

Couverture vaccinale des PVVIH

Dr Amandine Gagneux-Brunon
(Service d'Infectiologie CHU de Saint-Etienne)

Dr Matthieu Méchain
(Bordeaux)



GIMAP EA 3064
Groupe Immunité des Muqueuses
et Agents Pathogènes



SAINT-ETIENNE



université
de **BORDEAUX**



CHU
Hôpitaux de
Bordeaux

Quelles recommandati

- Recommandations 2014 du HSCP chez l'a

Discordances avec
les
recommandations de
l'EACS: HPV, Zona ?,
Pneumocoque

DTP	Rappel tous les 10 ans
Hépatite B	Tous les patients dont la sérologie est négative Schéma 4 doubles doses si non vacciné, Contrôle sérologique annuel
ROR	Patients nés à partir de 1980 2 doses En l'absence de CI
Grippe saisonnière	Tous les ans
Infections à pneumocoque	Prevenar 13 [®] et Pneumovax [®]
Hépatite A	Co-infection VHB, VHC HSH, Toxicomanie IV, Hépatopathie chronique, Voyage 2 doses, Contrôle sérologique

Frésard et al. Human vaccine and immunotherapeutics 2016

EACS Guidelines 9.0 2017

Objectifs

- **Principal**
 - Estimation du taux de vaccination / adéquation vaccinale des PVVIH suivis dans un centre de référence suivi VIH
 - **Adéquation vaccinale** = patients **vaccinés** + patients **immunisés** hors vaccination + patients **non concernés** par la vaccination = **patients « couverts »** / risque
- **Secondaires**
 - Causes inadéquation
 - Acteurs vaccination
 - Pratiques vaccinales (schémas, suivis sérologiques)

Couverture vaccinale stéphanoise

- Enquête menée entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2015
 - Recueil des données de couverture vaccinale
 - Autoquestionnaire pour les patients
- Données obtenues pour 561 patients (85,5 % file active PVVIH)
- Age moyen $49,3 \pm 11,6$ ans
- 35,5 % avec au moins une comorbidité
- Taux médian de CD4 688 ± 304 cellules/mm³
- CV<40 copies/mL 93,9 % des patients

Couverture / adéquation vaccinale bordelaise

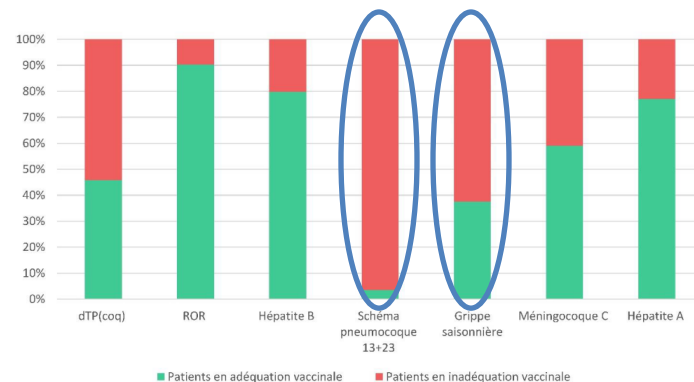
- Enquête menée entre le 25 janvier et le 12 février 2016
 - Recueil des données de couverture vaccinale
 - Questionnaire administré face à face pour les patients
- Données obtenues pour 144 patients
- Age moyen 48 ans / médian 50 ans
- Stade B (9%) et C (24%)
- Taux moyen de CD4 660 cellules/mm³
- CV indétectable 80,6% des patients

Couverture / adéquation vaccinale

Vaccins	Saint-Etienne (561) CV	Bordeaux (144) CV / Adéquation
DTP	46 %	45,8 %
Coqueluche	16,9 %	
Hépatite B	63,5 % (des 411 concernés) Taux de séroconversion 87,3 %	38,2% / 79,9 %
ROR	16,1 % (des 112 concernés)	50 % (des 28 concernés)
Grippe saisonnière	40,1 %	37,5 %
Infections à pneumocoque	20 %	4,2 %
Hépatite A	27,3 % (des 274 concernés)	19,1% / 70 % (des 94 concernés)

