

***L'actualité étant particulièrement riche, ce bulletin comportera exceptionnellement 2 pages***

Le congrès de l'**European Society for Pediatric Infectious Diseases (ESPID)** s'est imposé comme le principal congrès mondial de vaccinologie pédiatrique. Il s'est tenu à Bologne, du 1er au 5 juin 2026. Plutôt que de proposer un compte rendu exhaustif des centaines de communications, nous avons choisi de sélectionner quelques axes et messages forts, susceptibles d'éclairer les lecteurs d'InfoVac.

**1) Prévention des infections à VRS : plus de 60 communications.** Nous disposons désormais de quatre produits. Le plus ancien est le palivizumab, Synagis® : cet anticorps monoclonal était réservé aux prématurés. Il faut probablement l'oublier, même chez eux : il est très coûteux, nécessite des injections mensuelles. Les trois autres produits, classés selon leur date de mise sur le marché, sont le **nirsevimumab, Beyfortus®** (anticorps monoclonal), **Abrysvo®** (vaccin maternel) et le **clesrovimumab, Enflonsia®** (anticorps monoclonal). Pour ces produits, nous disposons d'études randomisées essentiellement pré-AMM robustes démontrant leur efficacité sur les bronchiolites et les autres infections respiratoires à VRS ayant conduit à une hospitalisation au cours de la première année de vie. Pour Beyfortus® et Abrysvo®, des études d'efficacité en vie réelle sont également disponibles pour les nourrissons hospitalisés au cours de la première année de vie. Pour Beyfortus®, les données en vie réelle concernent non seulement la première année, mais aussi la deuxième, voire la troisième année de vie, à l'hôpital comme en ambulatoire : bronchiolite, mais aussi autres infections pédiatriques, notamment les otites et les infections à pneumocoque.

InfoVac va tenter de répondre à plusieurs questions.

- **Ces produits sont-ils aussi efficaces ?** On ne peut pas répondre directement à cette question, car aucune étude prospective comparative directe n'a évalué les différents produits entre eux. En revanche, avec le schéma proposé en France — administration du vaccin entre la 32e et la 36e semaine d'aménorrhée et campagne d'immunisation débutant le 1er septembre — les données disponibles ou présentées à l'ESPID montrent que l'efficacité sur le terrain de la vaccination maternelle apparaît inférieure à celle du nirsevimumab. En Angleterre, en Australie, mais aussi en France, lorsque la vaccination maternelle est administrée plus tôt au cours de la grossesse, les différences s'amenuisent.

**Conclusions :** pour les parents qui optent pour la **vaccination maternelle**, celle-ci doit être réalisée **le plus tôt possible** dans la fourchette des recommandations et **au moins un mois avant l'accouchement**. **Concernant les Ac à longue durée d'action Nirsevimumab et Clesrovimumab, il n'existe aucun argument à ce jour suggérant une efficacité différente.**

- **Pourquoi les schémas d'immunisation varient-ils d'un pays à l'autre, tant pour la durée de la période d'immunisation que pour les produits utilisés ?** Les stratégies retenues reflètent des durées et une saisonnalité de circulation qui peuvent varier considérablement d'un pays à l'autre (dans certains pays le VRS circule presque toute l'année), des objectifs de santé publique et des rapports coût/efficacité (mal connus d'un pays à l'autre) différents ainsi que les contraintes organisationnelles propres à chaque système de santé
- **Le nirsevimumab protège-t-il en partie des otites moyennes aiguës à VRS ? Oui**, sans aucun doute, au cours de la première année : il réduit de 70 à 80 % les otites à VRS et d'environ un quart l'ensemble des otites dans cette tranche d'âge.
- **Le nirsevimumab protège-t-il en partie des infections invasives à pneumocoque ? Oui**, au cours de la première année. Une étude française utilisant les données du SNDS le montre clairement, avec une réduction d'environ 25 %.
- **Le nirsevimumab protège-t-il au-delà de la première année ? Oui**, si l'on considère les infections respiratoires à VRS hospitalisées au cours de la deuxième année de vie ; **Non**, si l'on considère les infections respiratoires et les otites vues en ambulatoire au-delà d'un an. C'est vrai en Galice, et c'est également vrai en France.
- [Si vous voulez en savoir plus, cliquez ici](#)

**2) Plasticité du calendrier vaccinal anglais.** Le Pr Ladhani, très impliqué dans la surveillance des infections invasives au Royaume-Uni (RU), a retracé les principales évolutions du calendrier vaccinal anglais. Plusieurs exemples illustrent leurs capacités à faire évoluer rapidement les recommandations.

- **Le premier exemple est celui du méningocoque C.** Avant les années 2000, les infections invasives à méningocoque C étaient très fréquentes au RU, en particulier chez les nourrissons et les jeunes enfants. Cette situation avait conduit au développement puis à l'introduction précoce de vaccins conjugués. Le schéma initial comportait initialement trois doses au cours de la première année de vie et un programme de rattrapage massif chez les enfants et les adolescents d'abord jusqu'à 18 ans puis 24-25 ans. En 2006, le schéma du nourrisson a été modifié pour un schéma en 2 doses à 3 et 4 mois suivies d'une dose de rappel à 12 mois. L'objectif était alors de protéger directement les nourrissons, chez lesquels l'incidence de la maladie restait élevée.

Le succès du programme a été spectaculaire. La réduction rapide de l'incidence, liée à une très bonne couverture vaccinale, a permis de modifier progressivement la stratégie vaccinale. Les doses administrées au nourrisson ont été réduites, puis supprimées, au profit d'une protection qui repose depuis 2024 uniquement sur la vaccination des adolescents par un vaccin conjugué ACWY. En réduisant le portage et la transmission dans cette tranche d'âge — les adolescents et les jeunes adultes constituant le principal réservoir — cette stratégie laisse escompter une protection de l'ensemble de la population, y compris les nourrissons, pour lesquels la vaccination avait initialement été introduite.

