

DOSSIER

VACCIN EN DAN

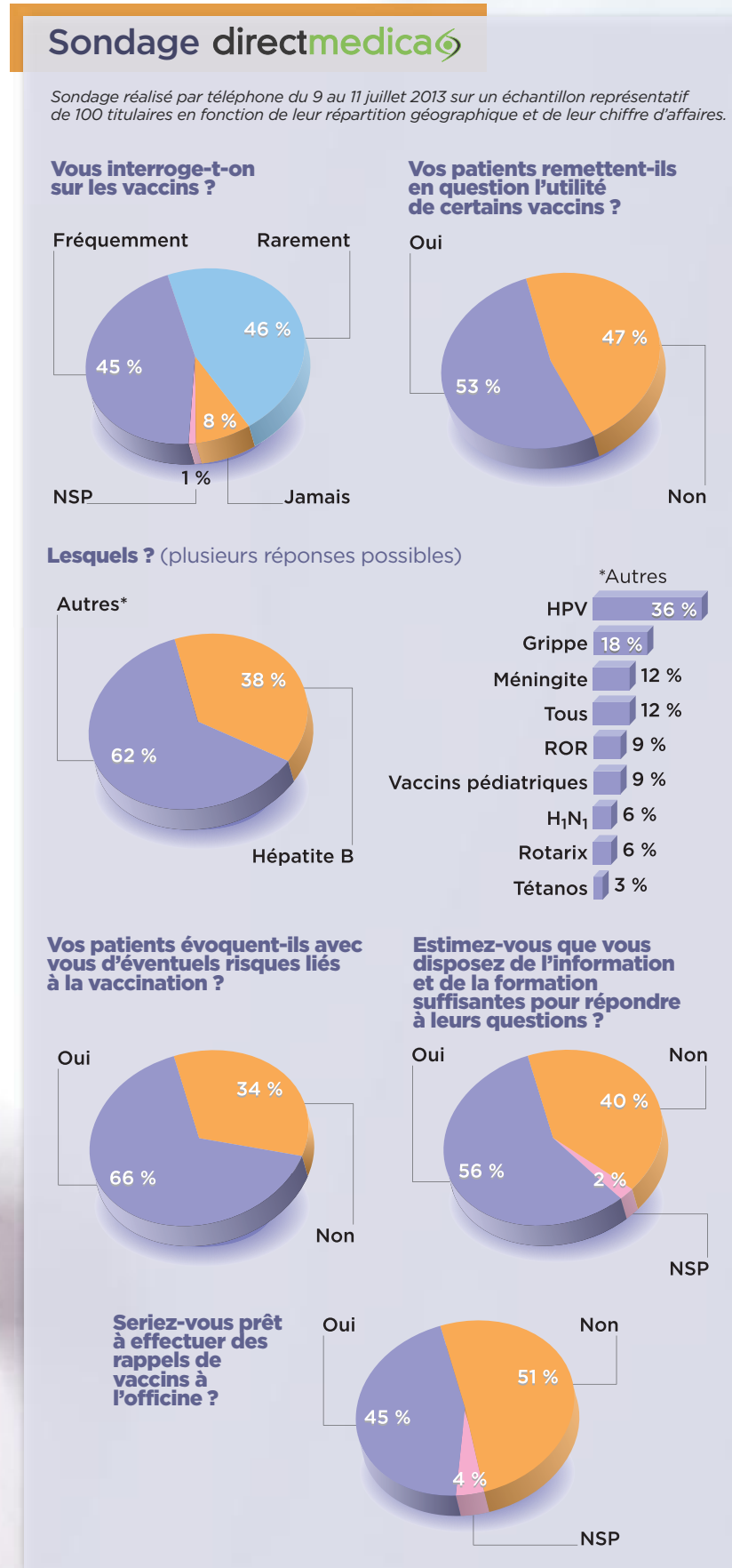


ATION GER

La couverture vaccinale est très insuffisante, parfois même en baisse, pour certains vaccins et populations. Pourquoi ces réticences ? Comment redonner confiance et améliorer la vaccination ?

