

Lorsqu'il est nécessaire d'administrer un (ou plusieurs) vaccin(s) injectable(s) au même moment que le vaccin amaril, les vaccins doivent être administrés en des sites d'injection séparés (et préférablement sur un membre différent).

Ce vaccin peut être administré en même temps que le vaccin contre la rougeole, les vaccins typhoïdiques polysidiques capsulaires Vi et/ou les vaccins inactivés de l'hépatite A. En revanche, si des études ont montré que l'association concomitante de ce vaccin au vaccin contre l'hépatite B ne modifie pas la réponse immunitaire^{3,4}, cette possibilité d'association n'a pas été retenue dans le cadre de l'AMM.

Concernant la vaccination contre l'hépatite B, est recommandé le schéma vaccinal préférentiel en trois injections en respectant :

- un intervalle d'au moins un mois entre la première et la deuxième injection ;
- et un intervalle compris entre 5 et 12 mois entre la deuxième et la troisième injection (soit la réalisation de la 3^e injection entre l'âge de 7 et 14 mois si la 2^e injection est effectuée à l'âge de 2 mois).

Le Comité technique des vaccinations propose, dans son avis du 9 octobre 2008, que **le vaccin anti-pneumococcique recommandé chez tous les enfants de moins de 2 ans** suive un nouveau schéma vaccinal : deux injections séparées d'un intervalle d'au moins 2 mois aux âges de 2 et 4 mois et un rappel à l'âge de 12 mois. Pour les prématurés et les nourrissons à haut risque de faire une infection invasive à pneumocoque⁵, le Comité technique des vaccinations recommande de maintenir un schéma vaccinal comprenant trois injections à un mois d'intervalle (la première injection étant faite à l'âge de 2 mois), suivies d'un rappel entre 12 et 15 mois. Par ailleurs, **une partie de la population (environ 20 %) réside dans des territoires isolés où l'accès aux soins est plus difficile et le**

Tableau synoptique des calendriers vaccinaux recommandés		
Recommandations	Calendrier vaccinal 2008	Calendrier vaccinal en Guyane intégrant la nouvelle recommandation pour le vaccin anti-pneumococcique
Naissance	BCG	BCG, HépB (1)
2 mois	DTCP Hib (1), Pn7 (1), HépB (1)	DTCP Hib (1), Pn7 (1), HépB (2)
3 mois	DTCP Hib (2), Pn7 (2),	DTCP Hib (2)
4 mois	DTCP Hib (3), Pn7 (3), HépB (2)	DTCP Hib (3), Pn7 (2)
9 mois		FJ, ROR (1)
12 mois	ROR (1), Pn7 (rappel)	HépB (3), Pn7 (rappel)
16-18 mois	DTCP Hib (rappel), HépB (3), ROR (2)	DTCP Hib (rappel), ROR (2)
(1) : 1 ^{re} dose (2) : 2 ^e dose (3) : 3 ^e dose		

nombre de visites médicales pour les nourrissons plus limité. L'action de prévention par les vaccinations est réalisée dans ces territoires par des centres de PMI pour les enfants de moins de 6 ans et par des centres de santé dépendant du centre hospitalier de Cayenne.

Pendant, malgré leur localisation sur le littoral, les quatre maternités du département réalisent 98 % des accouchements du département.

En conséquence, le Haut conseil de la santé publique recommande que le calendrier vaccinal suivi en Guyane puisse être aménagé par rapport au calendrier vaccinal en vigueur selon les recommandations suivantes (cf. tableau synoptique ci-dessus) :

- que les nouveau-nés soient vaccinés dès la maternité contre la tuberculose et contre l'hépatite B ;
- que la vaccination contre la fièvre jaune soit effectuée dès l'âge de 9 mois, concomitamment de la première vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole ;
- que la vaccination anti-pneumococcique suive un schéma vaccinal 2 + 1 et soit

réalisée aux âges de 2 et 4 mois avec un rappel à l'âge de 12 mois ;
- que la troisième injection de vaccin contre l'hépatite B soit réalisée concomitamment de celle du rappel du vaccin anti-pneumococcique à l'âge de 12 mois.

