

1. Du côté des autorités : Le calendrier vaccinal 2018 est disponible sur le site du ministère de la santé ([Lien 1](#)). La semaine de la vaccination aura lieu du 23 au 29 avril ([Lien 2](#)) : le thème en sera bien entendu la vaccination du nourrisson, dans le contexte de l'extension des obligations.

2. Pour votre information : L'épidémie de rougeole ([Lien 3](#)) s'amplifie et s'étend. En Europe, une augmentation de 400 % a été rapportée et en France, au 20 février 2018, 429 cas avaient été déclarés (incidence multipliée par 7 comparativement à l'année dernière !!!). La quasi-totalité des régions sont touchées avec un important foyer épidémique en Nouvelle Aquitaine (70% des cas déclarés). Des dizaines de personnes ont dû être hospitalisées, dont plusieurs en réanimation et un décès supplémentaire est à déplorer, portant à 21 le nombre de décès depuis 2008. Les départements encore indemnes ne sont pas à l'abri d'une extension de l'épidémie. Des cas groupés sont signalés dans des communautés précaires peu ou non vaccinées, dans des crèches, des établissements scolaires et des établissements de soins, ce qui suscite de nombreuses questions à InfoVac.

L'épidémie grippale est déclinante en France et en Europe ([Lien 4](#)). Elle a été marquée par une proportion plus importante des gripes B ayant une gravité supérieure aux années précédentes. La souche prédominante des virus B (B/Yamagata) était absente du vaccin trivalent 2017-2018, seul vaccin commercialisé en France. **Les vaccins anti-grippaux quadrivalents** (Fluarix Tetra®, Vaxigrip Tetra®, Influvac Tetra®) contenant les 2 souches B circulantes, sont recommandés pour la saison 2018-19. Ils ont l'AMM à partir de 6 mois. La primo-vaccination comporte maintenant officiellement 2 doses pleines (0,5 ml) : c'était la recommandation d'InfoVac depuis plusieurs années. On peut espérer aussi, pour la saison prochaine, le retour du vaccin vivant nasal tétravalent. En effet, ce vaccin avait été supprimé des recommandations américaines en 2017, en raison de problèmes de fabrication ayant affecté son efficacité sur AH1N1. Le problème étant résolu, ce vaccin est de nouveau recommandé aux USA pour la saison 2018-2019. Enfin, l'OMS ([Lien 5](#)) a choisi les souches pour la saison 2018-2019, sensiblement différentes de celle de l'année en cours.

Nouvelle démonstration que l'efficacité des **vaccins contre les papillomavirus** ne se limite pas à la prévention du cancer du col de l'utérus. La **papillomatose des voies aériennes** est une affection rare mais grave du jeune enfant due aux génotypes 6 et 11, contractée par les nouveau-nés lors du passage de la filière génitale. En Australie, où le taux de couverture par le Gardasil® est excellent, **une baisse très significative** (division par 7 !!!) de l'incidence de cette maladie a pu être observée depuis l'implémentation du vaccin (*Novakovic, J. of Infectious Diseases 2017*).

3. Du côté des produits : Les ruptures et les difficultés d'approvisionnement tendent à disparaître les unes après les autres (notamment pour les vaccins contre l'hépatite B et A, monovalent ou bivalent). En cliquant sur ce [Lien 6](#) ou en allant [sur notre site](#), vous aurez une vision de la situation au jour le jour.

4. En réponse à vos questions. Faut-il vacciner les patients présentant une brèche méningée avec les vaccins méningococciques ACYW ou B ? Non !!! En tout cas, pas plus que les autres patients. Sur les 5 500 méningites bactériennes de la base de données du GPIP-ACTIV, près de 180 présentaient une brèche : parmi celles-ci près de 80 % étaient dues aux pneumocoques, 10 % à *H. influenzae* (non typable surtout) et aucune aux méningocoques. La physiopathologie habituelle des méningites à méningocoques, Hib et pneumocoques est le passage successif du rhinopharynx au sang puis invasion des méninges par les plexus choroïdes. En cas de brèche le passage du rhinopharynx aux méninges est direct, et ce sont donc les bactéries les plus fréquemment portées chez l'enfant : pneumocoque (justifiant les recommandations) et *H. influenzae* non typable qui sont à l'origine de ces méningites.

En raison des nombreux cas de rougeole en France, que doit-on faire pour les personnes nées avant 1980 ne sachant ni si elles ont eu la maladie ni si elles ont été vaccinées ? En population générale, la vaccination contre la rougeole n'est pas nécessaire et donc non recommandée car les études séro-épidémiologiques montrent que plus de 98 % de ces sujets possèdent des anticorps ([Lien 7](#)). De plus, très peu de personnes de plus de 40 ans ont été touchées dans les épidémies récentes. A titre individuel, notamment en cas de contagion, une vaccination peut être proposée : pour une protection optimale, 2 doses sont nécessaires, les adultes ne répondant pas mieux que les enfants.

Du fait des épidémies de rougeole, faut-il avancer l'âge de la première dose de ROR à 9 mois ? Non, pas en population générale, tant que les autorités de santé nationales ou régionales ne le décident pas. L'avancement de l'âge n'est pas sans inconvénient : les taux d'anticorps sont plus faibles et même si la deuxième dose est réalisée après 15 mois, 2% des patients supplémentaires ne sont pas protégés. En revanche, en cas de contagion ou d'épidémie dans une collectivité de jeunes enfants, la première dose de ROR doit être administrée dès l'âge de 6 mois, d'autant plus que le Rouvax® n'est plus disponible.

Robert Cohen, Marie-Aliette Dommergues, Catherine Weil-Olivier, Pierre Bégué, François Vie le Sage, Véronique Dufour, Odile Launay, Joël Gaudelus, Pierre Bakhache, Nicole Guérin, Hervé Haas, Isabelle Hau, Didier Pinquier, Olivier Romain, Georges Thibault, Claire-Anne Siegrist.