Par Isabelle Latour

La loi de santé publique de 2004 avait fixé des niveaux de couverture vaccinale de 95 % pour tous les vaccins dans toutes les tranches d'âge (sauf pour la grippe : 75 %). En 2012, les chiffres étaient globalement inférieurs ⁽¹⁾, mais avec des différences nettes selon l'âge et le vaccin. « La couverture des nourrissons est excellente pour les vaccins DTCP *Hæmophilus* (98 %), contre le pneumocoque conjugué (environ 90 %) et l'hépatite B (en progression avec près de 80 %), mais insuffisante pour la rougeole (90 % avant deux ans pour la première dose alors qu'il faudrait un taux supérieur à 95 %, 60 % pour la deuxième dose alors qu'il faudrait un taux supérieur à 80 %) », précise Daniel Floret, président du Comité technique des vaccinations. Autre constat, la couverture diminue avec l'âge. Le taux de rappel du DTPolio à 6 ans est correct (supérieur à 90 % pour le DTPolio associé à la coqueluche), mais pas chez les adultes (environ 60 % au-delà de 65 ans). Outre la rougeole, les vaccinations les plus en



diminution sont celles contre le méningocoque C, le papillomavirus/HPV et la grippe, même chez les populations à risque (baisse constante depuis trois ans). Cependant, indique Daniel Floret, « la couverture vaccinale pour tous les vaccins à plus de 95% n'est pas réaliste. Le Haut Conseil de

●●● la santé publique devrait revoir prochainement ces objectifs. »

Des controverses sur des effets indésirables supposés ou sur la survenue de maladies apparaissent régulièrement, portées, démultipliées par certains médias et le lobby antivaccination (lire encadré p. 23). Les suspicions qui ont notamment entouré le vaccin contre l'hépatite B ont entraîné une défiance contre les vaccins en général. De même, la dangerosité supposée des adjuvants sème le doute. Récemment, l'aluminium, l'un

des adjuvants les plus utilisés, a été accusé par des patients d'être responsable de la myofasciite à macrophages, maladie rare très invalidante. Soutenus par l'association E3M et plusieurs politiques, ces patients veulent obliger l'Etat à proposer à ceux qui le souhaitent un vaccin sans aluminium pour les enfants, notamment pour le vaccin DTPolio. « La myofasciite à macrophages n'est pas à proprement parler une maladie mais un marqueur biologique déterminant la présence prolongée d'aluminium dans les muscles. Toutefois, le lien avec les vaccins est plus que spéculatif », indique Jean-Louis Koeck, chef du service de biologie clinique et du centre de vaccinations inter-

nationales à l'hôpital Robert-Picqué de Bordeaux. « La polémique autour de cet adjuvant existe essentiellement dans notre pays. Les autorités de santé ont rappelé devant le Sénat qu'il n'y avait aucune preuve scientifique de leur nocivité », ajoute Daniel Floret. Dans un rapport mis en ligne le 29 juillet dernier, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) « estime que les données scientifiques disponibles à ce jour ne permettent pas de remettre en cause la sécurité des vaccins contenant de l'aluminium, au regard de leur balance bénéfiques/risques. » Le HCSP encourage néanmoins les recherches visant à évaluer la sécurité des adjuvants disponibles et en dévelop-

« Il existe des situations où on ne vaccine pas assez (méningocoques, HPV, rougeole) et d'autres où l'on vaccine trop (DTCP) . »

Jean-Louis Koeck, médecin biologiste et professeur agrégé

L'aluminium, l'un des adjuvants les plus utilisés, a été accusé par des patients d'être responsable de la myofasciite à macrophages.



Plus d'un adulte sur deux a perdu son carnet de vaccination. D'où l'idée d'un carnet de vaccination électronique.

pement. « Les vaccins sont des produits bioactifs pouvant malgré tout entraîner des effets indésirables. La survaccination doit absolument être évitée et il est recommandé de ne vacciner que ce qui est nécessaire », signale Jean-Louis Koeck.

