

Hépatite A, Vers un élargissement des indications vaccinales?

AM Roque-Afonso

Journée du groupe Vaccination-Prévention de la SPILF
18 septembre 2026

Performances des vaccins et indications

Epidémiologie changeante

Indications à réinterroger?

Performances des vaccins et indications

Epidémiologie changeante

Indications à réinterroger?

Les vaccins existants

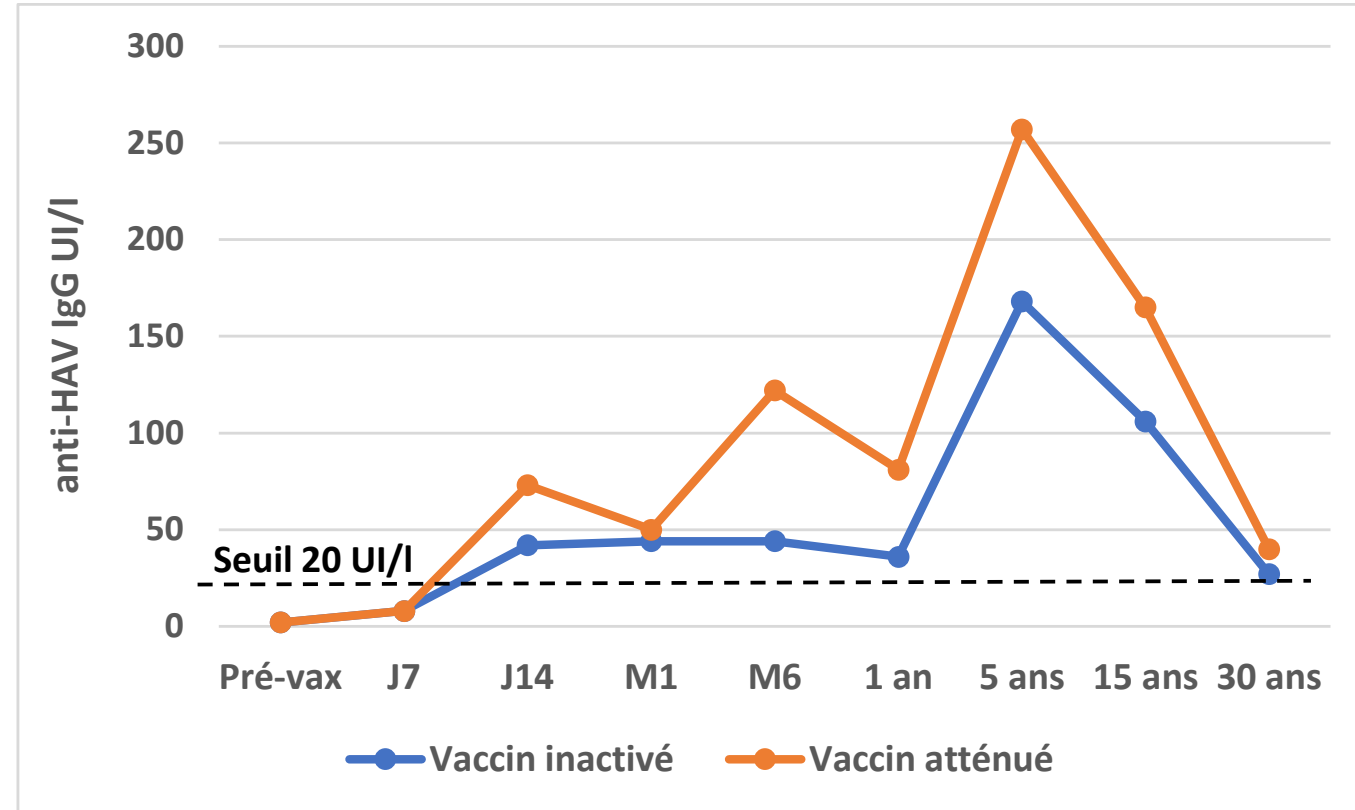
Type	Vaccin	Souche	Adjuvant	AMM	Cible	Schéma standard
Monovalent inactivé	Havrix	HM175	Al.	FDA, EMA	≥ 12 m.	2 doses (0 et 6–12 m)
	Vaqta	CR326F		FDA, EMA		2 doses (0 et 6–18 m)
	Avaxim	GBM		EMA		2 doses (0 et 6–36 m)
	Healive	TZ84		Chine		2 doses (0 et 6 m)
	Weisairuian	Lv-8		Chine		
	VERAXIMIR	YN-5		Chine		3 doses (0, 2–4 sem. et 6 m)
	Aimugen	KRM003		Japon		
	EPAXAL	RG-SB	Virosome	EMA (disc.)		2 doses (0 et 6–12 m)
Monovalent atténué	Biovac-A	H2	Aucun	Chine, Inde		1 dose (voie SC)
	HAVAC	LA-1	Aucun	Chine		
Combiné inactivé	Twinrix + Hep B	HM175	Al.	FDA, EMA	≥ 18 ans	3 ou 4 doses (0, 1, 6 m ou 0, 7, 21-30 j + 12 m)
	Ambirix + Hep B	HM175		EMA	1-15 ans	2 doses (0 et 6–12 m)
	Bilive + Hep B	TZ84		Chine	≥ 12 m	3 doses (0, 1, 6 m)
	ViATIM + Typh	GBM		EMA	≥ 16 ans	1 dose (+ monovalent Hep A à 6-36 m)

