



INFORMATION

CALENDRIER VACCINAL 1995

Des recommandations vaccinales nouvelles ou modifiées ont été formulées par le comité technique des vaccinations au cours de l'année 1994.

La **vaccination contre l'hépatite B** est recommandée pour les adolescents et les nourrissons. 2 schémas vaccinaux existent : en 3 injections (2 injections à 1 mois d'intervalle, la troisième 6 mois après la première), ou en 4 injections (3 injections à 1 mois d'intervalle, la quatrième 1 an après la première). Ils peuvent être utilisés pour les 2 présentations de vaccin (à 10 et 20 microgrammes) et pour les 2 producteurs. La forme à 10 microgrammes est réservée à l'enfant jusqu'à 15 ans. Le schéma en 3 injections est réalisable en une année scolaire et le schéma en 4 injections peut être réalisé en même temps que les autres vaccinations du nourrisson.

Pour la **vaccination contre l'hépatite A**, les recommandations visent les professions exposées (personnels de crèches, d'internats des établissements et services pour l'enfance et la jeunesse handicapées, et personnels de traitement des eaux usées), les adultes non immunisés devant séjourner en zones d'endémie, les jeunes d'internats des établissements et services pour l'enfance et la jeunesse handicapées, et les personnes exposées à des risques particuliers (1).

Les recommandations pour le **vaccin antipneumococcique**, avec un rappel tous les 5 ans, qui concernaient jusqu'à présent les sujets splénectomisés et les drépanocytaires, sont étendues aux sujets susceptibles d'être fréquemment hospitalisés, tout particulièrement les insuffisants respiratoires et les patients ayant un terrain alcool-tabagique. De plus, cette vaccination est recommandée en cas de syndrome néphrotique ou de brèche ostéo-méningée.

Actuellement, le **vaccin contre la leptospirose** est recommandé aux égoutiers, employés de voirie, gardes-pêche, travailleurs agricoles, en particulier des rizières. Il semble justifié d'étendre ces recommandations au personnel de traitement des eaux usées.

RISQUES PROFESSIONNELS

Vaccinations obligatoires pour les professionnels de santé

a. *Personnels visés par l'article L. 10 du Code de la Santé publique, loi du 18 janvier 1991.*

- **Tétanos, polio** : tous les 10 ans.
- **Diphtérie** : à l'embauche si la vaccination date de plus de 10 ans.
- **Hépatite B** : 3 injections à 1 mois d'intervalle, rappel 1 an après, puis tous les 5 ans.
- **Typhoïde** : 1 injection, rappel tous les 3 ans pour les personnels de laboratoire.

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

- **B.C.G.** : après 2 vaccinations par le B.C.G. réalisées par voie intradermique, les sujets qui ont une intradermoréaction à la tuberculine négative sont considérés comme ayant satisfait aux obligations vaccinales.

(1) Risques particuliers : hémophilie, polytransfusion, toxicomanie par voie intraveineuse, pratiques homosexuelles.

Vaccinations recommandées

Leptospirose : égoutiers, employés de voirie, gardes-pêche, travailleurs agricoles, en particulier des rizières, personnels de traitement des eaux usées (risque d'exposition évalué par le médecin du travail).

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.

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 handicapées, et personnels de traitement des eaux usées (risque d'exposition évalué par le médecin du travail).

INDICATIONS PARTICULIÈRES

Vaccination contre l'hépatite B : nouveau-nés de mère porteuse de l'Ag HBs, insuffisants rénaux, hémophiles, polytransfusés, entourage familial de sujets porteurs de l'Ag HBs, partenaires sexuels de sujets porteurs de l'Ag HBs, sujets ayant des partenaires sexuels multiples, toxicomanes utilisant des drogues parentérales, voyageurs en zones d'endémie.

Vaccination antigrippale : tous les ans : insuffisants cardio-vasculaires et respiratoires, sujets drépanocytaires.

Vaccination antipneumococcique : tous les 5 ans pour les sujets splénectomisés, les drépanocytaires, les patients atteints de syndrome néphrotique ou porteurs d'une brèche ostéo-méningée. De plus, cette vaccination est recommandée aux sujets susceptibles d'être fréquemment hospitalisés, tout particulièrement les insuffisants respiratoires et les patients ayant un terrain alcool-tabagique.

