, emphysème
- Asthme sévère sous traitement continu
- Insuffisance rénale
- Hépatopathies chroniques
- Diabète non équilibré par le régime simple

Vaccin antipneumococcique : tension d'approvisionnement du VPP23

❑ PNEUMOVAX (remplace le PNEUMO 23) (*ansm.sante.fr*)

➤ Marché des collectivités

- Approvisionnement depuis le 11/01/2018 (mise à disposition, à titre exceptionnel et transitoire de PNEUMOVAX initialement destiné au Royaume-Uni)
- Rétrocession possible

➤ Reprise d'une distribution contingentée sur le marché de ville par dotations des grossistes-répartiteurs depuis le 8/12/2017

➤ Le vaccin PREVENAR 13 ne rencontre aucune difficulté d'approvisionnement

❑ Priorisations des injections *has-sante.fr (rubrique « évaluation et recommandations » → Vaccination*

➤ Populations prioritaires pour recevoir ce vaccin dans un délai minimal de 8 semaines après la dose de VPC 13

- les enfants à risque élevé d'IIP qui, après vaccination par le vaccin VPC13, doivent recevoir une dose de vaccin VPP23 à l'âge de 2 ans
- les populations à risque élevé d'IIP non antérieurement vaccinées et dont la maladie ou la comorbidité justifiant la vaccination a été nouvellement diagnostiquée

➤ Pour les autres populations à risque élevé d'IIP (populations diagnostiquées avant 2017 ou antérieurement vaccinées), la (ré)administration de VPP 23 pourra être différée à la fin de la période de pénurie

Hépatite A

Rougeole

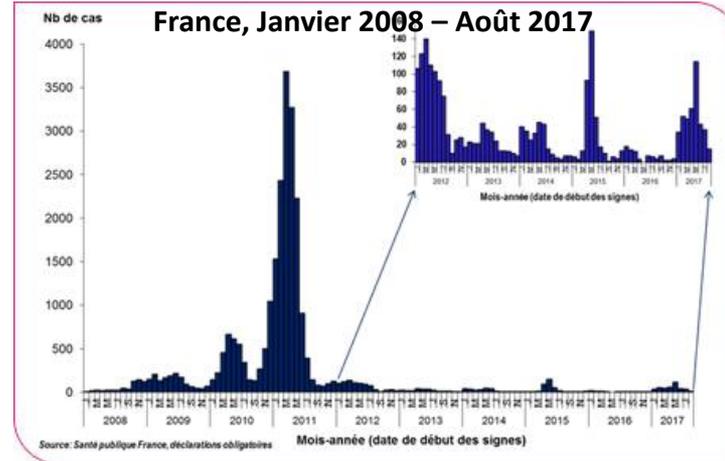
L'ÉPIDÉMIOLOGIE

Rougeole : épidémiologie en France

- Du 1er janvier au 31 juillet 2017, **405** cas ont été déclarés en France (6 cas en PDL en 2017)
 - **41% hospitalisés**
 - 2 cas d'encéphalites et 37 cas de pneumopathies sévères
 - **1 décès** : jeune femme de 16 ans, sans ATCD, non vaccinée (détresse respiratoire aigue et défaillance multiviscérale)
 - Plusieurs foyers épidémiques

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Rougeole/Points-d-actualites/Epidemie-de-rougeole-en-France.-Actualisation-des-donnees-de-surveillance-au-25-septembre-2017>

Cas de rougeole par mois - Déclarations obligatoires,



- Agglomération bordelaise : 77 cas recensés depuis novembre 2017
<https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/communiqu-e-de-presse-nombreux-cas-de-rougeole-bordeaux-comment-stopper-lepidemie-du-11-janvier-2018>
- PDL : 6 cas en 2017 *Bulletin de Veille Sanitaire Pays de la Loire, n° 43 / janvier 2018*
 - Foyer familial au retour d'Inde : 4 personnes
 - 1 encéphalite (séquelles neurologiques avec syndrome frontal et difficultés dans la réalisation des gestes quotidiens)
 - 1 nourrisson de 8 mois (non éligible à la vaccination)

