

## Bulletin N°9 – Septembre 2025

*Le congrès de référence de vaccinologie Français (JPIPA) coordonné par InfoVac aura lieu le 11 octobre 2025 à la maison de la Chimie (Paris). Si vous voulez vous inscrire, [cliquez ici](#), l'équipe d'InfoVac vous y attend.*

### 1. Du côté des autorités

Le DGS-Urgent du 12 septembre 2025 signale une **augmentation** des cas **d'hépatite A en France**, avec des épidémies notables dans les Pays de la Loire et en région Rhône-Alpes. [En cliquant ici](#), vous accédez à ce DGS-Urgent ainsi qu'aux mesures préventives à mettre en œuvre dans l'entourage d'un cas.

Le DGS-Urgent du 16 septembre 2025 précise quant à lui les modalités de vaccination contre la **grippe et la COVID pour la saison 2025-2026**. La campagne de vaccination débutera le 14 octobre pour les deux. Si vous souhaitez des précisions sur les indications, les vaccins et les schémas vaccinaux, [cliquez ici](#).

**2. Pour votre information.** Le congrès de vaccinologie de **l'ESCMID** s'est tenu à Lisbonne du 10 au 13 septembre 2025, avec de nombreuses nouveautés. Infovac y était :

**Les autorités britanniques** y ont présenté à la fois les taux de couverture vaccinale et l'efficacité du **vaccin antigrippal vivant nasal**. La couverture vaccinale en Angleterre avoisine 60 % chez l'enfant, grâce notamment à la vaccination scolaire et surtout à l'utilisation du vaccin nasal. Pour la saison 2024-2025, environ 70 % des cas de grippe étaient liés à un virus A, H1N1 et H3N2 à parts quasi égales, et 30 % à un virus B. L'efficacité observée en vie réelle a été estimée à environ 60 %. Rappelons que ce vaccin nasal, en raison d'une décision 'abracadabrantesque' de la Commission de Transparence qui n'a pas reconnu d'ASMR par rapport au vaccin injectable, n'est toujours pas disponible en France, ce qui explique, avec l'absence de recommandation dans la population pédiatrique non à risque, que les taux de couverture vaccinale soient quasiment nuls chez l'enfant, y compris dans les groupes à risque.

Concernant le pneumocoque, deux études méritent d'être mises en avant. La première portait sur l'immunogénicité du VP116 (Capvaxive®) chez l'enfant et l'adolescent à risque. Elle montre que ce vaccin est non seulement mieux adapté à l'épidémiologie de ces enfants que le Pneumovax® (vaccin polysaccharidique 23-valent non conjugué), mais aussi significativement plus immunogène. La seconde étude portait sur l'efficacité en vie réelle du Prevenar 20® dans une cohorte de 16 millions d'adultes américains. Par rapport aux non-vaccinés, les sujets vaccinés par le Prevenar 20® présentaient une réduction du risque de 25,6 % pour les infections invasives et de 15,2 % pour les pneumonies.

En ce qui concerne **l'hépatite B**, une étude a fait le point sur les rares échecs de la vaccination. Ceux-ci restent exceptionnels et bénins, se traduisant essentiellement par une PCR transitoirement positive pendant quelques jours, sans évolution clinique défavorable. Ils concernent surtout les nouveau-nés de mères infectées par le virus de l'hépatite B, soulignant l'importance de la surveillance et du suivi vaccinal chez ces enfants, ainsi que les immunodéprimés. Ils pourraient être favorisés par des mutations sur l'antigène HBs.

**3) En réponse à vos questions. Un nourrisson de 7 mois a été exposé à un cousin atteint d'une hépatite A confirmée vivant sous le même toit. Dois-je et puis-je le vacciner ?** L'AMM des vaccins hépatite A débute à un an, mais plusieurs études ont montré que ces vaccins sont immunogènes dès 6 mois, même si la réponse anticorps est diminuée par les anticorps maternels anti-HAV (effet blunting). La séroprévalence ayant beaucoup diminué avec l'amélioration des conditions d'hygiène, de nombreuses mères n'ont pas d'anticorps. Les États-Unis et le Canada recommandent la vaccination dès six mois dans ce type de situation, c'est ce que nous vous conseillons en programmant une 2<sup>ème</sup> dose après 1 an.

**Je suis confrontée à de nombreuses situations ou des femmes ont reçu Abrysvo® en début d'année sur une fin de grossesse, les enfants étant nés après le 1<sup>er</sup> Février 2025. Dans ces cas, étant donné la durée de protection par la vaccination, faut-il proposer le Beyfortus® ?** La question que vous posez est récurrente. Plus de 90 000 doses d'Abrysvo® ont été administrées en France, une partie après le 1er janvier. À ce jour, il n'existe aucune donnée clinique montrant une efficacité du vaccin au-delà de 6 mois. Le côté positif est que ces enfants auront au moins 9 mois lors de l'épidémie de VRS, qui débute rarement avant novembre et s'achève le plus souvent avant janvier, ce qui limite le risque de bronchiolite grave. Le côté négatif est qu'ils seront moins bien protégés que les enfants dont les mères n'ont pas été vaccinées et qui, eux, bénéficient du Beyfortus® jusqu'à l'âge d'un an. Même si la protection est surtout cruciale dans les premiers mois de vie, il est néanmoins probable qu'à neuf mois, l'administration de l'anticorps monoclonal apporte encore un bénéfice, notamment en réduisant le risque de bronchiolites notamment ambulatoires et d'otites. Cette situation soulève un vrai malaise, car les recommandations actuelles ne tiennent absolument pas compte du coût. À titre individuel, il est difficile d'affirmer qu'un enfant ne tirerait aucun bénéfice de cette injection, mais à l'échelle collective, le risque de gabegie est manifeste.

[Naviguez sur le site InfoVac... Il a fait peau neuve...](#)

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