Autre sujet, la rougeole a longtemps été assimilée, dans notre pays, à une maladie infantile bénigne, sans danger. L'épidémie survenue entre 2008 et 2012 (plus de 24 000 personnes, causant plus de 1 000 pneumopathies graves et 30 complications neurologiques à type d'encéphalite ou myélite,) a conduit les autorités de santé à reconsidérer celle-ci comme un danger grave pour la santé. Mais, parce qu'elle s'adresse à des personnes en bonne santé, la vaccination a toujours bénéficié d'une image double. Elle est également victime de son succès : « Lorsqu'une maladie est éradiquée, seul reste le souvenir des possibles effets secondaires des vaccins », explique Jean-Paul Chiron, professeur de microbiologie à la faculté des sciences phar-



des rappels à âge fixe et la suppression de certains rappels. Enfin, la coexistence de vaccins obligatoires (DTP) et d'autres recommandés contribue à créer une certaine confusion, ceux recommandés pouvant apparaître comme facultatifs. « L'obligation ne porte pas forcément sur les bons vaccins (par exemple, il y a beaucoup plus de risques en France de mourir d'une méningite à pneumocoque que de la diphtérie). Il s'agit d'un problème politique et sociétal : faut-il une obligation ou pas ? Le Haut Conseil de la santé publique doit se prononcer là-dessus très prochainement », intervient Daniel Floret. Pour l'Académie nationale de pharmacie (2), le souhait est qu'un certain nombre de vaccins deviennent obligatoires, « notamment le ROR », confirme Jean-Paul Chiron.



« Lorsqu'une maladie est éradiquée, seul reste le souvenir des possibles effets secondaires des vaccins. »

Jean-Paul Chiron, professeur de microbiologie à la faculté de Tours

Expliquer que l'intérêt de certains vaccins est individuel

Les dernières campagnes contre la rougeole et contre la grippe n'ont pas relancé la vaccination. Quelle communication mener auprès du public ? Peut-être rappeler les succès de la vaccination : élimination de la variole, quasi-élimination de la poliomyélite (en Europe), réduction drastique de la mortalité de la rougeole, contrôle d'autres maladies (diphtérie, tétanos, coqueluche, *Hæmophilus*

maceutiques de Tours, président honoraire de l'Académie nationale de pharmacie. Le risque apparaît, le bénéfice disparaît. « On perd ainsi le réflexe vaccination. »

« L'obligation ne porte pas forcément sur les bons vaccins »

En outre, « les adultes connaissent rarement leur propre statut vaccinal et les médecins ignorent souvent celui de leurs patients », constate Daniel Floret. Plus d'un adulte sur deux a perdu son carnet, ce qui ne facilite pas le suivi. D'où l'idée du carnet de vaccination électronique, un outil développé par le Groupe d'études en préventologie regroupant une quarantaine d'experts bénévoles, avec un financement des ARS. « L'énorme décalage existant entre les recommandations vaccinales, nombreuses et complexes, et leur application a été le point de départ du projet. On s'est aperçu que les personnes qui en avaient le plus besoin étaient les moins bien vaccinées », explique Jean-Louis Koeck, l'un des initiateurs de l'« e-carnet ». Plus généralement, selon le médecin, « il existe des situations où on ne vaccine pas assez (méningocoque, HPV, rougeole) et d'autres où l'on vaccine trop (DTCP). Là, on fait de la survaccination inutile. Le carnet électronique permet de garder les traces vaccinales pour chacun et d'appliquer les recommandations au cas par cas. » Il est possible de créer très facilement et gratuitement un carnet électronique via le site mesvaccins.net. L'accès est ouvert au public et aux professionnels de santé. Seulement 700 officines environ sont abonnées (le carnet du patient est alimenté en fonction de la délivrance des vaccins). Autre frein, la complexité du calendrier vaccinal, pourtant simplifié cette année, notamment par un remplacement des rappels décennaux par