Vaccination contre l'hépatite A : adultes non immunisés 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 (1).

Vaccination contre la typhoïde : voyageurs en zones d'endémie, à partir de l'âge de 5 ans.

Vaccination contre la fièvre jaune : chez les voyageurs et en particulier chez les résidents en zones d'endémie, à partir de l'âge de 6 mois. Les femmes enceintes pourront être vaccinées après l'accouchement, sauf circonstances épidémiologiques particulières. La vaccination contre la fièvre jaune **est obligatoire en Guyane**.

Vaccination contre la diphtérie : recommandations pour les voyageurs en zones d'endémie.

Vaccination contre le méningocoque (A et C) : enfants de plus de 18 mois et adultes jeunes se rendant dans des zones à risque épidémique.

--

Dès le 1 ^{er} mois	B.C.G.	La vaccination B.C.G. précoce est réservée aux enfants vivant dans un milieu à risques. La vaccination par le B.C.G. doit être pratiquée avant l'entrée en collectivité. L'épreuve tuberculique doit être pratiquée 3 à 12 mois plus tard.
À partir de 2 mois	Diphtérie, tétanos, coqueluche, polio Haemophilus influenzae b Hépatite B 1 ^{re} injection	Le vaccin polio injectable est recommandé, surtout pour les primo-vaccinations, en réservant le vaccin polio oral pour des situations épidémiques ou en rappel.
3 mois	Diphtérie, tétanos, coqueluche, polio (1) Haemophilus influenzae b Hépatite B 2 ^e injection	
4 mois	Diphtérie, tétanos, coqueluche, polio (1) Haemophilus influenzae b Hépatite B 3 ^e injection	
À partir de 12 mois	Rougeole, oreillons, rubéole	La vaccination associée rougeole, oreillons, rubéole est recommandée de façon indiscriminée pour les petits garçons et les petites filles . La vaccination contre la rougeole doit être pratiquée plus tôt, à partir de 9 mois pour les enfants vivant en collectivité, suivie d'une revaccination 6 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, de plus de 9 mois. La vaccination immédiate peut être efficace si elle est faite moins de 3 jours après le contact.
16-18 mois	Diphtérie, tétanos, coqueluche, polio (1) Haemophilus influenzae b Hépatite B 1 ^{er} rappel 4 ^e injection	Lors du 1 ^{er} rappel on peut, si nécessaire, faire en un site d'injection séparé, la vaccination associée rougeole, oreillons, rubéole .
Avant 6 ans	B.C.G.	La vaccination par le B.C.G. doit être pratiquée pour l'entrée en collectivité. L'épreuve tuberculique doit être pratiquée 3 à 12 mois plus tard.
6 ans	Diphtérie, tétanos, polio 2 ^e rappel Rougeole, oreillons, rubéole Hépatite B 1 ^{er} rappel	La vaccination associée rougeole, oreillons, rubéole est recommandée chez les enfants n'ayant pas encore été vaccinés . L'entrée à l'école est une bonne occasion de vacciner éventuellement le même jour que pour diphtérie, tétanos, polio et/ou B.C.G.
11-13 ans	Diphtérie, tétanos, polio. Oreillons Rubéole Hépatite B B.C.G.	Pour les enfants non vaccinés et n'ayant pas eu la maladie. Pour toutes les filles, en primo ou en revaccination. <i>Soit 1 injection de rappel si la vaccination complète a été pratiquée dans l'enfance, soit un schéma complet (en 3 ou 4 injections : cf. première page).</i> Les sujets aux tests tuberculiques négatifs, vérifiés par IDR , seront vaccinés ou revaccinés (1).
16-18 ans	Diphtérie, tétanos, polio. Rubéole pour les jeunes femmes non vaccinées Épreuve tuberculique suivie du B.C.G. en cas de négativité.	La vaccination contre la rubéole est recommandée, par exemple lors d'une visite de contraception ou prénuptiale; la sérologie préalable et postvaccinale n'est pas utile. Il est nécessaire de s'assurer de l'absence d'une grossesse débutante (1 ^{er} mois) et d'éviter toute grossesse dans les 2 mois suivant la vaccination, en raison d'un risque tératogène théorique. Si la sérologie prénatale est négative ou inconnue , la vaccination devra être pratiquée immédiatement après l'accouchement, avant la sortie de la maternité .
18-60 ans	Tétanos, polio Hépatite B Rubéole	Tous les 10 ans. Tous les 5 ans. Pour les femmes non vaccinées et non immunisées jusqu'à 45 ans.
À partir de 70 ans	Tétanos, polio Vaccination antigrippale	Tous les 10 ans. Annuelle.

