



Maladies infectieuses

Date de publication : 23 décembre 2025

GUYANE

Note d'aide à la décision

Évaluation de la situation épidémiologique du Virus Respiratoire Syncytial (VRS) chez les nourrissons de moins de 2 ans en Guyane dans une perspective d'évolution potentielle de la stratégie régionale d'immunisation des nouveau-nés et de vaccination des femmes enceintes contre ce virus

SOMMAIRE

Contexte et objet de la demande	2
Méthodologie.....	2
Interprétations et recommandations de l'agence	3
Points clés et principaux résultats.....	3
Argumentaire scientifique	4
Contexte	4
La bronchiolite	4
Symptômes	4
Situation nationale et internationale.....	4
Saisonnalité et durée des épidémies dans le monde	5
Anticorps monoclonaux chez les nourrissons et vaccination des femmes enceintes.....	6
Situation de la bronchiolite en Guyane.....	7
Références.....	19
Annexe : lettre de saisine	21

Contexte et objet de la demande

La bronchiolite aiguë est une maladie respiratoire qui concerne principalement les nourrissons de moins de 2 ans. Elle est très contagieuse et majoritairement provoquée par le Virus Respiratoire Syncytial (VRS) bien que d'autres virus puissent également en être la cause. Actuellement, deux stratégies de prévention des infections à VRS du nourrisson sont disponibles en France : l'immunisation passive du nouveau-né par administration d'anticorps monoclonaux et la vaccination de la mère pendant la grossesse.

La Haute Autorité de Santé recommande que les campagnes de vaccination et d'immunisation soient concomitantes et qu'elles débutent soit en amont soit au début de la période épidémique jusqu'à la fin de cette période.

Le 26 mai 2025, la Direction Générale de la Santé a sollicité l'appui de Santé publique France afin de disposer d'un avis sur la date de début de la prochaine campagne d'immunisation des nouveau-nés contre la bronchiolite à VRS pour la saison 2025-2026 en France hexagonale ainsi que dans chacun des DROM. La réponse¹ à cette saisine a été rendue le 17 juin 2025 et propose, pour la Guyane, deux stratégies : 1) campagnes d'immunisation des nouveau-nés et vaccination maternelle du 28 juillet 2025 jusqu'à la fin de l'épidémie, ou 2) début de la campagne de vaccination maternelle le 2 juin 2025, début de campagne d'immunisation des nouveau-nés le 28 juillet 2025 jusqu'à la fin de l'épidémie.

L'Agence Régionale de Santé de Guyane est régulièrement interpellée par les pédiatres des maternités qui rapportent des hospitalisations de nourrissons pour bronchiolite toute l'année, et non uniquement pendant les périodes épidémiques. Elle s'interroge donc sur la possibilité d'éviter la survenue de ces cas hors période épidémique grâce à des actes de vaccination pendant la grossesse et/ou immunisation du nouveau-né contre le VRS sur une plus longue période.

Ainsi, le 17 juillet 2025, l'Agence Régionale de Santé de Guyane a adressé une saisine à Santé publique France afin d'évaluer la situation du VRS chez les nourrissons de moins de 2 ans sur le territoire, dans une perspective d'évolution potentielle de la stratégie régionale d'immunisation des nouveau-nés et de vaccination des femmes enceintes (saisine n° 25A-00119 du 17 juillet 2025).

Méthodologie

Santé publique France a travaillé conformément à la Charte de l'expertise sanitaire (Décret N° 2013-413 du 21 mai 2013). La saisine a été analysée avec le Directeur scientifique de Santé publique France en commission d'analyse des saisines le 5 août 2025.

Santé publique France a réalisé une analyse rétrospective de la situation du VRS en Guyane de 2022 à 2025 en s'appuyant sur les données de la surveillance épidémiologique que l'agence coordonne : surveillances des passages aux urgences, des consultations en Centres Délocalisés de Prévention et de Soins (CDPS), des cas graves de bronchiolite admis en soins intensifs et réanimation néo-natale, et surveillance virologique à travers les laboratoires et le laboratoire associé au Centre National de Référence (CNR) - Virus des infections respiratoires - de l'Institut Pasteur de la Guyane.

L'avis a ainsi été produit par la Direction des régions (Dire) - Cellule Régionale de Guyane - en lien avec la Direction des Maladies Infectieuses (DMI) de Santé publique France.

¹ Note d'aide à la décision : Date de début de la prochaine campagne d'immunisation des nouveau-nés contre la bronchiolite à VRS pour la saison 2025-2026 (France hexagonale et DROM). Interprétation et recommandation de l'agence. Disponible sur <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/bronchiolite/documents/note-d-aide-a-la-decision/date-de-debut-de-la-prochaine-campagne-d-immunisation-des-nouveau-nés-contre-la-bronchiolite-a-vrs-pour-la-saison-2025-2026-france-hexagonale-et-d>

Interprétations et recommandations de l'agence

Points clés et principaux résultats

L'analyse rétrospective des cas de bronchiolite chez les nourrissons de moins de 2 ans et plus spécifiquement celles dues au VRS au cours des quatre dernières années, met en évidence :

- **une forte variabilité des épidémies de bronchiolite en Guyane** tant sur leur date de début, leur durée (12 à 25 semaines) que sur leur intensité ;
- **l'identification de cas de bronchiolite tout au long de l'année**. Chez les nourrissons de moins de 2 ans, 58 % des consultations en CDPS, 51 % des passages aux urgences et 30 % des cas hospitalisés en réanimation sont enregistrés hors période épidémique ;
- **une circulation du VRS tout au long de l'année**. Tous âges confondus, 38 % des cas d'infection à VRS chez les nourrissons de moins de 2 ans sont identifiés en dehors des périodes épidémiques.

Forte de ces constatations, Santé publique France propose pour la Guyane :

1) d'élargir de manière significative la période de mise à disposition des traitements préventifs contre les infections à VRS. Au regard des données épidémiologiques et pour éviter toute perte de chance pour les nourrissons, préconiser que ces traitements soient rendus disponibles toute l'année, tant en structures hospitalières qu'en médecine de ville.

2) de promouvoir les traitements préventifs contre les infections à VRS - la vaccination des femmes enceintes et l'immunisation des nouveau-nés dès la naissance - **et intensifier les actions de sensibilisation des professionnels de santé** (sages-femmes, gynécologues, médecins de ville, pharmaciens et services de prise en charge des cas graves, etc.) **renforcées par des campagnes de communication auprès des femmes enceintes**.

3) de renforcer le système de surveillance, notamment par l'amélioration de la détection des cas en médecine de ville, l'homogénéisation des pratiques de déclaration entre les services, l'optimisation des circuits de transmission des échantillons vers le CNR et l'amélioration de la qualité des données provenant du réseau Oscour®. Cela permettrait de suivre les tendances même en dehors des périodes épidémiques et de mieux anticiper l'évolution de la situation épidémiologique. Il conviendrait également de **compléter les connaissances existantes par des études** portant notamment sur la répartition spatio-temporelle des virus (analyse par secteurs géographiques), l'évaluation précise des couvertures vaccinales maternelles et d'immunisation des nouveau-nés, ainsi que l'estimation de l'impact du changement du calendrier vaccinal à travers des études médico-économiques.

Argumentaire scientifique

Contexte

Pour des raisons encore mal décrites, les VRS et virus Influenza présentent des phases épidémiques très marquées pendant la saison hivernale dans les régions tempérées, tandis que leur activité est bien plus variable en zone tropicale. Toutefois, le suivi de leur saisonnalité demeure essentiel pour adapter les compositions vaccinales et planifier les périodes d'immunisation et/ou de vaccination [1].

En Guyane, l'Agence Régionale de Santé (ARS de Guyane) est régulièrement interpellée par les pédiatres des maternités qui décrivent la survenue d'hospitalisations de nourrissons pour bronchiolite toute l'année. Elle s'interroge sur la possibilité d'éviter la survenue de ces cas hors période épidémique grâce à des actes de vaccination des femmes enceintes et/ou immunisation des nouveau-nés contre le VRS sur une plus longue période. Avec un taux de prématurité de 16 % (7 % en France hexagonale), la Guyane est une région particulièrement vulnérable avec un risque de formes sévères plus élevé, la prématurité constituant un facteur de risque important d'évolution défavorable des infections à VRS chez les nourrissons [2].

Ainsi, le 17 juillet 2025, l'ARS de Guyane adresse une saisine à Santé publique France afin d'effectuer une évaluation rétrospective approfondie de la situation épidémiologique des infections à VRS chez les nourrissons de moins de 2 ans en Guyane au cours des dernières années, dans une perspective d'évolution potentielle de la stratégie régionale d'immunisation des nouveau-nés et de vaccination des femmes enceintes contre ce virus.