Les vaccins existants, en France

Type	Vaccin	Souche	Adjuvant	AMM	Cible	Schéma standard
Monovalent inactivé	Havrix	HM175	Al.	FDA, EMA	≥ 12 m.	2 doses (0 et 6–12 m)
	Vaqta	CR326F		FDA, EMA		2 doses (0 et 6–18 m)
	Avaxim	GBM		EMA		2 doses (0 et 6–36 m)
	Healive	TZ84		Chine		2 doses (0 et 6 m)
	Weisairuian	Lv-8		Chine		
	VERAXIMIR	YN-5		Chine		3 doses (0, 2–4 sem. et 6 m)
	Aimugen	KRM003		Japon		
	EPAXAL	RG-SB	Virosome	EMA (disc.)		2 doses (0 et 6–12 m)
Monovalent atténué	Biovac-A	H2	Aucun	Chine, Inde		1 dose (voie SC)
	HAVAC	LA-1	Aucun	Chine		
Combiné inactivé	Twinrix + Hep B	HM175	Al.	FDA, EMA	≥ 18 ans	3 ou 4 doses (0, 1, 6 m ou 0, 7, 21-30 j + 12 m)
	Ambirix + Hep B	HM175		EMA	1-15 ans	2 doses (0 et 6–12 m)
	Bilive + Hep B	TZ84		Chine	≥ 12 m	3 doses (0, 1, 6 m)
	ViATIM + Typh	GBM		EMA	≥ 16 ans	1 dose (+ monovalent Hep A à 6-36 m)

Les performances immunologiques

- Séroconversion : > 94% après 1 dose
- Réponse rapide
- ~ 100% à 2 doses
- Protection > 30 ans chez l'adulte sain
- Très bonne tolérance



D'après Kundu et al. Hum.Vaccin.Immunother. 2026 (metaanalyse)

De l'immunologie à la vraie vie

Intérêt de ces vaccins

- Prévention des infections, des formes sévères
 - Très rares infections chez les sujets vaccinés: ID+++ (1)
- Suppression du risque de transmission pour les populations vaccinées
- Réduction de l'incidence $\geq 90\%$ en population générale (Israël, USA...) si vaccination universelle des enfants
- Intérêt démontré en vaccination post exposition et contrôle des épidémies
 - A supplanté les Ig

En France, indications vaccinales ciblées

Suivant les recommandations OMS pour les pays de faible endémie

Risque		France	OMS 2022
Exposition	Post-exposition et Communauté à risque en contexte épidémique	X	X
	Voyageurs en zone d'endémie	X	X
	HSH	X	X
	Exposition professionnelle	X	X
	Jeunes handicapés en collectivité	X	
	Enfants nés en France issus de l'émigration	X	
	UDI		X
	Personnes sans domicile		X
	Migrants, Réfugiés		X
	Personnes incarcérées		X
Complication	Pathologie hépatique chronique et mucoviscidose	X	X
	HIV	X	X
	Femmes enceintes		X
Transmission	Restauration collective	X	

