Bulletin N°11 – Novembre 2025

1- Pour votre information

Campagne de prévention des bronchiolites et des autres infections à VRS : on compte sur vous tous ! Forte adhésion pour les enfants nés après le 1er septembre 2025 (vaccination maternelle ou immunisation en maternité) mais couverture médiocre (< 40 %) pour les nourrissons nés avant le 1er septembre 2025, surtout suivis en médecine générale. Le début précoce de l'épidémie avec des cas sévères chez des nourrissons non protégés impose une mobilisation rapide et de prioriser le rattrapage avec identification des enfants éligibles. Le nirsévimab peut être administré le même jour que les autres vaccins et sans interférence avec la réponse vaccinale. Pour en savoir plus : le replay de la réunion AFPA/Infovac du 4/11/2025 est **disponible ici**.

Le Royaume-Uni rapporte un **début d'épidémie de grippe précoce et brutal. Il est temps de vacciner.**

Vaccination anti-méningococcique : les choses sont enfin claires pour les recommandations mais pas pour les remboursements ! De très nombreuses questions parviennent à InfoVac à ce sujet**.**

- **Avant l'âge de 2 ans** : Les **vaccins anti-méningococciques B** (Bexsero®) et ceux contre ACYW (Menquadfi® & Nimenrix®) sont **obligatoires**.
- **Après l'âge de 2 ans**, sont **recommandés** dans les tranches d'âges suivantes :
  - les **vaccins ACWY** (entre **2 et 5 ans**, puis à nouveau dès le début de l'adolescence (idéalement entre **11 et 12 ans)** jusqu'à 24 ans révolus.
  - les **vaccins B** (Bexsero®) entre **2 et 5 ans**, et à l'**adolescence** (Bexsero® & Trumemba®) entre **15 ans et 24 ans révolus.**

Ces recommandations de la CTV validées par la Commission de Transparence et la DGS sont claires. **Le remboursement entre 2 et 5 ans traine au niveau des instances et de la CNAM**. Certaines caisses (ce qui est scandaleux) communiquent même auprès des pharmaciens sur le non-remboursement des vaccins ACWY à 12 mois pourtant obligatoires ! Seule la bonne volonté des pharmaciens et de la plupart des CPAM permet cette campagne essentielle. ***Y a-t-il des responsables ou un pilote dans l'avion ? Un vrai doute…***

Nous vous conseillons **la lecture des propositions d'InfoVac** (cliquez ici) pour la **réduction du nombre de doses** du calendrier vaccinal en France**,** à une période où des économies de santé sont plus que nécessaires**… La balle est dans le camp des autorités de santé.**

2) En réponse à vos questions. *Peut-on vacciner contre la varicelle une enfant de 4 ans sous méthotrexate ?* Non et Oui… ça dépend. Le risque de varicelle grave est nettement accru chez les patients sous méthotrexate (MTX) ou anti-TNFα, environ 15 fois plus élevé que dans la population générale (26 vs 1,9/100 000 ; García-Doval *et al.*, 2010). Bien que les vaccins vivants atténués soient contre-indiqués chez les patients immunodéprimés, le vaccin varicelle peut être envisagé chez les enfants recevant du MTX à **faible dose (< 0,4 mg/kg/semaine)**, y compris en association avec une biothérapie, lorsque **l'immunosuppression reste modérée**. Les études disponibles, bien que limitées en effectif, montrent une bonne tolérance et une immunogénicité satisfaisante, avec seulement quelques cas bénins de varicelle vaccinale, **pouvant être contrôlés par aciclovir.** Selon les recommandations européennes 2023 (*Jansen MHA et al.*, *Ann Rheum Dis* 2023;82:35–47), la vaccination contre le VZV doit être fortement envisagée chez les patients naïfs sous méthotrexate, avant toute intensification du traitement immunosuppresseur. Compte tenu du risque élevé d'exposition à la varicelle en population pédiatrique, il est raisonnable de vacciner cette enfant (2 doses à un mois d'intervalle minimum), sous surveillance clinique, et de vacciner l'entourage pour renforcer la protection indirecte.

Un nourrisson de 12 mois a présenté une fièvre de J3 à J5 après le vaccin ROR, suivie à J7 d'une cérébellite. Cette dernière est-elle liée au vaccin ? Et peut-on administrer la 2e dose ? Devant tout événement post-vaccinal, **la démarche diagnostique doit rester la même que si l'événement survenait en dehors d'une vaccination**. Les cérébellites aiguës de l'enfant sont le plus souvent **post-infectieuses**, notamment après varicelle ou oreillons. Le vaccin ROR, vivant atténué, pourrait théoriquement induire une réaction inflammatoire cérébelleuse, mais seules de rares observations isolées ont été publiées, sans que les études épidémiologiques de grande ampleur n'aient confirmé un lien causal. **Dans ce cas, la fièvre à J3 post-vaccination est trop précoce** (la réaction vaccinale typique survenant entre J5 et J10), ce qui rend **l'imputabilité vaccinale peu probable**. Une **déclaration en pharmacovigilance** reste toutefois nécessaire. La 2e dose de ROR peut être administrée : si l'enfant est déjà immunisé, la réplication du virus vaccinal sera inhibée par les anticorps circulants. Par analogie, on n'exclut pas non plus la 2e dose après un purpura thrombopénique post-ROR, pourtant reconnu comme effet indésirable vaccinal.

Vous pouvez avoir accès au diaporama de la journée de vaccinologie pédiatrique en cliquant ici.

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