Le corps des anti

Les ligues antivaccination existent depuis longtemps, depuis l'apparition du vaccin contre la variole en fait. Les raisons de leur existence sont religieuses, idéologiques ou encore basées sur l'idée que l'obligation vaccinale est une violation des libertés individuelles, de l'intégrité corporelle. Une idée défendue notamment par la Ligue nationale pour la liberté des vaccinations*. « Nous considérons que la vaccination ne sert à rien. Il n'y a aucune preuve que les vaccins aient éliminé ou combattu avec efficacité les maladies. Il y a encore de nombreux cas de variole à travers le monde. De plus, on continue de vacciner contre des maladies qui n'existent plus en France, notamment avec le DTP, qui de plus est obligatoire ! », commente son président Jean-Marie Mora. La ligue met

également en avant l'inutilité, selon elle, de protéger les enfants contre des maladies bénignes (rougeole, rubéole) ou improbables (« vacciner contre le tétanos n'a aucun intérêt chez les jeunes puisque la maladie ne touche que les plus âgés, après 75 ans »). Elle estime possible le lien entre vaccinations massives et précoces et apparition ou augmentation d'autres maladies (troubles du caractère, allergies, maladies auto-immunes, autisme, etc.). Avec Internet et les réseaux sociaux, ces ligues sont devenues encore plus actives, plus pénétrantes. L'INPES procède à une veille sur Internet afin de publier des contre-articles et démentir leurs affirmations.

* www.infovaccin.fr/presentation-de-la-ligue.html
Voir aussi : Groupe médical de réflexion sur les vaccins : www.infovaccins.ch



« Si la couverture vaccinale n'est pas suffisante chez le nourrisson (80-90%), on crée un déplacement de la maladie vers l'adulte, chez qui elle peut être beaucoup plus grave. »

Daniel Floret, président du Comité technique des vaccinations

- *influenzae de type b, oreillons, rubéole, rotavirus, hépatite B, rage, typhoïde, fièvre jaune).* Expliquer également que l'intérêt de certains vaccins est individuel (la protection individuelle apportée par les vaccins contre le tétanos par exemple ne modifie pas l'épidémiologie des maladies) et pour d'autres collectif, créant une immunité de groupe, avantage moins bien compris par la population. « Au-delà d'un certain seuil de sujets immuns (95 % pour la rougeole par exemple), le germe s'arrête de circuler. Pour le méningocoque C, si on avait un taux de couverture vaccinale correct chez les adultes jeunes, les enfants et les adolescents, on protégerait le reste de la population », commente Daniel Floret.

Tous les vaccins ont-ils vraiment un intérêt ?

Les vaccins contre le rotavirus ou la varicelle ont-ils vraiment une justification ? « Celui contre le rotavirus a un impact indiscutable sur le risque d'hospitalisation des nourrissons, affirme Daniel Floret. Le problème est son coût élevé. » Quid du vaccin contre la varicelle, considérée comme bénigne mais très fréquente ? « Si la couverture vaccinale

n'est pas suffisante chez le nourrisson (au moins 80-90 %), on crée un déplacement de la maladie vers l'adulte chez qui la maladie peut être beaucoup plus grave », signale Daniel Floret. Quant au vaccin anti-HPV, il suscite encore des doutes quant à son utilité et sa durée de protection. Commentaire de Daniel Floret : « On sait que le taux d'anticorps après vaccination diminue mais se stabilise à un plateau élevé, supérieur au taux protecteur. On a de bonnes raisons de croire qu'il va protéger longtemps. » Ces doutes sur l'intérêt des nouveaux vaccins ont souvent comme origine les liens supposés entre autorités de santé et industrie. La pandémie grip-pale de 2009, il est vrai, a jeté le trouble. Mais Daniel Floret de souligner « qu'en matière d'expertise, les recommandations qui sont faites sont totalement indépendantes ». C'est en tout cas le message que souhaite faire passer le Comité technique des vaccinations.

(1) D'après l'Institut de veille sanitaire.

