

Calendrier vaccinal 2003
Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France,
du 17 janvier 2003

Le calendrier vaccinal est élaboré par le Comité technique des vaccinations (CTV), groupe de travail permanent de la section des maladies transmissibles du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) (1), qui regroupe des experts de différentes disciplines (infectiologie, pédiatrie, microbiologie, immunologie, épidémiologie, pharmaco-épidémiologie...), conformément à l'arrêté du 25 septembre 2002. Le calendrier vaccinal est approuvé par le CSHPF.

D'une manière générale, les recommandations des experts résultent de l'évolution de l'épidémiologie des maladies, de l'actualisation des connaissances sur l'efficacité et la tolérance des vaccins, des recommandations émises dans d'autres pays et de la mise sur le marché de nouveaux vaccins. De plus, elles tiennent compte des orientations générales de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en matière d'élimination de certaines maladies, notamment de l'objectif d'élimination de la rougeole en Europe ou de l'éradication de la poliomyélite dans le monde (2).

Le calendrier vaccinal 2003 introduit de nouvelles recommandations qui concernent la vaccination contre l'hépatite A, les infections invasives à pneumocoque et les infections invasives à méningocoque.

Concernant la prévention de la tuberculose, le CSHPF a émis des recommandations relatives à la suppression de revaccination par le BCG en population générale et chez les professionnels exposés à la tuberculose, ainsi que des recommandations sur la pratique des tests tuberculitiques et les modalités de surveillance des professions exposées (avis du CSHPF relatif à la revaccination par le BCG du 21 juin 2002 et avis du CSHPF relatif à la revaccination par le BCG et aux modalités de surveillance des professionnels exposés à la tuberculose du 15 novembre 2002). Dans l'attente de la publication des nouveaux textes réglementaires prenant en compte ces avis, l'ancienne réglementation relative au BCG est toujours applicable, et le présent calendrier n'est donc pas modifié sur ce point. Dès la parution de la nouvelle réglementation, une information spécifique sur la politique de prévention de la tuberculose sera diffusée notamment via la presse médicale et le Bulletin épidémiologique hebdomadaire.

NOUVELLES RECOMMANDATIONS

La vaccination contre l'hépatite A

La recommandation de la vaccination contre l'hépatite A a été étendue aux patients infectés chroniques par le virus de l'hépatite B et aux homosexuels masculins (cf recommandations particulières).

La vaccination contre les infections invasives à pneumocoque

Un nouveau vaccin, le vaccin anti-pneumococcique heptavalent conjugué est maintenant disponible. La primo vaccination par ce vaccin est recommandée pour les enfants présentant une pathologie les exposant à un risque élevé d'infection invasive à pneumocoque ainsi que pour des enfants âgés de moins de 2 ans en raison de leur mode de vie (cf recommandations particulières).

La vaccination contre les infections invasives à méningocoque C

Les nouveaux vaccins, anti-méningococciques C conjugués permettent la vaccination de l'enfant à partir de l'âge de 2 mois. Ils font l'objet de recommandations particulières (cf recommandations particulières).

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

La vaccination contre la coqueluche

La primo vaccination doit être pratiquée préférentiellement avec le vaccin à germes entiers. Cependant, les vaccins acellulaires peuvent être utilisés. Le rappel à 16-18 mois peut être pratiqué indifféremment avec le vaccin à germes entiers ou le vaccin acellulaire. Compte tenu de la recrudescence de cas de coqueluche observée chez de très jeunes nourrissons contaminés par des adolescents ou de jeunes adultes, un rappel est recommandé, depuis 1998, entre l'âge de 11 et 13

ans et doit être pratiqué avec un vaccin coquelucheux acellulaire, en même temps que le 3^e rappel diphtérie, tétanos et polio.

La vaccination contre l'hépatite B

Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France a recommandé la vaccination systématique de tous les enfants avant l'âge de 13 ans, en privilégiant la vaccination du nourrisson, ainsi que la vaccination des groupes à risque (cf. recommandations particulières). La vaccination est recommandée à partir de l'âge de 2 mois, sauf pour les enfants nés de mère antigène HBs positif chez lesquels elle doit être pratiquée à la naissance, associée à l'administration d'immunoglobulines anti-HBs.

Un schéma vaccinal unique en trois injections, du type 0-1-6, qui respecte un intervalle d'au moins un mois entre la première et la deuxième injection, et un intervalle compris entre cinq et douze mois entre la deuxième et la troisième injection, est recommandé. Un schéma adapté à certains cas particuliers, incluant trois doses rapprochées et une quatrième dose un an plus tard, peut être proposé lorsqu'une immunité doit être rapidement acquise (étudiants non vaccinés des filières médicales et para-médicales, départ imminent pour un séjour prolongé en zone de moyenne ou de forte endémie).

Au-delà des 3 injections de ce schéma initial, les rappels systématiques de vaccin contre l'hépatite B ne restent recommandés que dans des situations particulières (cf. risques professionnels et recommandations particulières).

Pour les nourrissons dont les parents préfèrent que la vaccination contre l'hépatite B soit faite en même temps que les autres vaccins par une seule injection, les vaccins combinés hexavaleents contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche (vaccin acellulaire), la poliomyélite (vaccin inactivé), les infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b et l'hépatite B peuvent être utilisés. Il est alors recommandé l'utilisation du calendrier suivant :

Âge	Vaccin	Valences
2 mois	Vaccin hexavalent	Diphtérie, tétanos, coqueluche a α *, poliomyélite, infections invasives à <i>Haemophilus influenzae</i> b, Hépatite B
3 mois	Vaccin pentavalent a α *	Diphtérie, tétanos, coqueluche a α *, poliomyélite, infections invasives à <i>Haemophilus influenzae</i> b
4 mois	Vaccin hexavalent	Diphtérie, tétanos, coqueluche a α *, poliomyélite, infections invasives à <i>Haemophilus influenzae</i> b, Hépatite B
16 à 18 mois	Vaccin hexavalent	Diphtérie, tétanos, coqueluche a α *, poliomyélite, infections invasives à <i>Haemophilus influenzae</i> b, Hépatite B

* a α = acellulaire

La vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole

En raison d'un risque important de survenue d'épidémies de rougeole, particulièrement chez les adolescents, lié à une couverture vaccinale insuffisante qui conduit à l'accumulation de nombreux sujets réceptifs, il est recommandé d'administrer une seconde dose de vaccin avant l'âge de six ans. L'augmentation de la couverture vaccinale des enfants avant l'âge de 2 ans (qui doit atteindre au moins 95 %) et l'administration d'une seconde dose avant l'âge de 6 ans devraient permettre à terme d'interrompre la transmission des trois maladies.

