



LE POINT SUR...

IMPACT DES RECOMMANDATIONS SUR LA COUVERTURE VACCINALE CONTRE L'HÉPATITE B

N. GUÉRIN*, L. NICOLAS**, A. AUFÈRE***

Les recommandations vis-à-vis de la vaccination contre l'hépatite B ont beaucoup évolué au cours des 2 dernières années.

Depuis que le vaccin est disponible en France, vers 1981, son utilisation est recommandée pour certaines catégories professionnelles, en particulier personnel de santé, et certaines personnes à risque, dont les voyageurs.

La loi du 18 janvier 1991 (art. L 10 du code de la Santé publique), rend obligatoire la vaccination contre l'hépatite B pour « toute personne qui, dans un établissement public ou privé de prévention ou de soins, exerce une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination ». Cette loi vise aussi les étudiants et les élèves des professions de santé.

Le dépistage de l'antigène HBs au sixième mois de grossesse, obligatoire depuis le 14 janvier 1992, permet une prévention efficace de la transmission périnatale du virus de l'hépatite B par l'immunisation à la fois passive et active des nouveau-nés dont la mère est porteuse de l'AgHBs.

Enfin, la recommandation de vacciner tous les nourrissons et les adolescents (10-17 ans) contre l'hépatite B date de janvier 1995. Une campagne de vaccination des élèves de 6^e des collèges a été décidée en juin 1994, et réalisée durant l'année scolaire 1994-1995. Elle devait permettre la promotion des vaccinations du préadolescent et sera renouvelée pendant plusieurs années.

LES RÉSULTATS EN TERME DE COUVERTURE VACCINALE

Les méthodes de mesure

Les moyens traditionnels d'évaluation de la couverture vaccinale ne sont pas applicables pour l'hépatite B : les certificats de santé du 24^e mois ne comportent de rubriques spécifiques que dans leur version mise en circulation depuis le 1^{er} janvier 1996. C'est dire qu'ils ne seront exploitables qu'en 1998 et les résultats disponibles qu'en 1999.

Nous avons donc eu recours aux données des responsables de l'Institut national de la recherche et sécurité, prévention des accidents du travail et maladies professionnelles, aux services de la Direction générale de la Santé, de certains départements, des services de santé des Armées et de l'Éducation nationale.

Nous avons également fait appel aux 2 laboratoires producteurs de vaccins qui ont mis à notre disposition les renseignements dont ils disposaient.

Les résultats proprement dits

Les vaccinations obligatoires des personnels ne sont pas évaluées à l'échelle nationale, mais quelques exemples montrent qu'elles sont appliquées à la majorité des personnes cibles. L'équipe du SMUR de Meaux est vaccinée à 95,75 % en 1994, les catégories soignantes du CHU de Clermont-Ferrand sont vaccinées à 94 %, et celles de l'Assistance publique à 96,5 % en 1993. À Paris, les différentes catégories professionnelles ne sont pas également vaccinées, et si tous les élèves infirmiers et les techniciens de laboratoire le sont, 8 % des infirmiers et 14 % des médecins ne le sont pas encore. Cette

vaccination va de pair avec une réduction impressionnante des cas d'hépatite B.

D'après l'enquête périnatale nationale en 1995 de la DGS, la recherche de l'antigène HBs est faite et négative chez 84,9 % des femmes enceintes et elle est positive dans 1,6 %. Elle n'est pas faite dans 11,7 % des cas.

En Guadeloupe, un programme de vaccination des enfants de 12 ans a été mis en place en 1992, selon le calendrier à 4 doses. L'évaluation faite en novembre 1994 a montré que 54 % des enfants ont reçu la première dose, 43 % la troisième et 16,5 % le rappel à un an. Dans la Drôme, où un programme initié en 1994-1995 concernait les enfants de 4^e selon le schéma vaccinal à 3 doses, le chiffre de la couverture vaccinale a été de 62 % pour les enfants vaccinés par le médecin scolaire.

À l'échelle nationale, 59 % des élèves de 6^e ont reçu une première dose de vaccin au cours de la campagne de vaccination en milieu scolaire de 1994-1995.

Enfin, lors d'une évaluation de la couverture vaccinale sur un échantillon représentatif des appelés du contingent (hommes de 18 à 22 ans), en 1994, 5 % étaient vaccinés contre l'hépatite B.

Pasteur-Mérieux-MSD surveille la couverture vaccinale par l'intermédiaire d'un panel de 1 000 médecins généralistes et spécialistes. Les résultats comparés de 1994 et 1995 montrent une augmentation globale de la couverture de 6,6 à 11,4 %, les tranches d'âge les plus vaccinées étant les 10-21 ans.

