

1. Pour votre information: Après « Silence on vaccine », une émission souvent utilisée comme « cheval de bataille » des anti-vaccinaux, **Arte** a présenté le 24 Octobre une émission d'une qualité exceptionnelle intitulée « **La vaccination, un enjeu de santé publique** ». Sa réalisatrice *Sonya Pemberton* a été récompensée en 2012 par un Emmy Award pour l'ensemble de son travail de vulgarisation scientifique. Nous vous conseillons de voir ce documentaire et d'encourager tous ceux qui douteraient des bienfaits de la vaccination à le visionner. <http://www.arte.tv/guide/fr/050527-000/la-vaccination-un-enjeu-de-sante-publique>

L'extension de l'**épidémie d'Ebola** en Afrique de l'Ouest souligne l'importance des vaccins pour contrôler les maladies infectieuses épidémiques. L'**urgence de la réalisation d'essais cliniques de ces vaccins** très prometteurs chez les singes est une **priorité absolue** (<http://www.who.int/mediacentre/news/ebola/01-october-2014/en/>). Une mise au point du NEJM est disponible en accès libre en [cliquant ici](#).

Une nouvelle étude (*Langer-Gould JAMA Neurol. 2014 Oct 20*) vient confirmer **l'absence d'augmentation du risque de maladies démyélinisantes liées aux vaccinations**. Cette étude cas-témoins réalisée en Californie a comparé une cohorte de 780 malades à 3880 témoins tous pris en charge par le système d'assurance maladie californien Kaiser Permanente Institute. Aucune augmentation du risque jusqu'à 3 ans après la vaccination n'a été retrouvée avec les vaccins contre l'hépatite B (OR : 1.12; IC95% 0.72-1.73), HPV (OR : 1.05, IC 95%, 0.62-1.78) ou tout autre vaccin (OR, 1.03; IC 95% :0.86-1.22). Par contre, dans le mois suivant n'importe quelle vaccination, une légère augmentation de l'incidence est observée, suggérant que les vaccins pourraient accélérer la transition d'une maladie sub-clinique vers une maladie clinique chez les patients atteints de la maladie existante.

Si de nombreux essais ont permis de prouver **l'efficacité du BCG** contre les formes graves de tuberculose chez les enfants, en particulier les méningites (60 à 80%), son efficacité vis-à-vis des autres formes de tuberculose et dans d'autres tranches d'âge est controversée. Une méta-analyse récente (*Roy BMJ 2014;349:g4643*) s'appuyant notamment sur les résultats des dosages de l'interféron γ (Quantiferon® ou Elispot®) **suggère une efficacité protectrice de 19% (RR 0,81 IC95% 0,71 à 0,92) pour l'infection en général** et une **protection contre la progression de la tuberculose infection à la maladie de 58%** (RR 0,42 IC95% 0,23 à 0,77). Raison de plus pour bien vacciner les patients à risque...

Par quel vaccin commencer lorsque deux vaccins sont réalisés au cours d'une même séance de vaccination ? Des études préalables avaient montré que chez les nourrissons, commencer par les vaccins les moins douloureux augmentait leur acceptabilité (*Taddio Clin Ther. 2009;31:S48-76, Jpp Arch Pediatr Adolesc Med. 2009;163:469*). Une étude récente (*Walter PIDJ Octobre 2014 Ahead of Print*) suggère que ce n'est pas forcément le cas chez les adolescentes, en particulier pour les vaccins contre HPV. Si les douleurs étaient légèrement plus importantes après injection du Gardasil® qu'après les autres vaccins, l'intensité de la douleur était significativement moindre pour les patientes recevant le Gardasil® avant les autres vaccins.

2. Du côté des produits : Risque de rupture de stock pour Infanrix Quinta®. Difficultés à prévoir pour Pentavac® et BoostrixTetra®. Rupture d'approvisionnement pour Typherix® et le TicoVac® (encéphalite à tique). Ce dernier peut être remplacé par l'Encepur® (de nouveau disponible en pharmacie). Fin annoncée des difficultés d'approvisionnement pour Tubertest®, BCG® et fièvre jaune monodose (Stamaril®).

3. En réponse à vos questions : Je suis un bébé né à 35 SA avec un RCIU marqué (PN 1300 gr), dois-je lui appliquer le même schéma que pour les prématurés de moins de 33 semaines? Non ! Il n'y a pas de notion d'immunité moindre chez les RCIU. La barre est à 33 SA que le N-Né ait une restriction de croissance intra-utérine ou non. [Cliquez ici](#) pour plus d'informations

Quel programme de vaccination proposer à un adolescent de 13 ans n'ayant pas reçu de valence coquelucheuse à 11 ans mais à jour pour les autres valences ? La question est plus compliquée qu'il n'y paraît... A titre individuel, qu'il ait reçu sa dernière dose de vaccin coquelucheux à 18 mois ou à 6 ans, il n'est probablement plus protégé et il faut lui proposer une vaccination dTcaP. En terme de santé publique, l'objectif principal de la vaccination contre la coqueluche est la protection des petits nourrissons (qui sont exposés aux formes les plus graves de la maladie) d'où les stratégies de cocooning (et de vaccination des femmes enceintes au Royaume-Uni notamment) et qu'un adolescent ne soit pas protégé contre la maladie dans cette tranche d'âge n'aurait pas de conséquence majeure s'il n'est pas en contact avec des petits nourrissons.

Il est temps de se vacciner et de vacciner les patients à risque contre la grippe

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