Tous les enfants âgés de 1 à 6 ans devraient recevoir deux doses du vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole. La première dose est recommandée à partir de l'âge de 12 mois et la seconde entre 3 et 6 ans. Cette seconde vaccination ne constitue pas un rappel, l'immunité acquise après une première vaccination étant de longue durée. Elle constitue un rattrapage pour les enfants n'ayant pas séroconverti, pour un ou plusieurs des antigènes, lors de la première vaccination. La seconde dose peut être administrée avant l'âge de 3 ans, à condition de respecter un délai d'au moins un mois entre les deux vaccinations. Les enfants ayant reçu une dose de vaccin contre la rougeole avant l'âge de 1 an doivent recevoir, comme les autres enfants, deux

doses de vaccin rougeole, oreillons, rubéole.

Pour les enfants âgés de plus de 6 ans, il convient de s'assurer qu'ils ont été vaccinés au moins une fois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole. Dans le cas contraire, une dose de vaccin triple associé est recommandée. Elle peut être administrée entre l'âge de 11 et 13 ans mais peut être proposée plus tôt.

Chez les adolescentes et les jeunes femmes non vaccinées, la **vaccination contre la rubéole est recommandée**, par exemple lors d'une consultation de contraception ou pré-nuptiale ; la sérologie préalable et post-vaccinale n'est pas utile. Il est nécessaire de s'assurer de l'absence d'une grossesse débutante et d'éviter toute grossesse dans les deux mois suivant la vaccination, en raison d'un risque tératogène théorique.

Chez les femmes enceintes, si la sérologie prénatale est négative ou inconnue, la vaccination ne pouvant être pratiquée pendant la grossesse, elle devra être pratiquée immédiatement après l'accouchement, avant la sortie de la maternité.

La vaccination contre la tuberculose

La vaccination contre la tuberculose est obligatoire chez les enfants accueillis en collectivité (y compris chez une assistante maternelle), suivie trois à douze mois plus tard d'un contrôle tuberculinique. Si ce contrôle est positif, il n'est pas nécessaire de réaliser un autre contrôle avant l'âge de 11-13 ans. Les sujets qui, après deux vaccinations par le BCG réalisées par voie intradermique, ont une intradermoréaction à la tuberculine négative sont considérés comme ayant satisfait aux obligations vaccinales décret n° 96-775 du 5 septembre 1996 et arrêté du 5 septembre 1996).

RISQUES PROFESSIONNELS

En milieu professionnel, le risque d'exposition est évalué par le médecin du travail.

Vaccinations obligatoires pour les professionnels de santé

a. Personnels visés par l'article L.3111-4 du Code de la Santé publique (ancien article L.10), *loi du 18 janvier 1991*.

Diphtérie : Rappel tous les 10 ans avec un vaccin contenant une dose réduite d'anatoxine.

Tétanos-poliomyélite : Rappel tous les 10 ans.

Hépatite B : Trois injections (schéma 0-1-6). Si la primovaccination a été pratiquée avant l'âge de 25 ans, il n'y a pas lieu de faire de rappel. Si la primovaccination a été effectuée après l'âge de 25 ans, et que l'on ne dispose pas de résultats d'un dosage des anticorps anti-HBs montrant une valeur supérieure à 10 mUI/ml, le rappel à 5 ans doit être effectué, suivi d'un contrôle sérologique un à deux mois plus tard. Si le taux d'anticorps anti-HBs est supérieur au seuil considéré comme protecteur (en pratique 10 mUI/ml), aucun autre rappel n'est à prévoir. Si le taux d'anticorps anti-HBs est inférieur au seuil, le médecin du travail procédera à l'évaluation de l'opportunité de doses additionnelles, sans excéder un nombre de 6 injections au total (y compris les 3 injections de la première série vaccinale). Cette stratégie de contrôle de l'immunité chez les personnes vaccinées après l'âge de 25 ans est aussi applicable aux personnes à haut risque d'exposition (cf Recommandations particulières).

Typhoïde : une injection puis revaccination tous les trois ans pour les personnels de laboratoire d'analyse de biologie médicale.

b. Personnels des établissements de santé et autres visés par le décret d'application de l'article L.3112-1. (ancien article. L.215) *du Code de la Santé publique*.

Tuberculose : Après 2 vaccinations par le BCG réalisées par voie intradermique, les sujets qui ont une intradermoréaction à la tuberculine négative sont considérés comme ayant satisfait aux obligations vaccinales. Pour les personnels des établissements ou des structures énumérés dans le 4e paragraphe de l'article R.215.2 du code de la Santé publique, le médecin du travail ou de prévention juge de la nécessité d'une nouvelle injection en fonction du risque d'exposition.

Vaccinations recommandées :

Grippe : Professionnels de santé et tout professionnel en contact régulier et prolongé avec des sujets à risque.

Hépatite A : Sujets exposés professionnellement à un risque de contamination : personnels de crèches, d'internats des établissements et services pour l'enfance et la jeunesse handicapée, personnels de traitement des eaux usées, personnels impliqués dans la préparation alimentaire en restauration collective.

Leptospirose : Égoutiers, employés de voirie, gardes-pêche, travailleurs agricoles, en particulier des rizières, personnels de traitement des eaux usées.

Rage : Services vétérinaires, personnels des laboratoires manipulant du matériel contaminé ou susceptible de l'être, équarisseurs, personnels des fourrières, naturalistes, taxidermistes, gardes-chasse, gardes forestiers, personnels des abattoirs.

RECOMMANDATIONS PARTICULIÈRES

Vaccination contre la diphtérie

Recommandation pour les voyageurs en zones d'endémie (à partir de 18 ans, il est recommandé d'utiliser un vaccin contenant une dose réduite d'anatoxine diphtérique).

