

1. Pour votre information: Décidément, **la santé publique n'est plus la priorité des autorités de santé et de l'administration:** les considérations réglementaires, politiques, médiatiques et juridiques (sans compter les distensions entre le HCSP, la HAS, la pharmacovigilance et l'ANSM...) **l'emportent largement.** Deux décisions récentes viennent le confirmer.

- Suite à un **rapport de la pharmacovigilance française** et un avis de la commission de transparence ([Lien 1](#)), le CTV s'est vu contraint de **suspendre sa propre recommandation de vaccination généralisée contre les rotavirus** ([Lien 2](#)). **Problème :** le rapport était si insuffisant qu'il n'a pas été retenu ni par l'ANSM, ni par l'agence Européenne du médicament, ni par l'OMS, ni d'ailleurs par aucun des **pays ayant introduit la vaccination contre les rotavirus** (avec succès et sans problème de sécurité vaccinale supplémentaire) ! Deux mois plus tard, les présidents du CTV et du HCSP ont rendu publiques des critiques extrêmement sévères sur ce rapport ([Lien 3](#)). Seront-elles suivies d'un effet ? Quoi qu'il en soit, les dégâts causés par ces **voltes faces successives** sur la confiance vis à vis des autorités de santé du public **et des vaccinoteurs seront probablement indélébiles.**

- Autre exemple : lors du passage du schéma 3+1 à 2+1 pour les nourrissons en 2013, le CTV n'avait pas pris position sur **les schémas à suivre pour les grands prématurés** (<33 semaines), laissant les experts se prononcer. Ce vide a conduit le Groupe de Pathologie Infectieuse Pédiatrique à recommander le maintien d'un schéma 3+1 au vu des taux d'anticorps bien inférieurs à ceux des nourrissons nés à terme pour de nombreuses valences (Hib, coqueluche, hépatite B, [Lien 4](#)), afin **d'obtenir la meilleure protection directe chez ces enfants très vulnérables.** Un an plus tard, le CTV se démarque des experts pour recommander maintenant d'appliquer également le schéma 2+1 à ces grands prématurés ([Lien 5](#)), fondant son argumentation sur l'absence de preuve épidémiologique de risques plus importants dans cette population. **InfoVac se désolidarise complètement de cette recommandation :**

* Il n'existe aucune étude épidémiologique de l'efficacité d'un programme vaccinal 2+1 pour les prématurés, les données retenues ne pouvant donc pas être extrapolées.

* **L'immunité de groupe** nécessaire pour protéger ces enfants vulnérables risque d'être insuffisante du fait de la défiance croissante dans la population et des pénuries successives de vaccins, un réservoir d'enfants mal vaccinés étant en train de se constituer. De plus, la protection indirecte contre la coqueluche induite par les vaccins acellulaires est remise en cause par plusieurs publications.

* Enfin, il n'y a **aucune difficulté à effectuer un calendrier vaccinal en 3 doses, les familles de ces grands prématurés** ayant conscience de la vulnérabilité de leur enfant : néonatalogues et pédiatres choisiront sans hésiter l'option sécuritaire d'un schéma 3+1 **après avoir consacré tant d'énergie et de ressources à protéger la vie des plus petits de nos prématurés.**

Le GPIP et InfoVac confirment donc leur recommandation de vacciner tous les prématurés nés <33 semaines avec un schéma 3+1 pour les hexa (ou pentavalent) ainsi que pour le Prevenar13®.

2. Du côté des produits : Ruptures de stocks complètes et durables pour Infanrix Tetra®, Tetra-**vac**®, Typherix®, Havrix Adulte®. BCG SSI® disponible dans les PMI et les CLAT (dans certaines régions les libéraux peuvent en disposer en contactant leurs ARS). Infanrix Quinta® et Pentavac® en **fortes tensions durables** : ils doivent être réservés à des « situations particulières », le médecin devant motiver les raisons médicales (avis du HCSP) sur une ordonnance transmise aux services d'information médicale des producteurs. **Tensions fortes mais transitoires sur le Priorix®** (qui peut être remplacé par le MMRvax Pro®) et Twinrix Adulte®.

3. En réponse à vos questions. Du fait de la pénurie de BCG et de leur contingentement en PMI, de plus en plus d'enfants sont vaccinés après 3 mois. Il leur est alors proposé un Tubertest® avant la vaccination pour vérifier sa négativité. Est-ce utile ? Non !!!, le Tubertest® n'est **ni assez sensible ni assez spécifique** pour être utilisé en dépistage systématique. Et il faut plusieurs mois pour qu'il devienne positif ! Rien ne remplace un bon interrogatoire !!! Avant vaccination du petit nourrisson, et contrairement aux recommandations officielles, InfoVac ne conseille pas de réaliser de Tubertest®, sauf en cas de situations particulières : tuberculose dans l'entourage, adoption, migration récente ou mal renseignée....

J'ai vacciné en 2005 un enfant de 1 an contre le méningo C. Il a maintenant 11 ans : doit-il bénéficier d'une deuxième dose ? Oui !!! La majorité des enfants vaccinés avant l'âge de 5 ans n'a plus d'anticorps 5 ans après et le taux de couverture vaccinale en France (moins de 40% pour les adolescents) est insuffisant pour assurer une protection de groupe. La France est ainsi le seul pays où la vaccination est recommandée et où l'incidence des infections invasives à Méningo C augmente...

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