

InfoVac vous remercie de votre confiance... vous êtes de plus en plus nombreux (médecins généralistes, pédiatres, pharmaciens, sage-femmes...). En 2025 plus de 25 000 questions ont été posées à InfoVac. Outre les informations ponctuelles et factuelles concernant la vaccination et les vaccins, les bulletins InfoVac seront de plus en plus basés sur la compréhension et l'explication.

1) Du côté des autorités. Un **Message d'Alerte Rapide Sanitaire (MARS)** émanant de la Direction Générale de la Santé précise les dates de clôture de la campagne d'immunisation contre le VRS : **20 février** en métropole, **31 mars** en Guadeloupe et en Martinique, **31 mai** à Mayotte. On peut toutefois s'interroger : la vaccination maternelle aurait dû être interrompue plusieurs semaines auparavant, compte tenu du délai nécessaire entre l'injection et la naissance pour assurer une protection optimale du nouveau-né. Une planification plus rigoureuse aurait sans doute évité des dépenses bien inutiles dans le contexte actuel.

2) Pour votre information. Nous vous recommandons [la lecture du document World Alliance Against Antibiotic Resistance \(WAAAR\) : « Contrôler la résistance aux antibiotiques »](#). À première vue, le sujet peut sembler éloigné de la vaccinologie. Il n'en est rien. La vaccination constitue l'un des moyens pour réduire les prescriptions d'antibiotiques, diminuer la pression de sélection, freiner l'émergence des résistances. Les vaccins concernés sont nombreux : **pneumocoque, rougeole, grippe, VRS, varicelle...** Ce document est particulièrement pertinent dans le contexte français. Les données de SPF montrent une **augmentation des prescriptions en 2024**, et nous demeurons parmi les plus forts consommateurs européens. Vacciner, c'est aussi faire de l'antibiostewardship. Réduire au maximum les **douleurs liées à la vaccination** doit être un objectif majeur pour tous les vaccinateurs. Connaissez-vous le **ShotBlocker** ? Son principe repose sur la « **gate control theory** » : une stimulation cutanée non douloureuse (micro-pointes en plastique) diminue la perception de la douleur liée à l'aiguille. Plusieurs études ont évalué son efficacité, avec des résultats parfois variables. Une **méta-analyse** confirme son intérêt (*Íyi Z. J Pediatr Nurs. 2024;78:e438-e447*). Ses avantages : coût très faible (< 2 €), utilisation immédiate en consultation, pas d'erreurs de localisation comme les patch d'EMLA. Un petit dispositif... pour un grand confort.

Ce n'est pas une question de vaccinologie, mais vous êtes nombreux à vous poser des questions sur la contamination de certains laits infantiles par la **céréulide** : [si vous voulez en savoir plus...](#)

3) En réponses à vos questions : Je vois de plus en plus de nouveau-nés dont la mère a été vaccinée pendant la grossesse contre la coqueluche avec un dTcaP. Le meilleur schéma vaccinal pour le nourrisson est-il d'appliquer le calendrier vaccinal habituel (2m, 4 m, 11 mois) ou de décaler l'administration des vaccins contenant la valence coqueluche ? Votre impression est la bonne : la vaccination contre la coqueluche pendant la grossesse a énormément progressé : depuis longtemps, on sait que pour certaines valences (coqueluche, diphtérie, Hib, pneumocoque), la réponse immunitaire est plus robuste lorsque les deux premières doses sont administrées à 3 et 5 mois plutôt qu'à 2 et 4 mois. Le schéma précoce avait été adopté en raison du risque de coqueluche grave dans les premiers mois de vie (première cause de mortalité infantile par infection bactérienne la première année de vie) et du risque d'infections invasives à Hib. Grâce à la vaccination maternelle, la balance bénéfice–risque évolue : si elle réduit très fortement le risque de coqueluche sévère précoce (efficacité > 90%), elle expose au phénomène de « **blunting** ». La présence d'anticorps maternels interfèrent avec la réponse du nourrisson (effet démontré pour coqueluche et diphtérie, et observé pour certains antigènes pneumococciques via la protéine CRM197 très proche de l'anatoxine diphtérique). Dans ce contexte de forte progression de la couverture vaccinale contre la coqueluche pendant la grossesse, d'excellentes couvertures vaccinales chez les nourrissons pour tous les vaccins obligatoires, de la très faible incidence des infections invasives à pneumocoque à sérotypes vaccinaux chez les patients trop jeunes pour être encore vaccinés, un calendrier vaccinal cohérent suggéré par InfoVac pourrait être le suivant :

2 m	3 m	4 m	5m	6 m	11 m	12 m	13 m	16 m
Men B	Hexa	Men B	Hexa	ACYW	Hexa	ROR	ACYW	ROR
	VPC		VPC		VPC	Men B	Varicelle	Varicelle
Rota	Rota	(Rota)						

Je vois un enfant de 20 mois avec un zona alors que je l'avais vacciné 3 mois avant contre la varicelle. Le doute diagnostique a fait que j'ai réalisé un prélèvement viral qui confirme la présence du virus de la varicelle et le centre national de référence a identifié un virus vaccinal. Cette situation est-elle connue ? Dois-je faire la deuxième dose ? OUI cette situation est connue : les **zona post-vaccinaux** (le plus souvent après la 1^{ère} dose) sont **rare mais décrits**, mais il ne faut pas oublier l'essentiel : la vaccination contre la varicelle réduit d'environ **80 % le risque de zona pendant l'enfance**. S'agissant d'un vaccin vivant, la vaccination s'accompagne d'une répllication virale avec virémie : exceptionnellement, le virus vaccinal peut infecter un ganglion sensitif et persister à l'état latent. **OUI il faut administrer la 2^{ème} dose** : elle multiplie en moyenne par ~20 les titres d'anticorps et elle renforce l'immunité cellulaire qui joue un rôle important contre le zona.

Vous avez été plus de 1 200 (généralistes, pharmaciens...) à répondre à l'enquête InfoVac concernant la vaccination contre le pneumocoque de l'adulte, nous vous remercions très sincèrement. Les résultats seront présentés dans un prochain bulletin.

Robert Cohen, Christophe Batard, Pierre Begué, Marie-Aliette Dommergues, Véronique Dufour, Joël Gaudelus, Isabelle Hau, Odile Launay, Maeva Lefebvre, Didier Pinquier, Anne-Sophie Romain, Georges Thiebault, Franck Thollot, François Vie le Sage, Catherine Weil-Olivier, Hervé Haas