Rougeole : couverture vaccinale

Bulletin de Veille Sanitaire Pays de la Loire, n° 43 / janvier 2018

□ Couverture vaccinale en France et dans les Pays de la Loire

➤ A 2 ans (**objectifs 1 dose 95%, 2 doses 80%**)

Tableau/Figure 2 : Couvertures vaccinales ROR à 1 et 2 doses par département, certificat de santé à 2 ans, Pays de la Loire et France, 2014 et 2015

Année du certificat de santé obligatoire à 2 ans (CS24)	Rougeole-Oreillons-Rubéole			
	2014 (nés en 2012)		2015 (nés en 2013)	
	1 dose	2 doses	1 dose	2 doses
44 - Loire-atlantique	90%	78%	90%	79%
49 - Maine-et-Loire	90%	75%	88%	75%
53 - Mayenne	94%	70%	90%	75%
72 - Sarthe	92%	74%	93%	78%
85 - Vendée	93%	76%	93%	80%
Région Pays de la Loire	91%	76%	91%	78%
France entière	91%	77%	91%	79%

Source : Drees, Remontées des services de Protection Maternelle et Infantile (conseils généraux) - Certificats de santé obligatoires à 24 mois, Traitement Santé publique France
Sur la base des informations de 31% des naissances (10% pour le 44, 44% pour le 49, 32% pour le 53, 34% pour le 72, 58% pour le 85)

➤ A l'adolescence

Objectif 2 doses = 95%

HCSP : Note de réponse à la saisine de la Mme la ministre de la santé concernant les domaines d'action prioritaires de la stratégie nationale de santé, 31 mars 2014. Complément de réponse : proposition d'objectifs de résultats à 5 et 10 ans

Tableau 3 : Couvertures vaccinales par le nombre de doses recommandé à 11 ans, enquête scolaire en CM2, France, 2005, 2008 et 2015

Valences	Nombre de doses	Elèves de 11 ans		
		en 2005	en 2008	en 2015*
Rougeole-Oreillons-Rubéole	1	95%	97%	98%
	2	74%	85%	93%

Source : Drees-Dgesco, Enquêtes nationales de santé, Traitement Santé publique France
* parmi les 81% des enquêtés ayant présenté leur carnet de santé

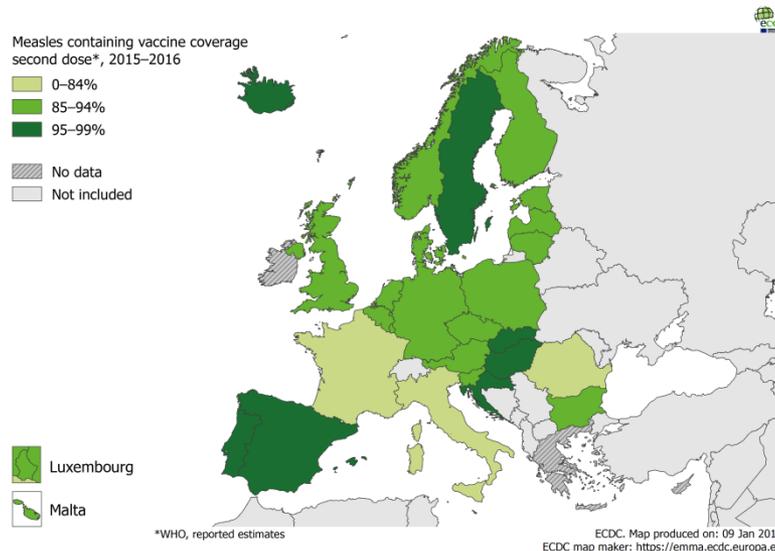
Rougeole : épidémiologie en Europe

☐ Risque de nouvelle épidémie d'ampleur importante

- Comme celles observées actuellement dans plusieurs pays européens : de janvier 2016 à novembre 2017, plus de 20 000 cas de rougeole ont été reportés dans l'EU, incluant 49 morts
- Au 1^{er} rang la Roumanie : 10307 cas dont 37 morts entre le 1/01/16 et le 5/01/18 dont 79,8% en 2017