Vaccination contre la fièvre jaune

Chez les voyageurs et en particulier chez les résidents en zone d'endémie, à partir de l'âge de 6 mois. La vaccination ne doit pas être effectuée chez la femme enceinte. Cependant, en cas de circonstances particulières (impossibilité de report d'un voyage dans une zone d'endémie), le bénéfice de la vaccination devra être évalué en fonction du risque par le médecin vaccinateur. La vaccination contre la fièvre jaune est obligatoire en Guyane.

Vaccination contre la grippe

Personnes âgées de 65 ans et plus, personnes atteintes d'une des pathologies suivantes : affections bronchopulmonaires chroniques, dont asthme, dysplasie broncho-pulmonaire et mucoviscidose ; cardiopathies congénitales mal tolérées, insuffisances cardiaques graves et valvulopathies graves ; néphropathies chroniques graves, syndromes néphrotiques purs et primitifs ; drépanocytoses, homozygotes et doubles hétérozygotes S/C, thalassodrépanocytose ; diabètes insulino-dépendant ou non insulino-dépendant ne pouvant être équilibrés par le seul régime ; déficits immunitaires cellulaires (chez les personnes atteintes par le VIH, l'indication doit être portée par l'équipe qui suit le patient) ; personnes séjournant dans un établissement de santé de moyen et long séjour, quel que soit leur âge ; enfants et adolescents (de 6 mois à 18 ans) dont l'état de santé nécessite un traitement prolongé par l'acide acétylsalicylique (essentiellement pour syndrome de Kawasaki compliqué et arthrite chronique juvénile).

Vaccination contre l'hépatite A

Adultes non immunisés et enfants au dessus de l'âge de 1 an voyageant en zone d'endémie, jeunes des internats des établissements et services pour l'enfance et la jeunesse handicapées et les personnes exposées à des risques particuliers, patients infectés chroniques par le virus de l'hépatite B et homosexuels masculins.

Vaccination contre l'hépatite B

- Nouveau-nés de mère porteuse de l'antigène HBs ;
- enfants accueillis dans les services et institutions pour l'enfance et la jeunesse handicapés ;
- enfants et adultes accueillis dans les institutions psychiatriques ;
- enfants d'âge préscolaire accueillis en collectivité ;
- personnes ayant des relations sexuelles avec des partenaires multiples ;
- toxicomanes utilisant des drogues parentérales ;
- voyageurs dans les pays de moyenne ou de forte endémie (essentiellement l'Afrique subsaharienne, l'Asie, certains pays de l'Amérique centrale et du nord de l'Amérique du sud) : le risque doit être évalué au cas par cas par le médecin vaccinateur en fonction de la durée et des conditions du voyage, du type d'activités et d'éventuels risques iatrogènes ;
- personnes amenées à résider en zones de moyenne ou de forte endémie ;
- personnes qui, dans le cadre d'activités professionnelles ou bénévoles, sont susceptibles d'être en contact direct avec des patients et/ou d'être exposées au sang et autres produits biologiques, soit directement (contact direct, projections), soit indirectement (manipulation et transport de dispositifs médicaux, de prélèvements biologiques, de linge, de déchets), [à titre indicatif et non limitatif sont concernés : les professionnels de santé libéraux, les pompiers, les secouristes, les gardiens de prison, les éboueurs, les égoutiers, les policiers, les tatoueurs (3)...] ;
- patients susceptibles de recevoir des transfusions massives et/ou itératives (hémophiles, dialysés, insuffisants rénaux, candidats à une greffe d'organe...) ;
- entourage d'un sujet infecté par le virus de l'hépatite B ou porteur chronique de l'antigène HBs (famille vivant sous le même toit) ;
- partenaires sexuels d'un sujet infecté par le virus de l'hépatite B ou porteur chronique de l'antigène HBs.

La stratégie de contrôle de l'immunité chez les personnes vaccinées après l'âge de 25 ans (cf risques professionnels) est aussi applicable aux personnes à haut risque d'exposition (les quatre dernières catégories de personnes énumérées ci-dessus soit de i à l).

La recommandation de suppression des rappels systématiques ne s'applique pas aux insuffisants rénaux chroniques dialysés chez qui une sérologie annuelle est recommandée avec rappel dès que le taux d'anticorps descend au-dessous du seuil protecteur, quel que soit l'âge.

Vaccination contre les infections invasives à méningocoque de séro groupe C

Le vaccin anti-méningocoque C conjugué est recommandé pour les groupes à risque suivants :

- les sujets contacts d'un cas d'infections à méningocoque de séro groupe C ;
- dans les zones délimitées où l'incidence du méningocoque de séro groupe C est particulièrement élevée ;
- les enfants souffrant de déficit en fraction terminale du complément, en properdine ou ayant une asplénie anatomique ou fonctionnelle.

Vaccination contre les infections invasives à pneumocoque

Chez l'adulte, la vaccination anti-pneumococcique avec le vaccin polyosidique 23 valent (4) est recommandée, tous les cinq ans, pour les sujets splénectomisés, les drépanocytaires homozygotes, les patients atteints de syndrome néphrotique, les insuffisants respiratoires, les patients alcooliques avec hépatopathie chronique, les insuffisants cardiaques et les sujets ayant des antécédents d'infection pulmonaire ou invasive à pneumocoque.

Chez l'enfant de moins de 2 ans, la vaccination par le vaccin anti-pneumococcique conjugué heptavalent (5) est fortement recommandée pour les enfants présentant une pathologie les exposant à un risque élevé d'infection invasive à pneumocoque :

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

La vaccination par le vaccin anti-pneumococcique heptavalent conjugué est également recommandée pour les enfants âgés de moins de 2 ans exposés à un ou des facteurs de risque lié(s) au mode de vie identifiés dans la littérature : enfants gardés plus de quatre heures par semaine en compagnie de plus de deux enfants en dehors de la fratrie, enfant ayant reçu moins de deux mois d'allaitement maternel, enfant appartenant à une fratrie d'au moins trois enfants (d'âge pré-scolaire).

Enfin, la vaccination par le vaccin anti-pneumococcique heptavalent conjugué est recommandée pour les candidats à l'implantation cochléaire et les porteurs d'implants cochléaires âgés de moins de 2 ans (grade de recommandation C) (6).

Vaccination contre la typhoïde

Voyageurs en zone d'endémie, à partir de l'âge de 2 ans.

