

1. Pour votre information : Nous vous conseillons la lecture du **dossier de l'INVS** de Novembre 2012 rapportant les taux de **couverture vaccinale** (proportion de personnes vaccinées dans une population à un moment donné) en France et les méthodes de leur détermination (multiples et parcellaires) ([lien 1](#)). Ces données permettent de savoir si les programmes de vaccination sont correctement appliqués et donc efficaces – ou non. Conclusions : la couverture vaccinale des enfants de moins de 2 ans reste bonne ($\geq 95\%$) pour les valences D-T-P-Coq-Haemophilus B-Pneumocoques, mais **des progrès restent à faire** pour les deux doses de ROR ($< 70\%$), l'hépatite B (65%) et la vaccination des sujets plus âgés. Quant au Meningo C et HPV, les couvertures vaccinales sont franchement insuffisantes, largement $< 50\%$.

La **cour des comptes** a présenté le 10 décembre devant la commission des affaires sociales un **rapport** (encore non public) **critique sur la politique vaccinale** en France estimant

- qu'elle manque souvent de cohérence et de continuité,
- qu'elle a besoin d'un nouveau souffle,
- que les taux de couvertures vaccinales sont nettement insuffisants pour certaines pathologies.

Elle a émis 16 recommandations pour apporter des améliorations. On retiendra la mise en place d'un **calendrier de vaccination électronique**, une **politique de communication "beaucoup plus active, continue, et beaucoup plus réactive"** afin de contrer "le discours anti-vaccinal qui se développe sur les réseaux sociaux" et un **rapprochement**, voire une fusion, du CTV et de la commission de transparence.

Le **Comité des Médicaments à Usage Humain (CHMP)** de l'Agence Européenne des Médicaments (EMA) a prononcé un avis favorable pour un **enregistrement européen du Bexsero®**, premier vaccin contre les méningocoques B en Novembre 2012 ([lien 2](#)). La Commission Européenne donne généralement son approbation définitive dans les 3 mois (Février ou Mars 2013) suivant l'opinion positive du CHMP. Espérons qu'un pays se lancera maintenant dans la vaccination à large échelle nécessaire pour évaluer l'efficacité de ce vaccin enregistré sur la base de la démonstration de son immunogénicité...

Une étude de modélisation conduite par le CDC a évalué le **rapport bénéfice/risque des vaccins rotavirus** aux Etats-Unis prenant en compte les données récentes sur le risque d'IIA dans la semaine suivant la première dose : la vaccination réduit le risque dans un rapport de 1/70 pour les décès, 1/1000 les hospitalisations et de 1/10.000 pour les consultations aux urgences (*Desai Pediatr Infect Dis J 2013;32:1-7*).

2. Du côté des produits : Tension dans les approvisionnements d'Infanrix-Quinta®. Retour à la normale pour Infanrix Hexa®, Infanrix Tetra®, Varilrix®, Hépatites A. Des difficultés d'approvisionnement importantes persistent pour les vaccins contre la typhoïde Typhim Vi® et Typherix®, le retour à la normale n'étant prévu avant le milieu d'année 2013. En attendant, la DGS a réservé leur utilisation aux centres de santé du voyageur et limité les indications aux personnes les plus à risque ([lien 3](#)).

3. En réponse à vos questions: Un enfant de la famille d'un nourrisson de 8 mois vient d'avoir les oreillons. Quelle est la conduite à adopter vis-à-vis du bébé pour lequel, en principe il est trop tôt pour le vacciner par un ROR ? Si la vaccination de masse peut contribuer à contrôler une épidémie, à titre individuel, il n'y a pas de démonstration de l'efficacité de la vaccination anti-ourlienne en post-exposition pour prévenir les oreillons. Il n'y a donc pas lieu de vacciner avant l'âge autorisé, par un ROR. **Un patient aurait reçu un flacon entier de Tubertest® au lieu des 0.1ml recommandé. Quel est le risque de cette injection? Que proposer comme suivi à ce sujet contact d'un cas de tuberculose?** L'injection de 1ml par IDR stricte étant impossible, elle a donc été faite par voie sous-cutanée voire IM. Si ce patient était tuberculino-positif, il risque une réaction importante, phlycténulaire et très prurigineuse. Il n'y a pas de complication systémique à attendre et pas de traitement à envisager, mais nous vous conseillons de le suivre régulièrement et de le déclarer en pharmacovigilance. Désormais, chez ce patient, pour le dépistage de la tuberculose, nous vous conseillons de vous baser uniquement sur les tests sanguins mesurant la réactivité lymphocytaire (interferon γ) au BK (Quantiferon® ou Elispot®).

Une patiente souhaite une vaccination contre HPV. Elle a souffert d'une hépatite auto-immune qui ne nécessite actuellement plus d'immunosuppression. Puis-je la vacciner sans contre-indication ? Oui, les données s'accumulent pour montrer que la vaccination HPV est sûre et ne déclenche pas de maladie auto-immune. Par exemple, le suivi de 189'629 femmes vaccinées en Californie entre 2006 et 2008 n'a identifié aucune association entre Gardasil® et maladie auto-immune (*Chao C, J Intern Med 2012;271:193*).

Toute l'équipe d'Infovac France vous souhaite une excellente année 2013.

Robert Cohen, Nicole Guérin, Pierre Bégulé, Jean Beytout, Pierre Bakhache, Marie-Aliette Domergues, Véronique Dufour, Joël Gaudelus, Emmanuel Grimprel, Isabelle Hau, Didier Pinquier, Philippe Reinert, Olivier Romain, Georges Thiebault, François Vie le Sage, Brigitte Virey, Catherine Weil-Olivier, Claire-Anne Siegrist.