

Vaccination de l'adolescent : quoi de neuf ?

La couverture vaccinale des adolescents est faible dans tous les pays et plus particulièrement en France. L'adolescent se sent en bonne santé et n'est donc pas préoccupé par la prévention, il ne consulte jamais. Il faut donc saisir toutes les occasions (demandes de certificats, consultation pour traumatisme, etc.) pour lui parler de vaccination et, contrairement à une idée répandue, il est beaucoup plus intéressé par le sujet que ses parents.

Reste que le nouveau calendrier vaccinal, s'il est bien appliqué, fait que – après l'âge de 11-13 ans et jusqu'à 25 ans – l'adolescent n'a plus besoin de vaccination (exception faite d'un éventuel rappel méningococcique C). Il nous reste donc à convaincre médecins et parents de mieux appliquer le calendrier vaccinal de l'enfant !

Les faits

C'est une triste réalité : dans le monde entier, les adolescents sont mal vaccinés, et cela est encore plus vrai en France. Ainsi, une enquête de couverture vaccinale réalisée en 2012 a confirmé nos craintes [1] :

- 88,8 % des adolescents de 15 ans ont reçu les deux doses recommandées de vaccination rougeole-oreillons-rubéole. À noter que les études sérologiques effectuées par l'INVS observent 8 % de séronégatifs pour la rougeole dans la tranche d'âge 6-29 ans [2] ;
- 76,8 % sont à jour de la vaccination DT Polio ;

- 46,8 % ont reçu les cinq doses contre la coqueluche recommandées pour cet âge ;
- 34 % ont eu un schéma complet de vaccination contre l'hépatite B ;
- 27,9 % sont vaccinés contre le méningocoque C, une des causes majeures d'infections invasives à cet âge ;
- enfin, seulement 23,6 % des jeunes filles de 15 ans avaient reçu une vaccination HPV complète. Depuis, la situation s'est aggravée puisque les dernières évaluations concernant l'HPV en 2013 montrent que 10,7 % des jeunes filles ont eu une vaccination complète, 22,9 % n'ayant qu'une seule injection !

Au total, en 2014, seul un adolescent sur 10 est à jour de ses vaccinations. Aux États-Unis, l'évaluation de la couverture vaccinale en 2009 montre des résultats un peu différents : 76,2 % pour la vaccination DT Coq Polio, 53,6 % pour le vaccin méningococcique ACW135Y (il est vrai que l'épidémiologie est différente de celle de l'Europe), 44,3 % des filles ont reçu une dose de vaccin HPV et seulement 26,7 % trois doses [3].

Conséquences pratiques

Cette faible couverture vaccinale fait de ces adolescents des victimes et des vecteurs de ces maladies évitables.

1. La rougeole

La récente épidémie de rougeole (23 000 cas) nous a montré que, même si 88 % des adolescents sont vaccinés, seule



→ **PH. REINERT**
Expert INFOVAC France,
SAINT-MAUR-DES-FOSSÉS.

une couverture supérieur à 95 % met à l'abri des épidémies. Les formes graves de rougeole sont souvent observées chez les adolescents [3, 4, 5].

2. La coqueluche

Si l'enfant a reçu un rappel à 6 ans et 11 ans suivant le nouveau calendrier vaccinal, il a peu de risque d'être porteur de *Bordetella pertussis* et d'être donc un danger pour tous les nouveaux et nourrissons qu'il approche [6, 7].

3. Le méningocoque C

Il frappe surtout l'adolescent et le nourrisson. Le schéma vaccinal à une dose à 1 an devait faire disparaître les infections chez le nourrisson non vacciné et *a fortiori* chez l'adolescent, à condition que la couverture vaccinale soit élevée à un an. Pour faire disparaître le portage pharyngé du méningocoque, cause de la contamination des nourrissons non vaccinés, elle devrait être de 85 %. Or, elle n'atteint actuellement que 30 % : l'échec est total en France alors qu'elle est un succès chez nos voisins... [8].

4. L'hépatite B

À peine plus d'un adolescent sur 4 est vacciné ; or, 2 500 à 3 000 formes aiguës de l'infection surviennent chaque année en France, parmi lesquelles 7 % sont observées chez l'adolescent âgé de 11 à 15 ans. Protéger contre cette MST est donc évidemment une priorité chez l'adolescent. Notons au passage que les infections dues aux virus des hépatites B et C tuent plus que le VIH en Afrique ! [9, 12].

5. Le papillomavirus

Alors qu'il est prouvé que la vaccination est efficace avant les premiers rapports sexuels et que la réponse immunitaire est maximale quand elle est effectuée avant l'âge de 12 ans, il est décourageant de constater qu'elle est de moins

en moins acceptée en France et en Amérique du Nord [10].

■ Pourquoi une telle réticence ?

Ce frein à la vaccination a manifestement de multiples causes. L'adolescent est le plus souvent bien portant et ne s'imaginer pas malade, il n'a donc aucune raison de consulter. Dans tous les domaines, le concept de prévention lui échappe. Il est peu informé de la prévention vaccinale et du risque qu'il court : pire, sur la toile, il ne trouvera que les messages des ligues antivaccinales.

Enfin, l'influence de ses parents peut être néfaste : c'est particulièrement vrai pour la crise de confiance vis-à-vis du vaccin HPV (accusé d'être inefficace et responsable de maladies auto-immunes, d'encéphalite, etc.).

■ Avons-nous une solution miracle ?

Nous ne pouvons pas changer miraculeusement le comportement de l'adolescent, mais toutes les enquêtes ont prouvé le rôle majeur du médecin de famille.