RISQUES LIÉS AUX VOYAGES

Des recommandations sanitaires pour les voyageurs sont élaborées par le Comité des maladies d'importation et des maladies liées au voyage, comité permanent (Arrêté du 25 septembre 2002) du Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Le programme de vaccination à réaliser doit être adapté à l'âge et au statut vaccinal du voyageur, à la situation sanitaire du pays visité, aux conditions et à la durée du séjour.

Outre la mise à jour des vaccinations inscrites au calendrier vaccinal (diphtérie, tétanos, poliomyélite) et de celles qui figurent dans la rubrique « recommandations particulières » (fièvre jaune, hépatite A, hépatite B, typhoïde), d'autres vaccinations peuvent être indiquées pour certains voyageurs (encéphalite japonaise, encéphalite à tiques, méningite à méningocoques A, C, Y, W135, rage).

Ces vaccinations sont détaillées dans les recommandations sanitaires pour les voyageurs, approuvées par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France, qui sont publiées chaque année dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire et qui peuvent être consultées sur le site Internet du ministère.

Calendrier des vaccinations 2003
Tableau synoptique de l'avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France,
17 janvier 2003

Dès le 1er mois	Tuberculose (a)	La vaccination BCG précoce est réservée aux enfants vivant dans un milieu à risques. La vaccination par le BCG est obligatoire (a) pour l'entrée en collectivité incluant la garde par une assistante maternelle. L'épreuve tuberculinique doit être pratiquée 3 à 12 mois plus tard.
A partir de 2 mois	Diphtérie (b) , tétanos (b) , coqueluche, poliomyélite (b) , infections invasives à <i>Haemophilus influenzae b</i> 3 injections à 1 mois d'intervalle.	Le vaccin polio injectable est utilisé pour les primo-vaccinations et les rappels, le vaccin polio oral réservé uniquement aux situations épidémiques. Le vaccin coqueluche à germes entiers est recommandé, mais le vaccin acellulaire peut être utilisé.
	Hépatite B 2 injections à un mois d'intervalle, la 3e entre 5 et 12 mois après la 2e injection	La vaccination contre l'hépatite B peut être commencée à partir de l'âge de 2 mois (sauf le cas des enfants nés de mère antigène HBs positif, chez qui elle doit être faite à la naissance).
		Pour les parents qui souhaitent que leur enfant soit vacciné contre l'hépatite B en même temps que les autres vaccins, les vaccins combinés hexavalents peuvent être utilisés (cf recommandations générales).
A partir de 12 mois	Rougeole, oreillons, rubéole	La vaccination associée rougeole-oreillons-rubéole (ROR) est recommandée pour les garçons et les filles. La vaccination contre la rougeole peut être pratiquée plus tôt, à partir de l'âge de 9 mois pour les enfants vivant en collectivité, suivie d'une revaccination six mois plus tard en association avec les oreillons et la rubéole. En cas de menace d'épidémie dans une collectivité d'enfants, on peut vacciner tous les sujets supposés réceptifs, à partir de l'âge de 9 mois. La vaccination immédiate peut être efficace si elle est faite moins de trois jours après le contact avec un cas.
	Hépatite B 3e injection	Cette 3e injection peut être réalisée entre 5 et 12 mois après la date de la 2e injection.
16 - 18 mois	Diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, infections invasives à <i>Haemophilus influenzae b</i> 1er rappel	Le vaccin coqueluche à germes entiers ou le vaccin acellulaire peuvent être utilisés indifféremment. Lors du 1er rappel 'DTPHibCoq' on peut, si nécessaire, pratiquer en un site d'injection séparé, la vaccination associée rougeole-oreillons-rubéole.
Entre 3 et 6 ans	Rougeole, oreillons, rubéole 2e dose	Une seconde vaccination associant rougeole, oreillons, rubéole est recommandée pour tous les enfants.
Avant 6 ans	Tuberculose	La vaccination par le BCG est obligatoire pour l'entrée en collectivité , donc pour l'entrée à l'école maternelle ou en primaire.
6 ans (c)	Diphtérie, tétanos, poliomyélite 2e rappel Rougeole, oreillons, rubéole	A l'occasion du 2e rappel diphtérie, tétanos, polio et/ou le BCG, il est recommandé de faire la vaccination associée rougeole-oreillons-rubéole chez les enfants n'ayant pas encore été vaccinés ou n'ayant reçu qu'une dose de ROR, éventuellement le même jour.
11 - 13 ans	Diphtérie, tétanos, poliomyélite 3e rappel Coqueluche 2e rappel	

	Rougeole, oreillons, rubéole ratrapage	Une dose de vaccin triple associé rougeole, oreillons, rubéole est recommandée pour tous les enfants n'en ayant pas bénéficié , quels que soient leurs antécédents vis-à-vis des trois maladies.
	Hépatite B	Si la vaccination n'a pas été pratiquée dans l'enfance, un schéma complet en 3 injections : les 2 premières à un mois d'intervalle, la 3e 5 à 12 mois après la deuxième injection.
	Épreuve tuberculinique (d)	Les sujets aux tests tuberculoniques négatifs, vérifiés par IDR, seront vaccinés ou revaccinés.
16 - 18 ans	Diphtérie, tétanos, poliomyélite 4e rappel	Rappels ultérieurs tétanos et polio tous les dix ans.
	Rubéole	La vaccination contre la rubéole est recommandée pour les jeunes femmes non vaccinées , par exemple lors d'une consultation de contraception ou pré-nuptiale.
A partir de 18 ans	Tétanos, poliomyélite	Tous les 10 ans.
	Rubéole	Pour les femmes non vaccinées en âge de procréer . Si la sérologie prénatale est négative ou inconnue, la vaccination devra être pratiquée immédiatement après l'accouchement, avant la sortie de la maternité.
A partir de 65 ans	Grippe	Tous les ans

(a) La vaccination contre la tuberculose est obligatoire (articles L.3112-1 du Code de la santé publique) chez les enfants accueillis en collectivité (y compris chez une assistante maternelle), suivie 3 à 12 mois plus tard d'un contrôle tuberculinique. Les sujets qui, après deux vaccinations par le BCG réalisées par voie intradermique, ont une intradermo-réaction à la tuberculine négative sont considérés comme ayant satisfait aux obligations vaccinales (décret n° 96-775 du 5 septembre 1996 et arrêté du 5 septembre 1996).