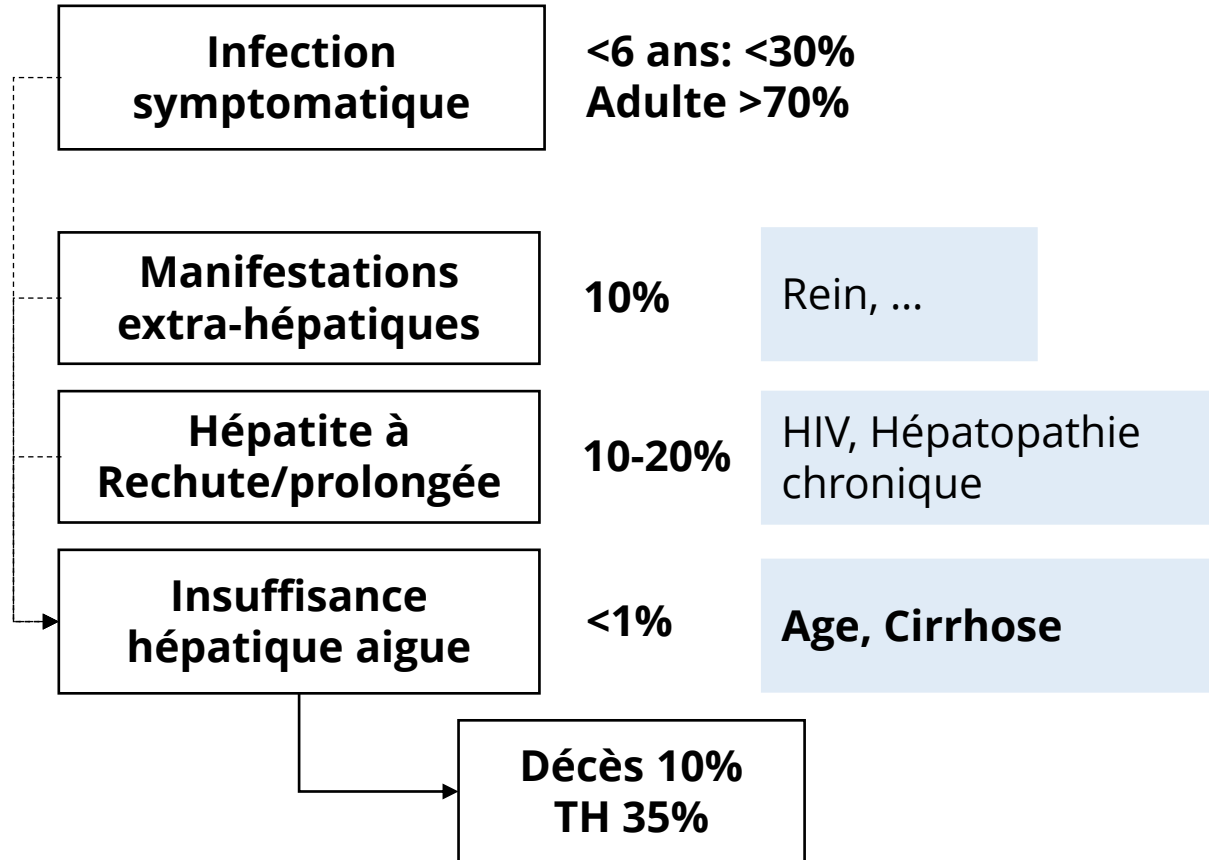
Performances des vaccins et indications

Epidémiologie changeante

Indications à réinterroger?