La bronchiolite

La bronchiolite aiguë est une maladie respiratoire qui concerne principalement les nourrissons de moins de 2 ans. Dans la grande majorité des cas, elle est bénigne et guérit spontanément. Toutefois, certaines formes peuvent nécessiter une hospitalisation voire une admission en réanimation dans les cas les plus sévères. Les décès liés à cette maladie restent exceptionnels dans les pays occidentaux. Très contagieuse, la bronchiolite est majoritairement provoquée par le VRS bien que d'autres virus puissent également en être la cause (rhinovirus, métapneumovirus, etc.). La transmission s'effectue par l'intermédiaire de gouttelettes de salive, d'éternuements, de la toux, du contact avec les mains et également par des objets contaminés sur lesquels les virus peuvent persister pendant plusieurs heures [3].

Symptômes

Les symptômes de la bronchiolite sont variables selon les individus. Cette pathologie affecte les bronchioles des nourrissons et se caractérise par un épisode de gêne respiratoire, débutant par une rhinite suivie de signes respiratoires avec toux, sibilants et/ou crépitants, accompagnés ou non d'une polypnée et/ou de signes de lutte respiratoire [4]. Le nourrisson peut avoir des difficultés à s'alimenter, présenter des troubles du sommeil ou une fièvre. Dans la majorité des cas, la maladie guérit spontanément au bout de 5 à 10 jours bien que la toux puisse persister pendant 2 à 4 semaines après la phase aiguë [3].

Situation nationale et internationale

Chaque année dans le monde, le VRS est responsable de plus de 3,6 millions d'hospitalisations et d'environ 100 000 décès chez les enfants de moins de 5 ans. Près de la moitié de ces décès concernent des nourrissons de moins de 6 mois. La grande majorité (97 %) survient dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, où l'accès aux soins médicaux d'appui tels qu'oxygène ou hydratation est limité [5]. Dans l'Union européenne, en Norvège et au Royaume-Uni, le VRS est à l'origine d'environ 213 000 hospitalisations annuelles d'enfants de moins de 5 ans et 158 000 d'adultes dont 5 % de personnes âgées [6]. En France hexagonale, chaque hiver, près de 30 % des

nourrissons de moins de 2 ans sont atteints de bronchiolite, soit environ 480 000 cas annuels [7]. Parmi eux, 2 à 3 % des nourrissons de moins de 1 an sont hospitalisés pour une forme plus sévère de la maladie [3].

Saisonnalité et durée des épidémies dans le monde

Selon Bloom-Feshbach (2014 – étude basée sur une revue bibliographique de 1990 à 2009) [1] :

Dans les zones tempérées, le pic d'activité du VRS est très centré sur les mois d'hiver alors que les phénomènes épidémiques sont plus variables et moins saisonniers dans les zones tropicales.

Dans les zones tropicales, il n'existe pas de différence notable dans la distribution des pics épidémiques entre les régions situées dans l'hémisphère Nord ou Sud (Figure 1).

Dans l'hémisphère Nord, la durée des épidémies d'infections à VRS, selon les définitions des auteurs, serait en médiane de 5 mois en zone tropicale (IQR : 3-5.5) et de 4 mois en zone tempérée (IQR : 4-6) (Figure 2).

Bien que les informations sur la dynamique des épidémies en Amérique du Sud soient limitées, deux pics épidémiques annuels ont été décrits à Medellin en 1996 (Colombie).

Figure 1. Distribution des périodes épidémiques du VRS par zone géographique (96 localités)

L'histogramme noir représente les observations tandis que la courbe rouge illustre l'ajustement gaussien [1]

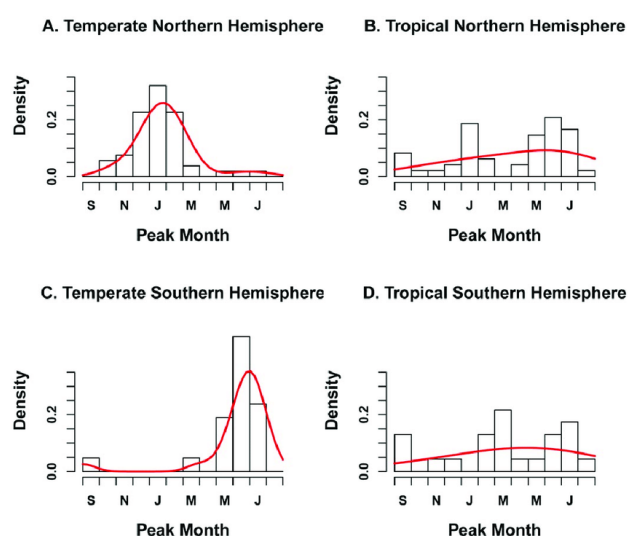
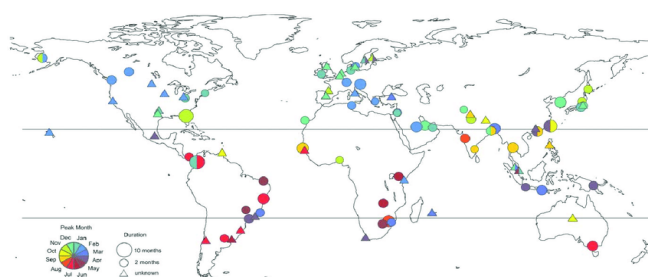


Figure 2. Carte mondiale des pics d'activité du VRS et durée d'épidémie (96 localités)

Les couleurs illustrent le moment du pic d'activité du VRS et la taille des cercles est proportionnelle à la durée de l'épidémie. La moyenne des observations indépendantes pour un même lieu a été calculée. Pour les études qui n'ont pas fourni suffisamment d'informations pour estimer la durée, un triangle est indiqué. Les cercles remplis de plus d'une couleur représentent des lieux connaissant des pics semestriels d'activité virale [1]

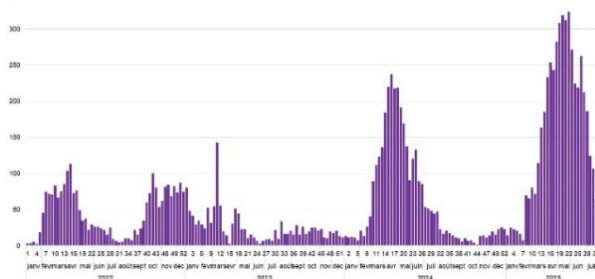


Suite à la pandémie de SARS-CoV-2 en 2020, de nombreuses interventions non pharmaceutiques ont été mises en place dans le monde : distanciation sociale, confinements, couvre-feux, fermetures des écoles, port du masque, etc. Ces mesures ont réduit la transmission du SARS-CoV-2 mais également d'autres virus respiratoires, notamment le VRS et la grippe [8 ; 9]. En France hexagonale, comme dans de nombreux autres pays, les épidémies de bronchiolite qui ont suivi l'émergence du SARS-CoV-2 ont donc été largement perturbées [10]. Par ailleurs, celles qui ont suivi la levée de ces mesures ont été de plus grande ampleur et/ou décalées dans le temps. Par exemple, en Nouvelle Zélande, le pic épidémique de 2021 était cinq fois plus élevé que les années précédentes (2015-2019) [11].

Au Brésil, l'année 2022 semble avoir été marquée par deux vagues épidémiques consécutives, tandis qu'une faible activité liée au VRS était enregistrée en 2023 [12]. A l'inverse, une seule vague épidémique de grande ampleur avait été observée en 2024 et 2025 (Figure 3).

Ces constatations sont cependant à considérer avec prudence dans la mesure où les données proviennent d'un échantillon non représentatif de laboratoires ayant accepté de participer à une surveillance virologique mondiale, et ne sont pas collectées dans un objectif de surveillance épidémiologique.

Figure 3. Nombre de prélèvements VRS positifs transmis par le Brésil – site internet FluNet - Organisation Mondiale de la Santé - 2022 à 2025



Anticorps monoclonaux chez les nourrissons et vaccination des femmes enceintes

Il existe deux stratégies de prévention des infections à VRS du nourrisson : l'immunisation passive du nouveau-né par administration d'anticorps monoclonaux et la vaccination de la mère pendant la grossesse.

L'anticorps monoclonal Palivizumab (Synagis®) s'administre en une injection mensuelle pendant toute la durée de l'épidémie. Sa population cible représente moins de 1 % des nourrissons : i) les nourrissons nés à 35 semaines d'âge gestationnel ou moins et de moins de 6 mois au début de l'épidémie à VRS, ii) les nourrissons de moins de 2 ans ayant nécessité un traitement pour dysplasie broncho-pulmonaire lors des 6 derniers mois et iii) les nourrissons de moins de 2 ans atteints d'une cardiopathie congénitale avec retentissement hémodynamique. Aussi, ce traitement n'offre pas de solution pour la protection de l'ensemble des nouveau-nés [13].

