

1. Pour votre information.

Il est temps de vacciner vos patients contre la grippe ! Cette année, tous les vaccins disponibles sont **trivalents** (souches A(H1N1) pdm09, A(H3N2) et B/Victoria) : les vaccins tétravalents ne sont plus produits, la lignée B/Yamagata ayant disparu depuis plusieurs années. Les vaccins disponibles sont : Influvac® et Vaxigrip® (vaccins « dose standard » préparés sur œuf), Flucelvax® (vaccin « dose standard » préparé sur culture cellulaire), Efluelda® (vaccin fortement dosé "haute dose"), Fluad® (vaccin adjuvé MF59). Les deux derniers sont réservés aux personnes de 65 ans et plus. Les caractéristiques détaillées de ces vaccins sont [disponibles ici](#). Une fois de plus, la communauté pédiatrique regrette la décision « obscure » de la Commission dite de « transparence » de ne pas attribuer d'ASMR au **Fluenz®**, vaccin nasal vivant atténué destiné aux enfants — alors qu'une ASMR a été accordée pour les vaccins adjuvés ou fortement dosés des adultes. Résultat : **le vaccin Fluenz® n'est toujours pas disponible en France**. Décidément, les enfants ne semblent pas constituer une priorité nationale. Les premières données d'efficacité sur le terrain des vaccins antigrippaux 2025 dans l'hémisphère Sud — souvent prédictives de ce que l'on observe ensuite dans l'hémisphère Nord — viennent d'être [publiées](#) : efficacité vaccinale ajustée (EV) : 49,7 % sur l'ensemble des virus confondus ; Par type : 46,1 % pour les virus A, soit 41,6 % pour A(H1N1)pdm09 et 37,2 % pour A(H3N2), et 77,6 % pour les virus B ; Par population : 51,3 % chez les jeunes enfants, 51,9 % chez les patients avec comorbidités et 37,7 % chez les plus de 65 ans.

Santé publique France a déclaré l'Île-de-France et la Normandie en phase pré-épidémique de **bronchiolite**. La majorité des cas sont encore liés aux rhinovirus, mais le réseau **PARI**, particulièrement performant pour la détection des épidémies pédiatriques, observe une augmentation rapide des cas de bronchiolite, avec [plus de 20% de tests positifs pour le VRS](#) dans les triples tests. C'est le moment d'immuniser contre le VRS, notamment **tous les nourrissons nés après le 1er février 2025**, pas encore suffisamment immunisés à ce jour. Une étude récente du groupe **PARI** (*Fafi et al., Clin Infect Dis 2025 Oct 9 : ciaf56*) montre qu'en 2024-2025, la proportion d'otites par 1000 visites chez les nourrissons de moins d'un an a diminué de 23,7 % (IC 95 % : -37,6 à -9,7 ; p = 0,0014), confirmant l'impact indirect de l'immunisation contre le VRS.

2. Du côté des produits. Après quelques tensions d'approvisionnement, le Shingrix® est de nouveau disponible. Le Capvaxive®, vaccin conjugué 21 valent contre les pneumocoques, réservés aux ≥ 65 ans et aux adultes à risque devrait être disponible d'ici quelques semaines.

3. En réponse à vos questions. L'immunogénicité des vaccins pneumococques est-elle meilleure avec un schéma 3-5 mois qu'avec 2-4 mois ? Oui... et Non. Non, car après la dose de rappel (à 11–12 mois), les taux d'anticorps sont similaires quel que soit le schéma (2-4-6-12, 2-4-11 ou 3-5-12) : c'est cette dose de rappel qui joue le rôle majeur pour la protection collective (effet de groupe). **Oui**, si l'on considère les taux d'anticorps après les premières injections : le schéma **3-5 mois** est plus immunogène que le 2-4 mois et équivalent au 2-4-6 mois.

J'ai prescrit un Prevenar 13® pour le rappel de 11 mois, mais la pharmacie a délivré un Prevenar 20®. Puis-je l'administrer ? Oui ! Le Prevenar 20® dispose d'une AMM pour les nourrissons. Les réponses immunitaires après rappel sont **comparables** pour les 13 valences communes et **supérieures** pour les 7 supplémentaires. Une seule dose suffit à cet âge pour assurer la protection individuelle et réduire le portage. **InfoVac** conseille désormais d'utiliser le **Prevenar 20®**, notamment chez les sujets à risque pour le rappel, compte tenu du poids important des sérotypes additionnels dans les infections à pneumocoque résiduelles. C'est ce que conseille InfoVac maintenant pour le rappel, mais il risque de ne pas être remboursé.

Je suis une patiente de 72 ans, qui est actuellement à 6 cures de chimiothérapie pour cancer. Je suis en train de refaire un point sur les vaccins, je lui ai prescrit grippe/covid + Prevenar 20®. Je me pose la question du Shingrix® étant donné qu'il s'agit d'un vaccin vivant ? Le Shingrix® n'est pas un vaccin vivant, il est particulièrement indiqué. Pour les vaccins « non vivants », il n'y a pas de risque accru d'effets indésirables. Idéalement, il faut vacciner à distance d'une cure, lorsque le patient est le moins immunodéprimé possible — mais ne pas retarder indéfiniment. Un vaccin administré, même moins immunogène, reste **toujours plus efficace qu'un vaccin non fait**.

J'ai fait accidentellement à un nourrisson de 14 mois ROR et ACYW conjugué, alors qu'elle les avait reçus il y a un mois. Dois-je refaire un ROR, dans la mesure où la 2eme dose a été réalisée avant 16 mois ? Y a-t-il un risque particulier du fait de la dose supplémentaire de ACYW ? Un mois d'intervalle entre les doses de ROR est acceptable même si ce n'est pas l'âge idéal ; il n'est **pas nécessaire** de refaire une 3^{ème} dose. Concernant le ACYW, le risque est une **réactogénicité locale transitoire accrue** (Arthus).

Les diaporamas présentés au dernières JPIPA sont [disponibles ici](#).

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