Il faut donc savoir profiter des rencontres avec l'adolescent : certificat médical pour la pratique d'un sport, pour un séjour de vacances, pour un départ vers un pays lointain, mais aussi en cas de visite aux urgences chirurgicales ! [11].

Ma pratique personnelle d'information des adolescents du Val-de-Marne au sujet de la prévention nous a fait découvrir avec plaisir que de nombreux adolescents étaient intéressés par la prévention vaccinale, s'opposant même souvent à leurs parents sur ce sujet !

En revanche, si nous arrivons à mieux faire appliquer le calendrier vaccinal

2013, selon lequel l'enfant doit recevoir un rappel DT Coq Polio à l'âge de 11 ans et n'a plus de rendez-vous vaccinal avant l'âge de 25 ans où un rappel DT Coq Polio est prévu, il est clair que l'adolescent n'a plus besoin de vaccination, à l'exception d'un rappel de vaccination méningococcique C, ce qui devrait être prochainement acté, comme c'est le cas en Grande-Bretagne [12].

■ Le papillomavirus

La crise de la vaccination contre le papillomavirus est certainement due à de nombreux facteurs [10] :

- il est surprenant de constater que les vaccins prévenant certains cancers sont ceux ayant déclenché les plus violentes attaques ;
- la place de la sexualité joue aussi un rôle majeur : beaucoup de mères redoutent de parler à leur fille d'un risque ultérieur de MST. Par ailleurs, de nombreux parents craignent que la vaccination ne favorise une sexualité débridée avec, bien sûr, l'abandon de rapports protégés. Cependant, une étude récente aux États-Unis n'a pas montré de modification de la vie sexuelle chez les adolescentes vaccinées.

Se pose aussi le problème de l'adolescente qui désire se faire vacciner à l'insu de ses parents, source évidente de conflits !

Pour contourner ces problèmes, nous plaçons pour une vaccination plus précoce, actuellement à l'âge de 11 ans, quand l'enfant préadolescent vient obligatoirement recevoir le rappel DT Coq Polio. À cet âge, il n'est pas obligatoire de parler de sexualité et *a fortiori* de MST. On en rapprochera l'amélioration spectaculaire de la couverture contre l'hépatite B depuis l'introduction des vaccins hexavalents (il est bien sûr ici éthiquement obligatoire de

L'ANNÉE PÉDIATRIQUE

parler de l'hépatite B avec les parents, en toute transparence !).

Récemment, le Haut Conseil vient de recommander la vaccination HPV dès l'âge de 9 ans, cette vaccination étant alors à la charge de la médecine scolaire. Cette idée est séduisante mais, en raison de la diminution du nombre des médecins et des infirmières scolaires, il peut s'agir d'un vœu pieux. Quant à l'idée de rendre cette vaccination obligatoire, c'est aller contre l'histoire, cette mesure ayant prouvé que c'est le plus sûr moyen de voir chuter la couverture vaccinale.

Bibliographie

1. STAHL JP, COHEN R, GAUDELUS J *et al.* Couverture vaccinale : les ados en danger... Le point à l'occasion de la semaine de la vaccination. *Médecine et Maladies Infectieuses* 42, 2012:139-140.
2. LEPOUTRE A, ANTONA D, FONTANEAU L. Séroprévalence des maladies à prévention vaccinale et de cinq autres maladies infectieuses en France. Résultats de deux enquêtes nationales 2006-2010. *BEH*, 2013;41-42.
3. STOKLEY S, COHN A, DORELL CH. Adolescent Vaccination-Coverage Levels in the United States: 2006-200. *Pediatrics*, 2011;128:1078-1086. doi: 10.1542/peds.2011-1048. Epub 2011 Nov 14.
4. SAKOU II, TSISIK A, PAPAEVANGELOU V. Vaccination coverage among adolescents and risk factors associated with incomplete immunization. *Ear J Pediatric*, 2011;170:1419-1426.
5. STAHL JP, SALMON D, BRUNEEL F. Adult patients hospitalized for measles in France, in the 21st century. *Médecine et Maladies Infectieuses* 43, 2013:410-416.
6. Centers for Disease Control and Prevention Pertussis United States 2001-2003. *Morb Mortal Wkly Rep*, 2005;54:1283-1286.
7. DE SERRE G, SCHADMAN R, DUVAL B. Morbidity of pertussis in adolescents and adults. *J Infect Dis*, 2000;182:174-179.
8. WOOD CR. Prevention of meningococcal infections in the first 2 years of life. *Pediatr Ann*, 2015:164-171.
9. FRANÇOIS M, ALLA F, RABAUD C. Hepatitis B virus vaccination by French family physicians. *Med Mal Infect*, 2011;41:518-525.
10. PERKINS R, CLARK JA, APTE G. Missed opportunities for HPV vaccination in Adolescent Girls: A Qualitative Study. *Pediatrics*, 2014;134:e666-e674.
11. Society for Adolescent Health and Medicine, ENGLISH A, FORD CA, KAHN JA *et al.* Adolescent consent for vaccination: a position paper of the Society for Adolescent Health and Medicine. *J Adolesc Health*, 2013;53:550-553. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.07.039.
12. LAVAL B, FASCIA P, GOCKO X *et al.* Determinants of vaccination coverage for children and teenagers. *Med Mal Infect*, 2011;41:359-363. doi: 10.1016/j.medmal.2011.04.002. Epub 2011 Jun 8.
13. Le Calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2013 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique. *BEH*, 19 avril 2013 / n° 14-15.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.