

Résumé RhumatoDPC du 6 juin 2024 :

Les vaccins / mise à jour au mois d'avril 2024 « Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales en 2024 » :

1. Rappel sur les recommandations des vaccins anti pneumococciques :

1.1 Pour qui ?

Les personnes à risque élevé de contracter une infection à pneumocoque sont les suivantes :

a) Patients immunodéprimés (patients concernés par les recommandations de vaccination des immunodéprimés) :

- Aspléniques ou hypospléniques (incluant les syndromes drépanocytaires majeurs) ;
- Atteints de déficits immunitaires héréditaires ;
- Infectés par le VIH ;
- Patients présentant une tumeur solide ou une hémopathie maligne ;
- Transplantés ou en attente de transplantation d'organe solide ;
- Greffés de cellules souches hématopoïétiques ;
- Traités par immunosuppresseur, biothérapie et/ou corticothérapie pour une maladie auto-immune ou inflammatoire chronique ;

1.2 Modalités de vaccination :

Adultes âgés de 18 ans et plus, à risque élevé d'IP	
Recommandations actuelles	Recommandations à appliquer lorsque le Vaccin VPC20 (Prevenar20®) sera disponible et pris en charge par l'assurance maladie
Personnes non antérieurement vaccinées : primovaccination pneumococcique par une dose de VPC13 suivie d'une dose de VPP23, en respectant un délai minimal de 8 semaines entre les deux injections. Une injection ultérieure de VPP23 pourra être réalisée en respectant un délai minimal de cinq ans par rapport à la date de la précédente injection de VPP23.	Personnes non antérieurement vaccinées : primovaccination pneumococcique par une dose unique de vaccin VPC20.
Personnes n'ayant reçu antérieurement que le vaccin VPP23 : une dose de VPC13 si la vaccination antérieure avec le VPP23 remonte à plus de 1 an. L'injection ultérieure d'une nouvelle dose de VPP23 sera réalisée dans un délai d'au moins 5 ans par rapport à la date de la précédente injection de VPP23.	Personnes n'ayant reçu antérieurement qu'une seule dose de VPC13 ou qu'une seule dose de VPP23 : une dose de VPC20, si la vaccination antérieure remonte à plus de 1 an.
Personnes déjà vaccinées avec la séquence VPC13-VPP23 : une nouvelle dose de VPP23 en respectant un délai d'au moins 5 ans par rapport à la date de la précédente injection de ce même vaccin.	Personnes déjà vaccinées avec la séquence VPC13-VPP23 : une dose de VPC20 en respectant un délai minimal de 5 ans après la précédente injection de VPP23.

La nécessité de revaccinations ultérieures pourra être reconsidérée en fonction de la disponibilité des données d'efficacité.

VPC13 : vaccin pneumococcique conjugué 13-valent (Prevenar 13®)

VPP23 : vaccin pneumococcique polysidique non conjugué 23-valent (Pneumovax®) ;

VPC15 : vaccin pneumococcique conjugué 15-valent (Vaxneuvance®)

VPC20 : vaccin pneumococcique conjugué 20-valent (Prevenar20®)

1.3 Quelle est la stratégie vaccinale en situation de pénurie du VP23 ?

Les tensions récentes sur le Pneumovax® pouvant être durables, la HAS a défini les personnes devant prioritairement recevoir ce vaccin. Il s'agit :

- des enfants à risque élevé d'infection à pneumocoque (IP) qui, après vaccination par le vaccin VPC13 ou le VPC15, doivent recevoir une dose de vaccin VPP23 à l'âge de 2 ans ;
- des populations à risque élevé d'IP non antérieurement vaccinées et dont la maladie ou la comorbidité justifiant la vaccination a été nouvellement diagnostiqué ;

Pour les autres populations à risque élevé d'IP (populations diagnostiquées avant 2017 ou antérieurement vaccinées), la dose de VPP23 pourra être reportée à la fin de la période de pénurie.

