

## 1. Du côté des autorités

La **Semaine de la vaccination** s'est tenue du 27 avril au 3 mai. Elle a donné lieu à la mise à disposition de nombreux documents consacrés à la vaccination — avec, en apparence, beaucoup de bonnes intentions — dont le « nouveau » calendrier vaccinal : 92 pages... Bonne lecture aux amateurs de prose administrativo-juridique. Quelles sont les **nouveautés du calendrier 2026** ? En réalité, rien que nous ne sachions déjà.

- La **vaccination recommandée à 25, 45, 65, 75 ans**, puis tous les dix ans, devient le **dTcaP** (Boostrix® ou Repevax®) à la place du dTP ; Revaxis® n'étant plus commercialisé depuis deux ans...

- Le **rattrapage vaccinal HPV est étendu** aux femmes et aux hommes **jusqu'à 26 ans révolus**.

- Les vaccins **méningococciques ACWY et B** sont **obligatoires pour tous les enfants nés à partir du 1er janvier 2023** avec un rattrapage jusqu'à 5 ans (ils ont aujourd'hui au maximum 3 ans et 5 mois).

- Les vaccins méningococciques ACWY sont **recommandés et remboursés entre 11 et 25 ans**.

- En revanche, **les vaccins méningocoque B** chez les 15–25 ans n'y figurent toujours pas, alors même qu'ils sont remboursés. Le 27 avril, la HAS a pourtant publié un avis sur la prévention des infections invasives à méningocoque dans lequel ces vaccins sont explicitement cités pour cette tranche d'âge. La « guerre des polices » entre la DGS et les différentes agences continue donc. Et, comme souvent, les messages contradictoires se paient comptant. Les données de Santé Publique France montrent que les couvertures vaccinales en 2025 restent très insuffisantes : la vaccination ACWY ne dépasse pas 17 % chez les 11–12 ans et 7 % chez les 15–25 ans. Quant aux vaccins méningocoque B, la couverture n'atteindrait pas 3 % chez les 15–25 ans. Dans le même temps, le bulletin national rapporte 628 cas d'IIM en 2025 (augmentation de 2 % par rapport à 2024). Les deux sérogroupes les plus fréquents sont B et W, avec une létalité globale de 13 %, atteignant 21 % pour W. Y a-t-il des responsables ?

- La **prévention des infections précoces à VRS** est désormais **inscrite dans le calendrier vaccinal**.

- Nouveauté : **les anticorps monoclonaux rentrent dans le calendrier vaccinal** pour la population dite « de **rattrapage** » ! En pratique, il s'agit de protéger les nourrissons nés en dehors de la période épidémique sur leur 1<sup>ère</sup> année, en leur proposant une immunisation en ville dès le début de la campagne de prévention, et jusqu'à la fin de la période épidémique.

- Pour les **enfants nés pendant la période épidémique**, les anticorps monoclonaux sont aussi mentionnés clairement, avec une administration de préférence lors du séjour en maternité. Pour ces enfants, **les parents ont le choix entre la vaccination maternelle et le traitement préventif par anticorps** et il appartient aux professionnels de santé de les informer des données disponibles afin qu'ils prennent une décision éclairée.

- Une anomalie persiste : le **Synagis®**, alors que ce **produit** est aujourd'hui **largement dépassé** : il est coûteux, nécessite plusieurs injections, et a été supplanté par des alternatives plus simples et plus efficaces.

- **Autres nouveautés** : la **vaccination grippale préférentielle des personnes de plus de 65 ans** par des vaccins « améliorés » (**fortement dosé (Efluelda®) ou adjuvanté (Fluad®)**) ; **l'obligation de vaccination contre la rougeole pour les professionnels de santé** et la **fin de commercialisation du Tubertest®** fin mai 2026.

**2. Pour votre information.** Une alliance pour l'« immunisation et la prévention des infections » a été lancée mercredi 29 avril à l'Assemblée nationale, sous le parrainage de Yannick Neuder, ministre de la Santé de décembre 2024 à octobre 2025. L'ambition de cette coalition, associant sociétés savantes, professionnels de santé, patients et usagers, responsables politiques, acteurs industriels et de l'innovation en santé, assurances et mutuelles, est de **restaurer la confiance envers la vaccination**. Vaste programme... qu'InfoVac soutiendra et accompagnera.

**3. Du côté des produits.** Le **clésrovimab** — Enflonsia® — nouvel anticorps monoclonal anti-VRS, a obtenu son **AMM européenne le 15 avril**. Ses indications, au cours de la 1<sup>ère</sup> année, sont comparables à celles de Beyfortus®. Il est probable qu'il soit disponible en pharmacie à partir du 1er septembre 2026.

**4. En réponse à vos questions.** **Un nourrisson de 14 mois, ayant reçu 3 doses de Vaxneuvance® à 2, 4 et 11 mois, a présenté une méningite à pneumocoque de sérotype 3. Faut-il lui proposer une dose supplémentaire de vaccin antipneumococcique ? Et, si oui, lequel ? La réponse est non.** Le sérotype 3 est, à ce jour, celui contre lequel tous les vaccins pneumococciques disponibles sont les moins efficaces. L'efficacité vaccinale immédiate contre ce sérotype est de l'ordre de 50 %, alors qu'elle dépasse 95 % pour la plupart des autres sérotypes. De plus, elle est peu durable. Plusieurs raisons l'expliquent. La 1<sup>ère</sup> est la capsule très particulière du sérotype 3 (très épaisse et se délitant au fur et à mesure) qui favorise sa résistance aux anticorps. La seconde, probablement la plus importante, est l'absence d'effet rappel après les injections successives : ce sérotype induit peu ou pas de mémoire immunitaire. Aucun vaccin disponible aujourd'hui ne permet de contourner réellement ces limites immunologiques.

**Une enfant de 28 jours, vue initialement aux urgences pour des rectorragies persistantes depuis 10 jours dans un contexte de diarrhée, a un prélèvement de selles positif pour le rotavirus. Faut-il malgré tout la vacciner contre les rotavirus ?** La réponse est **oui**. Classiquement, la première infection à rotavirus est celle qui expose au plus grand risque de déshydratation, les suivantes beaucoup plus rarement, ce qui pourrait faire discuter l'intérêt de la vaccination après une infection documentée. Mais ici, il s'agit d'un nouveau-né, et plusieurs éléments doivent être pris en compte. D'abord, le portage de rotavirus n'est pas rare chez les nouveau-nés, y compris en l'absence de pathologie digestive significative : il n'est donc pas certain que le rotavirus soit responsable des symptômes observés. Ensuite, même s'il s'agissait d'une authentique infection, il n'est pas certain non plus qu'elle soit pleinement immunisante. Enfin, si cette infection était réelle et immunisante, le risque d'invagination intestinale aiguë après vaccination — déjà très faible — serait probablement encore réduit, puisque cet événement est essentiellement décrit après la première dose chez des nourrissons non immunisés.

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