³ Yvonne B, Coursaget P, Deubel V, et al. Simultaneous administration of hepatitis B and yellow fever vaccines. J Med Virol. 1986; 19:307-11.

⁴ Coursaget P, Fritzell B, Blondeau C, Saliou P, Diop-Mar I. Simultaneous injection of plasma-derived or recombinant hepatitis B vaccines with yellow fever and killed polio vaccines. Vaccine 1995; 13(1):109-11.

⁵ C'est-à-dire présentant l'une des infections suivantes : asplénie fonctionnelle ou splénectomie, drépanocytose homozygote, infection par le VIH, déficits immunitaires congénitaux (ou secondaires à une insuffisance rénale chronique ou un syndrome néphrotique, à un traitement immunosuppresseur ou une radiothérapie pour néoplasie, lymphome ou maladie de Hodgkin, leucémie, transplantation d'organe), cardiopathie congénitale cyanogène, insuffisance cardiaque, pneumopathie chronique (à l'exception de l'asthme, sauf les asthmes sous corticothérapie prolongée), brèche ostéoméningée, diabète.

Cet avis doit être diffusé dans sa totalité, sans ajout ni modification

Avis du Haut conseil de la santé publique relatif aux recommandations de vaccination préventive ciblée contre l'hépatite A

Séance du 13 février 2009

L'hépatite A est devenue une infection rare en France en grande partie en raison des progrès de l'hygiène : de ce fait, la réceptivité de la population française métropolitaine s'accroît régulièrement. Elle est habituellement bénigne, mais peut cependant être à l'origine de formes graves (parfois mortelles surtout chez les patients affectés par une pathologie hépatique chronique) tout particulièrement chez l'adulte. Sa transmissibilité de personne à personne (féco-orale) est élevée notamment lorsque sont atteints des enfants avant l'âge de la propreté ou des sujets souffrant de troubles du comportement, ou dans des conditions de promiscuité particulièrement étroite.

Données épidémiologiques

Les données issues de la déclaration obligatoire [1], mise en place en 2006, montrent que :

- en 2006, 1 343 cas sont notifiés dont 1 324 en métropole (incidence 2,2/100 000) et 19 dans les DOM ;
- en 2007, 1 010 cas sont notifiés dont 988 en métropole (1,6/100 000), 22 dans les DOM ;
- un tiers des cas sont notifiés en septembre et octobre, ce qui correspond à une période de retour de vacances ;
- les enfants âgés entre 0 et 15 ans sont les plus atteints (5,5/100 000 en 2006 et 3,8 en 2007) ;
- la proportion d'hospitalisations augmente avec l'âge : elle est de l'ordre de 30 % chez les moins de 16 ans, de 46 % chez les plus de 16 ans ;
- les deux principales expositions à risque sont en 2006 et 2007 :
 - l'existence de personnes atteintes d'hépatite A dans l'entourage du malade dans environ 50 % des cas, et plus particulièrement dans l'entourage familial (environ 75 %) ;

- la notion d'un séjour hors métropole dans environ 40 % des cas et pour plus de la moitié le séjour était dans un pays du Maghreb ;
- 28 % des cas rapportés sont des cas groupés en 2006, 37 % en 2007 ;
- nombreux épisodes de cas groupés touchant des gens du voyage en 2006 ;
- une épidémie communautaire avec 111 cas dans les Côtes-d'Armor en 2007 vraisemblablement liée à la consommation de coquillages contaminés ;
- cas groupés (de 2 à 23 cas) dans des établissements scolaires (15 à 20) de la maternelle au collège au cours des 2 années, de même que dans des structures pour handicapés (moins de 5 établissements par an, de 1 à 4 cas par établissement).

