

Enseignements de la campagne de vaccination anti-méningococcique dans le Puy-de-Dôme

Jean Beytout, Henri Laurichesse

Service des maladies infectieuses et tropicales

Hôtel-Dieu, CHU de Clermont-Ferrand

Le 11 janvier 2002, le Ministre de la Santé annonçait sa décision de pratiquer une vaccination de masse contre la méningococcie C dans le Puy-de-Dôme. Cette décision était le résultat d'une réflexion menée depuis plusieurs semaines à la Direction Générale de la Santé. Elle annonçait une opération de grande envergure menée en quelques semaines auprès d'une partie de la population de ce département. Nous avons participé aux différentes étapes de la préparation et de l'application de cette campagne.

L'alerte avait été donnée à la suite de l'observation de plusieurs cas de méningococcies graves survenues avec une fréquence élevée dans l'agglomération de Clermont-Ferrand au cours des dernières semaines de l'année : 5 cas de septicémies avec *purpura fulminans* en 5 semaines depuis la mi-Novembre ; 2 décès. Les malades étaient âgés de 14 à 24 ans. Bien sûr, dans chaque cas, l'antibioprophylaxie et la vaccination par le vaccin A+C ont été appliqués sans retard aux sujets contacts suivant les directives des circulaires 2001 : médecins et bactériologistes hospitaliers, médecins inspecteurs de la DDASS, médecins scolaires et généralistes participent à l'application de ces mesures suivant un dispositif bien rodé dans notre département. Il n'y a pas eu de cas secondaires ; les débordements habituels dans ces circonstances ont été évités en contrôlant la communication avec les acteurs de santé et l'information du public.

Nous nous sommes inquiétés de cette augmentation récente des cas d'infection à méningocoque C. L'augmentation globale des cas déclarés dans le Puy-de-Dôme au cours de l'année 2001 était très nette par rapport aux années précédentes : 18 cas contre 6 en 2000 et 6 en 1999. La proportion de méningocoque C était particulièrement élevée : 11 en 2001 contre 1 en 2000 et 1 en 1999. Nous avons vérifié que les cas n'étaient pas reliés entre eux - en dehors de 2 cas dans la communauté turque de la ville en début d'année-. De même, à l'Institut de Veille Sanitaire, A. Peyrocheau et D. Lévy-Bruhl notaient l'incidence élevée des cas dans le Puy-de-Dôme, nettement supérieure à celle de tous les autres départements. Les départements voisins semblaient indemnes de méningococcies C. L'absence de relation directe entre les cas était en faveur d'une hyper-endémie localisée centrée sur Clermont-Ferrand.

Au Centre National de Référence des *Neisseriae*, J. M. Alonso observait certes une augmentation du nombre des souches de méningocoques C parmi les souches de méningocoques

qui lui parvenaient du territoire national au cours de l'année 2001 (près de 200 soit 30% des souches répertoriées) ; mais le nombre de souches provenant du CHU de Clermont lui paraissait particulièrement élevé et inquiétant. Le typage antigénique des souches, pratiqué au Centre de Référence, semblait montrer des parentés antigéniques (C:2a :P1-2,5 ou C :2a :P1-5) mais le génotypage montrait que 2 clones semblaient présents dans le Puy-de-Dôme au cours de l'année 2001 ; l'un, inclus dans le complexe ET37 de l'endémie du Nord de l'Europe comportait les souches isolées dans les 3 cas mortels de notre série.

Une cellule de crise a été activée à la Direction Générale de la Santé avant Noël 2001 : la perspective d'une vaccination étendue a été envisagée dès les premières conférences téléphoniques ; sa décision s'est imposée à la suite de la survenue de 2 nouveaux cas : un *purpura fulminans* mortel chez un enfant de 16mois dans les derniers jours de l'année 2001 et une méningite chez un nourrisson de 8 mois le 6 Janvier 2002 : dans les 2 cas un méningocoque C a été isolé. Les données épidémiologiques ont été contrôlées et ont servi de base à l'élaboration du programme de vaccination. Les jeunes en milieu scolaire relativement fermés de la communauté urbaine de Clermont étaient particulièrement affectés avant les vacances de Noël; les derniers cas étaient des enfants en bas âge vivant à distance de Clermont. Ces données permettaient de définir la population cible de la vaccination : tous les jeunes de moins de 21 ans (notamment les jeunes en milieu scolaire mais aussi les enfants en âge préscolaire et les nourrissons) et également les adultes de moins de 25 ans en contact étroit avec les communautés de jeunes (enseignants, éducateurs, personnel soignant...). Dans quelle zone pratiquer la vaccination ? Les experts ont décidé de se limiter aux personnes résidentes de l'agglomération clermontoise, et des communes où des cas avaient été répertoriés ainsi qu'aux communes contiguës. L'effectif à vacciner était estimé à 70 000 personnes.

Quel vaccin utiliser ? Le vaccin méningococcique A+C ne pouvait être pratiqué chez les jeunes de moins de 18mois. Il fallait se tourner vers les nouveaux vaccins conjugués monovalents C dont nous connaissions les performances et les bons résultats dans le programme de vaccination systématique entrepris en Grande Bretagne depuis 2ans. Le vaccin MeningiteC* du laboratoire Wyeth Léderlé pouvait être obtenu en quantité suffisante pour alimenter complètement la campagne : la DGS et l'Agence Française pour la Sécurité Sanitaire ont fait le nécessaire pour que ce vaccin soit disponible *in extremis* et approvisionne la totalité de la campagne. Le Comité Technique des Vaccinations (présidé par Ch. Perronne et dont j'ai l'honneur de faire partie) a été réuni en urgence pour vérifier le caractère judicieux de l'argumentation et le bien fondé des mesures proposées avant la conférence de presse où la décision a été annoncée.

