

**1. Pour votre information:** Les « Centers for Diseases Control » d'Atlanta ont indiqué qu'environ 50% des souches de virus de la grippe A (H3N2) recueillies et analysées aux Etats-Unis durant l'automne 2014 étaient antigéniquement différentes (dérivées) de la souche présente dans le vaccin de cette année ([Lien 1](#)). Il est donc possible (probable) que le vaccin soit moins efficace cette année. En France, d'après les données du Réseau Sentinelle, la grippe reste encore en dessous du seuil épidémique mais la souche circulante prédominante est H3N2 – si bien que la situation pourrait changer rapidement et évoluer vers une « belle » épidémie. Le risque d'une efficacité vaccinale partielle doit faire prendre en considération l'utilisation d'antiviraux pour les patients à risques.

Le vaccin Bexsero® (vaccin contre les méningocoques B) vient d'obtenir son remboursement ([Lien 2](#)) uniquement pour les populations définies dans les recommandations du HCSP ([Lien 3](#)). Le prix est de 88,43 € (remboursement à 65% par l'Assurance maladie, le reste est pris en charge par les mutuelles ou la CMU). Il est agréé à l'usage des collectivités (hôpitaux) et services publics (PMI, etc...).

Le Gardasil® 9 vient d'obtenir une autorisation de mise sur le marché aux Etats-Unis. En plus des 4 génotypes déjà contenus dans le Gardasil® (6, 11, 16, et 18), la nouvelle formule comporte les génotypes 31, 33, 45, 52, et 58. Ces 5 derniers sont responsables en moyenne de 25% de la pathologie cancéreuse due aux papillomavirus. Ce vaccin devrait donc prévenir environ 90% des cancers liés à ces virus. L'AMM Européenne ne devrait pas tarder: suffira-t-elle à relancer la vaccination HPV en France ???

**2. Du côté des produits :** De nombreux vaccins connaissent des difficultés d'approvisionnement. Rupture de stock pour les pentavalents (**InfanrixQuinta®** et **Pentavac®**), pour **Infanrixtetra®**, pour le **BCG SSI®** (sauf en PMI), le **Typherix®** et le **TicoVac®** (qui peut être remplacé par l'Encepur®). Tensions sur le **Priorix®**, le **Tetravac®** et le **Neisvac®** faisant suite à la non disponibilité du **Meningitec®**. La demande mondiale de vaccins dépassant l'offre, le moindre problème aboutit à des déséquilibres durables...

**3. En réponse à vos questions :** *J'ai besoin d'une précision concernant le **Prévenar13®**. Le schéma 3+1 concerne-t-il tous les prématurés (moins de 37 semaines d'aménorrhée) ou uniquement les grands prématurés (moins de 33 semaines) ?* Le calendrier vaccinal officiel depuis 2007 recommande 3 doses plus un rappel pour tous les prématurés (donc par définition < 37SA). Les propositions du Groupe de Pathologie Infectieuse Pédiatrique de la Société Française de Pédiatrie ([Lien 4](#)) ont été faites parce que le calendrier vaccinal simplifié n'incluait pas de recommandations spécifiques pour les grands prématurés (<33 semaines). Il a semblé prudent de proposer une dose supplémentaire d'hexavalent pour ces patients, dont les réponses immunitaires sont beaucoup plus faibles. Une dose supplémentaire de **Prevenar13®** à 3 mois est-elle nécessaire entre 33 et 37 semaines ? Probablement pas, mais cela reste la recommandation officielle. Certes l'immunogénicité peut être un peu moins bonne que pour les nouveaux nés à terme, mais du fait de la bonne couverture vaccinale, les sérotypes contenus dans le **Prevenar13®** ne circulent plus beaucoup. En effet, le portage de ces sérotypes concerne maintenant moins de 2% des enfants contre plus de 40 % avant l'introduction des **Prevenar®**.

**Quel est le délai à respecter entre la rougeole et l'administration d'un vaccin vivant : 1 mois ou 3 mois?** La rougeole est une des maladies virales les plus immuno-déprimantes et la question de l'interférence avec l'immunité vaccinale se pose. Néanmoins tout dépend de l'urgence avec laquelle le vaccin est nécessaire ou utile ? Il n'y a aucune urgence à vacciner contre rubéole et oreillons, ou varicelle en l'absence de contagion. Mais si le patient doit être protégé contre la fièvre jaune ou en cas de contagion varicelle et décision de prévention vaccinale, le délai d'un mois paraît acceptable.

**Quelle efficacité vaccinale peut-on attendre d'un ROR chez un patient qui a présenté une varicelle 10 jours après vaccination ?** Il n'est pas rare que l'on vaccine un enfant au décours d'une maladie virale, la varicelle ou les viroses respiratoires hivernales. Les maladies virales s'accompagnent de la production d'interféron qui peut gêner la réplication d'un autre virus - et notamment un virus vaccinal - d'où un risque théorique de moindre réponse. A notre connaissance, il n'existe pas d'étude confirmant ou infirmant cette hypothèse. La deuxième dose de ROR a justement pour objectif d'obtenir une réponse chez ceux qui n'ont pas répondu à la première dose et devrait suffire. Si rien ne s'oppose médicalement à l'administration d'une dose additionnelle (administrer un vaccin viral vivant à une personne déjà immunisée est sans risque du fait de l'inactivation du virus vaccinal par les anticorps existants), cette troisième dose serait hors recommandations officielles et ne devrait donc pas être prise en charge.

**Toute l'équipe d'Infovac France vous souhaite une excellente année 2015 !**

**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.**