

**Obligation vaccinale** : InfoVac reçoit un grand nombre de questions concernant l'**obligation vaccinale**, notamment depuis l'extension de l'âge des recommandations des vaccins méningococciques ACWY et B. **L'obligation concerne tous les enfants** : les nourrissons, selon le schéma habituel (primovaccination + rappel), le rattrapage selon les schémas décrits. **L'entrée en collectivité permet un contrôle de l'obligation**. Les textes peuvent prêter à interprétation et générer des interrogations de la part des professionnels comme des familles opposantes ou hésitantes. Nous vous recommandons de **lire et de télécharger le document (lien 1)** rédigé par deux experts d'InfoVac, avec l'appui d'un juriste. Ce travail apporte une analyse précieuse et opérationnelle.

**Mélange de 2 vaccins différents dans une même seringue : à proscrire**. L'ANSM a récemment signalé deux cas de médecins ayant mélangé, dans une même seringue, des vaccins différents afin de ne pratiquer qu'une seule injection. Les nombreuses questions reçues à InfoVac montrent malheureusement que cette pratique inappropriée n'est pas exceptionnelle. **Elle doit être formellement proscrire : c'est une règle de base de la vaccinologie**. D'une part, elle peut majorer la réactogénicité locale ou systémique, d'autre part – et surtout – elle expose à un risque de diminution de la réponse immunitaire pour chacune des valences. En pratique, ne pas considérer ces injections comme valides et chacune des doses doit être refaite.

Les principales **épidémies hivernales** (VRS, grippe) arrivent désormais à leur terme. À ce stade, **initier une immunisation**, qu'il s'agisse d'enfants ou d'adultes, **ne présente plus d'intérêt**.

Concernant le **VRS**, d'après les données du réseau PARI et de Santé publique France, l'épidémie de bronchiolites – qu'elles aient nécessité une prise en charge ambulatoire ou une hospitalisation - a été d'intensité comparable à celle de l'année précédente. Ce constat est d'autant plus notable qu'une augmentation de la couverture par vaccination maternelle avait été observée. Dans l'un de nos derniers bulletins, InfoVac avait présenté les résultats de l'étude EPIPHARE montrant que, dans les **conditions d'utilisation de la vaccination maternelle en France** (administration entre 32 et 36 semaines d'aménorrhée, avec un début de campagne fixé au 1er septembre), **l'efficacité** observée en conditions réelles était **significativement inférieure à celle obtenue avec les anticorps monoclonaux**. Cependant, deux études récentes menées au Royaume-Uni (*Wilson M et al RESVINET2026*) et en Australie (*Wadia U et al. RESVINET 2026*) montrent qu'en initiant la vaccination dès la 28e semaine d'aménorrhée, avec un délai suffisant entre l'accouchement et le début de l'épidémie, l'efficacité est nettement améliorée, dépassant les 80%. Ces résultats sont cohérents avec des données françaises en cours de publication. Les prochaines décisions des autorités sanitaires devront impérativement intégrer ces éléments nouveaux : une chose paraît certaine, **le maintien à l'identique de la stratégie mise en place durant la saison ne serait pas raisonnable**.

**Pour la grippe**, peu de cas liés aux virus B et A(H1N1) pdm09 ont été observés cette saison. Le sous-type de A(H3N2) **clade K** a très largement **prédominé**. Malgré une couverture vaccinale en progression, l'épidémie a été précoce assez intense mais moins forte que l'année précédente (elle n'est peut-être pas finie... nous ne sommes pas à l'abri d'une 2<sup>ème</sup> épidémie notamment B). Cette situation s'explique en partie par une efficacité vaccinale relativement modeste vis-à-vis de cette souche, comme cela est régulièrement observé avec certains variants d'H3N2. Le tableau donne des données préliminaires sur l'efficacité sur le terrain des vaccins pour la saison 2025-2026 en [Angleterre](#) et en [France](#).

Pays	Type d'événement	Groupe d'âge	Efficacité vaccinale (IC95%)
France	Consultations ambulatoires	0 – 17 ans	57% (29–74)
France	Consultations ambulatoires	18 – 64 ans	45% (36–53)
France	Consultations ambulatoires	≥ 65 ans	28% (17–37)
Angleterre	Passages aux urgences	2 – 17 ans	74,8% (66,3–81,4)
Angleterre	Passages aux urgences	18 – 64 ans	32,8% (13,3–48,6)
Angleterre	Passages aux urgences	≥ 65 ans	34,7% (22,2–45,3)

On notera que, comme habituellement, l'efficacité est meilleure chez l'enfant que chez l'adulte jeune, qui elle-même est meilleure que pour les sujets âgés. Ce n'est pas un hasard si pour les enfants, l'efficacité est meilleure en Angleterre qu'en France : au Royaume Uni, c'est le **vaccin nasal** qui est utilisé alors qu'en France, c'est le vaccin injectable. De toute façon, même si l'efficacité était comparable, le vaccin nasal, s'il est disponible, permettra sans aucun doute d'augmenter les couvertures vaccinales

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