Pour les personnes à risque élevé d'IP ayant reçu la séquence VPC13-VPP23 et devant recevoir une dose de VPP23 cinq ans après la première injection de VPP23, cette revaccination peut être reportée à la fin de la période de pénurie.

1. Vaccin anti Zona : Shingrix :

2.1 Pour qui ? et modalités de vaccination :

La vaccination contre le zona est recommandée chez les personnes âgées de 18 ans et plus, immunodéprimées (déficit immunitaire primitif ou acquis, traitement immunosuppresseurs), avec le vaccin Shingrix®, selon un schéma à deux doses espacée de 2 mois entre chaque dose.

Ainsi, pour nos patients immunodéprimés : Le vaccin shingrix peut être proposé à nos patients de plus de 65 ans ou ceux sous traitement IS augmentant le risque de zona.

Pour cela, il faut faire une ordonnance : Shingrix, 1 injection IM, suivie d'une seconde 2 mois plus tard. Puis écrire en dessous : Prescription au titre de l'accès direct.

Information délivrée par le laboratoire GSK ce mois ci

Rueil-Malmaison, le 21 Juin 2024,

Objet : Précisions sur la prise en charge du vaccin Shingrix au titre de l'accès direct

Madame, Monsieur,

Depuis le 28 mai 2024 et pour une durée maximale d'un an, Shingrix est pris en charge à 100 % par l'assurance maladie dans les établissements de santé au titre du dispositif d'accès direct prévu à l'article 62 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022.

L'accès direct est un nouveau dispositif en expérimentation qui permet une prise en charge pour certains médicaments dès l'obtention de l'avis de la Haute Autorité de santé (HAS).

Concrètement, le vaccin pourra être pris en charge, conformément aux recommandations de la HAS :

- si l'ordonnance porte la mention suivante : « Prescription au titre de l'accès direct »,
- et si le vaccin est délivré au cours d'une hospitalisation ou par la pharmacie à usage intérieur (PUI) de l'établissement de santé dans le cadre de la rétrocession.

A ce jour aucun remboursement n'est possible en pharmacie de ville.

Notre Département d'Information et d'Accueil Médical est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire au 01.39.17.84.44 ou diam@gsk.com

Nous vous prions de recevoir, Madame, Monsieur, nos sincères salutations.

2. Epidémie de Coqueluche :

Recrudescence de la coqueluche en Europe et en France au 1er trimestre 2024, Santé publique France signale une **situation épidémique sur le territoire avec une circulation très importante de la bactérie sur les premiers mois de l'année.**

Début juin 2024, les différents indicateurs de surveillance de la coqueluche suivis par Santé publique France confirment la **résurgence de la maladie sur le territoire national avec des hausses importantes observées sur les dernières semaines.** Sur les 5 premiers mois de l'année 2024, les données 3-Labos recensent près de 7000 PCR positives (contre 518 pour toute l'année 2023) et les données du réseau hospitalier RENACOQ rapportent 46 cas chez des nourrissons de moins de 12 mois (contre 41 cas en 2023).

Nous attirons donc votre attention sur cette situation, notamment en prévision de la **période estivale de recrudescence saisonnière de la coqueluche** et des grands rassemblements prévus cet été en lien avec les Jeux Olympiques et Paralympiques. Nous vous rappelons l'importance de **vacciner votre patientèle particulièrement les femmes enceintes, chez qui la couverture vaccinale est insuffisante, ce qui peut avoir pour conséquence la transmission de la maladie aux nouveau-nés et jeunes nourrissons qui n'ont pas encore eu le temps d'être vaccinés et qui font les formes les plus graves voire mortelles de coqueluche.**