Les données Dorema, panel de 800 médecins dont 400 généralistes, permettent d'analyser tous les trimestres les prescriptions de vaccin Hépatite B et leur répartition par tranche d'âge. Pour 100 vaccinés, la répartition par tranche d'âge des personnes à qui a été prescrite une vaccination a beaucoup varié entre l'été 1993 et l'été 1995. Une réduction de l'ordre de 6 à 15 % est observée dans les tranches d'âge supérieures à 20 ans, tandis qu'une augmentation importante, de 5 % pour les 15-19 ans et de 11,9 % pour les 8-14 ans est observée. L'augmentation est de l'ordre de 1,5 % chez les enfants de moins de 8 ans.

SB a organisé depuis 1994 un système d'évaluation de la couverture vaccinale semestriel, sur un échantillon de 20 000 familles, représentatif par tranches d'âge. Les enquêtes sont menées par la Sofres/Panel Mégascopie.

Les résultats globaux sont les suivants :

- 13,3 % de la population ont été vaccinés avant 1995, et 6,2 % au cours du premier semestre 1995. Au 30 juin 1995, 19,6 % de la population française sont vaccinés.

Entre 1994 et le premier semestre 1995, l'augmentation de la couverture vaccinale a porté sur toutes les tranches d'âge, mais a été de l'ordre de 15 % pour les tranches d'âge de 11 à 20 ans et comprise entre 3 et 8 % pour les moins de 10 ans. (fig. 1 et 2).

Au cours du premier semestre 1995, 50 % des personnes vaccinées l'ont été sur proposition de leur médecin, et 88 % des vaccinations ont été effectuées en milieu libéral, 4 % dans le cadre de l'Éducation nationale. Les indications ont également varié puisque les risques professionnels qui représentaient 75 % des indications en 1991 ne représentent plus que 17 %, et que la vaccination des adolescents représente en 1995, 37 % des indications.

En conclusion, on peut dire que les recommandations sont en cours d'application. La tranche d'âge 10-20 ans commence à être couverte, et plus par le secteur privé que le secteur public, comme pour la plupart des vac-

* Centre international de l'enfance. Centre national de référence pour les vaccinations de l'enfant.

** Pasteur-Mérieux MSD, Lyon.

*** SmithKline Beecham, Puteaux.

cinations. Par contre, un effort reste à faire pour protéger les nourrissons, la couverture actuelle étant très faible, la justification encore mal comprise et la réalisation pratique difficile en l'absence de vaccins combinés.

RÉFÉRENCES

- [1] DJERIRI et al. - Effet d'une politique vaccinale contre l'hépatite B. Évaluation du risque professionnel. Colloque 8-9 juin 1995. - *Infections transmissibles par le sang. Risques professionnels et prévention* (à paraître).
- [2] DOMART M. - Quoi de neuf en épidémiologie sur le risque professionnel d'infection... - *T'Hop* fév. 1996, 4 : 8-10.

- [3] DUVAL O, POURILIAI S, COMPAGNON F, BOUVET E. - Risques professionnels, attitudes et prévention vis-à-vis des virus HIV et hépatites B et C dans un service d'urgence SMUR. - *BEH*, 1994; 51 : 241.
- [4] CORDEAU L, THÉODORE M, LANDREAU et al. - Couverture vaccinale contre l'hépatite B en Guadeloupe. - *BEH*, 1996; 2 : 7.
- [5] LIIZE-GUILHOT F, PASQUET W, FERLEY JP, HAMADE P. - Contribution à l'évaluation de la campagne drômoise de promotion de la vaccination contre l'hépatite B des jeunes scolarisés en classe de 4^e. - *BEH*, 1995; 51 : 222-3.
- [6] BRICE J, MOYSE C. - Programme de valorisation de la vaccination contre l'hépatite B dans les collèges. - *BEH*, 1995; 17 : 73-4.

Figure 1. - Taux de couverture par tranches d'âge Hépatite B - Enfants

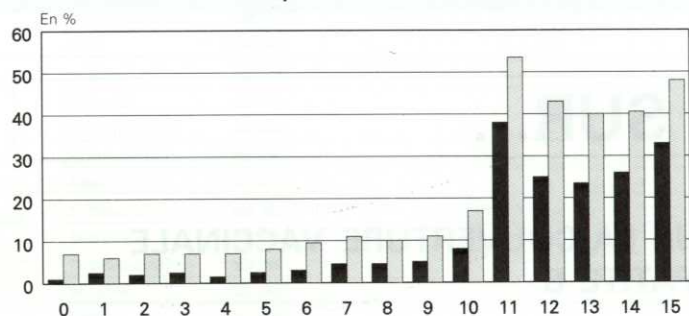
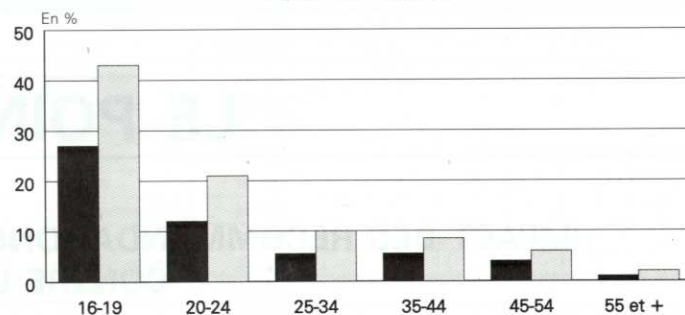