Hépatite A: souvent bénigne, parfois grave

Transmise majoritairement par contact



Fardeau annuel

Monde

160 millions infections; 40 000 morts

France

16000 infections, 1500 cas , 30 morts

Van Cauteren EID 2017, GBD study 2019

Une épidémiologie qui évolue

Le paradoxe de l'hygiène

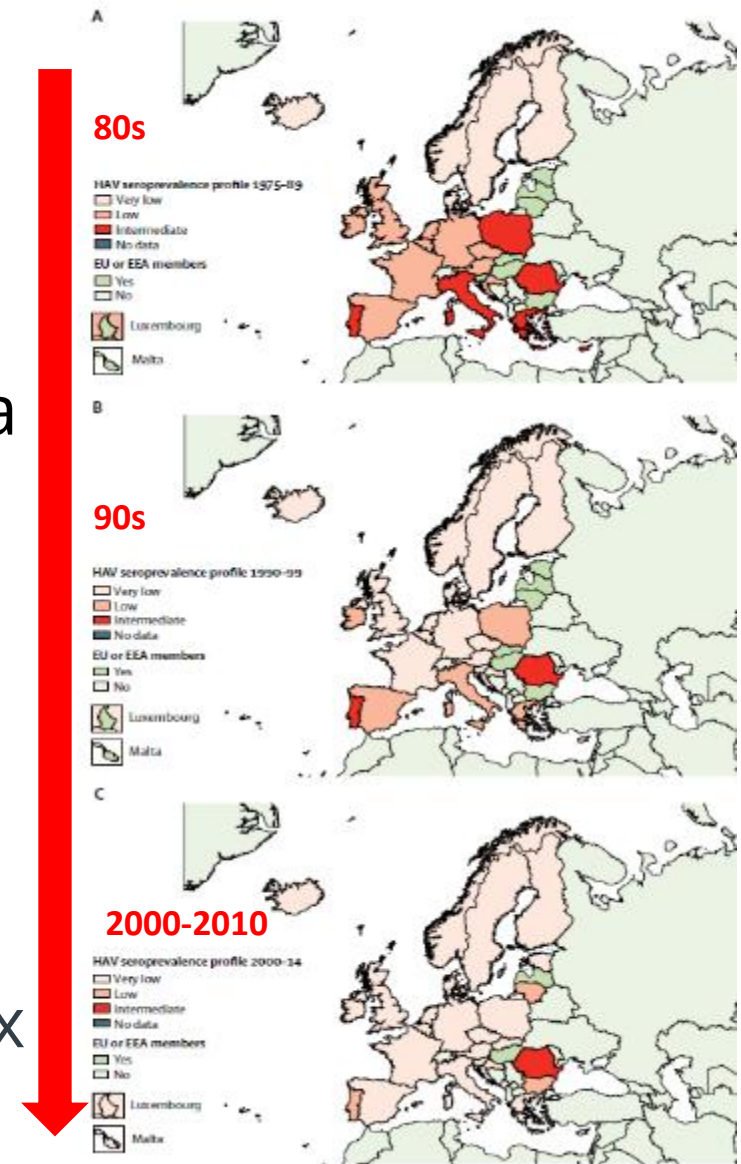
Amélioration des conditions $\Rightarrow$ diminution de la circulation virale $\Rightarrow$ diminution de l'immunité naturelle

➤ Augmentation potentielle de la sévérité/mortalité

- $\uparrow$ réservoir d'adultes non immunisés

➤ Augmentation du risque épidémique en cas d'introduction

- Globalisation alimentaire, voyages, réseaux sociaux et sexuels, ...