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.

(1) Après 2 vaccinations par le B.C.G. réalisées par voie intradermique, les sujets qui ont une intradermoréaction à la tuberculine négative sont considérés comme ayant satisfait aux obligations vaccinales.

PRÉVALENCE DES CHORIORÉTINITES TOXOPLASMIQUES CHEZ 4 019 CONSULTANTS D'UN SERVICE D'OPHTALMOLOGIE

J. DUPOUY-CAMET*, T. LAHMI*, G. VIDAL-TRÉCAN**, T. ANCELLE*, H. MONDON***

S'il existe un recueil précis des cas de toxoplasmose cérébrale chez les malades atteints de SIDA, s'il est possible d'estimer le nombre de toxoplasmoses congénitales en France, il est en revanche très difficile d'avoir une idée précise du nombre de chorioretinites toxoplasmiques chez les sujets non immuno-déprimés [1, 2]. Classiquement, cette chorioretinite toxoplasmique est la révélation tardive d'une toxoplasmose congénitale passée inaperçue. La plupart des traités d'ophtalmologie affirment que la toxoplasmose parasitaire est la cause la plus fréquente de chorioretinite, mais la prévalence exacte de cette affection est méconnue [3, 4]. Depuis 1979, un programme de prévention de la toxoplasmose congénitale a été mis en œuvre par les autorités sanitaires françaises et ce programme devrait permettre la diminution de ces chorioretinites. Mais la prévalence actuelle de ces chorioretinites, dans une population adulte n'ayant pu bénéficier d'une prévention, est inconnue. Il nous est apparu qu'une enquête transverse dans le service d'ophtalmologie d'un centre hospitalo-universitaire pourrait donner des indications sur la fréquence de cette affection, sans mise en œuvre de moyens importants.

L'enquête s'est déroulée durant 3 mois (juin, juillet et septembre 1993) dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital Cochin. Chacun des 20 médecins consultants était invité à noter chaque jour sur un premier questionnaire le nombre de sujets examinés et le nom des cas de chorioretinite. Tous les dossiers des cas de chorioretinite signalés étaient ensuite analysés par un médecin enquêteur à l'aide d'un deuxième questionnaire comportant le nom, l'âge, le sexe, le lieu de naissance et de résidence, les éventuels antécédents de toxoplasmose congénitale ou acquise, les résultats biologiques (sérologie de toxoplasmose, synthèse intra-oculaire d'anticorps, P.C.R. de l'humour aqueux), le traitement et l'évolution sous traitement [5]. Tous les sujets ayant une sérologie V.I.H. positive ont été exclus du recueil d'information. Le diagnostic de chorioretinite toxoplasmique était posé par un médecin ophtalmologue et confirmé par le médecin enquêteur sur la base des antécédents de toxoplasmose congénitale, des caractères cliniques des lésions rétinienues, des résultats de la sérologie toxoplasmose et de la synthèse intra-oculaire d'anticorps, et de l'évolution sous traitement antitoxoplasmique.

Durant la période concernée, 4 019 patients ont été examinés dans le service. Les patients étaient des adultes âgés de 15 ans au moins. Parmi ceux-ci, 5 cas de chorioretinite évolutive ont été observés dont 4 étaient d'origine toxoplasmique et 1 d'origine herpétique. À l'hôpital Cochin, dans la période considérée, la prévalence de la chorioretinite toxoplasmique était donc de 0,99 p. 1000 (intervalle de confiance 95 % : 0,27-2,5 p. 1000) chez les consultants du service d'ophtalmologie. Tous les cas étaient des femmes âgées de 22 à 48 ans pour lesquelles les premières manifestations de toxoplasmose oculaires étaient connues depuis respectivement 1, 2, 11 et 24 ans. Le diagnostic a été affirmé par une sérologie toxoplasmique positive (4 cas), par une synthèse intra-oculaire d'anticorps (3 cas certains, 1 cas douteux) et par une évolution favorable sous traitement (4 cas). À noter que 2 cas étaient d'origine étrangère : une femme portugaise avec des antécédents connus de toxoplasmose congénitale avant son arrivée en France et une femme d'origine gabonaise en France depuis 3 ans.