(b) Les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite sont obligatoires (articles L.3111-1, L.3111-2, L.3111-3 du Code de la santé publique). L'obligation est satisfaite par trois injections à un mois d'intervalle suivies d'un rappel avant l'âge de 18 mois (décret n° 66-618 du 12 août 1966, décret 65-213 du 19 mars 1965).

(c) Entrée à l'école primaire.

(d) La vaccination contre la tuberculose est obligatoire (articles L.3112-1 du Code de la santé publique) chez les enfants accueillis en collectivité (y compris chez une assistante maternelle), suivie 3 à 12 mois plus tard d'un contrôle tuberculinique. Les sujets qui, après deux vaccinations par le BCG réalisées par voie intradermique, ont une intradermo-réaction à la tuberculine négative sont considérés comme ayant satisfait aux obligations vaccinales (décret n° 96-775 du 5 septembre 1996).

Lorsqu'un retard est intervenu dans la réalisation du calendrier indiqué, il n'est pas nécessaire de recommencer tout le programme des vaccinations imposant des injections répétées. Il suffit de reprendre ce programme au stade où il a été interrompu et de compléter la vaccination en réalisant le nombre d'injections requis en fonction de l'âge.

Des informations complémentaires peuvent être obtenues en consultant le site Internet du Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées : www.sante.gouv.fr, rubriques vaccinations, avis du CSHPF ou actualités.

Liste des Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France
(Section des maladies transmissibles)
relatifs à la vaccination publiés depuis le calendrier vaccinal 2000

Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France relatif à la vaccination contre la coqueluche des nourrissons du 9 février 2001

Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France relatif à la vaccination par le vaccin anti-pneumococcique conjugué Prevenar ® du 14 septembre 2001

Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France concernant la vaccination contre les méningocoques de séro groupe A,C,Y,W135 des voyageurs se rendant en zone d'endémie du 14 septembre 2001

Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France relatif à la vaccination par le vaccin anti-pneumococcique conjugué Prevenar ® du 8 mars 2002

Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France relatif à la vaccination par le vaccin conjugué contre le méningocoque C du 8 mars 2002

Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France relatif à la vaccination contre l'hépatite virale B du 8 mars 2002

Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France sur l'utilisation des vaccins hexavalents du 16 mai 2002

Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France relatif à la vaccination contre l'hépatite A chez les homosexuels masculins du 21 juin 2002

Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France relatif à la vaccination contre l'hépatite A chez les patients infectés chroniques par le virus de l'hépatite B du 21 juin 2002

Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France relatif à la revaccination par le BCG du 21 juin 2002

Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France relatif à la revaccination par le BCG et aux modalités de surveillance des professionnels exposés à la tuberculose du 15 novembre 2002

Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France relatif à la vaccination contre les méningites des candidats à l'implantation cochléaire et des porteurs d'implantation cochléaires du 15 novembre 2002

Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France relatif à la vaccination par le vaccin anti-pneumococcique conjugué Prevenar ® du 17 janvier 2003

Ces avis sont disponibles sur le site Internet du Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées à l'adresse suivante : <http://www.sante.gouv.fr>

Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France
(Section des maladies transmissibles)
relatif à la vaccination contre l'hépatite A chez les homosexuels masculins
21 juin 2002

Considérant,

- qu'il existe chez les homosexuels masculins des facteurs spécifiques d'exposition au virus de l'hépatite A,
- que plusieurs épidémies d'hépatite A chez des homosexuels masculins ont été rapportées dans différents pays, y compris récemment en France,
- que le nombre d'adultes susceptibles pour le virus de l'hépatite A augmente de façon

constante dans notre pays comme le montrent les enquêtes de séroprévalence effectuées chez les jeunes appelés du service national (50 % de sujets avaient des anticorps anti-VHA de type IgG en 1978, 15 % en 1994 et 11,5 % en 1997),

- que l'évolution clinique de la maladie chez l'adulte peut être sévère, le taux de létalité des formes symptomatiques dépassant 1 % après 40 ans,
- qu'il existe un vaccin efficace et parfaitement toléré,

la section des maladies transmissibles du CSHPF émet un avis favorable à l'extension des recommandations de la vaccination contre l'hépatite A aux homosexuels masculins.

Cet avis ne peut être diffusé que dans son intégralité, sans suppression ni ajout

Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France
(Section des maladies transmissibles)
relatifs à la vaccination contre l'hépatite A
chez les patients infectés chroniques par le virus de l'hépatite B
21 juin 2002

Considérant d'une part que :

- l'examen de la littérature montre que l'infection aiguë par le virus de l'hépatite A est à l'origine d'une létalité plus élevée chez les patients infectés chroniques par le virus de l'hépatite B que chez les sujets non porteurs (risque relatif de 6,22 IC95 % [4,42 ; 8,01] dans une enquête effectuée au cours d'une épidémie d'hépatite A survenue à Shanghai en 1988 et de 49,2 IC95 % [47,8 ; 50,6] dans une enquête américaine réalisée entre 1983 et 1988),
- l'augmentation de l'activité des lymphocytes T cytotoxiques sur les hépatocytes infectés par le VHB, au cours de l'infection aiguë par le VHA, permettrait d'expliquer cette gravité accrue.

d'autre part que :

- la réponse immunitaire après la vaccination contre le VHA chez les patients porteurs d'une hépatopathie chronique B est équivalente à celle observée chez les adultes sains, après la deuxième injection,
- le vaccin est bien toléré (en particulier, il n'existe pas d'effet sur la cytololyse ou la cholestase),
- les immunoglobulines humaines standard utilisées dans la prophylaxie de l'hépatite A ne sont plus disponibles en France depuis le 1^{er} janvier 1995.

enfin que :

- les patients porteurs d'une hépatopathie chronique font partie des populations cibles définies par l'OMS comme pouvant bénéficier de la vaccination anti-VHA.

La section des maladies transmissibles du CSHPF émet un avis favorable à l'extension des recommandations de la vaccination contre l'hépatite A aux patients infectés chroniques par le virus de l'hépatite B, quel que soit le stade évolutif de la maladie (recommandation de grade C*).