<https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/communicable-disease-threats-report-13-jan-2018.pdf>

➤ Couverture vaccinale en Europe

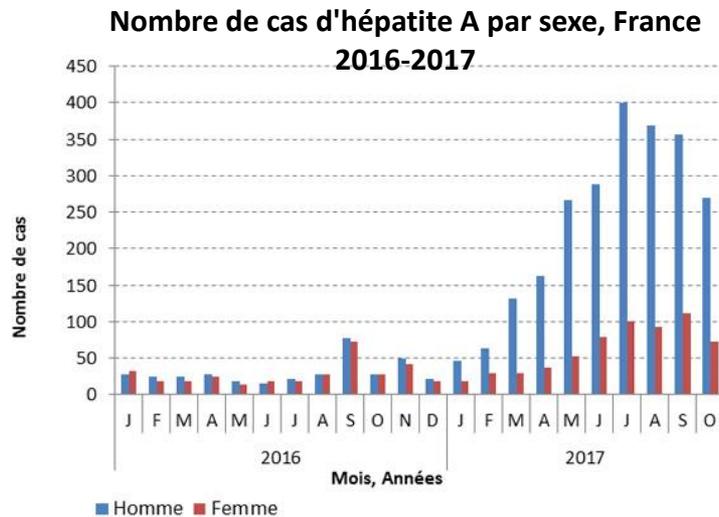


<https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/vaccination-coverage-second-dose-measles-containing-vaccine-country-2016-who-1>

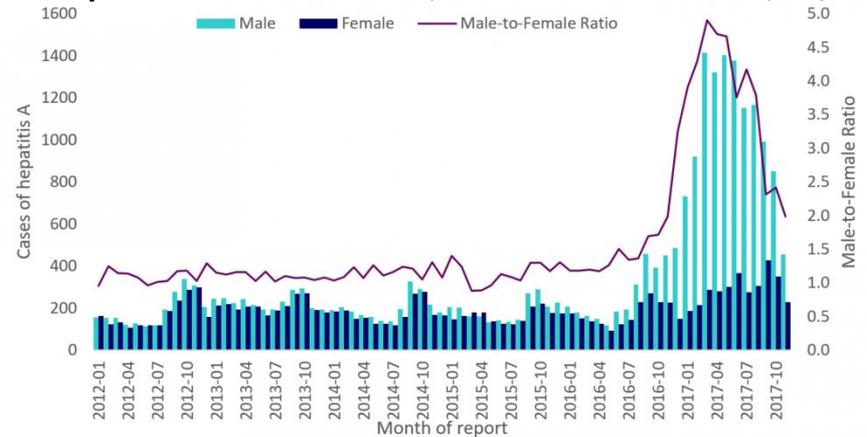
Hépatite A : épidémiologie

- En France, du 1er janvier au 31 octobre 2017, 2 980 cas d'hépatite A
 - 4 fois supérieur au nombre total de cas déclarés au cours de l'année 2016
 - Concerne majoritairement les hommes, qui représentent 79 % des cas (n= 2 355)
 - L'augmentation du sexe-ratio H/F (3,8 en 2017 vs 1 en 2016) et résultats des premières investigations de cas groupés → population HSH la plus touchée par cette épidémie, en France comme dans les autres pays d'Europe

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatitis-virales/Hepatitis-A/Points-d-actualite/Epidemie-d-hepatite-A-en-France-et-en-Europe-Point-de-situation-au-13-novembre-2017>



Distribution of hepatitis A cases by gender and male-to-female ratio, January 2012 to November 2017, as of 16 December 2017, EU/EEA



- En Europe, entre janvier et novembre 2017, 15 040 cas d'hépatite A cas (dans 24 pays) dont 3813 reliés à des épidémies

<https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/communicable-disease-threats-report-06-jan-2018.pdf>