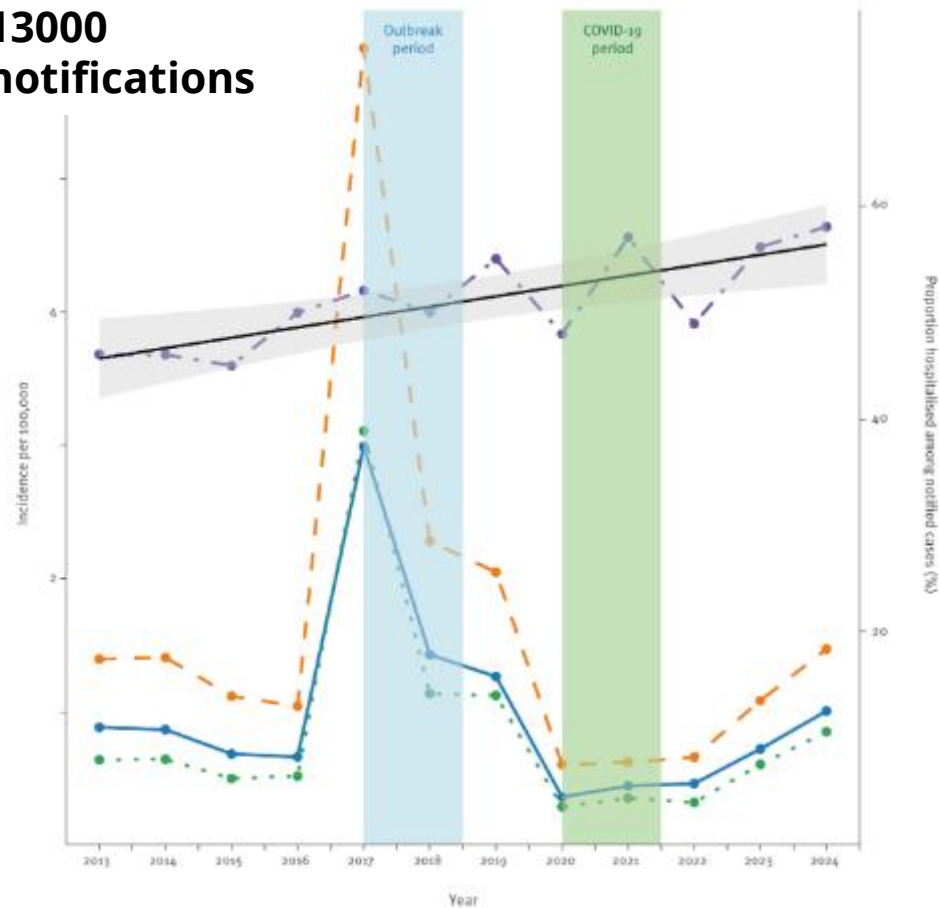


Carrillo-Santistevé, Lancet Infect Dis 2017

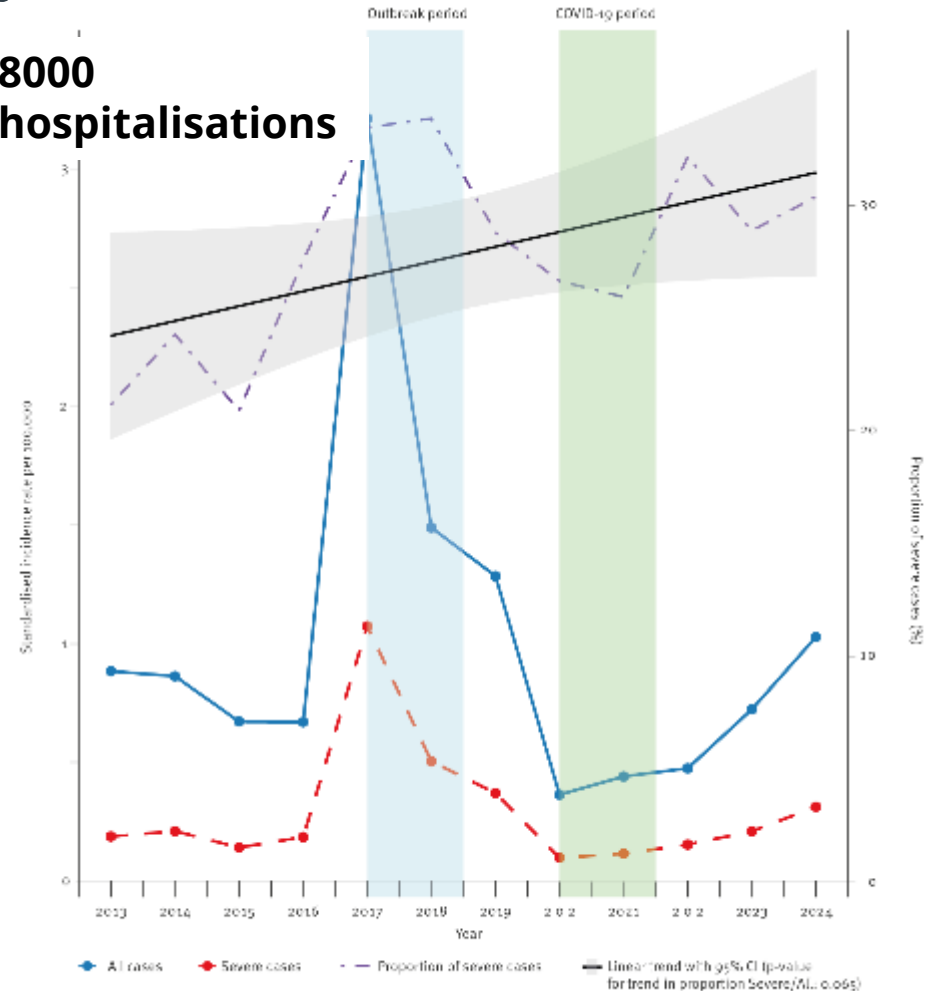
Des infections plus sévères ?