* Une recommandation de grade C est fondée sur des études de moindre niveau de preuve, par exemple des études cas-témoins ou des séries de cas. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. Janvier 2000.

Cet avis ne peut être diffusé que dans son intégralité, sans suppression ni ajout

Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France
(Section des maladies transmissibles)
relatif à la vaccination par le vaccin conjugué contre le méningocoque C
15 novembre 2002

Considérant :

- l'avis du CSHPF du 8 mars 2002 relatif à la vaccination par le vaccin conjugué contre le méningocoque C,
- que le taux d'incidence en France [1] des infections invasives à méningocoque (IIM) du groupe C est de l'ordre de 0,3 pour 100 000 habitants (0,29 en 2001, 0,28 en 2002, données au 15/09/02) et est un des plus faibles d'Europe,
- que les taux d'incidence annuels des IIM du groupe C dans les pays européens ayant mis en place la vaccination généralisée contre le méningocoque C étaient tous supérieurs à celui observé en France à l'échelon national (de 1,9/100 000 en Belgique à 4,0/100 000 en Irlande), avant la vaccination,
- l'incertitude [2] concernant la possibilité du déplacement des sérogroupes à l'origine des IIM du séro groupe C vers d'autres sérogroupes, nécessitant d'être confirmée ou infirmée par des données ultérieures qui seront disponibles lorsque le recul sera suffisant dans les pays ayant mis en place la vaccination généralisée contre le méningocoque C,
- que les taux d'incidence des IIM du groupe C diffèrent d'une région à l'autre et d'un département à l'autre,

le Conseil supérieur d'hygiène publique de France émet l'avis suivant :

il n'y a pas lieu de recommander la vaccination généralisée aux nourrissons, enfants, adolescents ou adultes jeunes à l'échelon national.

La vaccination reste recommandée pour les groupes à risque suivants (1) :

- sujets contacts (2) d'un cas d'infection à méningocoques de sérogroupes C,
- dans les zones délimitées où l'incidence du méningocoque de séro groupe C est particulièrement élevée (cas groupés ou épidémie, cf. critères d'alerte de la circulaire 542 du 8 novembre 2001 modifiée par la circulaire 400 du 15 juillet 2002, ou sur avis du CTV),
- enfants souffrant de déficit en fractions terminales du complément, en properdine ou ayant une asplénie anatomique ou fonctionnelle.

L'évolution épidémiologique des IIM du groupe C doit faire l'objet d'une surveillance épidémiologique renforcée et devra être réévaluée périodiquement. A cette fin, le CTV rappelle l'importance du signalement sans délai des cas d'IIM suspects ou prouvés ainsi que de l'envoi sans délai des souches isolées au Centre National de Référence des méningocoques.

Ces recommandations pourront être réexaminées à tout moment en fonction de l'évolution épidémiologique des IIM du groupe C.

Le CSHPF rappelle l'importance des mesures habituelles de prophylaxie autour d'un cas (antibioprophylaxie et vaccination autour d'un cas) et de prise en charge précoce au domicile des suspicions de *purpura fulminans* (2).

- (1) A partir de 18 mois le vaccin polysaccharidique anti méningococcique peut être également utilisé.
- (2) Voir circulaire du 8 novembre 2001 modifiée par la circulaire du 15 juillet.

RÉFÉRENCES

- [1] Bonmarin I, Levy-Bruhl D. Analyse des cas d'infections invasives à méningocoque survenues en France depuis 1985. Evolution de l'incidence. Part relative des méningocoques de séro groupe C. InVS, septembre 2002.
- [2] Shlush LI, Behar DM, Zelazny A et coll. Molecular epidemiological analysis of the changing nature of a meningococcal outbreak following vaccination campaign. J. Clin. Microbiol., 2002. 40 : 3565-3571. Miller E., Salisbury D., Ramsay M. Planning, registration, and implementation of an immunisation campaign against meningococcal serogroup C disease in the UK : a success story. Vaccine, 2002. 20 : S58-S67.

Cet avis ne peut être diffusé que dans son intégralité, sans suppression ni ajout

Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France
(Section des maladies transmissibles)
relatif à la vaccination contre les méningites des candidats
à l'implantation cochléaire et des porteurs d'implants cochléaires
15 novembre 2002

Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France, après avoir pris connaissance des divers courriers aux cliniciens ainsi que des comptes-rendus des réunions d'experts de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS),

- prend acte des recommandations de vaccination diffusées par l'AFSSAPS dès le 19/07/2002,
- ne considère pas souhaitable de revenir sur les recommandations déjà formulées vis-à-vis du pneumocoque,
- ne considère pas souhaitable, en l'absence de données sur le sérotype des souches d'*Haemophilus influenzae* isolées, de maintenir la recommandation de vaccination vis-à-vis de l'*Haemophilus influenzae* b,
- rappelle cependant que la vaccination contre les infections à *Haemophilus influenzae* b est recommandée chez tous les enfants dès l'âge de 2 mois,
- rappelle qu'aucun des deux types de vaccins anti-pneumococciques (polysaccharidique à 23 valences et conjugué à 7 valences) n'a fait la preuve d'une efficacité satisfaisante sur la prévention des otites à pneumocoque,
- rappelle que seul le vaccin conjugué à 7 valences a fait la preuve de son efficacité sur la prévention de méningites à pneumocoque dont le sérotype est inclus dans le vaccin (1),(2).