(2) Recommandations de l'Académie nationale de pharmacie d'octobre 2012 (« La vaccination : un acte individuel pour un bénéfice collectif »). Rapport de février 2011 (« Le rôle des pharmaciens dans la prise en charge de la vaccination »). www.acad-pharm.org

LES RÔLES DU PHARMACIEN

Au Portugal, comme en Suisse, les pharmaciens sont autorisés à vacciner après une formation spécifique et une certification par les autorités sanitaires.

Plusieurs publications et déclarations se prononcent pour une implication plus large du pharmacien dans la vaccination. Jusqu'où élargir son rôle ?

Le pharmacien pourrait intervenir dans le suivi et le contrôle des vaccinations, comme le recommande l'Académie de pharmacie. « On étudie la possibilité que les vaccins puissent être inscrits à vie dans le DP dès leur dispensation », explique Jean-Paul Chiron. « Le pharmacien y noterait les vaccins, les rappels, avec l'affichage d'alertes, en lien avec les recommandations officielles », rapporte Isabelle Adenot, présidente de l'Ordre national des pharmaciens. Parallèlement, « la mise en œuvre d'une formation plus soutenue sur la vaccination – dans le cursus initial du pharmacien et dans le DPC – est un élément fondamental à développer pour un meilleur suivi », ajoute Jean-Paul Chiron.

Du conseil et du suivi de la vaccination à l'administration du vaccin, il n'y a qu'un pas que le pharmacien pourrait être autorisé à franchir, comme le prévoit la loi HPST. En avril dernier, Marisol Touraine a indiqué, lors d'une intervention au Sénat, que des pistes étaient à l'étude pour étendre l'autorisation de prescrire et de réaliser des vaccins à d'autres professionnels de santé que les médecins. Le pharmacien pourrait ainsi être autorisé à effectuer des rappels de vaccins chez les adultes. La pharmacie pourrait aussi être le lieu d'une vaccination par un infirmier. Mais infirmiers et médecins ne voient pas les choses ainsi. Pour Roger Rua, président du Syndicat des médecins libéraux, « contrairement au suivi des AVK, le transfert d'activité médecins/phar-



« Actuellement, on tend à élargir le rôle des pharmaciens en oubliant les infirmiers, alors qu'il faudrait plutôt mobiliser chacun dans son domaine de compétence. »

Philippe Tisserand, président de la Fédération nationale des infirmiers

maciens est plus difficile à faire pour les vaccins. Il faut piquer les patients, sans danger, en limitant les contre-indications. La vaccination doit être intégrée à une consultation et s'inscrire dans un cadre global de prévention. « Il s'agit de restaurer la confiance des patients vis-à-vis de la vaccination et il faut un point d'ancrage : le médecin traitant. Nous ne sommes pas favorables à ce que le pharmacien vaccine car cela pourrait désorganiser le système », poursuit Claude Leicher, président de MG-France, la fédération de syndicats des médecins généralistes.

« Actuellement, on tend à élargir le rôle des pharmaciens en oubliant les infirmiers, alors qu'il faudrait plutôt mobiliser chacun dans son domaine de compétence », intervient Philippe Tisserand, président de la Fédération nationale des infirmiers. Pour le moment, aucun débat n'a été lancé entre la ministre et les syndicats de pharmaciens. Interrogé sur le sujet, Gilles Bonnefond, président de l'USPO, a indiqué qu'il était tout à fait envisageable de s'appuyer sur le réseau officinal pour améliorer la couverture vaccinale, en rendant par exemple la vaccination accessible à la population ayant des difficultés d'accès aux médecins et infirmiers. Il a toutefois insisté sur l'importance d'éviter tout contentieux entre professionnels de santé et de discuter préalablement les points suivants : pour quelle rémunération, dans quelles conditions et quid de la responsabilité ?

