

1. Pour votre information : Les ruptures de stock et les **difficultés d'approvisionnement** des vaccins contre l'**hépatite A** tombent particulièrement mal en **période estivale** où les voyages sont plus fréquents. Ceci a amené le HCSP à **revoir les schémas vaccinaux et à redéfinir les populations à prioriser** ([Lien 1](#)). On retiendra particulièrement les points suivants :

a. vacciner en priorité :

- les enfants nés de parents issus de pays à haute endémicité et y prévoyant un séjour,
- les personnes de l'entourage d'un ou plusieurs cas confirmés,
- les voyageurs, si les conditions de leur séjour les exposent à un risque élevé de contamination.

b. ne pas faire de rappel pour ceux qui ont déjà reçu une dose (même en situation d'exposition) puisque la protection après une dose dure des années (>10 ans) - sauf pour les personnes immuno-déprimées.

L'intérêt des vaccins est souvent remis en cause du fait de la description d'effets indésirables plus souvent supposés que réels. En revanche, **l'attention portée aux bénéfiques conférés reste très faible**. Une étude hollandaise publiée récemment dans le *Lancet Infectious Diseases* (*van Wijhe et al 2016*) montre que près de **9 000 décès/an sont évités par le programme de vaccination national**. **Extrapolé à la France, cela représente environ 40 000 décès par an !** Cette étude vient confirmer une étude publiée en 2013 (*van Panhuis N Engl J Med 369;22*) qui montrait l'impact considérable des programmes vaccinaux sur la morbidité et la mortalité des maladies à prévention vaccinale aux Etats Unis.

A l'occasion de la semaine de la vaccination, **l'OMS** a mis sur son site un document en français, intitulé « **Vaccination : 10 idées fausses à corriger** » et destiné aux parents. Nous vous en conseillons la lecture et la mise à disposition pour les patients-parents ([Lien 2](#)).

Une nouvelle étude vient de confirmer **l'efficacité et la tolérance** de la **vaccination contre la grippe de la femme enceinte** pour la protection des nouveaux nés. Aux Etats-Unis, plus précisément dans l'Ohio, sur une période de 10 ans, les auteurs (*Shakib JH et al. Pediatrics 2016 May 3*) ont comparé l'évolution de plus de 250 000 couples mère-enfant sur une période de 6 mois. Les résultats montrent que les nourrissons nés de mères vaccinées pendant la grossesse avaient eu **60% moins de risque** de contracter une grippe prouvée ou un syndrome grippal au cours des 6 premiers mois de vie. Aucune différence n'a par contre été observée pour le taux d'avortement, de prématurité ou d'hypotrophie.

L'émergence de souches de B. pertussis déficientes en pertactine (un des antigènes présents dans certains vaccins acellulaires) pouvait faire craindre une efficacité vaccinale diminuée contre la coqueluche. Une étude récente réalisée dans le Vermont aux Etats-Unis (où la prévalence des souches déficientes en pertactine dépasse 80%) montre qu'il n'y a pas eu de changement dans l'efficacité des vaccins acellulaires depuis l'émergence de ses souches (*Breakwell Pediatrics May 2016*).

2. Du côté des produits : La situation reste tendue pour de nombreux vaccins et des ruptures d'approvisionnement persistent. Pour des données actualisées, cliquez sur ce lien ([Lien 3](#)).

3. En réponse à vos questions : **Par erreur, j'ai vacciné contre le rotavirus avec une première dose de Rotateq® puis à la deuxième dose par le Rotarix®. Comment poursuivre ?** Bien que les deux vaccins soient différents dans leur conception, une étude prospective récente (*Libster R Pediatrics Janv 2016*) montre que l'alternance des deux vaccins est bien tolérée et que la réponse immunitaire est non-inférieure à celle générée par l'immunisation avec un seul produit. L'interchangeabilité est donc possible.

Compte tenu des difficultés d'approvisionnement, puis-je faire un Pentavac® pour le rappel à 11 mois d'une enfant qui a reçu de l'Infanrix quinta® à 2 et 4 mois? Oui, sans hésitation, l'alternance des deux vaccins induit une immunogénicité comparable à la vaccination avec le même vaccin.

Qu'en est-il du vaccin contre la dengue commercialisé au Mexique. Sait-on quand il sera disponible en Europe ? Ce premier vaccin contre la dengue est un vaccin vivant utilisant le vaccin contre la fièvre jaune comme vecteur pour transporter les antigènes des 4 sérotypes du virus dengue. La vaccination implique actuellement 3 doses à 0, 6 et 12 mois. Ce vaccin a actuellement été enregistré à Mexico et aux Philippines, pour utilisation entre 9 et 45 ans. L'OMS vient de recommander que son utilisation soit **limitée aux pays/régions à haute endémie de dengue**. En effet, ce vaccin est efficace chez les sujets ayant déjà été infectés par un sérotype viral, l'effet rappel permettant de diminuer le risque d'une infection par un 2^{ème} sérotype – typiquement beaucoup plus sévère. Mais ce vaccin dengue n'est **pas efficace chez les sujets naïfs**, chez lesquels il peut même augmenter le risque d'une maladie sévère au moment d'une exposition ultérieure. Il n'a pas été développé / testé pour utilisation chez les voyageurs, même si des voyageurs déjà immuns (séropositifs) pourront peut-être en bénéficier un jour.

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