Hépatite B

Hépatite A

LES RUPTURES DE STOCK

Vaccins hépatite B pendant les tensions d'approvisionnement

- ❑ Vaccins adultes disponibles (interchangeables)
 - Engerix B20 et HBVaxPro10
- ❑ Vaccins disponibles uniquement **à l'hôpital sur prescription médicale** (rétrocession possible)
- ❑ Populations prioritaires
 - Personnes soumises à l'obligation vaccinale
 - ➔ Suspension de l'arrêté du 2/08/2013 ➔ cf. **nouvel arrêté du 2/03/2017**
 - Ac antiHBs > 100 mUI/ml = immunisé
 - Ac antiHBs entre 10 et 100 = immunisé (2doses minimum : faire la 3^e à la fin de la pénurie)*
 - Ac antiHBs < 10 et vacciné dans l'enfance (schéma complet ou 2 doses) = doses complémentaires et contrôle de la sérologie à la fin de la pénurie sans limitation des actes et info AES*
 - Ac antiHBs < 10 et vaccination récente (schéma complet ou 2 doses) = doses complémentaires et contrôle de la sérologie à la fin de la pénurie et admission 1 mois après la dernière doses sous réserve du médecin du travail et info AES*

*** Certificat provisoire 3 notions doivent apparaître**

- « nécessité de l'administration de doses supplémentaires »
- « provisoire »
- « avis du médecin du travail ou de prévention »

- Personnes soumises à l'obligation vaccinale (autre) : sapeurs pompiers et militaires
- Personnes non soumises à l'obligation vaccinale (secouristes, usagers de drogues, détenus...)
- Les voyageurs non expatriés sans autres facteurs de risque ainsi que les adultes des établissements psychiatriques ciblés par les recommandations du calendrier vaccinal, ne sont plus concernés.

Vaccins hépatite A pendant les tensions d'approvisionnement

Haut Conseil de la santé publique, Actualisation de l'avis du 15 juin 2015 relatif aux tensions d'approvisionnement en vaccins contre l'hépatite A (19/05/2016)

- ❑ Toute nouvelle vaccination initiée durant la période de pénurie se fait par une seule dose : l'administration de la seconde dose ne sera envisagée qu'après retour à la normale de l'approvisionnement
- ❑ Les personnes ayant déjà reçu une dose de vaccin et qui vont se retrouver en situation d'exposition au virus de l'hépatite A
 - Immunocompétent : seconde dose lors du retour à la normale de l'approvisionnement
 - Immunodéprimé : seconde dose recommandée (car persistance de l'immunité après une seule dose est incertaine dans leur cas)
- ❑ Les personnes ayant déjà reçu deux doses de vaccin (quel que soit le délai entre les deux doses) ne recevront pas de rappel même s'ils sont à nouveau en situation d'exposition
- ❑ Rappel des priorités en matière de personnes à vacciner
 - Les personnes de l'entourage d'un ou plusieurs cas confirmés (milieu familial et communautés à hygiène précaires)
 - Les voyageurs (> 1 an) en zone endémique (sérologie préalable recommandé pour les adultes nés avant 1945)
 - Les personnes immunodéprimées exposées
 - Les patients atteints de mucoviscidose et/ou de pathologie hépatobiliaire susceptibles d'évoluer vers une hépatopathie chronique (sérologie préalable)
 - Les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH) exposés et non immunisés (sérologie préalable)

Etat des stocks de vaccins hépatite A adultes

ansm.sante.fr au 21/12/17

- ❑ **Havrix 1440** (Tension d'approvisionnement depuis mars 2015)
 - Hôpitaux et collectivités: Mise à disposition à titre exceptionnel et transitoire auprès des collectivités, d'unités d'HAVRIX 1440 en flacons et initialement destinés à un autre marché, depuis le 15/10/2017
 - Ville
 - Possibilité de dépannages sur demande des autorités (ARS ou ANSM)
 - Date de remise à disposition normale indéterminée