Le Nirsevimab (Beyfortus®) est un autre anticorps monoclonal à demi-vie longue. La Haute Autorité de Santé (HAS) a donné un avis favorable à son remboursement en juillet 2023 et le traitement a été rendu disponible deux mois plus tard, en septembre 2023. L'immunisation par cet anticorps se fait au cours de la 1^{re} année d'exposition du nourrisson. Il offre une immunité passive par une injection unique, avec un pic de concentration d'anticorps au 6^e jour (intervalle de 1 à 28 jours) et une protection d'au moins 5 mois. Il est efficace contre les VRS A et B [14]. Ce traitement préventif a reçu une extension d'indication pour les nourrissons jusqu'à l'âge de 24 mois qui demeurent vulnérables à une infection sévère due au VRS au cours de leur 2^e saison d'exposition au VRS [15]. Des études françaises ont estimé que ce traitement réduirait de 75 à 80 % les formes graves du VRS en conditions réelles [16 ; 17], résultats en accord avec ceux d'études internationales qui estiment qu'il diminuerait de 77 % les cas graves nécessitant une hospitalisation sur une période de 5 mois [18].

Le vaccin Abrysvo® a reçu une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) européenne en août 2023 et a été rendu disponible en France en septembre 2024. Il permet par transfert transplacentaire des anticorps maternels, une protection passive des voies respiratoires inférieures dans le cadre de bronchiolite à VRS chez le nourrisson, de sa naissance jusqu'à l'âge de 6 mois, après vaccination de la mère pendant la grossesse, entre 32 et 36 semaines d'aménorrhée [13]. Il s'agit d'un vaccin bivalent qui contient deux antigènes recombinés, chacun représentant un des groupes prédominants du virus : VRS A et VRS B [19]. Une vaste étude internationale a mis en évidence que ce vaccin réduisait de 82 % les formes graves de la maladie nécessitant des soins médicaux au cours des 3 premiers mois et de 70 % au cours des 6 premiers mois. Les hospitalisations liées au VRS chuteraient, par ailleurs, de plus de 55 % au cours des 6 premiers mois [20].

En France, la HAS précise que la vaccination maternelle et l'immunisation passive par anticorps monoclonaux sont deux stratégies alternatives. Elle recommande que les deux stratégies de prévention soient présentées et expliquées au(x) futur(s) parent(s) pendant la grossesse afin de

permettre de prendre une décision éclairée. Par ailleurs, elle recommande que la campagne de vaccination soit concomitante avec la campagne d'immunisation, soit en amont soit au début de la période épidémique et jusqu'à la fin de cette période [13].

En Europe, l'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) a la même approche, précisant que la vaccination des femmes enceintes permet le passage du vaccin à travers le placenta, protégeant le nourrisson pendant 6 mois après sa naissance [6].

Au niveau international, dans sa première note de synthèse consacrée au VRS, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande une stratégie combinée associant un vaccin maternel et un anticorps monoclonal à longue durée d'action, administré aux nouveau-nés dès la naissance, juste avant ou pendant la saison épidémique. D'après l'organisation, chaque pays devrait choisir l'une et/ou l'autre option selon la faisabilité dans son système de santé national, du rapport coût-efficacité et de la couverture attendue [5 ; 20].

Situation de la bronchiolite en Guyane

Matériel et méthodes

Les données relatives à la bronchiolite en Guyane proviennent d'un système de surveillance coordonné par la Cellule régionale de Santé publique France qui permet de suivre des indicateurs clefs pour décrire la situation épidémiologique, identifier les périodes épidémiques, alerter lors du passage en épidémie, en décrire la durée, l'ampleur et la sévérité, déterminer les pathogènes impliqués et observer les tendances pendant les périodes inter-épidémiques.

Les périodes épidémiques sont définies prospectivement à partir de critères statistiques, épidémiologiques et virologiques et à dire d'experts, basées sur l'interprétation de données issues de la ville et du milieu hospitalier et collectées dans le cadre de la surveillance épidémiologique. Ces périodes peuvent être ajustées rétrospectivement lors de leur consolidation.

En Guyane, la surveillance de la bronchiolite est active toute l'année.

Période d'analyse

L'analyse rétrospective des épidémies de bronchiolite en Guyane a été réalisée de la 1^{re} semaine de l'année 2022 (S01-2022) jusqu'à la 1^{re} semaine de septembre 2025 (dernière semaine de l'épidémie - S36-2025).

Surveillance des virus circulants

Cette surveillance, active toute l'année, est réalisée à partir des laboratoires du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Guyane et du Centre National de Référence (CNR) - Virus des infections respiratoires - de l'Institut Pasteur de la Guyane.

Le CHU de Guyane regroupe 3 établissements : le Centre Hospitalier de Cayenne (CHC), le Centre Hospitalier de Kourou (CHK) et le Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais (CHOG). Chaque semaine, le CHC transmet à Santé publique France les données pseudonymisées des patients testés positifs au VRS et le nombre total d'échantillons testés dans son laboratoire. Le CHOG communique les données pseudonymisées des patients testés au VRS, négatifs et positifs. Le laboratoire du CHK ne transmet pas ses données directement. Les résultats du CHC et du CHOG proviennent de prélèvements réalisés dans les services hospitaliers et dans les Centres Délocalisés de Prévention et de Soins (CDPS). Ils ne distinguent pas les sous-types VRS A et B.

À l'inverse, le Centre National de Référence (CNR) - Virus des infections respiratoires - de l'Institut Pasteur de la Guyane les différencie dans ses données d'activité agrégées transmises chaque semaine également :

- activité d'expertise : elle concerne les prélèvements VRS positifs provenant des trois hôpitaux (dont le CHK à travers un laboratoire partenaire) et des CDPS, et permet la confirmation des résultats et l'identification des sous-types VRS A et B. Dans ce cadre, le CNR réalise également des analyses phylogénétiques contribuant à la surveillance internationale.
- activité de diagnostic : elle concerne les prélèvements réalisés en médecine et dans les laboratoires de ville, au Centre Médical Interarmées (CMIA) ainsi que dans les laboratoires hospitaliers lorsqu'ils ne peuvent pas effectuer les diagnostics (en cas de rupture de stock de réactifs par exemple). Cette activité n'est pas spécifique aux cas de bronchiolite mais à toute forme d'infection respiratoire. Ces données permettent d'identifier les agents pathogènes circulants (VRS A et B).

Surveillance syndromique

Passages aux urgences

Les services des urgences des trois hôpitaux de Guyane participent au réseau Oscour® et transmettent quotidiennement leurs Résumés des Passages aux Urgences (RPU) contenant des informations sur les motifs de recours aux urgences. Ainsi, ce système permet de suivre le nombre de passages aux urgences et hospitalisations suite à ces passages, par motif de passage. Les données recueillies relatives à la bronchiolite reposent sur des données syndromiques chez les nourrissons de moins de 2 ans (codes CIM10 : J21, J210, J218 et J219) et ne sont donc pas spécifiques au VRS.

Consultations en CDPS et hôpitaux de proximité

Les CDPS et hôpitaux de proximité, rattachés au CHC, prennent en charge environ 20 % de la population de Guyane, soit près de 60 000 habitants, vivant dans des communes isolées et/ou le long des fleuves transfrontaliers. Dans ces communes, la surveillance syndromique repose sur la transmission des données de consultations renseignées par les professionnels de santé dans le logiciel métier SIS-V2®. La coordination des CDPS transmet chaque semaine à Santé publique France des informations relatives aux consultations en CDPS pour bronchiolite chez les nourrissons de moins de 2 ans (code CIM10 : J21).

Surveillance des cas graves

Le dispositif de surveillance des cas graves de bronchiolite est également actif toute l'année et repose sur le recueil d'informations sur une fiche standardisée complétée par les médecins des services de soins continus et de réanimation-néonatale des hôpitaux devant tout patient de moins de 2 ans présentant une forme grave de bronchiolite, quel que soit le virus à l'origine de l'infection (identifié ou non identifié) et nécessitant une hospitalisation en service de soins continus pédiatrique et/ou en réanimation suite à une bronchiolite.

Ces informations sont de type démographique (âge, sexe) mais concernent également les antécédents médicaux (vaccination, traitement, comorbidité), les résultats biologiques précisant le(s) pathogène(s) responsable(s) et l'issue de l'hospitalisation.

Depuis octobre 2023, dans le cadre de la surveillance des cas graves d'Infections Respiratoires Aigües (IRA), les infections à VRS nécessitant une admission en réanimation et survenant chez des adultes (18 ans et plus) sont également signalées à Santé publique France.