Dans cette étude chez l'adulte, la toxoplasmose apparaît comme responsable de 4 chorioretinites sur 5. Parmi les consultants d'origine française cette prévalence pourrait être moindre, car 2 des cas étaient d'origine étrangère; mais on ne peut rien conclure de cette observation, car la proportion des consultants français parmi les 4 019 consultants n'est pas connue. À l'inverse, l'absence d'individualisation des patients ayant consulté plusieurs fois dans la période considérée, pourrait conduire à une sous-évaluation de la fréquence de ces chorioretinites. De plus, la pathologie oculaire étant un motif fréquent de consultation (prescription de verres correcteurs, etc.), la prévalence observée dans cette étude n'est peut-être pas très éloignée de la prévalence dans la population générale adulte [6]. Enfin, cette prévalence, évaluée chez des adultes de plus de 15 ans, pourrait également être un reflet d'une situation antérieure à la mise en œuvre, il y a 15 ans, du programme national de prévention.

Ce type d'enquête simple pourrait être étendu à d'autres services d'ophtalmologie de façon à gommer d'éventuelles disparités régionales. La répétition de cette enquête, dans quelques années, permettrait de juger de l'efficacité des mesures actuelles de prévention de la toxoplasmose congénitale.

REMERCIEMENTS

Nous remercions tous les médecins du service d'ophtalmologie de l'hôpital Cochin pour leur participation efficace à cette enquête.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] BOUGNOUX M.-E., HUBERT B. – **Toxoplasmose congénitale. Bilan de la prévention primaire en France.** – *B.E.H.*, 1990, 4 : 13-14.
- [2] DUPOUY-CAMET J., GAVINET M.-F., PAUGAM A., TOURTE-SCHAEFER C. – **Mode de contamination, incidence et prévalence de la toxoplasmose.** – *Med. Mal. Inf.* 1993, 23 : 139-147.
- [3] REMKI H. – **Toxoplasmose.** – In J. S. Diallo « **Manifestations ophtalmologiques des parasitoses** ». – Paris, Masson, 1985 : 37-85.
- [4] BLOCH-MICHEL E., COUVREUR J., THULLIEZ P. – **Toxoplasmose oculaire.** – *Encycl. méd. chir. Ophtalmologie*, 21230 B 15, 1992, 8 p.
- [5] LAHMI T. – **Prévalence des chorioretinites toxoplasmiques chez des consultants d'un service d'ophtalmologie.** – Thèse de médecine, faculté de médecine Cochin-Port-Royal (Paris V), 1993, 73 p.
- [6] SERMET C. – **De quoi souffre-t-on? Description et évolution de la morbidité déclarée 1980-1991.** – *Solidarité Santé Études statistiques* 1994, n° 1.

* Laboratoire de parasitologie

** Département de Santé publique.

*** Service d'ophtalmologie C.H.U. Cochin, université R.-Descartes, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 75014 Paris.

RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1990	Typho./Paratypho.	SIDA	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	T.I.A.C.	Botulisme	Légionellose	Polioomyélite
ALSACE	67 Rhin (Bas-)	953 053		2					1			
	68 Rhin (Haut-)	671 319		1				1				
	Total	1 624 372		3				1	1			
AQUITAINE	24 Dordogne	386 365		1								
	33 Gironde	1 213 499		10								
	40 Landes	311 461	////	////	////	////	Non reçu	////	////	////	////	////
	47 Lot-et-Garonne	305 989	////	////	////	////	Non reçu	////	////	////	////	////
	64 Pyrénées-Atlant.	578 516		1								
	Total	2 795 830		12								
AUVERGNE	03 Allier	357 710						1				
	15 Cantal	158 723	////	////	////	Non reçu	////	////	////	////	////	////
	43 Loire (Haute-)	206 568										
	63 Puy-de-Dôme	598 213						3	2			
	Total	1 321 214						4	2			
BOURGOGNE	21 Côte-d'Or	493 866		1				3				
	58 Nièvre	233 278						1				
	71 Saône-et-Loire	559 413		2	1			6				
	89 Yonne	323 096										
	Total	1 609 653		3	1			10				
BRETAGNE	22 Côtes-d'Armor	538 395										
	29 Finistère	838 687						2	1			
	35 Ille-et-Vilaine	798 718	////	////	////	Non reçu	////	////	////	////	////	////
	56 Morbihan	619 838						3				
	Total	2 795 638						5	1			
CENTRE	18 Cher	321 559										
	28 Eure-et-Loir	396 073						1				
	36 Indre	237 510										
	37 Indre-et-Loire	529 345		1				2				
	41 Loir-et-Cher	305 937										
	45 Loiret	580 612		1				1				
	Total	2 371 036		2				4				
CHAMPAGNE- ARDENNE	08 Ardennes	296 357						1	1			
	10 Aube	289 207						3				
	51 Marne	558 217	1									
	52 Marne (Haute-)	204 067	////	////	////	Non reçu	////	////	////	////	////	////
	Total	1 347 848	1					4	1			
CORSE	2 A Corse-du-Sud	118 174		1								
	2 B Corse (Haute-)	131 563		1								
	Total	249 737		2								
FRANCHE-COMTÉ	25 Doubs	484 770		3								
	39 Jura	248 759	////	////	////	Non reçu	////	////	////	////	////	////
	70 Saône (Haute-)	229 650	////	////	////	Non reçu	////	////	////	////	////	////
	90 Terr. de Belfort	134 097										
	Total	1 097 276		3								
ÎLE-DE-FRANCE	75 Paris (Ville)	2 152 423		28				10				
	77 Seine-et-Marne	1 078 166		6				3				
	78 Yvelines	1 307 150		1				2				
	91 Essonne	1 084 824						7				
	92 Hauts-de-Seine	1 391 658	////	////	////	Non reçu	////	////	////	////	////	////
	93 Seine-St-Denis	1 381 197						3		1		
	94 Val-de-Marne	1 215 538						8	3			
	95 Val-d'Oise	1 049 598		1				6				
	Total	10 660 554		36				39	3	1		
LANGUEDOC- ROUSSILLON	11 Aude	298 712	////	////	////	Non reçu	////	////	////	////	////	////
	30 Gard	585 049	////	////	////	Non reçu	////	////	////	////	////	////
	34 Hérault	794 603		10	1			4	1			
	48 Lozère	72 825	////	////	////	Non reçu	////	////	////	////	////	////
	66 Pyrénées-Orient.	363 796						1				
	Total	2 114 985		10	1			5	1			
FRANCE OUTRE-MER	971 Guadeloupe	386 987	////	////	////	Non reçu	////	////	////	////	////	////
	972 Martinique	359 572	////	////	////	Non reçu	////	////	////	////	////	////
	973 Guyane	114 678	////	////	////	Non reçu	////	////	////	////	////	////
	974 Réunion	597 823										

Directeur de la publication : Pr J. F. GIRARD

Rédacteur en chef : Dr Elisabeth BOUVET

Rédaction : Dr Jean-Baptiste BRUNET, Jean-Claude DESENCLOS, Brigitte HAURY, Anne LAPORTE, Agnès LÉPOUTRE, Colette MOYSE, Véronique TIRARD
Administration : M. André CHAUVIN - Secrétariat : Mme Hortense PINVILLE
Direction générale de la Santé

Sous-direction de la Veille sanitaire

Bureau VS 2 : 1, place de Fontenoy, 75350 Paris 07 SP - Tél. : (1) 46 62 45 54

N° CPP : 2015 AD - N° INPI : 1 732 278 - ISSN 0245-7466

Diffusion : LA DOCUMENTATION FRANÇAISE

Par abonnement uniquement (52 numéros par an)

Tarif 1994 : 260 FF (France), 360 FF (Europe, U.E.)

Commandes et renseignements auprès de :

LA DOCUMENTATION FRANÇAISE - Service abonnements

124, rue Henri-Barbusse, 93308 AUBERVILLIERS CEDEX (France)

Tél. : (1) 48 39 56 00 - Télécopie : (1) 48 39 56 01