- Le deuxième exemple est celui des **vaccins pneumococciques conjugués**. Dès le départ, les Britanniques ont considéré qu'un schéma 3+1 n'était pas nécessaire. Ils ont donc évalué un schéma 2+1, avec d'excellents résultats. Après plusieurs années de vaccination par PCV13, l'effet indirect sur le portage et la transmission des sérotypes vaccinaux est devenu majeur. La circulation de ces sérotypes ayant fortement diminué, le risque résiduel d'infections invasives à pneumocoque dues aux sérotypes vaccinaux est devenu très faible (rappelons que les couvertures vaccinales en France sont aussi bonnes qu'au Royaume Uni...). Le RU est passée en 2020 à un **schéma 1+1 (4 et 12 mois)**. Lorsque l'effet de groupe est marqué, et que la surveillance nationale est bonne, ce schéma peut être appliqué. Avec un recul de cinq ans, il a maintenant prouvé son efficacité en vie réelle : le choix de placer la 1<sup>ère</sup> dose de PCV à 4 mois répond aussi à une logique immunologique et organisationnelle : une dose un peu plus tardive est moins influencée par les anticorps maternels et induit une réponse post-vaccinale plus robuste.
- Le troisième exemple est celui du **vaccin contre le méningocoque B**. Le RU a été le premier pays à introduire la vaccination MenB des nourrissons. Là encore, ils n'ont pas retenu un schéma 3+1. Les premières données en vie réelle ont confirmé l'efficacité du programme avec un schéma 2+1. Mais, contrairement aux vaccins conjugués contre le méningocoque C ou le pneumocoque, le vaccin MenB n'a pas d'effet de groupe. Ceci a conduit le RU à modifier récemment le schéma MenB. **La 1<sup>ère</sup> dose devant être administrée à 8 semaines, la deuxième dose**, auparavant administrée à 16 semaines, a été **avancée à 12 semaines** afin de protéger plus tôt les nourrissons : le pic d'incidence des infections invasives à méningocoque B s'étant déplacé vers les tout premiers mois de vie. Certes, un schéma à 2 et 4 mois peut être plus immunogène qu'un schéma à 2 et 3 mois. Mais ici, l'objectif prioritaire n'est pas d'obtenir la « meilleure » réponse immunologique : il est de protéger les enfants le plus tôt possible.

**Il y a quelques jours, le comité anglais** a annoncé — probablement à la suite de l'épidémie récente survenue dans quelques collèges et universités — **un programme exceptionnel de vaccination MenB pour les élèves de terminale**, ainsi que pour les **moins de 25 ans entrant à l'université**. Les étudiants devront recevoir deux doses : la première en juillet 2026 et la seconde en août 2026. **Les étudiants internationaux de moins de 25 ans devraient, si possible, recevoir leur première dose dans leur pays d'origine.**

**Le calendrier vaccinal ne doit pas être pensé vaccin par vaccin, mais comme un ensemble cohérent, où chaque dose doit être placée au meilleur moment possible. Ce n'est pas un monument classé : il doit être réévalué, simplifié, déplacé ou renforcé lorsque les données le justifient.**

**3) Varicelle : une prévention de plus en plus largement adoptée.** La varicelle, a fait l'objet d'une quinzaine de communications. En 2004, lorsque le Comité technique des vaccinations avait examiné l'opportunité d'une recommandation de vaccination universelle contre la varicelle et l'avait rejetée, cette stratégie restait encore peu répandue. En Europe, seule l'Allemagne l'avait introduite ; dans le monde, seuls quelques pays disposaient déjà d'un programme universel, comme les États-Unis, le Canada ou le Japon.

La principale réserve exprimée concernait le risque d'un déplacement de l'âge de survenue de la varicelle en cas de couverture vaccinale insuffisante : reporter l'infection vers l'adolescence ou l'âge adulte chez les non-vaccinés risquait d'augmenter le nombre de formes sévères ou de complications. Vingt ans plus tard, le contexte a profondément changé : en 2026, la vaccination universelle est recommandée dans plus de vingt pays européens et dans près d'une cinquantaine de pays dans le monde. Il est particulièrement remarquable qu'aucun des pays ayant introduit cette vaccination, parfois depuis plusieurs décennies, n'y ait renoncé. Cette expérience constitue une source d'information bien plus solide que les seules modélisations disponibles au début des années 2000. En France, la Haute Autorité de santé a engagé une réévaluation de la stratégie vaccinale contre la varicelle chez les nourrissons âgés de 12 mois et plus. [Pour en savoir plus cliquez ici.](#)

Vous avez été plus de 1 600 à répondre à **l'enquête sur la prévention des infections à VRS** du nourrisson : nous vous en remercions. On retiendra que vous êtes bien informés sur les différentes méthodes de prévention et que la plupart d'entre vous ont compris l'importance, lorsque la vaccination maternelle est choisie, d'une administration suffisamment précoce, au moins un mois avant l'accouchement ([voir tous les résultats](#)).

**Robert Cohen, Didier Pinquier, Odile Launay, Pierre Bakhache, Christophe Batard, Marie-Alette Dommerges, Véronique Dufour, Joël Gaudelus, Hervé Haas, Isabelle Hau, Anne Sophie Romain, Georges Thiebault, Franck Tholot, François Vie le Sage, Catherine Weil-Olivier.**