En Guyane, depuis octobre 2023 au CHC et au CHK et septembre 2024 au CHOG, une surveillance spécifique des cas graves de bronchiolite hospitalisés en services de soins continus et/ou réanimations (adulte et pédiatrique) est ainsi opérationnelle. Elle se fait par l'intermédiaire de deux

infirmières de santé publique qui ont pour rôle de collecter et compléter les informations des fiches des cas graves, les faire valider par les médecins réanimateurs, et les transmettre de façon prospective à Santé publique France.

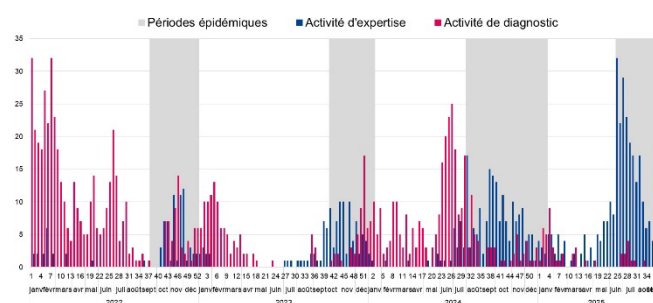
Résultats

Disponibilités des données

Sur la période étudiée, avant août 2024, l'activité VRS du CNR était principalement basée sur le diagnostic en période inter-épidémique et sur le diagnostic et l'expertise en période épidémique. Ainsi, les sous-types des virus circulants en ville étaient identifiés toute l'année et ceux de l'hôpital surtout pendant les épidémies (Figure 4).

A partir d'août 2024, la participation des médecins sentinelles a fortement diminué tandis que les laboratoires hospitaliers ont assuré un envoi d'échantillons tout au long de l'année. Ainsi, les sous types des virus circulants identifiés étaient majoritairement issus de prélèvements hospitaliers.

Figure 4. Nombre d'échantillons reçus par le CNR de l'IPG dans le cadre de la surveillance des virus respiratoires incluant le VRS – S01-2022 à S36-2025



Depuis 2008, le CHC transmet quotidiennement ses RPU. Le CHK les communique depuis février 2017 et le CHOG depuis décembre 2017. Sur la période analysée, l'ensemble des données des RPU a été transmis par ces trois établissements, de manière prospective et rétrospective, afin de compenser certaines interruptions ponctuelles de transmission.

Les données issues des CDPS sont exhaustives sur l'ensemble de la période. Elles ont ainsi permis une surveillance continue et complète des consultations chez les nourrissons de moins de 2 ans pour bronchiolite.

Enfin, les données relatives aux cas graves, recueillies dans les trois hôpitaux, sont complètes à partir des dates de démarrage respectives du dispositif : S41-2023 pour le CHC et le CHK, et S38-2024 pour le CHOG.

Épidémies de bronchiolite en Guyane

Les informations relatives aux 4 dernières épidémies de bronchiolite sont résumées dans le tableau ci-dessous. Les indicateurs relatifs aux surveillances syndromiques et virus circulants ne concernent que les nourrissons de moins de 2 ans.

Tableau 1. Chiffres clefs des 4 dernières épidémies de bronchiolite enregistrées en Guyane

Années épidémiques	2022	2023-2024	2024-2025	2025
Caractéristiques temporelles				
Semaine de début d'épidémie	S38-2022	S41-2023	S31-2024	S25-2025
Semaine de fin d'épidémie	S52-2022	S02-2024	S03-2025	S36-2025
Durée de la période inter-épidémique précédant l'épidémie	37 semaines	40 semaines	28 semaines	21 semaines
Durée de l'épidémie	15 semaines	14 semaines	25 semaines	12 semaines
Campagnes d'immunisation et de vaccination				
Type de campagne	-	Anticorps monoclonaux	Anticorps monoclonaux Vaccination	Anticorps monoclonaux Vaccination
Semaine effective de début des campagnes	-	S50-2023*	S33-2024 (ville) S37-2024 (hosp)	S31-2025
Surveillance syndromique et des cas graves (< 2 ans)				
Passages aux urgences pour bronchiolite				
Nombre de passages aux urgences	407	257	405	147
Nombre moyen de passages par semaine	27	18	16	12
Hospitalisations suite aux passages aux urgences pour bronchiolite				
Nombre d'hospitalisations	127	101	161	76
Nombre moyen d'hospitalisations par semaine	8	7	6	6
Proportion d'hospitalisations parmi les passages aux urgences	31 %	39 %	40 %	51 %
Consultations pour bronchiolite en CDPS				
Nombre de consultations	115	59	101	64
Nombre moyen de consultations par semaine	8	4	4	5
Cas graves de bronchiolite (soins intensifs - réanimation)				
Nombre de cas graves enregistrés	-	21	59	76
Nombre moyen de cas graves par semaine	-	2	2	6
Nombre et proportion de VRS positifs parmi les cas graves (associé ou non à un autre pathogène)	-	16 76 %	51 86 %	71 93 %
Nombre et proportion d'autres virus parmi les cas graves (non associé au VRS)	-	5 24 %	8 14 %	5 7 %
Virus circulants (< 2 ans)				
Nombre de prélèvements positifs provenant des laboratoires hospitaliers (VRS - tous sérotypes confondus)	170	118	216	220
Nombre et proportion de prélèvements transmis au CNR pour être sous-typés parmi l'ensemble des prélèvements confirmés par les laboratoires	55 32 %	55 47 %	130 60 %	147 67 %
Nombre et proportion de VRS A parmi les prélèvements sous-typés	48 87 %	51 93 %	97 75 %	10 7 %
Nombre et proportion de VRS B parmi les prélèvements sous-typés	7 13 %	4 7 %	33 25 %	137 93 %

* Date de début de campagne initialement prévue le 15 septembre 2023 (MARS).

Surveillance virologique

Depuis janvier 2022, 1 152 prélèvements ont été confirmés positifs pour le VRS en Guyane dont 1 010 (87,7 %) chez des nourrissons de moins de 2 ans (Figure 5).

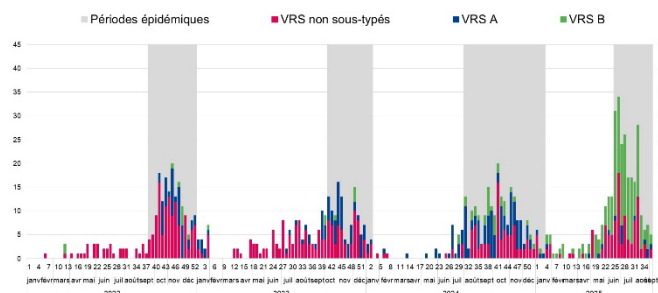
Parmi l'ensemble des prélèvements positifs (tous âges confondus), 829 (72,0 %) ont été identifiés en période épidémique et 323 (28,0 %) en période inter-épidémique.

Ceci représente en moyenne par semaine 13 prélèvements positifs en période épidémique et 3 prélèvements positifs en période inter-épidémique.

Parmi ceux envoyés au CNR (n=634), 310 étaient des VRS A (48,9 %) dont 255 (82,2 %) chez des nourrissons de moins de 2 ans et 324 des VRS B (50,9 %) dont 237 (73,1 %) chez des nourrissons de moins de 2 ans. Ainsi, parmi les 492 prélèvements des nourrissons de moins de 2 ans, 51,8 % étaient des VRS A et 48,2 % des VRS B.

Par ailleurs, les trois premières épidémies ont été marquées par une large circulation du VRS A, contrairement à celle de 2025, pendant laquelle le VRS B a circulé majoritairement.

Figure 5. Nombre hebdomadaire d'échantillons confirmés positifs pour le VRS en Guyane chez les nourrissons de moins de 2 ans par semaine de prélèvement (toutes sources de données confondues) – S01-2022 à S36-2025



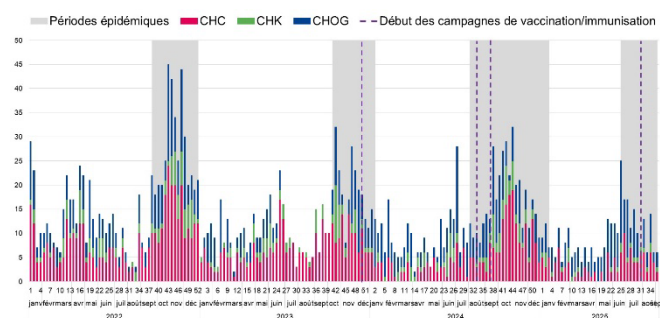
Surveillance syndromique

Passages aux urgences

Sur la période analysée, 37 652 nourrissons de moins de 2 ans ont été admis dans les services d'urgence des 3 hôpitaux de Guyane dont 2 456 pour bronchiolite (Figure 6).