Mais qu'en pensent les officinaux ? « Oui si la vaccination a lieu à l'officine avec une infirmière, répond Maxime Carpentier, pharmacien à Paris. On peut par exemple envisager d'organiser une séance à telle date pour les patients. » « Je ne suis pas favorable à la vaccination par le pharmacien : où trouver le temps, dans quel local et qu'en sera-t-il de notre responsabilité en cas de problème ? En revanche, on peut inciter les patients à se faire vacciner, vérifier s'ils sont à jour, leur avancer leur vaccin avant le passage chez le médecin », déclare Paul Martin, pharmacien à Dijon.

50 % des pharmaciens des Yvelines prêts à promouvoir le vaccin DTCP

Des expérimentations ont cependant eu lieu dans les officines. Ainsi, le syndicat des pharmaciens des Yvelines ⁽¹⁾ a décidé, en 2009, de lancer une action autour du vaccin DTCP, partant du constat que la coqueluche est la première cause de mortalité par infection chez le jeune enfant. Or, dans

80 % des cas, les proches sont à l'origine de la transmission. Comment agir en sachant que la majorité des jeunes parents ne connaissent pas leur état vaccinal et qu'ils ne représentent que 20 % de la patientèle des médecins ?

« L'idée était que le pharmacien, au moment où il détecte une personne dans cette tranche d'âge, puisse promouvoir l'acte de vaccination », indique Renaud Nadjahi, président de l'URPS-pharmaciens d'Ile-de-France et titulaire à Rambouillet (Yvelines). « Une véritable action de coopération et de coordination des soins a été mise en place via cette initiative, commente Renaud Nadjahi. Près de 50 % des pharmaciens du département se sont engagés bénévolement dans cette campagne ⁽²⁾. » Sur la période de l'expérimentation, le nombre de personnes vaccinées a augmenté. « Le rapport 2011 de l'IGAS ⁽³⁾ permet de penser que nous allons vers l'implication du pharmacien dans la vaccination, notamment auprès des patients qui n'ont pas besoin de voir le médecin », conclut Renaud Nadjahi. ☉

(1) En partenariat avec les laboratoires GSK, l'URML Ile-de-France, les Ordres des pharmaciens et des médecins, la CPAM de Versailles, le conseil général des Yvelines.

(2) Alliadis et Pharmagest ont conçu l'interface permettant d'intégrer le questionnaire au logiciel.

(3) Ce rapport préconise d'organiser le suivi vaccinal par le pharmacien, d'étudier la pratique de la vaccination à l'initiative du pharmacien chez le jeune adulte et la primodélivrance par le pharmacien.

L'obligation vaccinale en Europe

Le Royaume-Uni, l'Irlande, la Norvège, le Danemark, la Suède, la Finlande, les Pays-Bas, l'Allemagne, le Luxembourg, l'Islande et l'Espagne n'ont pas de lois d'obligation vaccinale.

La Belgique a conservé une seule obligation, celle du vaccin contre la polio. En Suisse, les cantons sont autonomes et certains ont fixé certaines obligations, notamment pour la diphtérie. France, Italie, Portugal et Grèce ont conservé des obligations vaccinales.

Taux de couverture*

Avec 98 % des enfants vaccinés à un an, contre le DTCP, la France dépasse le pourcentage de vaccination moyen en Europe (95 %) et se place au 8^e rang. Aux extrêmes, la Hongrie (99,9 % d'enfants vaccinés) et Malte (72 %). 89 %

des enfants français sont vaccinés contre le ROR à deux ans contre 93 % en moyenne en Europe (17^e). La vaccination contre la grippe concerne 69 % des personnes de 65 ans et plus en France (3^e rang). La France présente le taux le plus faible d'Europe pour l'hépatite B. Et de manière générale, la couverture vaccinale baisse dans les pays européens.

Qui est autorisé à vacciner ?

Le pharmacien est autorisé à vacciner au Portugal et en Suisse, après une formation spécifique et une certification par les autorités sanitaires. En Italie, les infirmiers peuvent réaliser les injections au sein des pharmacies d'officine.

* Selon un rapport du Haut Conseil de la santé publique publié en 2012 (« La santé en France et en Europe : convergences et contrastes »).