Les données du Centre de référence montrent que :

- le génotype I, le plus ancien en France, reste majoritaire en 2007 ;
- le génotype III, qui sévit à l'état d'endémie surtout en Inde et à Madagascar a été plus souvent isolé au cours des années 2004 à 2007 que lors des années précédentes (27 % au CNR) : il a été à l'origine d'épidémies communautaires en milieu scolaire et chez les gens du voyage et il a été à l'origine de l'épidémie des Côtes-d'Armor.

Recommandations actuelles

Les recommandations de vaccination contre l'hépatite A [2] concernent :

● Des professionnels :

- personnel impliqué dans la préparation des aliments et de la restauration collective ;
- personnel des crèches et établissements et services pour l'enfance et la jeunesse handicapée ;
- personnel s'occupant du traitement des eaux usées ;
- militaires [3].

● Des personnes exposées de manière spécifique :

- personnes (adultes non immunisés et enfants de plus de 1 an d'âge) qui vont séjourner dans les pays où l'hygiène est précaire [4] ;
- jeunes des internats des établissements et services pour l'enfance et la jeunesse handicapées ;
- patients infectés chroniques par le virus de l'hépatite B ou porteurs d'une maladie chronique du foie (notamment due à une hépatite C ou à une consommation excessive d'alcool) ;
- homosexuels masculins.

L'application des recommandations pour le voyageur s'avère difficile du fait :

- de l'insuffisance de la perception de ce risque ;
- de l'absence de recours à une consultation médicale de conseil au voyageur pour les destinations qui ne paraissent pas les nécessiter (exemple : pays du Maghreb) ;

- du coût du vaccin.

Ces difficultés sont cumulées pour les enfants dont au moins l'un des parents est originaire d'un pays de haute endémicité et qui ont grandi en France : à l'occasion d'un séjour dans leur pays d'origine, ils risquent tout particulièrement de contracter l'hépatite A et ils peuvent être contaminés dans leur communauté de vie par un voyageur venant d'un pays d'endémie. La prise en compte de la situation de ces enfants est à considérer particulièrement non seulement du fait de la fréquence chez eux des cas d'hépatite A, mais encore en raison du risque que des épidémies ne se développent à partir de tels cas. D'ailleurs, la vaccination de ces enfants d'immigrés avant un voyage au pays d'origine a permis de faire disparaître les petites épidémies d'hépatite A dans certains zones d'Europe [5].

Hypothèse d'une vaccination généralisée

Dans les pays développés comparables à la France, où la réceptivité de la population s'accroît régulièrement et le risque d'épidémie est important, la possibilité d'une vaccination généralisée peut être envisagée. Mais, une vaccination généralisée contre l'hépatite A n'est proposée aujourd'hui dans aucun pays européen. Seuls quelques pays comme Israël et les États-Unis la recommandent.

En conséquence, le Haut conseil de la santé publique considère que, en France aujourd'hui, une vaccination généralisée contre l'hépatite A serait disproportionnée compte tenu de la faible incidence de la maladie.

Le Haut conseil de la santé publique recommande d'étendre les indications définies dans le calendrier vaccinal 2008 :

- à l'ensemble du personnel s'occupant d'enfants n'ayant pas atteint l'âge de la propreté ;
- aux jeunes et au personnel des structures collectives de garde pour personnes handicapées ;

● aux patients atteints de pathologies hépato-biliaires chroniques susceptibles d'évoluer vers une hépatopathie chronique dont la mucoviscidose.

Le Haut conseil de la santé publique recommande également de vacciner à partir de l'âge de 1 an, les enfants des familles dont l'un des membres (au moins) est originaire d'un pays de haute endémicité et qui seront susceptibles d'y séjourner.

