

- 1) Les décisions de la **nouvelle administration américaine** en matière de vaccination comportent plusieurs **signaux très préoccupants**. Ont notamment été **supprimées du calendrier vaccinal officiel** les recommandations concernant les vaccins contre : **l'hépatite B** (jusqu'alors administrés à la naissance, puis à 1 et 6 mois), les **méningocoques** (qui étaient proposés uniquement à l'adolescence), **l'hépatite A** et les **rotavirus**. Deux éléments peuvent néanmoins être considérés comme positifs : le **maintien du socle de la vaccination infantile**, incluant les vaccins **D-T-Ca-P-Hib (schéma 3+1)**, **pneumocoque (3+1)**, **ROR** et **varicelle** (2 doses chacun), le **remboursement des autres vaccins** lorsque les parents souhaitent les faire administrer à leurs enfants. L'ensemble des **sociétés savantes pédiatriques et infectiologiques américaines** s'est opposé et a engagé des **recours juridiques**. Au-delà des mesures elles-mêmes, le risque majeur est une **érosion de la confiance vaccinale** au sein de la population américaine, avec un effet de contagion déjà perceptible en Europe, où plusieurs mouvements anti-vaccinaux se trouvent revigorés.
- 2) **Prévention du VRS** : Nous vous recommandons la lecture de l'étude menée par l'équipe d'**EPI-PHARE** (Jabagi JAMA dec 2025 [DOI: 10.1001/jama.2025.24082](https://doi.org/10.1001/jama.2025.24082)) fondée sur les données du **Système National des Données de Santé (SNDS) comparant en vie réelle**, l'efficacité de l'anticorps monoclonal **nirsevimab (Beyfortus®)** à celle de la **vaccination maternelle (Abrysvo®)**. **Comparativement** à la vaccination maternelle, l'immunisation passive par nirsevimab est associée à un **risque significativement plus faible d'hospitalisations liées au VRS et de formes sévères**, notamment :
 - Hospitalisations en pédiatrie (HR ajusté : 0,74 ; IC 95 % : 0,68–0,88),
 - Admissions en réanimation pédiatrique (HR ajusté : 0,58 ; IC 95 % : 0,42–0,80),
 - Recours à la ventilation assistée (HR ajusté : 0,57 ; IC 95 % : 0,40–0,81),
 - Nécessité d'une oxygénothérapie (HR ajusté : 0,56 ; IC 95 % : 0,38–0,81).Le maintien de la stratégie actuelle de vaccination maternelle - limitée à une administration entre la **32^e et la 36^e semaine d'aménorrhée**, et uniquement à **partir du 1er septembre - n'est plus acceptable** : comment expliquer aux parents qu'on leur propose de choisir une option potentiellement moins efficace ? D'autant plus que les données britanniques récentes, où **Abrysvo® est administré plus précocement pendant la grossesse et sur une période plus étendue de l'année**, montrent clairement que **l'efficacité du vaccin dépend fortement du délai entre la vaccination et l'accouchement**. Lorsque ce délai est long, l'efficacité est excellente : 87% (IC95% : 82-90) lorsque la vaccination a été plus de 28 jours avant l'accouchement. Les pédiatres avaient alerté sur le risque qu'un calendrier trop restrictif **compromette l'efficacité réelle** du vaccin - alertes restées sans réponse à ce jour.
L'étude **Nirse-Gal**, menée en **Galice**, a évalué l'efficacité du nirsevimab au cours de la **2^{ème} année de vie** chez les enfants ayant reçu l'anticorps durant leur 1^{ère} année (Razzini Lancet Infectious Diseases. 2026.[doi:10.1016/S1473-3099\(25\)00742](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(25)00742)). Elle montre une **persistance de la protection** contre les hospitalisations pour bronchiolite (–55 %) et les infections respiratoires récidivantes (–62,4 %). En pédiatrie ambulatoire, on observe lors de la 2^{ème} année :
 - une **diminution modeste mais significative** des infections respiratoires récidivantes (–20 %),
 - mais une **augmentation du nombre de consultations** pour bronchite aiguë ou bronchiolite, sifflements/asthme, infections des voies respiratoires basses et otites.Ce phénomène s'explique probablement par un **déplacement de la primo-infection à VRS vers la deuxième année de vie**, période durant laquelle les formes cliniques sont en général **plus modérées et rarement responsables d'hospitalisations**, en lien avec la **maturation du système immunitaire**.
La prévention du VRS chez le nourrisson est un tournant majeur pour la réduction des hospitalisations. Son impact à long terme en vie réelle devra être évalué par une surveillance robuste et pérenne, intégrant données hospitalières et de médecine de ville ainsi qu'une surveillance virologique.
- 3) **L'épidémie de grippe** (très majoritairement liée à un sous clade K de H3N2) continue avec une assez forte intensité et un rebond chez l'enfant au décours des vacances scolaires. Les dernières données d'efficacité sur le terrain suggèrent une efficacité relativement modeste mais réelle des vaccins injectables chez l'adulte (32-39%) et une bonne efficacité chez l'enfant en Angleterre, très majoritairement vacciné par le vaccin nasal (≈ 72–75 %).
- 4) Le **VacPertagen**, vaccin **anti-coqueluche monovalent acellulaire**, a obtenu le **15 janvier 2026** une **AMM européenne** pour l'immunisation des **adolescents, des adultes, et des femmes enceintes**. Cette autorisation repose sur plusieurs essais randomisés et études complémentaires montrant un **profil de tolérance favorable** et des **réponses anticorps neutralisantes plus élevées et plus durables** que celles observées avec les vaccins **dTpa** actuellement utilisés. Si ce vaccin venait à être **recommandé et remboursé** chez la femme enceinte, il présenterait des avantages théoriques importants : une immunisation ciblée, évitant l'exposition inutile aux autres valences, et une **réduction potentielle du phénomène de "blunting"** vis-à-vis des autres antigènes.

Il est encore temps pour l'équipe d'InfoVac, de vous présenter ses meilleurs vœux pour l'année 2026

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