Parmi ces derniers, 1 207 (49,1 %) ont été enregistrés en période épidémique, soit 18 passages en moyenne par semaine, et 1 249 (50,9 %) en période inter-épidémique, soit 10 passages par semaine en moyenne.

Figure 6. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour bronchiolite chez les nourrissons de moins de 2 ans par semaine de passage – S01-2022 à S36-2025



Ainsi, la bronchiolite a représenté en moyenne 6,5 % de l'activité totale des urgences chez les nourrissons de moins de 2 ans (9,1 % en période épidémique ; 5,1 % en période inter-épidémique) et 923 hospitalisations ont suivi ces passages dont la moitié en période épidémique (n=464 ; 50,3 %). Ceci représente 7 hospitalisations en moyenne par semaine en période épidémique contre 4 en période inter-épidémique.

Enfin, la part d'hospitalisation parmi le nombre de passages aux urgences pour bronchiolite chez les nourrissons de moins de 2 ans était de 37,6 % (38,4 % en période épidémique ; 36,7 % en période inter-épidémique).

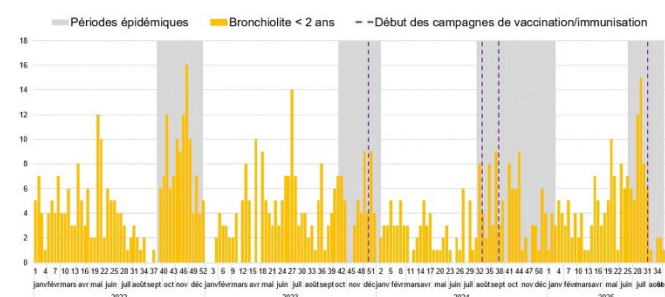
Consultations en CDPS et hôpitaux de proximité

Depuis le 1^{er} janvier 2022, 807 nourrissons de moins de 2 ans ont consulté dans les CDPS et hôpitaux de proximité pour une bronchiolite (Figure 7).

Parmi eux, 340 y ont recouru (42,1 %) en période épidémique et 467 (57,9 %) en période inter-épidémique.

Ceci représente une moyenne de 5 consultations hebdomadaires en période épidémique contre 4 en période inter-épidémique.

Figure 7. Nombre hebdomadaire de consultations pour bronchiolite en CDPS et hôpitaux de proximité chez les nourrissons de moins de 2 ans par semaine de consultation– S01-2022 à S36-2025



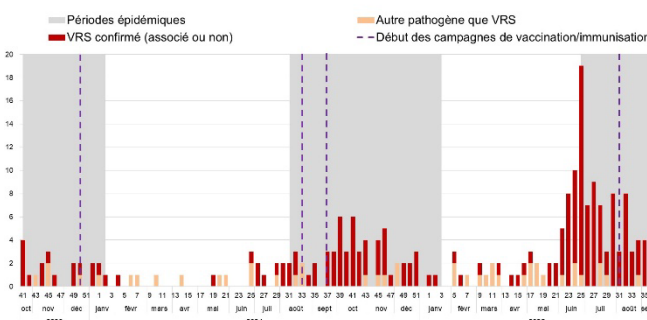
Surveillance des cas graves

La surveillance des cas graves est continue et à visée exhaustive toute l'année en Guyane.

Depuis octobre 2023 (S41-2023), 223 nourrissons de moins de 2 ans ont été hospitalisés en service de soins continus pédiatrique et/ou en réanimation suite à une bronchiolite. Parmi eux, 179 (80,3 %) avaient une infection confirmée positive pour le VRS (Figure 8).

En période épidémique, 156 cas graves (70,0 %) ont été enregistrés dont 138 (88,5 %) confirmés positifs pour le VRS. En période inter-épidémique, 67 cas graves (30,0 %) ont été signalés dont 41 (61,2 %) confirmés positifs pour le VRS.

Figure 8. Nombre de cas graves de bronchiolite chez les nourrissons de moins de 2 ans et pathogène identifié par semaine d'hospitalisation – S41-2023 à S36-2025



Le tableau ci-après résume les caractéristiques des cas graves. Parmi eux, 80 % présentent un résultat biologique confirmé positif pour le VRS. Cependant, cette proportion est influencée par un biais de sélection au CHOG, où l'identification des cas graves repose principalement sur les résultats biologiques : ainsi, 99 % des cas graves sont confirmés positifs pour le VRS au CHOG, contre 69 % au CHC et au CHK, où la sélection des cas se base initialement sur des critères syndromiques. D'autre part, 65 % des nourrissons n'ont pas reçu de traitement préventif et les données sur la vaccination des femmes enceintes sont majoritairement manquantes.

Tableau 2. Caractéristiques démographiques et cliniques des cas graves de bronchiolite chez les nourrissons de moins de 2 ans - tous résultats biologiques confondus et parmi les cas graves confirmés positifs pour le VRS (S41-2023 à S36-2025)

	Cas graves de bronchiolite - N = 223		Cas graves confirmés positifs pour le VRS - N = 179	
Sexe-ratio H/F et % d'hommes	1,03	50,2 %	0,97	48,6 %
Poids médian (Q1 ; Q3)	5,1 kg (4,0 kg ; 6,4 kg)		5,1 kg (4,1 kg ; 6,4 kg)	
Classes d'âge				
Age médian (Q1 ; Q3)	3,0 mois (1,0 m ; 5,0 m)		2,0 mois (1,0 m ; 4,0 m)	
< 1 mois	17	7,6 %	15	8,4 %
[1 - 2 mois]	93	41,7 %	85	47,5 %
[3 - 5 mois]	68	30,5 %	49	27,4 %
[6 - 11 mois]	35	15,7 %	20	11,2 %
[12 - 24 mois]	9	4,0 %	9	5,0 %
Données manquantes	1	0,4 %	1	0,6 %
Pathogène(s) (seul ou en co-infection)				
VRS	179	80,3 %	179	100 %
Rhinovirus/Entérovirus	34	15,2 %	13	7,4 %
SARS-CoV-2	7	3,1 %	7	4,0 %
Autre pathogène	6	2,7 %	4	2,3 %
Adénovirus	5	2,2 %	3	1,7 %
Coronavirus saisonnier	2	0,9 %	1	0,6 %
Bocavirus	1	0,4 %	1	0,6 %
Grippe	2	0,9 %	1	0,6 %
Parainfluenzae virus	7	3,1 %	0	0,0 %
Métapneumovirus	8	3,6 %	0	0,0 %
Non identifié/Non recherché	8	3,6 %	0	0,0 %
Comorbidités / prématurité				
Aucune	157	70,4 %	137	76,5 %
Prématurité	53	23,8 %	34	19,0 %
Autre pathologie	11	4,9 %	7	3,9 %
Pathologie pulmonaire	5	2,2 %	3	1,7 %
Pathologie neuromusculaire	1	0,4 %	1	0,6 %
Pathologie cardiaque	11	4,9 %	1	0,6 %
Pathologie métabolique	1	0,4 %	1	0,6 %
Immunodépression	1	0,4 %	1	0,6 %
Traitement préventif du nourrisson				
Aucun	145	65,0 %	127	70,9 %
Ne sait pas	33	14,8 %	24	13,4 %
Données manquantes	16	7,2 %	16	8,9 %
Anticorps monoclonal	29	13,0 %	12	6,7 %
Palivizumab (Synagis®)	13	44,8 %	7	58,3 %
Nirsevimab (Beyfortus®)	15	51,7 %	5	41,7 %
Données manquantes	1	3,4 %	0	0,0 %
Vaccination maternelle				
Oui	0	0,0 %	0	0,0 %
Non	32	14,3 %	24	13,4 %
Ne sait pas	143	64,1 %	121	67,6 %
Données manquantes	48	21,5 %	34	19,0 %
Ventilation et médiane de temps sous ventilation				
Ventilation Non Invasive (VNI)	101	45,3 %	94	52,5 %
Médiane sous VNI [Q1-Q3]	5,0 jours (3,0 j ; 8,0 j)		5,0 jours (3,0 j ; 7,8 j)	
O ₂ haut débit	119	53,4 %	83	46,4 %
Médiane sous O ₂ haut débit [Q1-Q3]	4,0 jours (2,0 j ; 5,0 j)		4,0 jours (2,5 j ; 5,0 j)	
Ventilation Invasive (VI)	2	0,9 %	1	0,6 %
Assistance extracorporelle (ECMO / ECCO2R)	1	0,4 %	1	0,6 %
Issue d'hospitalisation				
Sortie	222	99,6 %	178	99,4 %
Décès	1	0,4 %	1	0,6 %

Comparaison avec les autres régions françaises

La surveillance des cas graves de bronchiolite est une surveillance nationale mise en place dans toutes les régions de la France hexagonale et d'outre-mer. Elle permet une comparaison des cas signalés en Guyane avec ceux des autres régions.

