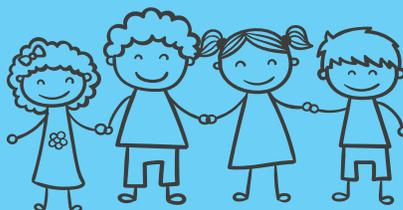


Vaccins : qu'en est-il des Écoliers immunodéprimés ?



P^hC PHYSICIANS FOR INFORMED CONSENT

Disponible dans d'autres langues à l'adresse physiciansforinformedconsent.org/immunocompromised-schoolchildren

1. QUE SIGNIFIE ÊTRE IMMUNODÉPRIMÉ ?

Les enfants immunodéprimés présentent un système immunitaire affaibli les empêchant de combattre par eux-même et de manière optimale les infections. Par conséquent, ils peuvent présenter un risque accru de complications de maladies infectieuses et nécessiter des précautions et traitements supplémentaires.

2. EST-CE QUE LES ENFANTS IMMUNODÉPRIMÉS PEUVENT-ILS ALLER À L'ÉCOLE ?

Les enfants gravement immunodéprimés sont trop vulnérables pour se retrouver dans des espaces publics et ne peuvent pas aller à l'école. Toutefois, les enfants qui ne sont pas gravement immunodéprimés peuvent aller à l'école avec l'autorisation du médecin.



Les enfants gravement immunodéprimés ne peuvent pas aller à l'école parce qu'ils sont trop vulnérables pour se retrouver dans des espaces publics.

3. LES ENFANTS IMMUNODÉPRIMÉS PEUVENT-ILS SE FAIRE VACCINER ?

Les écoliers immunodéprimés ont la possibilité de recevoir tous les vaccins homologués pour les enfants aux États-Unis, à l'exception des vaccins à virus vivant (comme les vaccins contre la rougeole, les oreillons, la rubéole ou les infections causées par la varicelle).¹ Bien que la vaccination aboutisse souvent à des taux protecteurs d'anticorps chez des enfants immunodéprimés,²⁻⁶ essais cliniques de sécurité du vaccin excluent généralement les sujets immunodéprimés.⁷ En outre, les vaccins n'ont pas été

évalués quant à leur potentiel de causer le cancer, les mutations génétiques ou l'altération de la fertilité dans l'ensemble de la population ou chez des personnes immunodéprimées.⁸ Du fait de ces limitations, on ne sait pas si l'avantage de vacciner un enfant immunodéprimé l'emporte sur le risque des préjudices vaccinaux causés à cet enfant.

4. LE STATUT VACCINAL D'AUTRES ÉCOLIERS CONSTITUE-T-IL UN RISQUE CONSIDÉRABLE POUR LES ÉCOLIERS IMMUNODÉPRIMÉS ?

Le statut vaccinal d'autres écoliers ne constitue pas un risque considérable pour les écoliers immunodéprimés pour les raisons suivantes (table 1) :

- Certains vaccins ne peuvent pas prévenir la propagation des bactéries et des virus qu'ils combattent.
- Toutes les maladies infectieuses ne sont pas contagieuses.
- Certaines maladies infectieuses ne se propagent pas dans les écoles.
- Certaines maladies infectieuses causent rarement des complications chez les écoliers immunodéprimés.
- L'immunoglobuline (le plasma contenant des anticorps) est disponible pour les enfants immunodéprimés exposés à certaines maladies infectieuses.



Les écoliers immunodéprimés ne sont pas exposés à un risque considérable à cause du statut vaccinal d'autres écoliers.

Table 1: Pourquoi le statut vaccinal d'autres écoliers ne constitue-t-il pas un risque considérable pour les écoliers immunodéprimés ?



Certains vaccins ne peuvent pas prévenir la propagation des bactéries et des virus qu'ils combattent.

Les enfants vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTaP) ou le vaccin contre la polio inactivée (IPV) peuvent toujours s'infecter des bactéries causant la diphtérie, des bactéries de la coqueluche ou des poliovirus et les propager à d'autres, avec des symptômes légers ou sans symptômes propres.⁹⁻¹¹ Chez les vaccins contre la grippe (TIV et LAIV), on n'a constaté aucune réduction considérable de la propagation de la grippe.^{12,13}



Toutes les maladies infectieuses ne sont pas contagieuses.