- ❑ **Vaqta 50**
 - Remise à disposition normale depuis le 22/12/2017

MFM et adjuvants aluminiques

Hépatite B

LES POLEMIQUES

Myofasciite à macrophage et aluminium

- ❑ Myofasciite à macrophage = lésion histologique (décrite dans les années 80) retrouvant des inclusions de cristaux de dérivés de l'aluminium dans les macrophages, sans lésion myocytaire notable ni lésion nécrotique (= « tatouage vaccinal »)
- ❑ Syndrome (asthénie, douleur chronique et troubles cognitifs) décrit dans les années 90 par l'équipe de Gherardi/Authier → hypothèse d'un lien avec l'aluminium contenu dans les vaccins
 - Lésion histologique souvent retrouvée lors des biopsies, persistance plus longue chez les symptomatiques
 - Description clinique / critères d'inclusion varie selon les études (souvent pas de groupe témoins)
 - Pas ou peu de description chez les enfants qui sont les plus exposés
 - Notification d'un peu plus de 400 cas sur 160 millions de doses administrées
 - Théorie du « cheval de Troie »/translocation (modèle animaux)
 - A ce jour, pas de lien mis en évidence entre la survenue des symptômes et l'adjuvant contenu dans les vaccins
- ❑ Quoi de nouveau en 2017 ?
 - Financement par l'ANSM (2015) à hauteur de 150000€ de travaux de recherche fondamentale (BNAA-AVC)
 - Etude portant sur la biopersistance et neuromigration des adjuvants aluminiques des vaccins
 - Approches génétique et expérimentale
 - ➔ Les particules plus petites favoriseraient l'internalisation de l'adjuvant par les macrophages et donc la translocation des particules injectées vers les tissus
 - ➔ Un défaut du gène de l'autophagie pourrait diminuer l'autophagie, la prise en charge des nanoparticules et donc augmenter leur toxicité
 - Communiqué ANSM/conseil scientifique : <http://ansm.sante.fr/S-informer/Presse-Communiques-Points-presse/Les-vaccins-contenant-de-l-aluminium-sont-surs-Communique>
 - ➔ Toujours pas de preuve d'un lien

Sécurité vaccinale et hépatite B

- ❑ La Cour de justice européenne reconnaît le lien entre le vaccin contre l'hépatite B et la sclérose en plaques ?
 - Pour les vaccins non obligatoires : « la victime est obligée de prouver le dommage, le défaut et le lien de causalité entre le défaut et le dommage »
 - Pour la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) (21 juin 2017)
 - Pas de consensus scientifique
 - De défaut d'un vaccin et le lien de causalité entre celui-ci et une maladie peuvent être prouvés par un faisceau d'indices graves, précis et concordants
 - Indices dont la conjonction pourrait conduire le juge national à considérer qu'une victime a satisfait à la charge de la preuve pesant sur elle
 - la proximité temporelle entre l'administration d'un vaccin et la survenance d'une maladie
 - l'absence d'antécédents médicaux personnels et familiaux en relation avec cette maladie
 - l'existence d'un nombre significatif de cas répertoriés de survenance de cette maladie à la suite de telles administrations
 - Indemnisation possible, si un juge estime qu'ils apportent suffisamment d'éléments à leur dossier, malgré l'absence de preuve du lien de causalité entre le vaccin VHB et la SEP
 - Appréciation au cas par cas : la justice européenne ayant écarté la possibilité de fixer des critères permettant d'établir automatiquement l'existence d'un lien de causalité
 - Dans tous les cas, la justice européenne ne s'est ici pas prononcée sur le fond du dossier.

Conclusion

2018

- = Nouveau cadre réglementaire
- = Pas de modification du calendrier au 1^{er} janvier (mais changements en 2017)
 - Une injection de vaccin Mn C à 5 mois à cause du mauvais taux de couverture vaccinale des 1-24 ans
 - Un schéma pour le vaccin antipneumococcique incluant un VPC13 2 mois avant le VPP23 chez toutes les personnes à risque d'IIP
- = Arrivée du Gardasil 9[®]
- = Une épidémiologie des maladies infectieuses à suivre de près
- = La fin des tensions d'approvisionnements ???
- = **Pas de remise en question de la balance bénéfique/risque des vaccins**

BONNE ANNEE !