Trends and risk factors associated with hepatitis A severity and mortality in French hospitals: a national population-based study, 2013 to 2024

**13000
notifications**



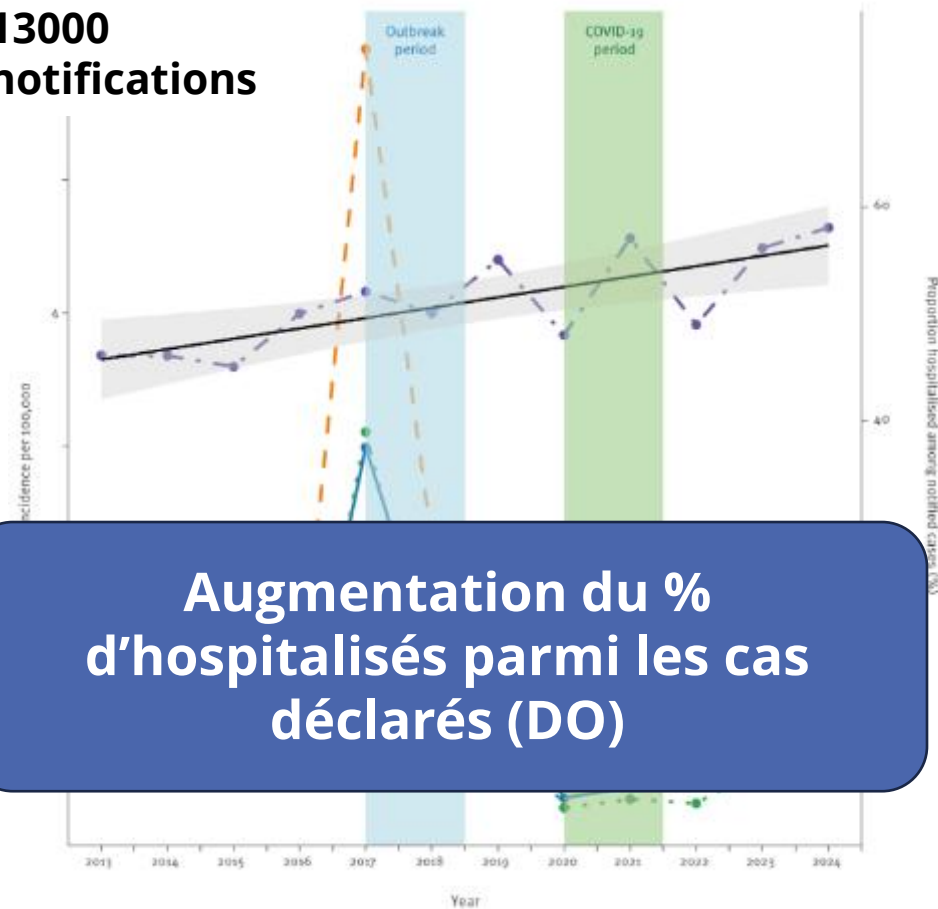
**8000
hospitalisations**



Des infections plus sévères ?

