

Campagne de prévention des infections à VRS du nourrisson en 2026-2027

Choisir à la fois un démarrage le 14 septembre et une même date pour vaccin et Anticorps monoclonaux crée une fenêtre de vulnérabilité

En 2023, la France a été un des premiers pays dans le monde à faire le choix de mettre en œuvre, à grande échelle, la prévention des infections à VRS du nourrisson. C'est un anticorps monoclonal, le nirsévimab qui a été utilisé. Cette décision intervenait après l'épidémie de bronchiolite 2022-2023, d'une intensité exceptionnelle dans le contexte de levée des mesures d'hygiène imposées par la pandémie Covid. Elle avait mis à genou l'ensemble de la filière pédiatrique, de la médecine ambulatoire aux urgences, des services d'hospitalisation aux réanimations pédiatriques. Les résultats ont été plus que convaincants. Dès la première saison 2023-2024, l'efficacité du nirsévimab contre les bronchiolites à VRS nécessitant une hospitalisation a été évaluée entre 76 % et 81 %. Environ 5 800 hospitalisations pour bronchiolite à VRS avaient été évitées en France métropolitaine. Ceci a conduit à maintenir les années suivantes une prévention des infections à VRS chez le nourrisson, désormais fondée sur deux stratégies alternatives : l'immunisation du nourrisson par anticorps monoclonal et la vaccination de la femme enceinte par transfert transplacentaire d'anticorps afin de protéger le futur nouveau-né.

La décision annoncée dans le DGS-Urgent du 10 août 2026 de fixer, d'une part au 14 septembre 2026 le début de la campagne en France métropolitaine, et d'autre part la même date pour vaccination maternelle et anticorps monoclonaux, est très préoccupante et très éloignée des propositions formulées par Santé publique France (SPF) et les pédiatres.

- **La vaccination maternelle** et les anticorps monoclonaux n'ont pas la même cinétique de protection. Fixer la même date de début ne tient pas compte d'une différence fondamentale. Après administration d'un anticorps monoclonal au nourrisson, celui-ci dispose directement et immédiatement d'anticorps neutralisants. À l'inverse, la vaccination maternelle nécessite successivement l'induction d'une réponse immunitaire chez la mère puis le transfert transplacentaire des IgG vers le fœtus. Ce phénomène nécessite au moins 15 jours à 1 mois. La HAS considère qu'en cas d'intervalle inférieur à 14 jours entre la vaccination maternelle et l'accouchement, la vaccination n'est « probablement pas efficace » et recommande alors une immunisation de rattrapage du nouveau-né par anticorps monoclonal. Mais cette durée de 14 jours constitue davantage un délai minimal qu'un délai optimal. Le transfert transplacentaire des anticorps anti-VRS est optimal lorsque la vaccination précède l'accouchement d'au moins 5 semaines. Ceci s'appuie non seulement sur les données de transfert des anticorps mais aussi sur des

études d'efficacité en vie réelle, internationales et françaises. De plus, elles fournissent dans la fenêtre de vaccination choisie par la HAS de très forts arguments en faveur d'une vaccination précoce à 32 SA plutôt que 36 SA. Par ailleurs, plus la vaccination est tardive, plus la proportion de femmes qui disposeront de 4 à 5 semaines avant l'accouchement diminue : plus de 9% des accouchements ont lieu entre 36 et 38 SA, et 27.5% à 39SA.

Enfin, il est estimé que plusieurs milliers d'enfants ont reçu les années précédentes soit par rattrapage (mère vaccinée moins de 14j avant l'accouchement) , soit par erreur (problème de traçabilité), une double immunisation inutile et coûteuse.

Cette temporalité est d'autant plus importante que de 2021 à 2024, en France hexagonale, l'épidémie de bronchiolite débutait fin septembre-début octobre avec une médiane vers la mi-novembre, atteignait son pic en décembre pour se terminer vers la fin janvier. Pour être efficace mi-septembre, la vaccination maternelle à 32SA doit être faite dès mi-juillet. A l'inverse, une vaccination faite en décembre sera efficace à la naissance en février, soit après la période à risque. La campagne de vaccination doit donc précéder l'épidémie du délai nécessaire à la production et au transfert des anticorps. C'est ce raisonnement qui avait conduit les pédiatres et SPF, dans son scénario alternatif 2025, à proposer une vaccination maternelle débutant 8 semaines avant le début de la période à risque.

- Le début de campagne au 14 septembre, soit un retard de deux semaines par rapport à la campagne 2025-2026, pose également un problème pour l'immunisation directe des nourrissons par les **anticorps monoclonaux**. Le DGS-Urgent 2026 précise que la date de prise en charge de ces médicaments coïncide avec le démarrage de la campagne. Les enfants nés entre le 1^{er} et le 13 septembre ne pourront donc pas bénéficier de l'administration systématique à la maternité dès leur naissance. Ils devront être « récupérés » secondairement après le 14 septembre. Ce point n'est pas anodin. L'une des forces majeures du programme français a précisément été de pouvoir proposer l'anticorps monoclonal avant la sortie de maternité, opportunité d'immunisation efficace et plus difficile à reproduire après le retour à domicile. Cela crée un risque organisationnel de perte de couverture. Ces enfants nés au début du mois de septembre sont très à risque car ils auront 2 à 4 mois (âge à risque de forme grave) entre novembre et janvier, au cœur du pic épidémique habituel. C'est pour ces raisons que SPF, en 2025 proposait de mettre les anticorps monoclonaux à disposition dès le 18 août, soit près d'un mois avant la date finalement retenue en 2026.

Enfin maintenir une recommandation de l'anticorps historique, le palivizumab, pour les grands prématurés n'est basé sur aucun argument : il est plus cher, nécessite plus d'injections et n'est pas plus efficace.

- Le début de la campagne le 14 septembre 2023 ne constitue pas un précédent épidémiologique : il était alors essentiellement dû à une contrainte de disponibilité du produit et non la démonstration que la mi-septembre représentait la date optimale pour commencer cette campagne. Pourquoi accepter délibérément une proportion plus importante de nourrissons insuffisamment ou tardivement protégés ? Dans un contexte d'augmentation de la mortalité infantile durant la première année de vie et de difficulté de prise en charge optimale des petits nourrissons, soulignés par le récent rapport de l'IGAS, cette décision pourrait laisser penser que la santé des enfants ne serait finalement pas une priorité de santé publique.

En conclusion, la mise en place de la vaccination maternelle dès la mi-août (idéalement dès juillet) ainsi que l'administration du nirsévimab ou du clesrovimab à partir du 1^{er} septembre sont indispensables pour optimiser l'impact de la campagne d'immunisation contre le VRS et protéger les nouveau-nés et nourrissons.