Figure 2. - Taux de couverture par tranches d'âge Hépatite B - Adultes



SURVEILLANCE

RÉACTIONS VACCINALES LORS DE L'INCORPORATION DES MILITAIRES DU CONTINGENT

J.L. REY⁽¹⁾, J. ABGRALL⁽¹⁾, P. COMBEMALE⁽²⁾, H. DELOLME⁽³⁾, J.P. BOUTIN⁽³⁾, Ch. FERNANDEZ⁽⁴⁾, J. MARGERY⁽⁴⁾, J.B. MEYNARD⁽⁴⁾, Ph. NIVOIX⁽⁴⁾, O. RENAULT⁽⁴⁾, R. SABY⁽⁴⁾, E. TATON⁽⁴⁾ ET J. TOURNIER⁽⁴⁾

1. INTRODUCTION

En 1994, 108 rapports d'« Événements adverses aux vaccins » ont été adressés à la Direction centrale du service de santé des Armées (DCSSA). Leur nombre était de 55 en 1993, 4 en 1992 et de 1 en 1991. Cette augmentation nous a paru mériter une enquête d'autant plus que la population ici concernée est composée d'adultes jeunes et que les données disponibles sur ces réactions concernent essentiellement les enfants.

Par ailleurs la multiplication des vaccinations chez l'adulte du fait de la multiplication des voyages et du renforcement des programmes de vaccinations pour adultes donne un intérêt particulier et actuel à une meilleure appréciation de ce problème.

2. MÉTHODES

Jusqu'au 22 décembre 1994, date à laquelle la vaccination antityphoïdique a été supprimée pour les appelés, le programme initial de vaccination des appelés des armées françaises, comportait : vaccin antiméningococcique A + C, vaccin antityphoïdique, rappel de la vaccination associée diphtérie-tétanos-poliomyélite (D.T.Polio.). Il s'y ajoute une intradermo-réaction à la tuberculine (I.D.R.), suivie, en cas de négativité, d'une vaccination BCG, 72 heures plus tard. Chacune des 4 injections se fait en un site différent. Le vaccin antityphoïdique n'est réalisé dorénavant que chez les militaires partant en opérations extérieures.

En juin 1994, une cohorte de sujets vaccinés au cours des 3 premiers jours de leur incorporation a bénéficié d'un suivi systématique. Ce suivi a été réalisé, par des médecins des armées, volontaires, préalablement formés. Les examens pratiqués à la 6^e, 24^e, 48^e et 72^e heure ont comporté un interrogatoire, une inspection et une palpation des zones d'injection.

La cohorte est constituée de l'ensemble des appelés vaccinés à leur arrivée dans chaque unité et suivis durant les 72 heures après la dernière vaccination. L'incorporation s'étalant sur 48 heures et le suivi commençant le deuxième jour, les effectifs des sujets suivis sont différents pour les 3 vaccinations.

Nous avons défini et enregistré comme « réaction vaccinale », toute lésion locale (induration, douleur ou rougeur) d'un diamètre moyen égal ou supérieur à 2 cm durant au moins 6 heures.

A été défini comme « effet adverse de vaccin » :

- une lésion locale dont le plus grand diamètre mesure plus de 7 cm et qui dure plus de 48 heures et/ou,
- toute lésion locale avec extension loco-régionale (lymphangite, adénopathie, impotence) et/ou,
- toute manifestation générale apparue après un délai de 30 minutes (pour éliminer les réactions vagues immédiates).

Les sujets ayant présenté un effet adverse à un vaccin ont été hospitalisés dans la mesure du possible pour un bilan immuno-allergologique.

3. RÉSULTATS

L'étude a concerné 742 sujets masculins, âgés de 17 à 24 ans répartis dans 8 unités militaires (Sathonay, Annecy, Gap, Chambéry, Bourg-Saint-Maurice, Varcès, Dijon, Belfort, Montbéliard).

3.1. Vaccin antiméningococcique A + C

Les réactions locales au vaccin sont rapportées dans le tableau 1; 732 sujets ont été examinés à 4 reprises.

Parmi ces réactions vaccinales 3 (0,4 %) répondaient aux critères d'effets adverses localisés, (placards inflammatoires de plus de 7 cm d'une durée supérieure à 48 heures).

(1) DCSSA Sous-direction Action scientifique et technique. 14, rue St-Dominique. 00459 Armées.

(2) Chef de Service Dermatologie. Hôpital d'instruction des armées Desgenettes Lyon.

(3) Médecins chefs des Services de Médecine des Collectivités des Hôpitaux Militaires de Lyon et Brest.

(4) Médecins des armées.