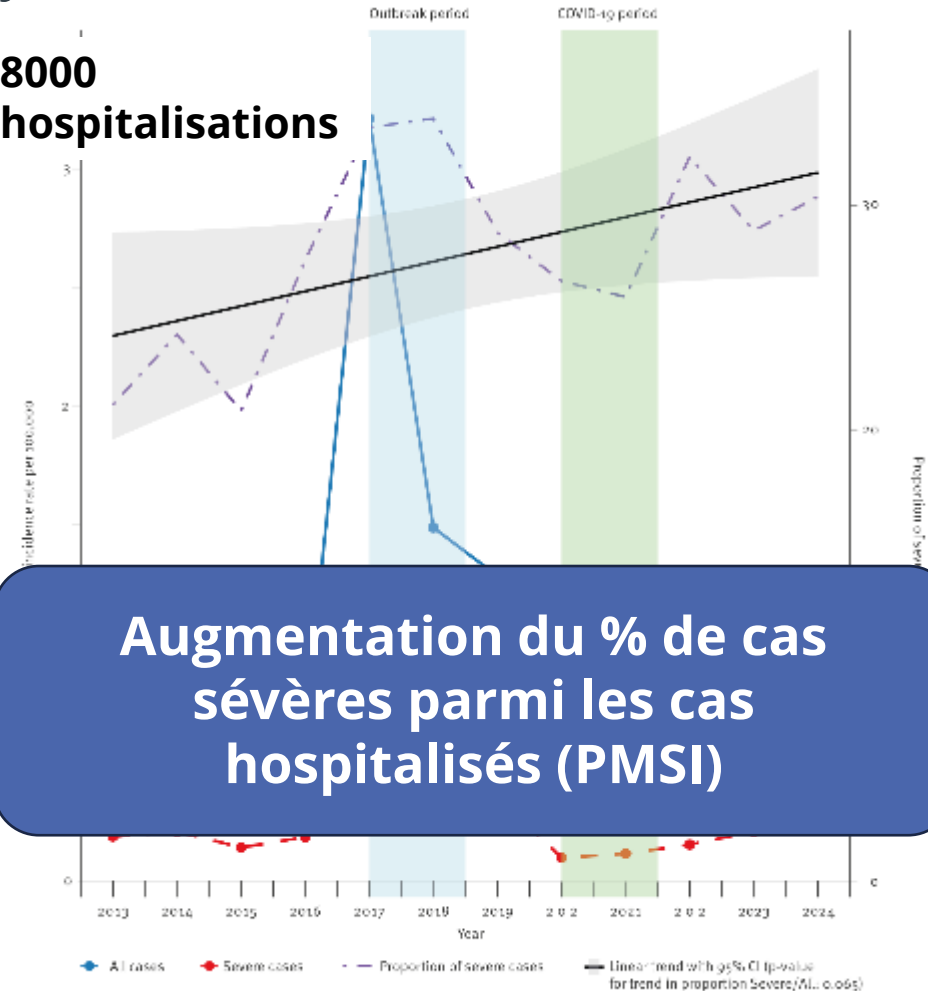
Trends and risk factors associated with hepatitis A severity and mortality in French hospitals: a national population-based study, 2013 to 2024

13000
notifications



Augmentation du %
d'hospitalisés parmi les cas
déclarés (DO)

8000
hospitalisations



Augmentation du % de cas
sévéres parmi les cas
hospitalisés (PMSI)

Des infections plus sévères ?

Trends and risk factors associated with hepatitis A severity and mortality in French hospitals: a national population-based study, 2013 to 2024

