

**1. Pour votre information :** Le Conseil d'état, dans un avis du 8 février 2017 ([Lien 1](#)), demande à l'état de **sortir de l'imbroglie existant**, à savoir **3 valences obligatoires** (Diphtérie, Tétanos, Polio) sans qu'il n'existe la possibilité réelle de ne vacciner qu'avec ces 3 valences obligatoires. Le Conseil d'Etat est **dans son rôle** en demandant à la ministre **d'appliquer la loi**. Il demande donc la mise à disposition de vaccins correspondant aux obligations en vigueur. Cela implique soit la **mise à disposition d'un vaccin DTP dans les 6 mois** (ce qui n'est pas faisable techniquement), soit la **levée des obligations vaccinales** (ce qui **compromettra les couvertures vaccinales** et donc la santé publique), soit **l'extension des obligations** à l'ensemble des vaccins actuellement utilisés chez l'enfant ou au minimum à ceux compris dans le vaccin hexavalent (ce qui nécessitera un **texte législatif**). Cette dernière mesure, qui figure dans les recommandations du comité d'orientation de la concertation citoyenne sur la vaccination, est fortement soutenue par de nombreuses sociétés savantes : elles demandent que le ministère prenne rapidement position dans ce sens ([Lien 2](#)), rejointes par des syndicats de médecins généralistes ([Lien 3](#)). Questionnée sur ce sujet à l'Assemblée Nationale, la ministre a rappelé l'importance majeure de la vaccination, indiqué qu'elle recevra de nouveau le Prof. Fischer en mars et qu'elle annoncera alors ses orientations... « *Il est probable qu'un texte législatif sera nécessaire... qu'il appartiendra de mettre en œuvre pendant la prochaine législature.* ». **Aucun changement en vue dans un proche avenir, donc !**

Les **difficultés d'approvisionnement** en vaccin **monovalent** contre l'**hépatite B** ont conduit le HCSP à proposer des **recommandations d'utilisation** dans ce contexte de pénurie. Le texte sera disponible d'ici quelques jours. La vaccination des nouveau-nés de mère HBS positive (qui doit être réalisée dans les plus brefs délais) peut être assurée, les stocks d'Engerix B10® et d'HBvax5Pro® (de nouveau recommandé pour les nouveau-nés) réservés aux maternités étant suffisants.

Les premières données d'efficacité des vaccins contre la grippe sur les souches circulantes en 2016-2017 montrent qu'elles sont un peu inférieures à 50% pour H3N2 et d'environ 70% pour B ([Lien 5](#) et [Lien 6](#)).

**2. Du côté des produits :** Des ruptures d'approvisionnement persistent ([Lien 4](#)). La commercialisation du Genhevac B® est arrêtée, et l'Engerix®B20 et l'HBVax10® ne sont plus disponibles en ville.

**3. En réponse à vos questions : Pouvez-vous me préciser le calendrier vaccinal du prématuré, concernant le Quinta ou l'Hexavalent : 3 ou 4 doses ?** La position d'InfoVac est claire : **pour les < 33 semaines, le schéma est 3+1 pour les vaccins Hexa, Penta ou Prevenar 13®**. Les raisons en sont simples : d'une part les prématurés répondent moins bien aux antigènes hépatite B, Hib, coqueluche et pneumocoques, d'autre part ils présentent davantage de risques d'infections et de formes graves pour l'ensemble des maladies infectieuses (*Miller JE Lancet Infectious Diseases 2016 ;16 :952*). Bien que reconnaissant ces facteurs de risques spécifiques, **les recommandations officielles ne préconisent pas de calendrier 3+1 (au lieu de 2+1) pour les prématurés** du fait de l'absence de démonstration du sur-risque épidémiologique dans cette population. Ceci est devenu inexact, une étude norvégienne récente (*Rolandsen Rise PIDJ 2017*) montrant un risque de coqueluche multiplié par 4,49 (IC95% 2,33-8,67) chez les grands prématurés. De plus, c'est à notre sens une erreur de compter sur l'effet de groupe à une époque où les taux de couvertures vaccinales sont en baisse et lorsque l'on sait que les vaccins coquelucheux acellulaires n'ont pas, ou au mieux peu, d'effet de groupe. Peut-on compter sur l'effet de groupe pour ces sujets hyper fragiles vis à vis des maladies infectieuses ? Notre réponse est NON.

**J'ai une discussion fréquente avec mes collègues au sujet de l'influence de la vitesse d'injection des vaccins sur la douleur liée à l'injection. Quelles sont les recommandations ?** Il n'y a pas de recommandation spécifique. Historiquement des injections lentes avaient été conseillées pour prévenir la distension soudaine des tissus susceptible d'activer les récepteurs nociceptifs sensibles à la pression. En fait, aucune étude ne le démontre. Par contre, une étude récente montre que pour les vaccins pentavalents, une injection rapide diminue les symptômes traduisant la douleur chez le nourrisson, différence qu'on ne retrouve pas pour les vaccins pneumococciques (*Taddio Vaccine 2016;34:4672*).

**Une jeune fille de 13 ans suivie pour une colite hémorragique reçoit un traitement par Imurel® et Pentaza® : peut-on la vacciner contre HPV ?** Oui !!! On peut et on doit la vacciner. En cas d'immunosuppression, les vaccins inactivés ne présentent pas plus de risque qu'habituellement (hormis une efficacité moindre du fait des traitements) ; cette jeune fille présente donc un risque accru de ne pas guérir naturellement d'une infection à HPV. Par conséquent, la vaccination est fortement recommandée avec un schéma en 3 doses en raison de l'immunodépression.

Du fait de problèmes de serveur, depuis quelques semaines InfoVac n'a pas pu répondre à l'ensemble des questions posées. N'hésitez pas à les renvoyer.

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