De plus, le Haut conseil de la santé publique :

- réaffirme la recommandation de vacciner les voyageurs susceptibles de séjourner dans les pays où l'hygiène est précaire [6] ;
- souhaite que le vaccin soit remboursé pour les personnes ciblées dans ces recommandations.

NB : la vaccination autour d'un ou plusieurs cas d'hépatite A est envisagée dans un avis spécifique.

Références

[1] Couturier E, Letort M.J, Roque A.M, Dussaix E, Delarocque-Astagneau E. Hépatite aiguë A en France en 2006. Première année de surveillance par la déclaration obligatoire. Bull Epidemiol Hebd., 17 juillet 2007; 29-30.

[2] Calendrier vaccinal 2008 – Avis du Haut Conseil de la santé publique. Bull Epidemiol Hebd., 22 avril 2008; 16-17.

[3] Calendrier vaccinal dans les armées (circulaire ministérielle n° 3068/DEF/DCSSA/AST/TEC/EPID du 14 décembre 2007). In: Direction générale de la santé, Comité technique des vaccinations. Guide des vaccinations. Edition 2008. Saint-Denis: Editions Inpes, 2008, 62-63.

[4] Recommandations sanitaires pour les voyageurs 2008 (à l'attention des professionnels de santé). Bull Epidemiol Hebd., 24 juin 2008; 25-26.

Organisation mondiale de la santé, International travel and health 2008. <http://www.who.int/ith/maps/en/index.html>

[5] Sonder JGB, Bovée LPMG, Baayen TD, Coutinho RA, Van Den Hoek JAR. Effectiveness of a hepatitis A vaccination program for migrant children in Amsterdam, The Netherlands. 1992-2004. Vaccine 2006; 24:4962-8.

[6] Recommandations sanitaires pour les voyageurs 2009. À paraître dans le BEH du 2 ou du 9 juin 2009.

Cet avis doit être diffusé dans sa totalité, sans ajout ni modification

Avis du Haut conseil de la santé publique relatif à la vaccination autour d'un (ou de plusieurs) cas d'hépatite A

Séance du 13 février 2009

● L'hépatite A est devenue une infection rare en France en grande partie en raison des progrès de l'hygiène. De ce fait, la réceptivité de la population française métropolitaine s'accroît régulièrement.

Une enquête nationale de séroprévalence des maladies à prévention vaccinale menée dans le cadre d'une étude européenne (ESEN, 1998-1999) a estimé la séroprévalence anti-VHA à 14 % (16-20 ans), 23 % (21-25 ans), 31 % (26-30 ans), 49 % (31-35 ans), 48 % (36-40 ans) et supérieure à 65 % pour les plus de 40 ans. A partir de ces données, il est possible de considérer que les sujets nés avant 1945 (âgés de plus de

40 ans lors de cette enquête) ont une probabilité élevée d'être immunisés contre l'hépatite A.

● L'hépatite A est habituellement bénigne, mais peut cependant être à l'origine de formes graves (exceptionnellement mortelles, frappant alors surtout les patients affectés par une pathologie hépatique chronique). Les formes symptomatiques, d'évolution prolongée, et les formes graves sont plus fréquentes chez l'adulte.

● Sa transmissibilité de personne à personne (féco-orale) est élevée notamment lorsque sont atteints des enfants avant l'âge de la propreté ou des sujets souffrant de troubles du comportement ou dans des conditions de promiscuité particulièrement étroite.

Une des principales circonstances de contamination mises en évidence par la déclaration obligatoire [3] est la présence de personnes atteintes d'hépatite A dans l'entourage du malade (dans environ 50 % des cas) et plus particulièrement dans l'entourage familial (environ 75 %).

Par ailleurs, plusieurs épidémies sont survenues en 2006 et 2007 :

- nombreux épisodes de cas groupés touchant des gens du voyage en 2006 ;
- une épidémie communautaire avec 111 cas dans les Côtes-d'Armor en 2007, vraisemblablement liée à la consommation de coquillages contaminés ;