		Adéquation vaccinale		Inadéquation vaccinale	
		Vaccinés (%)	Non vaccinés (%)	Vaccinés (%)	Non vaccinés (%)
VACCINATIONS RECOMMANDEES EN POPULATION GENERALE					
DIPHTERIE-TETANOS-POLIO (COQ)	n=144	66 (45,8)	NA	78 (54,2)	
ROUGEOLE-OREILLONS-RUBEOLE	n=144	28(19,4)	102(70,8) ¹	14(9,7)	
Patients nés avant 1980	n=116	14(12,1)	102(87,9) ¹	NA	
Patients nés après 1980	n=28	14 (50)	NA	14 (50)	
HEPATITE B	n=144	55 (38,2)	60 (41,7) ²	3 (2,1)	26 (18)
VACCINATIONS RECOMMANDEES CHEZ LE PATIENT VIH					
PNEUMOCOQUE					
Schéma vaccinal recommandé 13v +23v	n=144	6 (4,2)	NA	3 (2,1) ³	135 (93,75)
Vaccin 13 valences	n=144	14 (9,7)	NA	NA	130 (90,3)
Vaccin 23 valences	n=144	18 (12,5)	NA	NA	126 (87,5)
GRIPPE SAISONNIERE	n=144	54 (37,5)	NA	NA	90 (62,5)
VACCINATIONS RECOMMANDEES CHEZ POPULATIONS A RISQUE					
MENINGOCOQUE C					
HSH	n=60	2 (3,3)	81 (56,2)	NA	59 (41)
dont <25 ans	n=1	1	NA	NA	0
dont fréquentation Lieux convivialité Gay	n=9	1 (11,1)	NA	NA	8 (88,9)
HEPATITE A					
Population à risque VHA	n=94	18 (19,1)	93 (64,6) ⁴	NA	33 (35,5)
dont HSH	n=60	12 (20)	28 (46,7)	NA	20 (33,3)
dont causes hépatiques, hors HSH	n=31	4 (12,9)	15 (48,4)	NA	12 (38,7)
dont autres risques hors HSH	n=3	2	0		1

Taux d'adéquation vaccinale pour l'ensemble de la population étudiée



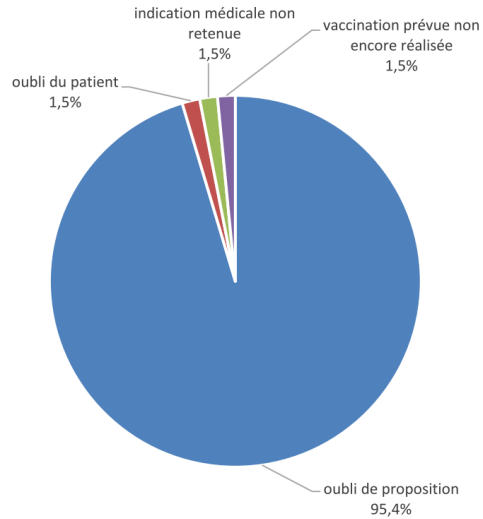
¹ ont été considérés en adéquation mais non vaccinés les patients nés avant 1980, en l'absence de recommandation pour les patients nés avant cette date

² ont été considérés en adéquation mais non vaccinés les patients présentant une immunité naturelle vis-à-vis du VHB

³ ont été considérés vaccinés mais en inadéquation les patients ayant reçu les deux vaccins mais selon un schéma inadéquat

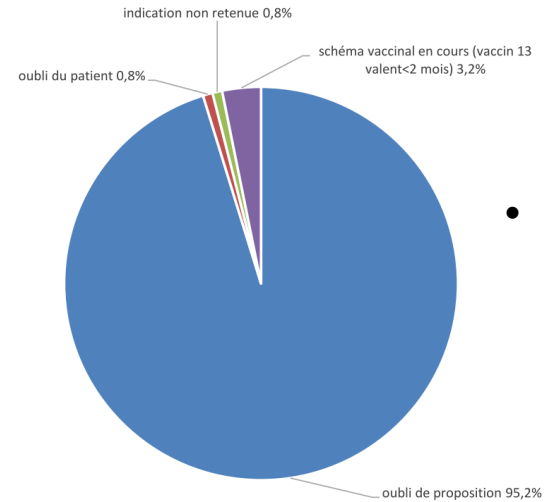
⁴ ont été considérés en adéquation mais non vaccinés les patients immunisés vis-à-vis du VHA ou ne relevant pas de l'indication