Au cours de la saison 2024-2025, 729 cas graves ont été rapportés à l'échelle nationale, dont 158 en Guyane, soit 22 % de l'ensemble des cas. Cette sur-représentation apparente de la Guyane s'explique par la différence de stratégie de surveillance : en France hexagonale, le dispositif est sentinelle (reposant sur un réseau de services volontaires), tandis qu'en Guyane, la surveillance est à visée exhaustive, incluant tous les cas graves identifiés dans les structures hospitalières.

D'autre part, pour une comparaison cohérente, les cas du CHOG ont été exclus de l'analyse suivante car leur identification repose sur des résultats virologiques (VRS positifs), contrairement aux autres régions où les cas de bronchiolite admis en services de soins continus et réanimation sont pris en compte quel que soit le pathogène respiratoire en cause (définition de cas de la surveillance nationale). Ainsi, 84 cas du CHC et du CHK en Guyane ont été comparés aux 571 cas des autres régions (hexagone, Mayotte, Réunion) (Tableau 3).

Tableau 3. Caractéristiques démographiques et cliniques des cas graves de bronchiolite admis en services de soins continus ou en réanimation lors de la saison de bronchiolite hexagonale 2024-2025 (S37-2024 à S33-2025)

Saison 2024-2025	Cas hors Guyane N = 571		Guyane (CHC/CHK) N = 84	
Sexe	n	%	n	%
% d'hommes	325	56,9 %	45	53,6 %
Classes d'âge				
< 1 mois	91	15,9 %	10	11,9 %
[1 - 2 mois]	226	39,6 %	26	31,0 %
[3 - 5 mois]	103	18,0 %	23	27,4 %
[6 - 11 mois]	94	16,5 %	21	25,0 %
[12 - 24 mois]	49	8,6 %	2	2,4 %
Données manquantes	8	1,4 %	2	2,4 %
Agent pathogène (seul ou en co-infection)				
VRS	327	57,3 %	58	69,0 %
Rhinovirus/Entérovirus	146	25,6 %	19	22,6 %
Métapneumovirus	50	8,8 %	4	4,8 %
Non identifié/Non recherché	35	6,1 %	7	8,3 %
Grippe	31	5,4 %	1	1,2 %
Parainfluenzae virus	18	3,2 %	4	4,8 %
Adénovirus	26	4,6 %	1	1,2 %
Autre pathogène	19	3,3 %	3	3,6 %
Coronavirus saisonnier	11	1,9 %	2	2,4 %
SARS-CoV-2	10	1,8 %	1	1,2 %
Bocavirus	9	1,6 %	0	0,0 %
Comorbidités / prématurité				
	n = 178	31 %		
Prématurité	103	18,0 %	20	23,8 %
Pathologie pulmonaire	38	6,7 %	3	3,6 %
Pathologie cardiaque	32	5,6 %	5	6,0 %
Pathologie neuromusculaire	11	1,9 %	0	0,0 %
Pathologie rénale	3	0,5 %	0	0,0 %
Pathologie métabolique	3	0,5 %	0	0,0 %
Traitement préventif du nourrisson				
	n = 267	47 %	n = 14	17 %
Palivizumab (Synagis ®)	2	0,4 %	5	6,0 %
Nirsevimab (Beyfortus ®)	216	37,8 %	9	10,7 %
Vaccination maternelle				
Oui	49	8,6 %	0	0,0 %
Non	312	54,6 %	31	36,9 %
Ne sait pas	145	25,4 %	48	57,1 %
Données manquantes	65	11,4 %	4	4,8 %
Ventilation et médiane de temps sous ventilation				
Ventilation Non Invasive (VNI)	314	55,0 %	17	20,2 %
O ₂ haut débit	211	37,0 %	64	76,2 %
Ventilation Invasive (VI)	36	6,3 %	1	1,2 %
Assistance extracorporelle (ECMO / ECCO2R)	3	0,5 %	0	0,0 %
Données manquantes	7	1,2 %	1	1,2 %
Issue d'hospitalisation				
Décès	4	0,7 %	1	1,2 %

Discussion

Dynamique temporelle des épidémies

Les épidémies de bronchiolite de 2022 et de 2023-2024 en Guyane ont été marquées par un démarrage au cours du dernier trimestre de l'année alors qu'elles ont commencé plus précocement les deux saisons suivantes, dès les mois de juillet (2024-2025) et de juin (épidémie 2025).

L'épidémie 2024-2025 s'est par ailleurs distinguée par une durée d'épidémie exceptionnellement longue, jusqu'à 10 semaines de plus que les autres épidémies alors que la dernière épidémie de juin-juillet 2025 était la plus courte. Ces fluctuations importantes – tant au niveau des dates de début que de la durée des épisodes – confirment la forte variabilité de la dynamique épidémiologique de la bronchiolite due au VRS en Guyane, rendant difficile la planification précise des campagnes de vaccination maternelle et/ou d'immunisation des nouveau-nés.

Intensité des épidémies

L'intensité des épidémies de bronchiolite a été comparable lors des épidémies de 2022 et de 2024-2025, avec environ 400 passages aux urgences et 100 consultations en CDPS enregistrés pour chacune d'entre elles. En revanche, celles de 2023-2024 et de juin-juillet 2025 ont comptabilisé près de deux fois moins de passages aux urgences et de consultations en CDPS. D'autre part, les nombres moyens hebdomadaires de passages aux urgences et de consultations en CDPS étaient également variables d'une épidémie à l'autre. Aussi, à l'image des fortes variabilités temporelles, l'intensité des épidémies fluctue également.

D'autre part, la majorité des cas graves, quel que soit le virus impliqué, concernait des nourrissons de moins de 6 mois et 23,8 % étaient des prématurés. Ces résultats sont du même ordre de grandeur que les résultats nationaux, cependant, avec un taux de prématurité parmi les plus élevés de France en Guyane (environ 16 % contre 7 % en France hexagonale [2]), la proportion de prématurés parmi les cas graves est cohérente et souligne la vulnérabilité de la population du territoire face aux épidémies de bronchiolite. Enfin, tout comme en France hexagonale [21], la proportion de décès parmi les cas graves de bronchiolite est faible en Guyane (moins de 1 %).

Virus circulants

La surveillance virologique montre que 28 % des prélèvements confirmés positifs pour le VRS sont réalisés en dehors des périodes épidémiques traduisant une circulation virale tout au long de l'année. Ces résultats sont renforcés par la surveillance des cas graves de bronchiolite avec un cas grave sur trois hospitalisé en dehors des périodes épidémiques, confirmés positifs pour le VRS dans 61 % des cas.

Par ailleurs, la proportion de cas graves de bronchiolite confirmés positifs pour le VRS semble augmenter au fil du temps en Guyane. Cependant, cette tendance résulte principalement de l'intégration du CHOG dans le dispositif de surveillance hospitalière. En effet, au CHC et au CHK, les cas de bronchiolite sont identifiés sur la base des signes cliniques (syndromique) des patients, tandis qu'au CHOG, l'identification repose en premier lieu sur les résultats biologiques.

Ainsi, la surveillance au CHOG porte spécifiquement sur les cas de bronchiolite à VRS hospitalisés, contrairement à la surveillance menée au CHC, au CHK et dans les autres régions françaises, qui concerne tous les cas de bronchiolite, quel que soit le pathogène en cause.

Enfin, la distribution des sérotypes varie selon les épidémies avec une prédominance de VRS A lors des épidémies de 2022 et de 2023-2024, une co-circulation des deux sous-types en 2024-2025 avec une majorité de VRS A, puis une inversion complète lors de la dernière saison épidémique 2025, marquée par une grande majorité de VRS B.

Prévention : immunisation par anticorps monoclonaux et vaccination

Etat des lieux

L'information concernant la vaccination maternelle est rarement disponible sur les fiches issues de la surveillance des cas graves, et, lorsqu'elle l'est, elle indique que la vaccination maternelle contre le VRS est bien plus faible en Guyane que ce qui est rapporté dans les autres régions françaises (0 % vs 9 %). Par ailleurs, une très grande majorité des cas graves n'a pas reçu de traitement préventif par anticorps monoclonal.

Le manque d'information sur le statut vaccinal maternel s'explique par le fait que les fiches des cas graves sont complétées par les soignants des services de soins continus pédiatriques et de réanimation, lesquels disposent des données concernant l'enfant hospitalisé mais pas du statut vaccinal des mères.