En conséquence, le Conseil supérieur d'hygiène publique de France

- souhaite qu'un approfondissement des données bactériologiques, notamment les sérotypes des pneumocoques et des *Haemophilus influenzae* isolés, et des données épidémiologiques, notamment répartition de l'âge des patients atteints et délais de survenue de l'infection (plus précisément que les seules valeurs extrêmes), soit réalisé sur les cas de méningites survenues chez les porteurs d'implants actuellement recensés,
- recommande la vaccination par le vaccin conjugué à 7 valences des candidats à l'implantation cochléaire et aux porteurs d'implants cochléaires âgés de moins de 2 ans [grade de recommandation C] (3) ,
- laisse les médecins libres de vacciner par le vaccin conjugué à 7 valences les candidats à l'implantation cochléaire et les porteurs d'implants cochléaires dont l'âge est supérieur à 2 ans, sachant que l'autorisation de mise sur le marché à ce jour ne comporte d'indication que chez l'enfant jusqu'à 2 ans, et sachant que seules des données limitées sont disponibles chez les enfants de 2 à 5 ans, données mettant en évidence un taux plus élevé de réactions locales, que la tolérance et l'efficacité n'ont pas été évaluées chez les enfants de plus de 5 ans ni chez les adultes et que les sérotypes en cause dans cette population sont probablement différents de ceux observés chez l'enfant de moins de 5 ans,
- stipule que les termes de cette recommandation devront être revus à la lumière des données bactériologiques et épidémiologiques qui seront collectées sous la responsabilité de l'AFSSAPS,
- recommande qu'une étude cas-témoin au niveau international évalue avec plus de précision le risque de méningite chez les patients porteurs d'implant cochléaire ; cette étude devrait être conçue afin de permettre un ajustement sur l'existence ou non d'anomalies de l'appareil auditif et de l'étiologie pneumococcique de la surdité, l'implant cochléaire pouvant n'être qu'un facteur de confusion,
- recommande que les données concernant la survenue de méningites soient recueillies au cours du suivi de la cohorte des patients français implantés.

(1) Calendrier vaccinal 1999. Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France du 16 avril 1999.

(2) Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France relatif à la vaccination par le vaccin pneumococcique heptavalent (Prevenar ®) du 8 mars 2002.

(3) Grades de recommandations de l'ANAES : A : Preuve scientifique établie, B : Présomption scientifique, C : Faible niveau de preuve scientifique.

Cet avis ne peut être diffusé que dans son intégralité, sans suppression ni ajout

Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France
(Section des maladies transmissibles)
relatif à une épidémie de tuberculose dans un foyer
du 12^e arrondissement de Paris
15 novembre 2002

Considérant :

- la demande de la Ville de Paris sur la conduite à tenir face à l'épidémie de tuberculose dans un foyer du 12^e arrondissement de Paris et dans les autres foyers parisiens,
- la présentation lors de la séance du CSHPF du 15 Novembre 2002 de l'épidémie de tuberculose dans un foyer parisien, par le responsable de la tuberculose à la Ville de Paris,
- les estimations des services de la Ville de Paris selon lesquelles une mise en oeuvre rapide de moyens par la mairie de Paris pour traiter les infections tuberculeuses récentes dans ce foyer éviterait l'émergence supplémentaire d'environ 25 cas de tuberculose active à 2 ans et probablement plus de 50 cas à 4 ans (sans compter les cas secondaires),
- les recommandations actuelles de la Direction générale de la santé concernant la prévention de la transmission de la tuberculose et l'organisation de la lutte antituberculeuse (articles L.3112-4 et L.3112-5, décret du 10 Janvier 1995, circulaire du 4 Mai 1995),
- l'avis du groupe de travail du CSHPF sur la tuberculose.

Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France émet l'avis suivant :
il convient, d'une part, de :

- poursuivre tous les trois mois le dépistage actif par radiographie pulmonaire de la tuberculose maladie dans le foyer Claude Tillier du 12^e arrondissement,
- effectuer des tests tuberculitiques à toutes les personnes fréquentant ce foyer (aile dite « sub-saharienne » et aile dite « maghrébine » du foyer Claude Tillier, en prévoyant pour l'aile « sub-saharienne » des séances de tests régulières sur plusieurs semaines étant donné le passage important de résidents occasionnels dans ce foyer),
- entreprendre un traitement chimio-prophylactique chez tous les patients dont le diamètre de l>IDR est supérieur ou égal à 15 mm (opinion d'experts), en privilégiant un schéma court de 3 mois par bithérapie (Isoniazide et Rifampicine), en utilisant si possible une formulation combinée,
- s'assurer de la bonne supervision, du suivi, de l'observance et de la tolérance du traitement selon les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé,
- évaluer à 6 mois l'impact de la stratégie en adaptant celle-ci selon l'évolution épidémiologique,
- poursuivre le dépistage radiologique de la tuberculose selon les modalités actuelles pour les autres foyers de la Ville de Paris, en prévoyant, le cas échéant, une stratégie comparable à celle du foyer Claude Tillier (émergence de cas groupés présentant un caractère épidémique).

D'autre part, étant donné le caractère exceptionnel de cette épidémie et les populations concernées, le CSHPF, sans préjuger du dispositif définitif que la Ville de Paris mettra en oeuvre, considère qu'une équipe dédiée, ou une antenne, installée dans le foyer même, ou au plus près, serait de nature à assurer, de la façon la plus exhaustive possible, la lecture des IDR, la distribution contrôlée des médicaments, le suivi de l'observance et de la tolérance des traitements, et la recherche des perdus de vue.

RÉFÉRENCES

- [1] Centers for Disease Control and Prevention. 1993. Severe isoniazid associated hepatitis-New York, 1991-1993. M.M.W.R. 42:545-547.
- [2] Cohn DL and El-Sadr WM. 2000. Treatment of latent tuberculosis infection. In L. B. Reichman and E. Hershfield, editors.
- [3] Comstock GW and Ferebee SH. 1970. How much isoniazid is needed for prophylaxis ? Am. Rev. Respir. Dis. 101 :780-782.
- [4] Comstock GW, Livesay ST. The prognosis of a positive tuberculin reaction in childhood and adolescence. Am. J.Epidemiol., 1974 ; 99 :131.
- [5] De Cock K, Grant A, Porter J. Preventive therapy for tuberculosis in HIV-infected persons : international recommendations, research, and practice. Lancet 1995 ; 345 : 756-63.Ferebee SH, Mount FW. Tuberculosis morbidity in a controlled trial of the prophylactic use of isoniazid among household contacts. Am. Rev. Respir. Dis 1962 ; 85 :