Pneumocoque



Causes inadéquation vaccin 13 valent conjugué

- Prescripteurs:
 - 66,7% hôpital
 - 33,3% MG



Causes inadéquation vaccin 23 valent non conjugué

- Prescripteurs:
 - 55,6% MG
 - 44,4% hôpital

		Adéquation vaccinale		Inadéquation vaccinale	
		Vaccinés (%)	Non vaccinés (%)	Vaccinés (%)	Non vaccinés (%)
VACCINATIONS RECOMMANDEES EN POPULATION GENERALE					
DIPHTERIE-TETANOS-POLIO (COQ)	n=144	66 (45,8)	NA	78 (54,2)	
ROUGEOLE-OREILLONS-RUBEOLE	n=144	28(19,4)	102(70,8) ¹	14(9,7)	
Patients nés avant 1980	n=116	14(12,1)	102(87,9) ¹	NA	
Patients nés après 1980	n=28	14 (50)	NA	14 (50)	
HEPATITE B	n=144	55 (38,2)	60 (41,7) ²	3 (2,1)	26 (18)
VACCINATIONS RECOMMANDEES CHEZ LE PATIENT VIH					
PNEUMOCOQUE					
Schéma vaccinal recommandé 13v +23v	n=144	6 (4,2)	NA	3 (2,1) ³	135 (93,75)
Vaccin 13 valences	n=144	14 (9,7)	NA	NA	130 (90,3)
Vaccin 23 valences	n=144	18 (12,5)	NA	NA	126 (87,5)
GRIPPE SAISONNIERE	n=144	54 (37,5)	NA	NA	90 (62,5)
VACCINATIONS RECOMMANDEES CHEZ POPULATIONS A RISQUE					
MENINGOCOQUE C					
HSH	n=60	2 (3,3)	81 (56,2)	NA	59 (41)
dont <25 ans	n=1	1	NA	NA	0
dont fréquentation Lieux convivialité Gay	n=9	1 (11,1)	NA	NA	8 (88,9)
HEPATITE A					
Population à risque VHA	n=94	18 (19,1)	43 (45,7) ⁴	NA	33 (35,5)
dont HSH	n=60	12 (20)	28 (46,7)	NA	20 (33,3)
dont causes hépatiques, hors HSH	n=31	4 (12,9)	15 (48,4)	NA	12 (38,7)
dont autres risques hors HSH	n=3	2	0		1

¹ ont été considérés en adéquation mais non vaccinés les patients nés avant 1980, en l'absence de recommandation pour les patients nés avant cette date

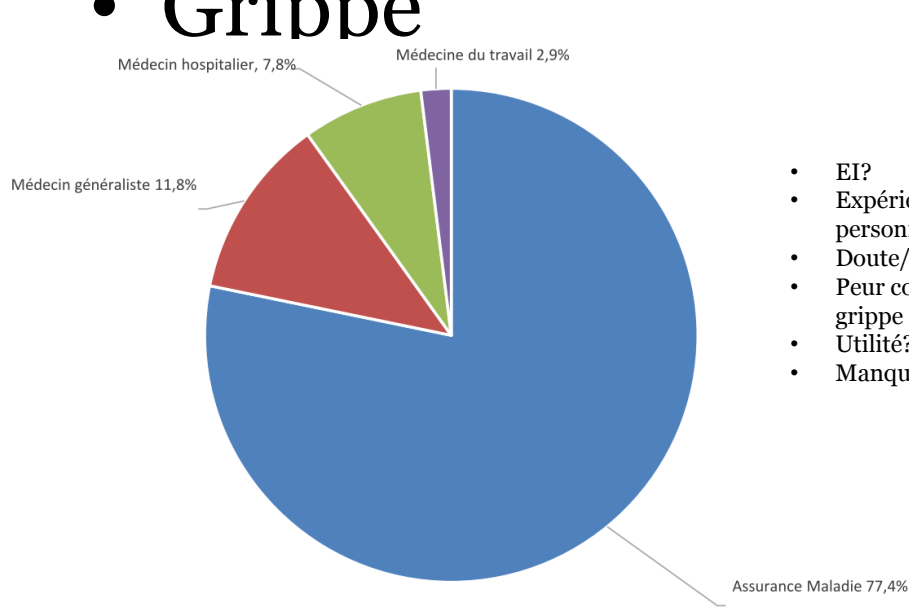
² ont été considérés en adéquation mais non vaccinés les patients présentant une immunité naturelle vis-à-vis du VHB

³ ont été considérés vaccinés mais en inadéquation les patients ayant reçu les deux vaccins mais selon un schéma inadéquat

⁴ ont été considérés en adéquation mais non vaccinés les patients immunisés vis-à-vis du VHA ou ne relevant pas de l'indication