La couverture vaccinale contre le VRS a été estimée à 1,3 % en Guyane lors de la saison 2024-2025, contre 27 % - et jusqu'à 45 % chez les femmes ayant accouché en fin de saison - en France hexagonale. Ces estimations ne prennent en compte que les vaccinations remboursées (données issues du SNDS), sans inclure celles offertes gratuitement à l'hôpital [22]. Par ailleurs, elles sont corroborées par des analyses en cours réalisées par Santé publique France pour les femmes ayant accouché (données issues du SNDS non encore publiées).

La couverture du Nirsevimab est actuellement inconnue en Guyane et dans le reste de la France. Entre septembre 2024 et août 2025, la proportion des cas de bronchiolite admis en réanimation et traités par Nirsevimab était plus basse pour les cas de Guyane que pour les cas rapportés dans les autres régions (11 % vs 38 %), suggérant une couverture plus basse du Nirsevimab chez les nourrissons en Guyane que dans les autres régions françaises. Par ailleurs, sur la même période, la proportion de cas graves confirmés positifs au VRS était plus élevée en Guyane (69 %) qu'ailleurs (57 %). Dans les autres régions françaises, cette proportion avait nettement diminué entre 2023-2024 et 2024-2025 (65 % à 57 %), probablement grâce au déploiement des traitements préventifs.

Délai de mise en place des campagnes

Lors de la saison 2023-2024, la mise à disposition du Nirsevimab était prévue pour le 15 septembre 2023. En pratique, le traitement n'a été rendu disponible en Guyane qu'à la mi-décembre (S50-2023), soit neuf semaines après le début de l'épidémie. Au cours des deux saisons suivantes, les campagnes conjointes d'immunisation par Nirsevimab et de vaccination ont été initiées deux à six semaines après le début de chaque épisode épidémique. Elles ont donc systématiquement débuté plusieurs semaines après le début effectif des phénomènes épidémiques. Ce décalage s'explique principalement par le fait que les dates de lancement et de clôture des campagnes sont planifiées à l'avance sur la base d'une analyse régionale des épidémies antérieures et du fait du déploiement des campagnes. Or, l'analyse réalisée sur les quatre dernières épidémies de bronchiolite en Guyane a mis en évidence une forte variabilité des phénomènes épidémiques sur le territoire, rendant les prévisions particulièrement complexes.

Bilan de l'état de la bronchiolite en période inter-épidémique

L'analyse de l'activité de la bronchiolite chez les nourrissons de moins de 2 ans montre que, bien que la période épidémique concentre la majorité des cas, une part importante de l'activité liée à cette pathologie existe en période inter-épidémique.

En effet, chez les nourrissons de moins de 2 ans, la période inter-épidémique représente :

- 57,9 % du total des consultations pour bronchiolite dans les CDPS et 4 consultations par semaine en moyenne ;
- 50,9 % du total des passages aux urgences pour bronchiolite et 10 passages hebdomadaires en moyenne ;
- 5,1 % de l'activité des urgences et 4 hospitalisations en moyenne par semaine ;
- 30,0 % des cas graves ;
- 28,0 % des prélèvements VRS positifs (tous âges confondus).

Conclusion et recommandations

La Guyane présente l'un des taux de prématurité les plus élevés de France (16 % vs 7 % en France hexagonale), et la surreprésentation des nourrissons prématurés parmi les cas graves souligne leur vulnérabilité particulière face au VRS sur le territoire [2].

Des traitements pour la prévention des infections à VRS chez le nourrisson (vaccination maternelle et immunisation passive par anticorps monoclonaux) sont disponibles et recommandés par la HAS.

La couverture vaccinale des femmes enceintes contre le VRS est faible en Guyane et les données de surveillance des cas graves suggèrent que la couverture du Nirsevimab est également faible et inférieure à celle observée dans d'autres régions françaises.

=> Il est donc essentiel de promouvoir les traitements préventifs contre les infections à VRS - la vaccination des femmes enceintes et l'immunisation des nouveau-nés dès la naissance - et intensifier les actions de sensibilisation des professionnels de santé (sages-femmes, gynécologues, médecins de ville, pharmaciens et services de prise en charge des cas graves, etc.) renforcées par des campagnes de communication visant à promouvoir la vaccination des femmes enceintes.

Contrairement à ce qui peut être observé dans d'autres régions françaises, l'activité de la bronchiolite en Guyane est répartie sur toute l'année, avec un impact significatif sur le système de soins, les cas n'étant pas limités aux seules périodes épidémiques. Les dynamiques épidémiques variables propres à la zone tropicale compliquent la planification précise des campagnes de vaccination et/ou d'immunisation des nouveau-nés.

=> Il est donc pertinent d'élargir de manière significative la période de mise à disposition des traitements préventifs contre les infections à VRS. Au regard des données épidémiologiques et pour éviter toute perte de chance pour les nourrissons, ces traitements devraient être rendus disponibles toute l'année, tant en structures hospitalières qu'en médecine de ville.

=> Enfin, il convient de renforcer le système de surveillance (amélioration de la détection des cas en médecine de ville, homogénéisation des pratiques de déclaration entre les services, optimisation des circuits de transmission des échantillons vers le CNR et amélioration de la qualité des données provenant du réseau Oscour®, etc.) afin de suivre les tendances même en dehors des périodes épidémiques et de mieux anticiper l'évolution de la situation épidémiologique. Il conviendrait également de compléter les connaissances existantes par des études portant notamment sur la répartition spatio-temporelle des virus (analyse par secteurs géographiques), l'évaluation précise des couvertures vaccinales maternelles et d'immunisation des nouveau-nés, ainsi que l'estimation de l'impact du changement du calendrier vaccinal à travers des études médico-économiques.

Dr Caroline SEMAILLE

Directrice générale,

Le 05/11/2025

Références

[1] Bloom-Feshbach K, A. W. (2013). Latitudinal Variations in Seasonal Activity of Influenza and Respiratory. PLoS ONE 8(2): e54445. doi:10.1371/journal.pone.0054445

[Latitudinal variations in seasonal activity of influenza and respiratory syncytial virus \(RSV\): a global comparative review - PubMed](#)

[2] Cinelli H, Lelong N, Le Ray C et ENP2021 Study group. Rapport de l'Enquête Nationale Périnatale 2021 en Guyane : Inserm, Septembre 2023

<https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enquete-nationale-perinatale-2021>

[3] Santé publique France – bronchiolite

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/bronchiolite>

[4] Haute Autorité de Santé : Prise en charge du premier épisode de bronchiolite aiguë chez le nourrisson de moins de 12 mois - Recommandations pour la pratique clinique

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3118176/fr/bronchiolite-aigue-chez-le-nourrisson-recommandations

[5] Organisation Mondiale de la Santé – bronchiolite

<https://www.who.int/fr/news/item/30-05-2025-who-outlines-recommendations-to-protect-infants-against-rsv-respiratory-syncytial-virus>

[6] European Center for Disease Prevention and Control

<https://www.ecdc.europa.eu/en/respiratory-syncytial-virus-rsv>

[7] Haute Autorité de Santé - bronchiolite

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3118113/fr/prise-en-charge-du-1er-episode-de-bronchiolite-aigue-chez-le-nourrisson-de-moins-de-12-mois#:~:text=La%20bronchiolite%20aigu%C3%AB%20du%20nourrisson%20est%20une%20infection%20virale%20contagieuse,une%20respiratio

[8] Van Brusselen D, De Troeyer K, Ter Haar E, Vander Auwera A, Poschet K, Van Nuijs S, et al. Bronchiolitis in COVID-19 times: a nearly absent disease? Eur J Pediatr. 2021;180(6):1969-73

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33517482/>

[9] Yeoh DK, Foley DA, Minney-Smith CA, Martin AC, Mace AO, Sikazwe CT, et al. Impact of Coronavirus Disease 2019 Public Health Measures on Detections of Influenza and Respiratory Syncytial Virus in Children During the 2020 Australian Winter. Clin Infect Dis. 2021;72(12):2199-202

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32986804/>

[10] Vaux S, Viriot D, Forgeot C, Pontais I, Savitch Y, Barondeau-Leuret A, et al. Bronchiolitis epidemics in France during the SARS-CoV-2 pandemic: The 2020-2021 and 2021-2022 seasons. Infect Dis Now. 2022;52(6):374-8

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/article/bronchiolitis-epidemics-in-france-during-the-sars-cov-2-pandemic-the-2020-2021-and-2021-2022-seasons>

[11] Hatter L, Eathorne A, Hills T, Bruce P, Beasley R. Respiratory syncytial virus: paying the immunity debt with interest. Lancet Child Adolesc Health. 2021;5(12):e44-e5

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34695374/>

[12] FluNet (WHO)

<https://www.who.int/tools/flunet>

[13] Haute Autorité de santé. Recommandation vaccinale contre les infections à VRS chez les femmes enceintes [Vaccination recommendations for RSV infections in pregnant women]. Accessed August 18, 2025

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3505344/fr/recommandation-vaccinale-contre-les-infections-a-vrs-chez-les-femmes-enceintes

[18] Monographie du vaccin Abrysvo.