Facteurs associés à la sévérité

Age, sexe masculin, tabac, facteurs de risque hépatiques

Facteurs associés à la mortalité

Cirrhose et comorbidités multiples



Comorbidités qui relèvent +/- des indications vaccinales

Entre 2013-16 et 2021-24

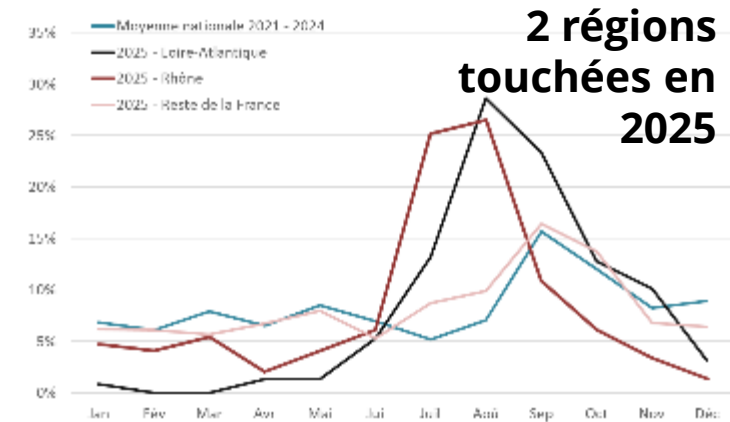
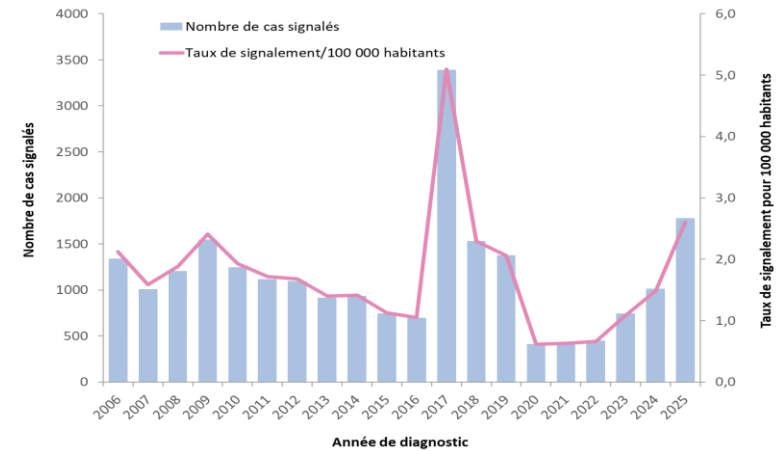
Risque d'infection sévère ↗ 57%

Risque de décès x 1.96

Des épidémies parfois difficiles à contrôler

- 2017, Europe: HSH
 - Accompagnée de « pénurie » de vaccins
- 2025, Europe de l'Est: SDF, UDI, précaires
 - Milliers de cas et % d'hospit. jusqu'à 80%
- 2025, France: Précaires et UDI, puis rapidement population générale
 - Non ciblés par la vaccination
 - Ou sans facteurs de risque particuliers
 - Contrôle par vaccination difficile pour les précaires

Cas déclarés, 2006-2025<



Données SPF

Performances des vaccins et indications

Epidémiologie changeante

Indications à réinterroger?

Vaccination ciblée ou élargie?

Une stratégie ciblée, individuelle, est-elle encore adaptée à l'épidémiologie actuelle ?

Ciblée

- ✓ Efficace sur la cible (si elle l'accepte)
- ✓ Cohérente avec une faible endémicité
- ✓ Moins de doses: coût maîtrisé
- ✗ **Dépend de l'identification du risque**
- ✗ **« Rate » des personnes exposées**

Élargie

- ✓ Réduit le réservoir de susceptibles
- ✗ **Surcoût à estimer/ Perte de productivité, coûts hospitaliers et gestion de crise**
- ✗ **Bénéfice populationnel (↓fardeau) à démontrer**

Élargir à qui?

- Consolider les indications actuelles
 - Facteurs de risque hépatiques, enfants issus de l'émigration, HSH
 - Couverture insuffisante fréquemment rapportée
- Élargir les groupes à risque
 - SDF, UD, migrants, comorbidités, ...
 - Couverture universelle des voyageurs
 - Proposition systématique en centres de santé et pas seulement en PreP
- Accompagner par une meilleure prise en charge du vaccin
 - Actuellement au mieux 65% (et pas pour les simples voyageurs)
- Une vaccination universelle des nourrissons? à dose unique?

Deux messages et une question

① Le vaccin est performant
Immunogène, efficace et bien toléré.

- ② L'épidémiologie évolue:
- Moins d'adultes immunisés
 - Infections plus sévères
 - Épidémies issues de groupes à risques mais passant en population générale

③ Faut-il élargir les indications au-delà des populations actuellement ciblées ?

Merci de votre attention!

Mieux surveiller pour mieux guider les stratégies de prévention

- Partage des données de séquençage entre pays en temps réel
 - Traçage de chaînes de transmission (Réseau ECDC)
- Surveillance hybride
 - Déclaration obligatoire des cas et
 - Surveillance des génomes dans les eaux usées
- Dépistage ciblé des matrices alimentaires à haut risque
 - fruits rouges surgelés, salades en sachet, bivalves