La meilleure protection repose sur la vaccination. Le nombre de cas de coqueluche a très fortement diminué depuis l'introduction de la vaccination, cependant la bactérie continue à circuler car les vaccins recommandés, bien que très efficaces, induisent une protection limitée dans le temps rendant nécessaires les rappels vaccinaux. **Les nourrissons trop jeunes pour être vaccinés (ceux âgés de moins de 2 mois), les nourrissons de moins de 6 mois et les adolescents et les adultes qui ont perdu la protection due au vaccin sont les populations les plus touchées.**

Selon le calendrier vaccinal en vigueur:

- La protection des nouveau-nés et jeunes nourrissons repose sur **la vaccination des femmes enceintes** ou de **l'entourage des nouveau-nés** (stratégie du cocooning) selon l'avis de la Haute Autorité de santé du 7 avril 2022 qui recommande :
 - o La vaccination des femmes enceintes à partir du 2ème trimestre de grossesse de préférence entre 20 et 36 semaines d'aménorrhée. Cette vaccination réduit de moitié les hospitalisations et de 95% les décès liés à la coqueluche des moins de 3 mois ;
 - o La vaccination des personnes de l'entourage proche du nourrisson, lorsque la mère n'a pas été vaccinée pendant la grossesse, ou a été vaccinée moins d'un mois avant l'accouchement.
- La vaccination obligatoire des nourrissons comporte une primovaccination à deux injections à deux mois d'intervalle, à l'âge de **2 mois (8 semaines) et 4 mois**, suivie d'un rappel à l'âge de **11 mois (vaccins combinés hexavalents)**. **Ce schéma ne doit pas être différé.**
- Un rappel est recommandé à l'âge de **6 ans** avec une combinaison vaccinale tétravalente à doses entières d'anatoxines diphtériques et tétaniques et d'antigène coquelucheux (**DTCaPolio : InfanrixTetra® / Tétravac-acellulaire® disponibles**) puis à **11-13 ans** avec une combinaison vaccinale tétravalente à doses réduites d'anatoxines diphtérique et tétanique et d'antigènes coquelucheux (**dTcaPolio : Boostrixtetra® / Repevax® disponibles**) ;
- Chez les adultes, la vaccination de la coqueluche est recommandée par un rappel à l'âge de **25 ans** (rattrapage possible jusqu'à 40 ans) et dans le cadre de la stratégie du cocooning (pour l'entourage du nourrisson au cours de ses six premiers mois de vie) ;
- **Chez les professionnels de santé et de la petite enfance, les rappels à 25, 45 et 65 ans doivent désormais comporter la valence coquelucheuse (dTTPca).**

La mise en œuvre des **mesures vis-à-vis du cas et de son entourage a été rappelée dans l'avis du HCSP du 18 novembre 2022**, en particulier pour les personnes à risque (personnes souffrant d'une maladie respiratoire chronique, immunodéprimés, les femmes enceintes) et dans des collectivités à risque :

- Mise en place de mesures barrières (lavage des mains et port du masque),

- Mise en œuvre d'un traitement antibiotique (macrolides),
- Eviction du cas pendant sa période de contagiosité (3 semaines après le début des symptômes si aucun traitement antibiotique adapté n'a été prescrit ou jusqu'au 3ème ou 5ème jour du traitement selon l'antibiotique choisi),
- Mise à jour de la vaccination de la population exposée, en utilisant bien un vaccin contenant la valence coquelucheuse (dTPca),
- Antibioprophylaxie des sujets contacts proches non protégés par la vaccination (enfants non ou incomplètement vaccinés selon l'âge, enfants dont la dernière dose date de plus de 5 ans, adultes non vaccinés ou dont la vaccination remonte à plus de 5 ans) et des contacts occasionnels à risque de forme grave et non protégés par la vaccination.

La confirmation microbiologique des cas repose sur l'isolement de la bactérie (culture) et surtout la détection de son matériel génétique par PCR à partir d'une aspiration ou d'un prélèvement nasopharyngé.