Nous avons été très impliqués dans l'action régionale pour la réalisation pratique de cette campagne de vaccination à la demande ministère de la Santé et de la Préfecture de la Région Auvergne chargée de l'application des mesures annoncées.

Tout d'abord dans la mise en place des équipes vaccinatrices. Du fait de la population visée, les vaccinateurs privilégiés devaient être les équipes scolaires et universitaires, les structures de PMI : ils ont été avertis et mobilisés par les voies administratives. L'effectif était insuffisant dans le département : il a été renforcé par les équipes médicales scolaires de l'ensemble de l'Académie et par des médecins de la Région Militaire. Les médecins et les pharmaciens libéraux ont été sollicités pour la prise en charge des enfants non scolarisés.

Nous avons eu un rôle particulier dans la coordination régionale : nous sommes surtout intervenus en appui pour répondre aux demandes des médecins vaccinateurs ou des généralistes et pédiatres confrontés aux questions de leur clientèle. Pour assurer l'information du public, nous avons eu recours à la presse locale et même nationale : c'était difficilement évitable tant les *media* étaient présents et avides de sensationnel... Nous avons cherché à établir une « image » la plus dépassionnée et la plus objective possible. Pour les télévisions et les chaînes radiophoniques nous avons demandé à avoir suffisamment de temps pour donner des explications, de préférence en direct. Ceci était d'autant plus nécessaire que le parti était pris d'assurer la meilleure transparence et de privilégier la persuasion. Globalement l'opinion publique acceptait (sinon réclamait) la vaccination, angoissée par les mots « méningite » et « épidémie » (même s'il était officiellement dénié) . A l'inverse, l'utilisation d'un nouveau vaccin inquiétait les parents : ceci d'autant plus que, à la demande expresse du Pr Abenhaim, il n'était pas fait mystère des effets secondaires enregistrés lors des études de phase III ou après utilisation en pratique généralisée en Grande-Bretagne. C'était prêter le flanc aux critiques des opposants à la vaccination qui ont surtout fait courir les rumeurs de risques potentiels liés à la présence d'aluminium ou de produits d'origine bovine animale. Nous avons argumenté que ces rumeurs n'étaient pas fondées et, globalement leur impact a été modéré. Un autre obstacle à la continuité de la campagne de vaccination a été la survenue d'infections intercurrentes : grippe, gastro-entérites, rhinopharyngites, varicelle..., qui ont beaucoup affecté les classes d'âge intéressées par la vaccination ; souvent, ceci a amené à différer la primo-injection. Malgré cela, le 7 février, plus de 60 000 jeunes avaient reçu le MéningiteC (soit plus 80% de l'effectif à vacciner, ce qui correspond à la couverture espérée) ; par ailleurs, dans le département plus de 10 000 personnes ont reçu le vaccin Méningocoque A+C. Aucun cas d'infection à méningocoque n'est survenu dans le département depuis le 6 Janvier 2002. Un système de vaccinovigilance particulièrement important a été mis en place avec la Pharmacovigilance de la

Faculté de médecine de Clermont: nous commençons seulement à en avoir les premiers retours : ils sont favorables, comme nous le prévoyions...

Cette opération sanitaire a été instructive à plus d'un titre : elle nous a montré l'intérêt d'une bonne réactivité fondée sur un réseau de relations locales efficace : praticiens hospitaliers, microbiologistes, médecins de la DDASS. Le recours aux structures nationales de surveillance des maladies infectieuses (Institut de Veille Sanitaire, Centre de Référence, Bureau des maladies transmissibles de la DGS) est indispensable : il met en perspective nationale les données épidémiologiques locales, il permet d'obtenir l'avis d'experts du niveau le plus élevé dans les différents services concernés. La décision de vaccination est une décision collégiale : l'infectiologue local apporte sa connaissance de la région, de la population, des ressources médicales. Il doit être impliqué dans la réflexion, dans la décision et dans le choix des modalités opérationnelles de manière à assurer la transmission de l'information aux personnes concernées. Si on peut être satisfait de la qualité de l'information transmise au grand public, il faut se poser des questions sur son « timing » et sur les lacunes de la communication avec les médecins généralistes et les professionnels que ne résout pas Internet ou tout autre moyen non personnalisé auxquels les médecins n'ont guère le loisir d'accéder. Nous avons pu apprécier la capacité de mobilisation de tous : professions de santé, enseignants, administratifs ; ils ont permis de mener à bien la campagne dans les délais prévus. Le succès de cette campagne de vaccination permet d'envisager avec optimisme la possibilité de mettre en place, si nécessaire, des opérations préventives urgentes dans notre pays mais nous serions avisés d'anticiper en nous y préparant dès maintenant...

Citation suggérée:

Beytout J, Laurichesse H . Enseignements de la campagne de vaccination anti-méningococcique dans le Puy-de-Dôme. Infections en Ligne 2002;2:1-4. Accessible sur:
www.infectiologie.com/public/documents/editos/2002/meningo-c.pdf