Le tétanos n'est pas une maladie transmissible ; c.à.d. qu'il ne peut en aucun cas se propager d'une personne à une autre.¹⁴



Certaines maladies infectieuses ne se propagent pas dans les écoles.

L'hépatite B ne se propage pas en s'embrassant, en prenant quelqu'un dans ses bras, en se tenant par la main, en toussant, en éternuant ou en partageant son couvert,¹⁵ et les principales voies de transmission de l'hépatite B (le contact sexuel, l'utilisation de drogues injectables ou le fait de naître d'une mère infectée)¹⁶ ne surviennent pas à l'école. Le papillomavirus humain (VPH) se transmet sexuellement et ne se propage donc pas à l'école.¹⁷ L'*Haemophilus influenzae* type b (Hib) se propage parmi les enfants n'ayant pas atteint l'âge de la scolarité, le plus souvent âgés de 3 ans et moins.¹⁸



Certaines maladies infectieuses causent rarement des complications chez les écoliers immunodéprimés.

Les cas mortels d'oreillons sont très rares chez les écoliers (1 décès pour 100 000 cas d'oreillons),¹⁹ et on a constaté que les enfants immunodéprimés se remettent tout aussi bien des oreillons que l'ensemble de la population.²⁰ Les nourrissons et les bébés à naître représentent les plus grands risques de coqueluche et de rubéole, et le fait d'être immunodéprimé n'a pas été remarqué comme étant un facteur à risque considérable pour les complications de coqueluche ou de rubéole chez les écoliers.²¹



L'immunoglobuline (le plasma contenant des anticorps) est disponible pour les enfants immunodéprimés exposés à certaines maladies infectieuses.

L'immunoglobuline (Ig) est disponible pour la prévention des symptômes graves chez des enfants immunodéprimés exposés à la rougeole ou la rubéole (l'Ig ne protège pas les fœtus de femmes enceintes atteintes de rubéole).^{22,23} L'immunoglobuline antivaricelleuse-antizostérienne (VIG) est disponible pour la prévention de symptômes graves chez des enfants immunodéprimés exposés à la varicelle.²⁴ L'immunoglobuline anti-hépatite B (HBIG) et l'immunoglobuline anti-tétanique (TIG) sont aussi disponibles pour des enfants immunodéprimés.¹

Toutes les références sont disponibles sur physiciansforinformedconsent.org/immunocompromised-schoolchildren

Ces déclarations sont destinées uniquement à des fins d'information et ne doivent pas être considérées comme des avis médicaux.

