

1. Pour votre information: Suite à la suspension de la vaccination en France, le Conseil Supérieur de la Santé Belge a dû se prononcer sur la **vaccination contre les rotavirus** ([Lien 1](#)). Ses conclusions sont sans ambiguïté : **Le rapport bénéfice risque est excellent et il faut continuer les programmes de vaccination** : « *Les données en provenance des Etats-Unis, d'Australie, du Mexique, du Brésil, de Singapour, d'Europe et plus spécifiquement de Belgique montrent toutes un risque minime mais réel d'invagination suite à la vaccination par RotaTeq® ou Rotarix®. A l'exception des données françaises, ce risque est cependant très faible : de l'ordre de 1 à 5 par 100.000 nourrissons vaccinés. Etant donné ce très faible risque et l'impact positif majeur que ces deux vaccins ont sur la réduction des hospitalisations, des visites aux Urgences et dans certaines circonstances, des décès, les bénéfices de la vaccination contre le rotavirus dépassent de loin les risques liés aux invaginations : le rapport bénéfice risque pour un décès ou une hospitalisation est respectivement de 71 pour 1 et 1093 pour 1, favorisant clairement la vaccination.* » « *Les observations rapportées récemment en France, en contradiction avec d'autres études, ne doivent pas remettre en cause les bénéfices en termes de santé publique.* »

En juillet 2015, le **Conseil d'Etat** a une nouvelle fois donné raison à deux personnes se plaignant de symptômes (cliniques) qu'ils attribuent à une **myofasciite à macrophage (lésion histologique)**, apparus suite à une vaccination professionnelle. Ce problème s'était déjà posé pour les vaccins contre l'hépatite B et les SEP pour les professionnels de santé. Dans son jugement, le Conseil d'Etat précise que « **si le lien de causalité entre vaccination et symptômes fait débat, l'existence d'un lien de causalité n'est pas exclue** et revêt une probabilité suffisante pour que ce lien puisse, sous certaines conditions, être regardé comme établi. » Même si la vérité juridique n'est pas la vérité scientifique, **ce n'est pas facile à expliquer** et ce jugement risque de renforcer encore la défiance vis à vis des vaccins.

Nous vous conseillons la lecture d'un article du CDC d'Atlanta sur **l'impact de la vaccination par les vaccins conjugués contre les pneumocoques** sur les infections systémiques aux Etats Unis depuis 13 ans ([Lien 2](#)). Dans la population cible (enfants de moins de 5 ans), le Prevenar7® a entraîné une réduction de plus de 70% de ces infections et le passage au Prevenar13® une réduction supplémentaire de 50%. Depuis le début du programme de vaccination, la réduction des infections invasives chez les moins de 5 ans a été **d'au moins 85%**. De plus, on note **une réduction de 40% des infections invasives chez les plus de 65 ans** – la vaccination des petits enfants entraînant une protection de toute la communauté. Ceci contraste avec les résultats plus mitigés en France après l'implémentation trop lente du Prevenar7® et l'absence de programme de rattrapage pour les 2 à 5 ans (*Lepoutre, Vaccines 2015 ;33 :315*). Par contre, l'introduction du Prevenar13® a été suivie d'une couverture vaccinale maintenant bonne, et d'une chute rapide des infections invasives chez les enfants vaccinés.

La **campagne de vaccination des nourrissons en Angleterre par le Bexsero®** ayant débuté, on connaîtra rapidement le degré d'efficacité et la sécurité de cette vaccination dans cette population. **Toujours en Angleterre**, l'augmentation des cas de **méningites à W135** liée à l'installation d'un clone hypervirulent appartenant au complexe clonal 11 ([Lien 3](#)) fait que **le rappel proposé aux adolescents anglais se fait désormais avec un des vaccins ACYW135 conjugués**.

2. Du côté des produits : Ruptures de stocks complètes et durables pour **Infanrix Tetra®, Tetra-vac® (disponible en PMI), Typherix®, Havrix Adulte®, Avaxim 160®. BCG SSI® disponible dans les PMI et les CLAT** (dans certaines régions les libéraux peuvent en disposer en contactant leurs ARS). **Fortes tensions sur Infanrix Quinta® et Pentavac®** qui peuvent être disponibles en PMI : Ils doivent être réservés à des « situations particulières ». **Retour à la normale pour le Priorix® et le Boostrix®** sans pouvoir exclure des difficultés ponctuelles localisées.

3. En réponse à vos questions. Une famille va habiter aux Indes pour plusieurs années. Je souhaite leur proposer une vaccination contre la rage. A quel point le schéma 0-7-21 jours est-il strict? Peut-il varier un peu pour des raisons pratiques ? Oui ! Comme pour tous les vaccins, les schémas de vaccination indiquent les intervalles minimum – et non maximum. Dans ce cas, le schéma 0-7-21 indique qu'il faut au minimum 7 jours entre les 2 premières doses et 14 jours entre la deuxième et la troisième dose. Mais ces intervalles peuvent parfaitement être prolongés... sans limite maximum. Il est ainsi toujours possible de simplement reprendre un schéma vaccinal là où il avait été interrompu, sans jamais recommencer à zéro.

Robert Cohen, Pierre Bakhache, Pierre Bégué, Jean Beytout, Marie-Aliette Dommergue, 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.