[14] Haute Autorité de Santé : Beyfortus (Nirsevimab) – Virus respiratoire syncytial – Avis de la commission de transparence, Octobre 2024

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3556743/fr/beyfortus-nirsevimab-virus-respiratoire-syncytial

[15] Monographie de Beyfortus

<https://www.sanofi.com/assets/countries/canada/docs/products/vaccines/beyfort-us-fr.pdf>

[16] Paireau J, Durand C, Raimbault S, Cazaubon J, Mortamet G, Viriot D, et al. Nirsevimab Effectiveness Against Cases of Respiratory Syncytial Virus Bronchiolitis Hospitalised in Paediatric Intensive Care Units in France, September 2023-January 2024. Influenza Other Respir Viruses. 2024 ; 18(6):e13311

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/bronchiolite/documents/article/nirsevimab-effectiveness-against-cases-of-respiratory-syncytial-virus-bronchiolitis-hospitalised-in-paediatric-intensive-care-units-in-france-sept>

[17] Brault A, Pontais I, Enouf V, Debeuret C, Bloch E, Paireau J, et al. Effect of nirsevimab on hospitalisations for respiratory syncytial virus bronchiolitis in France, 2023-24: a modelling study. Lancet Child Adolesc Health. 2024;8(10):721-9

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39208833/>

[18] Note de synthèse : position de l'OMS sur la vaccination pour protéger les nourrissons contre l'infection à virus respiratoire syncytial, mai 2025

[WHO position paper on immunization to protect infants against respiratory syncytial virus disease, May 2025](#)

[19] Monographie du vaccin Abrysvo

<https://webfiles.pfizer.com/file/01JAW7F0CZ6Z0ZJ9AF8Z7YW12S>

[20] Organisation Mondiale de la Santé - Produits de vaccination contre le VRS

[https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/respiratory-syncytial-virus-\(rsv\)-immunization-products](https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/respiratory-syncytial-virus-(rsv)-immunization-products)

[21] Santé publique France - Bronchiolite aiguë du nourrisson en France : bilan des cas hospitalisés en 2009 et facteurs de létalité

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/bronchiolite/documents/article/bronchiolite-aigue-du-nourrisson-en-france-bilan-des-cas-hospitalises-en-2009-et-facteurs-de-letalite#:~:text=Vingt%2Ddeux%20nourrissons%20%C3%A9taient%20d%C3%A9c%C3%A9s,de%202%2C6%2F%20100000>

[22] Epi-phare Report. Utilisation du vaccin Abrysvo® chez les femmes enceintes entre le 15 Septembre 2024 et le 31 Janvier 2025 en vue d'une immunisation passive des nouveau-nés contre les formes sévères des infections dues au VRS

<https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/utilisation-abrysvo-femmes-enceintes/>

Pour nous citer : Note d'aide à la décision. Évaluation de la situation épidémiologique du Virus Respiratoire Syncytial (VRS) chez les nourrissons de moins de 2 ans en Guyane dans une perspective d'évolution potentielle de la stratégie régionale d'immunisation des nouveau-nés et de vaccination des femmes enceintes contre ce virus. Saint-Maurice : Santé publique France, 22 p., décembre 2025

Date de publication : 23 décembre 2025

Annexe. Lettre de saisine



Cayenne, le lundi 17 juillet 2025

Direction de la Santé Publique

Le Directeur Général de l'ARS de Guyane

Affaire suivie par :
Mél. :

à

Docteur Caroline SEMAILLE
Directrice Générale de Santé Publique France

Objet. Evaluation de la situation épidémiologique du VRS chez les enfants de moins de 2 ans en Guyane dans une perspective d'évolution potentielle de la stratégie régionale d'immunisation et de vaccination des femmes enceintes

Madame la Directrice Générale,

Le nirsévimab (Beyfortus®) est indiqué dans la prévention des infections des voies respiratoires inférieures dues au VRS pour les nouveau-nés et nourrissons au cours de leur 1^{ère} année d'exposition. C'est un anticorps monoclonal humain qui a obtenu une autorisation de mise sur le marché européen le 31 octobre 2022 et pour lequel la Haute Autorité de Santé (HAS) a donné un avis favorable au remboursement le 19 juillet 2023. Le Beyfortus® confère une immunité passive en une seule injection prête à l'emploi. La concentration maximale d'anticorps est atteinte au 6^e jour après l'injection (intervalle de 1 à 28 jours) et la durée de protection observée est d'au moins 5 mois. Comme vous le savez, le 13 juin 2024, la HAS a complété sa recommandation par l'intégration d'un nouveau vaccin Abrysvo® à destination des femmes enceintes (de 32 à 36 semaines d'aménorrhée). Elle préconise que les campagnes de vaccination des mères et d'immunisation des nouveau-nés et nourrissons soient réalisées de manière concomitante.

En Guyane, d'après le bilan établi par vos équipes, l'épidémie de bronchiolite a été déclarée, en 2022, de mi-septembre (38-2022) à fin décembre (52-2022). Elle a duré 15 semaines et a atteint son pic épidémique à la mi-novembre (47-2022). En 2023, l'épidémie a été déclarée de la 2^{ème} semaine d'octobre (41-2023) à la 2^{ème} semaine de janvier (02-2024). Sa durée était équivalente à l'année précédente. La campagne d'immunisation des nouveau-nés et nourrissons avait alors débuté le 12 décembre 2023. En 2024, l'épidémie a débuté en août (31-2024) et s'est poursuivie jusqu'à la 3^{ème} semaine de janvier (03-2025). Les campagnes de vaccination des mères et d'immunisation des nouveau-nés et nourrissons avaient alors débuté le 15 septembre 2024. Les périodes de campagnes sont, chaque année, définies sur la base des informations transmises par vos équipes sur la période épidémique de l'année N-1 et sur demande de la DGS.

Actuellement, le dernier bulletin établi par la Cellule Guyane de Santé publique France¹ indique que les indicateurs de la surveillance épidémiologique de la bronchiolite à VRS du nourrisson sont en hausse depuis le début du mois de mai, jusqu'à atteindre un niveau équivalent à celui observé en période épidémique depuis la fin du mois de mai. Cette hausse transitoire de l'activité avait également été observée l'année précédente à la même période avant un démarrage franc de l'épidémie saisonnière en août 2024. Les prochaines campagnes concomitantes de vaccination des mères et d'immunisation des nouveau-nés et nourrissons sont prévues pour le 1^{er} août prochain (S31-2025).

¹ Bulletin bi-mensuel de surveillance épidémiologique. Région Guyane. Semaines 24 et 25 (du 9 au 22 juin 2025). Saint-Maurice : Santé publique France, 4 pages, 2025.

56, avenue Alexis Blaise - CS 40696 - 97336 Cayenne Cedex
Standard : 05 94 25 49 89
www.guyane.ars.sante.fr

Nous sommes régulièrement interpellés par les pédiatres des maternités pour l'élargissement de la campagne d'immunisation qui décrivent la survenue d'hospitalisations de nourrissons tout au long de l'année. Aussi, l'Agence Régionale de Santé s'interroge sur la possibilité d'éviter ces cas par le biais d'actes de vaccination/immunisation supplémentaires. Ceux-ci devraient être envisagés en partie sur la base d'une analyse rétrospective approfondie des cas de bronchiolites à VRS identifiés en périodes inter-épidémiques.

C'est pourquoi, l'Agence Régionale de Santé de Guyane sollicite l'expertise de Santé publique France afin d'effectuer une évaluation rétrospective approfondie de la situation épidémiologique du VRS chez les nourrissons en Guyane au cours des dernières années dans une perspective d'évolution potentielle de la stratégie régionale d'immunisation et, a fortiori, de vaccination des femmes enceintes.

Mes équipes se tiennent à la disposition de Santé publique France Cellule de la Guyane pour la mise en œuvre de cette évaluation. Une première réponse quant à votre capacité à répondre à cette saisine est attendue pour le mois de septembre 2025. Nous souhaiterions en outre pouvoir disposer de l'analyse complète en novembre 2025.

Veuillez agréer Madame la directrice générale, l'expression de mes sincères salutations.

Pour le Directeur Général de l'ARS de Guyane
Et par délégation,
Le Directeur de la Santé Publique

Agence Régionale de Santé GUYANE
56, avenue Alexis BLAISE - C.S. 40696
97336 CAYENNE CEDEX
Standard : 0594 25 49 89