La vaccination de la femme enceinte contre la coqueluche, recommandée depuis avril 2022, est à promouvoir d'urgence pour protéger les nourrissons dans les premiers mois de vie, qui font les formes les plus graves de la maladie.

Dr Grégory EMERY
Directeur Général de la Santé

Pour plus d'informations :

- [Page Actualité Coqueluche sur le site de Santé publique France](#) ;
- [Calendrier vaccinal](#) ;
- [Avis Has du 7 avril 2022 relatif aux recommandations vaccinales contre la coqueluche chez la femme enceinte](#) ;
- [Site du Centre national de référence de la coqueluche et des autres bordetelloses](#) ;
- [Avis HCSP du 18 novembre 2022 relatif à la conduite à tenir autour d'un ou plusieurs cas de coqueluche.](#)

ANNEXE

Rappel sur la coqueluche

La coqueluche est une infection bactérienne peu ou pas fébrile de l'arbre respiratoire inférieur d'évolution longue et hautement contagieuse.

Deux bactéries du genre *Bordetella* sont responsables des syndromes coquelucheux chez l'Homme : essentiellement *Bordetella pertussis* et *Bordetella parapertussis*.

La transmission se fait principalement dans la famille ou en collectivités au contact d'une personne malade présentant une toux.

La contagiosité est maximale la première semaine, elle diminue avec le temps pour être considérée comme nulle après trois semaines d'évolution sans traitement antibiotique ou après 3 à 5 jours d'antibiothérapie selon l'antibiotique choisi. La période d'incubation moyenne est de 10 jours (extrêmes 7 à 21 jours) et son expression clinique est variable selon les personnes et les âges.

Le diagnostic de la coqueluche se fait donc selon plusieurs modalités :

– **Le diagnostic clinique** de la coqueluche est variable selon les personnes. Il existe plusieurs critères pour établir le diagnostic :

o Le déroulement de la maladie : débute pendant les 4 à 6 premiers jours par des signes discrets d'infection des voies respiratoires supérieures : rhinite, toux légère. Puis la toux persiste, et se modifie au lieu de s'améliorer comme c'est généralement le cas pour une rhinopharyngite banale. La fièvre est en général discrète ou absente ;

o Une toux persistante au-delà de 7 jours et son aggravation font évoquer le diagnostic d'autant plus qu'elle devient caractéristique (spasmodique en particulier nocturne, survenant de façon paroxystique). Classiquement quinteuse et émétisante voire asphyxiante chez le nourrisson et l'enfant, la toux de la coqueluche chez l'adulte peut ne revêtir aucune de ces caractéristiques.

– Il est à noter que les vaccins coquelucheux acellulaires ont une efficacité

estimée entre 70 % chez l'adolescent et 84 % chez le nourrisson avec un déclin avec le temps. Un antécédent de vaccination, même récent, ne doit pas faire écarter la suspicion de coqueluche en cas de toux persistante.

– **Epidémiologique** :

o Identification d'un cas primaire dans l'entourage, à savoir une personne avec toux prolongée dans les 3 semaines avant le début des symptômes du cas à investiguer ;

o Ou identification d'un cas secondaire, à savoir début d'une toux chez une personne en contact avec le cas à investiguer dans les 3 semaines après le début des symptômes de ce dernier.

– **Biologique** : prélèvement pour culture et/ou PCR par aspiration ou écouvillonnage nasopharyngé selon les modalités suivantes :

o durée de la toux < 15 jours : diagnostic direct par culture et PCR en temps réel (PCR-TR) ;

o 15 jours ≤ durée de la toux < 21 jours : diagnostic direct par PCR-TR ;

o durée de la toux ≥ 21 jours : diagnostic clinique avant tout. Réaliser des PCR-TR chez les cas secondaires éventuels.

La PCR est le diagnostic le plus sensible et elle est pratiquée par de nombreux laboratoires. Elle n'a plus lieu d'être pratiquée après trois semaines de toux. La PCR et la culture sont remboursées par l'Assurance maladie.