

MHE : ce que nous savons et ce que nous ne savons pas....

Cette réunion a été organisée par CEVA, producteur et distributeur du vaccin Hepizovac. Les organismes participants étaient les suivants : DGAI, Anses, ENVT, GDS France, SNGTV.

La SNGTV était représentée par Jérôme Lafon et Christophe Brard.

Aujourd'hui, concernant la MHE (Maladie Hémorragique Épizootique), nous disposons d'un certain nombre d'éléments solides, mais aussi de zones d'incertitudes majeures qui limitent notre capacité d'anticipation.

D'abord, sur le plan épidémiologique, il est clairement établi qu'il y a eu une chute très marquée du nombre de foyers cliniques entre les saisons 2024-2025 et 2025-2026, passant ainsi de plusieurs milliers (environ 4000) à un nombre extrêmement faible. Les données officielles en France font état de cinq foyers cliniques en 2025, éventuellement un peu plus si l'on inclut certaines PCR positives non associées à des signes cliniques. Cette diminution est confirmée par les données de laboratoires, y compris celles du LNR, avec une quasi-absence de résultats positifs récents. De plus, dans les autres pays européens touchés et voisins de la France (Espagne et Portugal), aucune circulation significative récente n'a été officiellement rapportée. Il est donc raisonnable d'affirmer qu'il y a actuellement une très faible circulation virale détectée.

Nous ne savons pas expliquer de manière robuste les raisons de cet arrêt quasi brutal de la circulation. Des souches d'EHDV-8 isolées en 2025 ont été séquencées par le LNR et sont identiques à celles des années précédentes. Des hypothèses ont été évoquées, notamment des facteurs climatiques (impact sur les populations de culicoïdes), mais ces explications ne sont pas cohérentes avec la dynamique observée pour d'autres virus vectoriels comme la FCO, qui ont continué à circuler dans des conditions similaires. Il n'existe donc, à ce stade, aucune explication démontrée et indiscutable à cette régression (virémie plus courte, plus faible MHE vs FCO ?).

Concernant la capacité de prédire un redémarrage en 2026, le consensus exprimé est clair : nous ne disposons pas aujourd'hui d'outils fiables permettant d'anticiper une reprise de circulation. Les approches comme la recherche d'anticorps anti EHDV8 dans les laits de tank ou de EDHV8 dans les populations de culicoïdes sont peu sensibles en phase de circulation très faible. En pratique, la seule stratégie réaliste reste une veille renforcée et une réactivité rapide en cas de réapparition de cas cliniques.

Sur le plan vaccinal, nous savons que le vaccin est immunogène (bonne séroconversion, anticorps neutralisants) et a une bonne innocuité (notamment sur les vaches en gestation et en lactation). Les études menées et les déclarations de cas de pharmacovigilance n'ont

montré que des effets secondaires mineurs (notamment des réactions locales légères, y compris en administration concomitante avec un vaccin FCO 3).

Concernant la faune sauvage, pas de mortalités remontées (contrairement aux données signalées par l'Amérique du Nord).

Des travaux sont en cours de finalisation pour mieux caractériser la prévalence intra-cheptel, la réponse à la vaccination (notamment la composante cellulaire ; milieu infecté et non infecté), l'innocuité, la durée d'immunité post-vaccinale, le rappel à 12 mois.

La restitution de ces travaux de recherche engagés et financés par la DGAI (1,7 millions d'euros) est prévue le 3 avril (date à confirmer).

Une étude avec le SIMV est envisagée quant aux freins à la vaccination.

3,828 millions de doses ont été vendues en 2025 (dont 2 millions dans le marché public). La vaccination a été variable selon les régions. La communication des GDS et GTV a contribué à un rebond de vaccination en Bretagne début 2026.

Il n'y a pas de problème d'approvisionnement en doses si résurgence en 2026.

Christophe Brard