RÉFÉRENCES

1. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP): use of vaccines and immune globulins in persons with altered immunocompetence. *MMWR*. 1993 Apr;42(No. RR-04).
2. Ercan TE, Soycan LY, Apak H, Celkan T, Ozkan A, Akdenizli E, Kasapçopur O, Yildiz I. Antibody titers and immune response to diphtheria-tetanus-pertussis and measles-mumps-rubella vaccination in children treated for acute lymphoblastic leukemia. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2005 May;27(5):273-7.
3. Feldman S, Gigliotti F, Shenep JL, Roberson PK, Lott L. Risk of *Haemophilus influenzae* type b disease in children with cancer and response of immunocompromised leukemic children to a conjugate vaccine. *J Infect Dis*. 1990 May;161(5):926-31.
4. Hodges GR, Davis JW, Lewis HD Jr, Siegel CD, Chin TD, Clark GM, Noble GR. Response to influenza A vaccine among high-risk patients. *South Med J*. 1979 Jan;72(1):29-32.
5. Moss WJ, Clements CJ, Halsey NA. Immunization of children at risk of infection with human immunodeficiency virus. *Bull of the World Health Organ*. 2003;81(1):62,64.
6. Barbi M, Bardare M, Luraschi C, Zehender G, Clerici Schoeller M, Ferraris G. Antibody response to inactivated polio vaccine (E-IPV) in children born to HIV positive mothers. *Eur J Epidemiol*. 1992 Mar;8(2):211-6.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Manual for the surveillance of vaccine-preventable diseases. 5th ed. Miller ER, Haber P, Hibbs B, Broder K. Chapter 21: surveillance for adverse events following immunization using the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS). Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2011. 1,2.
8. U.S. Food and Drug Administration: vaccines licensed for use in the United States. Silver Spring: U.S. Food and Drug Administration; [updated 2018 Feb 14; cited 2018 Feb 27]. <https://www.fda.gov/BiologicsBloodVaccines/Vaccines/ApprovedProducts/ucm093833.htm>.
9. Miller LW, Older JJ, Drake J, Zimmerman S. Diphtheria immunization. Effect upon carriers and the control of outbreaks. *Am J Dis Child*. 1972 Mar;123(3):197-9.
10. Warfel JM, Zimmerman LI, Merkel TJ. Acellular pertussis vaccines protect against disease but fail to prevent infection and transmission in a nonhuman primate model. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2014 Jan 14;111(2):787-92.
11. Cuba IPV Study Collaborative Group. Randomized, placebo-controlled trial of inactivated poliovirus vaccine in Cuba. *N Engl J of Med*. 2007 Apr 12;356(15):1536-44.
12. Thomas RE, Jefferson T, Lasserson TJ. Influenza vaccination for healthcare workers who care for people aged 60 or older living in long-term care institutions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Jun 2;(6)CD005187:2.
13. Ohmit SE, Petrie JG, Malosh RE, Cowling BJ, Thompson MG, Shay DK, Monto AS. Influenza vaccine effectiveness in the community and the household. *Clin Infect Dis*. 2013 May;56(10):1363.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases. 13th ed. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S, editors. Washington D.C.: Public Health Foundation; 2015. 344.
15. Centers for Disease Control and Prevention. Protect your baby for life: when a pregnant woman has hepatitis B. October 2010. <https://www.cdc.gov/hepatitis/HBV/PDFs/HepBPerinatal-ProtectWhenPregnant.pdf>.
16. Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases. 13th ed. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S, editors. Washington D.C.: Public Health Foundation; 2015. 154-5.
17. Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases. 13th ed. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S, editors. Washington D.C.: Public Health Foundation; 2015. 177.
18. Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases. 13th ed. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S, editors. Washington D.C.: Public Health Foundation; 2015. 120.
19. **Before the mumps vaccine was licensed in 1967, nearly everyone contracted mumps in childhood. In 1966, there were 43 mumps deaths out of 4 million cases (the average size of a birth cohort in the 1960s): about 1 mumps death per 100,000 mumps cases.**
 - Wagenvoort JH, Harmsen M, Boutahar-Trouw BJ, Kraaijeveld CA, Winkler KC. Epidemiology of mumps in the Netherlands. *J Hyg (Lond)*. 1980 Dec;85(3):313-26.
 - Centers for Disease Control and Prevention. Reported cases and deaths from vaccine preventable diseases, United States, 1950-2013. Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S, eds. 13th ed. Washington D.C.: Public Health Foundation; 2015. Appendix E3.
20. de Boer AW, de Vaan GA. Mild course of mumps in patients with acute lymphoblastic leukaemia. *Eur J Pediatr*. 1989 Jun;148(7):618-9.
21. Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases. 13th ed. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S, editors. Washington D.C.: Public Health Foundation; 2015. 262,263,265,325,326.
22. McLean HQ, Fiebelkorn AP, Temte JL, Wallace GS; Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of measles, rubella, congenital rubella syndrome, and mumps, 2013: summary recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR*. 2013 Jun;62(RR-04):17,24.
23. Young MK, Cripps AW, Nimmo GR, van Driel ML. Post-exposure passive immunisation for preventing rubella and congenital rubella syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Sep 9;(9)CD010586:3.
24. Centers for Disease Control and Prevention. Varicella-zoster immune globulin for the prevention of chickenpox: recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP). *MMWR*. 1984 Feb;33(7):84-90,95-100.