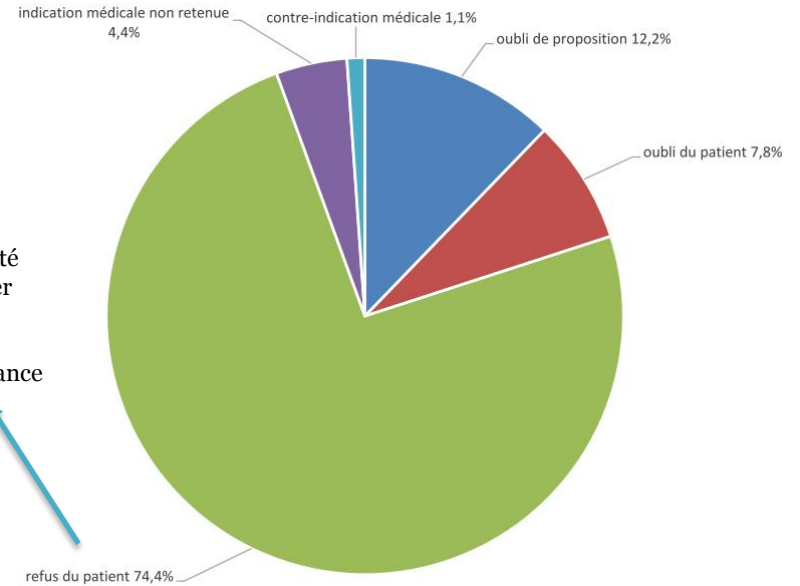
RESULTATS

• Grippe



Prescripteurs vaccin antigrippal

- EI?
- Expérience personnelle
- Doute/efficacité
- Peur contracter grippe
- Utilité?
- Manque confiance



Raisons inadéquation vaccin antigrippal

Hésitation vaccinale et PVVIH

- 468 PVVIH ont répondu à un auto-questionnaire
- 87,2 % déclarent voir régulièrement leur médecin traitant (MG)
- 10,2 % ont un avis défavorable quant aux vaccins
- 20 % ont un avis défavorable quant au vaccin contre la grippe saisonnière

Hésitation vaccinale et PVVIH: la grippe en exemple

Raison	Saint-Etienne (n=143)	Harrison et al. Taux de CV
C'est inutile « Je ne suis pas à risque » « La grippe n'est pas une maladie grave » « Le vaccin n'est pas efficace »	36,4 %	36 %
Opposition ferme à ce vaccin « le vaccin contre la grippe est dangereux »	20 %	17 % d'opposants aux vaccins
Crainte des effets secondaires	13,3 %	39 %
Oubli	10,5 %	
Risque de réactivation du VIH	1,4 %	17 %
Pas de raison	18,2 %	

Taux de CV à 69,4 % chez les PVVIH qui ont un reçu un conseil de vaccination par le MG ou le spécialiste

Conseil médical multiplie par 13 la probabilité d'être vacciné à Vienne

Autres données

	Valour et al. N=2467 2011	Tsachouridou et al. N=1210 2004-2014
Pneumocoque	64,6 %	79 %
VHB	61,9 %	73,6 %
VHA	54,2 %	73,6 %
Grippe saisonnière	30,9 % 48,3 % H1N1 2009	39 %

Valour et al. Vaccine 2014

Tsachouridou et al. Human vaccine and immunotherapeutics 2018

Constats

- Insuffisance de couverture vaccinale au sein de la population étudiée
- Des efforts sont nécessaires
 - Rôle incontournable des médecins : implication ++ suivi vaccinal
 - Perception du risque
- Vaccination contre la grippe saisonnière chez les PVVIH et en population générale= même combat
- Les PVVIH n'échappent pas à l'hésitation vaccinale
- Harmonisation des recommandations ?...

Freins/ idées leviers

– Absence d’outil de liaison/ outil dédié

- Multiplicité sources information, dilution information, fiabilité +/-
- Risque d’erreur par omission
- Absence de liaison MT/ Hôpital/ Patient



Carnet vaccinal (électronique? / DMP) ou
fiche de suivi individuelle

– Visibilité/ accessibilité calendrier vaccinal

- Intégration au sein recommandation non spécifique VIH
- Non inclus dernières versions calendriers INPES annuelles
- Pas de mise à disposition d’outils simplifiés



Plaquettes synoptiques, affiches, site
dédié

Freins/ idées leviers

– Information et formation praticiens/ mises à jour

- Mises à jour des recommandations : diffusion?
- Temps consacré aux questions vaccinales formation médicale
- Complexité du calendrier



Temps de formation, diffusion plus large, outil visuel simple

– Pb de disponibilité des vaccins

- Tension/Ruptures d'approvisionnement
- Risque d'actes vaccinaux « manqués »
- Confiance



Stocks hospitaliers (coût?)

Freins/ idées leviers

– Temps médical disponible

- Prise en charge complexe, pluridisciplinaire
- Etablissement priorités/ place de la vaccination?
- Perte de temps recherche infos vaccinales



Information patient, intégration des soignants, simplification acte vaccinal (cf supra)

– Refus vaccination

- Représentations négatives/ confiance/ polémiques
- Sources d'information visibles : fiabilité +/-
- Les professionnels de santé aussi...



Transparence, simplification parcours, accès aux données patient, élargissement caractère obligatoire

Freins/ idées leviers

– Qu'en pensent les patients? (entretiens individuels)

- Assez bonnes connaissances mais... peu de besoin ressenti
- Moyens préventifs alternatifs (homéopathie, hygiène de vie)
- Manque d'information et communication, incertitude statut vaccinal, intérêt individuel



Communiquer+++ , informer,
demande d'outil vaccinal simple

MERCI DE VOTRE ATTENTION

