

1. Pour votre information : Une circulaire (N°DGS/RI1/2007/318) (<http://www.infovac.fr/fiches/dgsbcg.pdf>) signée du **Directeur Général de la Santé**, publiée le **14 Août 2007**, précise **les modalités de l'arrêt de l'obligation vaccinale par le BCG** : «*la vaccination par le BCG des enfants et des adolescents est dorénavant de l'ordre de la recommandation pour ceux d'entre eux qui sont le plus exposés au risque de tuberculose. Son indication relève d'une évaluation médicale et ne doit pas interférer dans la décision d'inscription en collectivité* ». Cette circulaire permettra, on l'espère, de prévenir des conflits entre les parents, les médecins traitants et les médecins de collectivités : la vaccination n'étant plus obligatoire, elle ne doit conditionner l'entrée ni en crèche ni à l'école. Le médecin de la collectivité peut (et doit) encourager les parents à faire pratiquer le BCG si l'enfant appartient à un groupe à risque de tuberculose, tel qu'il a été défini par le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France, mais sans plus ni moins d'efforts que pour les autres vaccins non obligatoires mais recommandés, comme l'hépatite B par exemple...

La **douleur associée aux vaccins** est une source d'anxiété et d'angoisse pour les enfants, les parents, voire les vaccinés. Une intéressante **mise au point**, fruit d'une conférence de consensus d'un groupe d'experts américains du Connecticut, a été publiée récemment (Schechter, *Pediatrics*2007;119: e1184). Toutes les techniques susceptibles de réduire les douleurs lors de l'injection des vaccins ont été analysées. On retiendra que :

- **plusieurs techniques peuvent et doivent être associées**,
- chez le nourrisson de moins de 6 mois, le biberon d'eau ou les tétines **sucrées** (grade A) associé(es) à une **pression sur le site d'injection** (B) sont les meilleures techniques,
- chez l'enfant plus grand, la **préparation (information) avant le geste** (grade A), les **techniques de distraction** (grade A) et la **pression sur le site d'injection** (grade B) sont les plus efficaces,
- les **anesthésiques locaux** n'ont que des **indications limitées** et l'administration de **froid (spray)** paraît aussi efficace et beaucoup moins coûteuse que l'EMLA® !

Une étude française des **sérologies rougeole de femmes en âge de procréer** (*Pinquié Pediatr Infect Dis J* 2007; 26:749) montre que **6% des patientes n'ont pas de taux d'anticorps anti-rougeole protecteurs** et que le **titre moyen d'anticorps a baissé de façon significative depuis la mise en place de la vaccination anti-rougeole**. En effet les femmes nées avant 1983 (qui ont plus souvent été infectées) ont un titre d'anticorps moyen 2 fois supérieur à celles qui sont nées après cette date et ont le plus souvent été vaccinées. Ces résultats confirment que la vaccination entraîne une réponse anticorps plus faible que la maladie et justifie pleinement les adaptations des schémas de vaccination proposés par le plan rougeole en France.

Une excellente revue de **Granoff et Pollard** (*Ped Infect Dis J* 2007;26:716) amène à **reconsidérer l'utilisation des vaccins méningococciques polysaccharidiques**. En effet, ces vaccins induisent une **hyporéactivité immunitaire** (réduction des taux d'anticorps lors des injections successives sans augmentation de l'avidité des anticorps) et réduiraient la mémoire immunitaire. Cette hyporéactivité survient non seulement lors des injections successives de polysaccharides mais aussi lors de celles de vaccins conjugués. Cependant, il n'y a pas de preuve que ces phénomènes immunitaires défavorables aient des conséquences cliniques.

La grippe 2007-2008 pourrait être virulente ! L'épidémie de type A (>88%) a frappé durement l'Australie, avec **une incidence 2 à 3 fois plus élevée** que celle qu'elle a connue pendant l'épidémie très sévère de 2003. Les enfants de moins de 4 ans ont été particulièrement touchés, **6 enfants étant décédés** d'infection grippale (<http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/content/cda-surveil-ozflu-flucurr.htm>).

2. Disponibilités des produits

Des problèmes transitoires de disponibilités sont signalés pour plusieurs vaccins : **Meninvact®**, et **Ticovac®** adulte et enfant (conséquence probable pour ce dernier de la forte demande en République Tchèque).

3. En réponse à vos questions : Maintenant que le BCG n'est plus obligatoire et que moins d'enfants seront vaccinés, devra-t-on plus surveiller les enfants par des IDR à la tuberculine (Tubertest®), notamment dans les crèches ou dans les écoles? Non, en dehors de contagions tuberculeuses, pour lesquels l'IDR à la tuberculine reste la clé de voute du diagnostic de primo-infection, cet examen n'est **ni assez sensible ni assez spécifique** pour être utilisé à des fins de dépistage systématique. L'absence de vaccination permet une interprétation plus simple de ce test. L'IDR en l'absence de tuberculose dans l'entourage, de situations particulières (adoption, professionnelle...) ou avant vaccination, n'est pas conseillée.

Comment conseiller au mieux les jeunes adultes vaccinés contre l'hépatite B à l'adolescence et nécessitant la confirmation qu'ils sont protégés... par exemple au moment de commencer une école professionnelle dans le domaine de la santé ? Le BEH de 24/07/07 (n° 31-32. p 274) précise pour quels professionnels de santé la vaccination est nécessaire et dans quelles conditions on peut les considérer comme bien vaccinés : la sérologie y apparaît comme rarement nécessaire (<http://www.infovac.fr/fiches/behhepatiteb.pdf>).

Si on souhaite néanmoins vérifier l'efficacité de la vaccination, deux situations sont possibles : 1- si la vaccination **date de plus de 5 ans**, il vaut mieux faire **d'abord une injection de rappel**, suivie d'un dosage des anticorps anti-HBs, car un nombre important de patients n'ont plus d'anticorps détectables et une sérologie négative ne signifie pas que des taux **supérieurs à 100 UI/l** (synonyme d'une protection persistante et ne nécessitant plus de rappels !) n'aient pas été atteints auparavant. 2- si la vaccination **date de moins de 5 ans**, une **sérologie** permet d'éviter un rappel supplémentaire **si les anticorps sont encore > 100 UI/l**. Les résultats de la sérologie doivent être **notifiés dans le carnet de vaccination**.

Robert Cohen, Nicole Guérin, Philippe Reinert, Pierre Bakhache, Pierre Bégué, Pascal Besse, Marie-Aliette Dommergues, Véronique Dufour, Daniel Floret, Jean Marc Garnier, Joël Gaudelus, Emmanuel Grimprel, Isabelle Hau, Olivier Romain, François Vié le Sage, Catherine Weil-Olivier, Claire-Anne Siegrist.