- 490-521 Ferebee SH. Controlled chemoprophylaxis trials in tuberculosis. A general review. *Adv. Tuberc. Res.*, 1969 ;17 : 28-106.
- [6] Franks AL, Binkin NJ, Snider DE, Jr Rokaw WM and Becker S. 1989. Isoniazid hepatitis among pregnant and postpartum Hispanic patients. *Pub. Health Rep.* 104 : 151-155.
- [7] Grzybowski S. Preventive treatment for tuberculosis control in developing countries. The case for preventive chemotherapy. *Bull Intern Union Tuberc Lung Dis Suppl* 1990/1991 ; 66 : S25.
- [8] Rieder Hans L. Bases épidémiologiques de la lutte antituberculeuse. *Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires*, 1999 ; p. 51-66.
- [9] Hong Kong Chest Service, Tuberculosis Research Centre, Madras, British Medical Research Council. A double blind placebo controlled clinical trial of three antituberculosis chemoprophylaxis regimens in patients with silicosis in Hong Kong. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1992, 145. 36-41.
- [10] Kopanoff DE, Jr Snider DE and Caras GJ. 1979. Isoniazid related hepatitis : a U.S. Public Health Service cooperative surveillance study. *Am. Rev. Respir. Dis* 117 : 991-1001.
- [11] Dekker Marcel, New York. 471-502. *Tuberculosis: A Comprehensive International Approach*, 2nd ed.
- [12] MMWR. Recommendations and Reports. June 9, 200 / Vol. 49 / No. RR-6. Targeted tuberculin testing and treatment of latent tuberculosis infection.
- [13] Moulding TS, Redeker AG and Kanel GC. 1989. Twenty isoniazid-associated deaths in one state. *Am. Rev. Respir. Dis.* 140 : 700-705.
- [14] Nolan CM, Goldberg SV and Buskin SE. 1999. Hepatotoxicity associated with isoniazid preventive therapy : a 7-year survey from a public health tuberculosis clinic. *J.A.M.A.* 281 : 1014-1018.
- [15] Ormerod LP. 1998. Rifampicin and isoniazid prophylactic chemotherapy for tuberculosis. *Arch. Dis. Child* 78 : 169-171.
- [16] Pape J, Jean S, Ho J, Hafner A, Johnson W. Effect of izoniazide prophylaxis on incidence of active tuberculosis and progression of HIV infection. *Lancet* 1993 ; 342 : 268-72.
- [17] Perronne C. Tuberculose : traitement de l'adulte contact. *Eléments décisionnels et modalités thérapeutiques. Méd. Mal. Infect.* 1995, 25, 388-391.
- [18] Salpeter SR, Sanders GD, Salpeter EE and Owens DK. 1997. Monitored isoniazid prophylaxis for low-risk tuberculin reactors older than 35 yr of age : a risk-benefit and cost effectiveness analysis. *Ann. Intern. Med.* 127 : 1051-1061.
- [19] Jr Snider DE and Caras GJ. 1992. Isoniazid-associated hepatitis deaths : a review of available information. *Am. Rev. Respir. Dis.* 145 : 494-4-97.
- [20] Sutherland I. Recent studies in the epidemiology of tuberculosis, based on the risk of being infected with tuberculosis bacilli. *Adv. Tuberc. Res.*, 1976 ; 19 : 1-63.
- [21] Taylor WC, Aronson MD and Delbanco TL. 1981. Should young adults with a positive tuberculin test take isoniazid ? *Ann. Intern. Med.* 94 : 808-813.
- [22] Tsevat J, Taylor WC, Wong JB and Pauker SG. 1988. Isoniazid for the tuberculin reactor : take it or leave it. *Am. Rev. Respir. Dis.* 137 : 215-220.
- [23] Veening GJJ. Long term isoniazid prophylaxis. Controlled trial on INH prophylaxis after recent tuberculin conversion in young adults. *Bull Int Union Tuberc* 1968 ; 41 : 169-71.
- [24] Walley J, Porter J. Chemoprophylaxis in tuberculosis and HIV infection. *Br Med J* 1995 ; 310 : 1621-2.

Cet avis ne peut être diffusé que dans son intégralité, sans suppression ni ajout

Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France
(Section des maladies transmissibles)
relatif à la vaccination par le vaccin anti-pneumococcique conjugué Prévenar®
17 janvier 2003

Considérant :

- l'avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France du 8 mars 2002 relatif à la vaccination par le vaccin anti-pneumococcique conjugué Prévenar®,
- qu'après la primovaccination par le vaccin anti-pneumococcique conjugué heptavalent Prévenar, l'efficacité et la supériorité du rappel dans la deuxième année de vie par le vaccin anti-pneumococcique polysaccharidique 23-valent comparés à celles du rappel par le vaccin anti-pneumococcique conjugué heptavalent Prévenar® n'ont pas suffisamment été démontrées et doivent être confirmées par d'autres études permettant d'étendre l'Autorisation de mise sur le marché (AMM) du vaccin anti-pneumococcique polysaccharidique 23-valent dans cette indication,

le Conseil supérieur d'hygiène publique de France

- recommande que des études complémentaires soient conduites afin de voir si les résultats confirment les données préliminaires et permettent une éventuelle extension de l'AMM du vaccin anti-pneumococcique polysaccharidique 23-valent dans l'indication du rappel dans la deuxième année de vie après la primovaccination par le vaccin anti-pneumococcique conjugué heptavalent Prévenar ®,
- dans l'attente, recommande après la primovaccination par le vaccin anti-pneumococcique conjugué heptavalent Prévenar "un rappel au cours de la deuxième année de vie par le vaccin anti-pneumococcique conjugué heptavalent Prévenar", selon les Résumés des Caractéristiques du Produit en vigueur.

Ces recommandations devront être réexaminées en fonction des résultats apportés par les études en cours et à venir à ce sujet.

Cet avis ne peut être diffusé que dans son intégralité, sans suppression ni ajout

-
- (1) Le CSHPF est une instance d'expertise placée auprès du ministre chargé de la Santé.
 - (2) Entre deux parutions du calendrier vaccinal, les nouvelles recommandations sont consultables sur le site Internet du Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées à l'adresse suivante : <http://www.sante.gouv.fr>.
 - (3) Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France du 15 septembre 2000 concernant les règles de prophylaxie des infections pour la pratique « d'actes corporels » sans caractère médical avec effraction cutanée (tatouage, piercing, dermatographie, épilation par électrolyse, rasage).
 - (4) Dirigé contre 23 sérotypes de *Streptococcus pneumoniae*.
 - (5) Dirigé contre 7 sérotypes de *Streptococcus pneumoniae*.
 - (6) Grades de recommandations de l'ANAES : A : Preuve scientifique établie, B : Présomption scientifique, C : Faible niveau de preuve scientifique.