

## Bulletin N°5 – Mai 2022

**1) Pour votre information.** L'ECDC a publié le 13 mai un rapport sur [l'évolution des variants en Europe, avec une augmentation rapide de BA.4 et BA.5](#). L'avantage de ces variants est dû à leur capacité à échapper à l'immunité induite par infection et/ou vaccination : les données « in vitro » de sérums de personnes non vaccinées, antérieurement infectées par BA.1, montrent qu'ils échappent à la protection induite par cette 1<sup>ère</sup> infection. Bien que les sérums provenant d'individus vaccinés donnent de meilleurs résultats, la protection induite par les vaccins diminue rapidement. Comme le souligne [Paul Offit](#), **l'objectif de la vaccination est maintenant la protection contre les formes graves**. La protection contre l'infection suppose l'acquisition d'un répertoire immunitaire large, conféré par l'association de la vaccination et l'infection. Nous vous conseillons [la lecture](#) du document de la HAS sur **l'anticipation des scénarios possibles**, à l'automne 2022, **de la stratégie de vaccination**. Plusieurs situations sont envisagées mais le niveau d'incertitude est grand.

Des dizaines de cas d'**infections autochtones à Monkeypox**, clade "Afrique de l'ouest", ont été signalées dans plusieurs pays occidentaux, notamment en France. Il s'agit d'un phénomène inhabituel et la maladie est à **déclaration obligatoire**. La transmission interhumaine nécessite un contact prolongé face à face. Après une période d'incubation de 5 à 21 jours, l'infection débute par de la fièvre, des maux de tête, des douleurs musculaires et une asthénie. A l'examen, il existe de volumineuses adénopathies (cou, face...) et une **éruption cutanée** survenant en une seule poussée, qui commence souvent sur le visage puis peut s'étendre à d'autres parties du corps, dont les paumes des mains, les plantes des pieds et les organes génitaux. Les lésions passent par différents stades successifs (macules, papules, vésicules, pustules puis croûtes). La HAS recommande la mise en œuvre d'une stratégie vaccinale en post-exposition avec le vaccin de 3<sup>ème</sup> génération contre la variole (MVA), en **2 doses espacées de 28j**, la première dose étant idéalement administrée **dans les 4 jours après le contact à risque et au maximum 14j après le contact à risque**. Pour en savoir plus sur la maladie et les stratégies diagnostiques et thérapeutiques : liens [1](#) et [2](#).

**2) En réponse à vos questions. A la suite de la prise de position de l'OMS sur la vaccination contre HPV, peut-on passer à une seule dose chez les 9-14 ans en France ?** Non ! En tous cas, pas avant que l'AMM Européenne ne change et que la CTV ne le recommande. La position du groupe consultatif stratégique d'experts en vaccination de l'OMS (SAGE) résulte à la fois de l'excellente efficacité des vaccins HPV (plusieurs études montrent qu'une dose de vaccin confère une protection solide contre les infections et les lésions de bas grades), du manque de disponibilité de vaccins à l'échelon mondial et de la diminution des coûts permettant la diffusion de ce vaccin dans un grand nombre de pays. Dans les pays développés, pour lesquels le coût n'est pas un élément essentiel, l'immunogénicité plus forte des schémas en 2 ou 3 doses (en fonction de l'âge), due à l'effet booster, laisse escompter une protection plus prolongée.

**La vaccination par le Bexsero® étant maintenant recommandée et remboursée, quand, comment et quel vaccin administrer ?** 3 points sont à prendre en compte : le 1<sup>er</sup> est la réactogénicité du Bexsero®, proche de celle observée avec les vaccins coquelucheux entiers, devant conduire à l'administration de paracétamol (au moment de l'injection, 4 à 6 heures après, puis encore 4 à 6 heures après (10 à 15 mg/kg/dose) ; le second est la réticence de nombreux médecins à effectuer 3 injections le même jour, à laquelle s'ajoute la crainte d'augmenter la réactogénicité du fait de l'administration de plusieurs vaccins en même temps ; enfin, le manque de disponibilité de temps des médecins pour ajouter de nouvelles consultations. Heureusement, le rythme des consultations systématiques en France facilite la situation. Pour les vaccins obligatoires et recommandés du nourrisson, la seule consultation où 3 vaccins injectables sont proposés, est celle de 12 mois.

Age (mois)	2 m	3 m	4 m	5 m	11 m	12 m	16 m
	Hexavalent		Hexavalent		Hexavalent	ROR	ROR
	VPC		VPC		VPC		
				Men C		Men C	
		Men B		Men B		Men B	

VPC = vaccin pneumococcique conjugué  
 Men C = vaccin conjugué contre les méningocoques C  
 Men B = vaccin contre les méningocoques B

A cet âge, le ROR ne donne pas de réaction en même temps et les vaccins méningo C sont très bien tolérés. De plus, il est possible de vacciner dans les deux épaules et une cuisse.

**Doit-on vacciner aussi les grands prématurés par le Bexsero® ?** Oui ! Bien qu'il n'y ait pas d'étude d'immunogénicité chez les prématurés avec ce schéma, la séquence proposée est la même que celle des enfants à terme : 2+1. L'initiation de la vaccination chez les grands prématurés avant le retour à domicile devra être encouragée pour les enfants hospitalisés 2 mois et plus, comme pour les Hexavalents et le Prevenar®, en accompagnant l'injection de paracétamol (Liens [3](#) et [4](#)). Aux équipes de néonatalogie de choisir de faire 3 vaccins le même jour, ou en les décalant en fonction de la sortie des enfants.

Depuis le 1<sup>er</sup> Avril 2022, **les experts répondent aux questions** uniquement en **passant par la nouvelle plateforme** : pour poser vos questions, y **créer un compte (gratuit)** <https://app.infovac.fr>

**Robert Cohen, Odile Launay, Olivier Romain, François Vie le Sage, Marie-Aliette Dommergues, Isabelle Hau, Didier Piquier, Hervé Haas, Pierre Bakhache, Pierre Bégué, Véronique Dufour, Joël Gaudelus, Maeva Lefebvre, Georges Thiebault, Franck Thollot, Catherine Weil-Olivier, Claire-Anne Siegrist.**