

Conseil d’Orientation de la Stratégie Vaccinale

Note du 29 mars 2021 : Elargissement des priorités d’accès à la vaccination anti-Covid-19

A la fin du mois de mars 2021, près de 8 millions de Français ont reçu une première dose de vaccin contre la Covid-19, et près de 3 millions ont reçu deux doses. La stratégie de priorisation mise en place depuis le début de la campagne de vaccination a d’abord ciblé les personnes les plus vulnérables (personnes âgées et personnes atteintes de comorbidités) ainsi que les professionnels de santé. La vaccination des personnes vulnérables et des professionnels de santé n’est pas terminée et doit se poursuivre. Néanmoins, les prévisions d’approvisionnement en doses de vaccin pour les prochains mois permettent d’envisager **l’élargissement des priorités d’accès à la vaccination anti-Covid-19** dès le mois d’avril, et conduisent à l’établissement d’un calendrier d’injections de premières et secondes doses d’ici à l’été 2021.

Recommandations d’élargissement

Pour cette prochaine étape de la campagne vaccinale en France, le conseil d’orientation de la stratégie vaccinale recommande l’accès prioritaire à la vaccination anti Covid-19 pour les personnes suivantes :

- ❖ **Les femmes enceintes.** Plusieurs publications scientifiques ont récemment mis en évidence le sur-risque représenté par la grossesse pour les formes sévères de Covid-19¹. Dans la lignée des recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, le conseil recommande la vaccination des femmes enceintes – avec ou sans comorbidités – contre la Covid-19, et ce à partir du deuxième trimestre de grossesse. *Effectif estimé : 150 000 personnes pour le trimestre à venir.*

Annexe 1 – Justification de l’accès à la vaccination anti-Covid-19 pour les femmes enceintes

Vaccin anti SARS-CoV-2 et Grossesse O.Picone et C. Huissoud

La grossesse est un facteur de risque de gravité de l’infection à SARS-CoV-2 avec risque de prématurité induite (1,2). Les femmes enceintes sont reconnues comme groupe à risque de formes graves par le HCSP et la HAS, d’autant plus qu’il existe une comorbidité (1). Par rapport à une femme non enceinte infectée par le SARS-CoV-2, une patiente enceinte a 2,13 fois plus de risque d’admission en soins intensifs, et 2,59 fois plus de risque d’avoir besoin d’une ventilation mécanique (2). Par rapport à une femme enceinte non infectée, il y a un risque multiplié par 18 d’admission en soins intensifs, par 2.8 de perte fœtale, par 5 d’admission du nouveau-né en soins intensifs (2). Ces chiffres sont très augmentés en cas de comorbidité avec, par exemple, une mortalité maternelle augmente par 15 en

¹ Cf annexe 1 : justification de l’accès à la vaccination pour les femmes enceintes

cas de diabète préexistant ou un risque de recours à une ventilation mécanique augmenté par 64 en cas d'HTA chronique (2). Il existe de plus en plus d'arguments en faveur d'un risque augmenté de mort in utero (2) et une augmentation des complications hypertensives de la grossesse (15). Les atteintes placentaires sont fréquentes en relation le risque de retard de croissance *in utero*.

Bien qu'aucune étude sur l'efficacité et le profil de sécurité de la vaccination n'ait eu lieu pendant la grossesse, il n'existe pas de raison a priori d'exclure les femmes enceintes des campagnes de vaccination.

Les vaccins proposés ne sont pas des vaccins vivants. Des études chez l'animal n'ont pas montré d'effet tératogène, ni aucun effet sur la reproduction. L'ARNm du vaccin est rapidement dégradé par les cellules humorales et sans rentrer dans le noyau. L'autorisation de mise sur le marché des vaccins à ARNm ne comporte pas de contre-indication : leur utilisation est possible « si les bénéfices potentiels l'emportent sur les risques potentiels pour la mère et le fœtus ». Ces vaccins sont sûrs et efficaces (3,4,14) et recommandés par de nombreuses sociétés savantes internationales (4). Deux éditoriaux récents publiés par deux sociétés savantes américaines (12,13) font un plaidoyer en faveur de la vaccination des femmes enceintes contre le SARS-CoV-2. La US Federal Drug and Food Administration a autorisé la vaccination des femmes enceintes.

Le 2 mars 2021, la HAS (5,6) a stipulé que l'administration des vaccins contre la Covid-19 chez la femme enceinte n'est pas contre-indiquée. Cette vaccination doit être envisagée si les bénéfices potentiels l'emportent sur les risques pour la mère et le fœtus. En particulier, les femmes enceintes de plus de 35 ans ou celles présentant d'autres comorbidités comme l'obésité ou le diabète ou les femmes enceintes susceptibles d'être en contact avec des personnes infectées du fait de leur activité professionnelle pourraient se voir proposer la vaccination. ». Pour l'ANSM (7) et le CRAT (8), les vaccins à ARNm (Comirnaty® ou Moderna®) doivent être privilégiés. L'allaitement n'est absolument pas un obstacle à la vaccination. La réponse immunitaire des femmes enceintes suite à une vaccination avec les vaccins à ARNm est identique à celles des femmes non enceintes (16). Des anticorps post vaccinaux ont été retrouvés dans le sang du cordon ombilical et dans le lait, pouvant laisser suggérer un effet protecteur du nourrisson, comme pour la grippe ou la coqueluche (9).

Références

1. Huntley et al., Rates of Maternal and Perinatal Mortality and Vertical Transmission in Pregnancies Complicated by Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-Co-V-2) Infection: A Systematic Review. *Obstet Gynecol.* 2020;136:303-312.
2. Yap et al., PregCOV-19 Consortium. Clinical manifestations, prevalence, risk factors, outcomes, transmission, diagnosis and treatment of COVID-19 in pregnancy and postpartum: a living systematic review protocol. *BMJ Open.* 2020
3. Male V. Are COVID-19 vaccines safe in pregnancy? *Nat Rev Immunol.* 2021
4. Rasmussen SA, Jamieson DJ. Pregnancy, Postpartum Care, and COVID-19 Vaccination in 2021. *JAMA.* 2021 Mar 16;325
5. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3240117/fr/strategie-de-vaccination-contre-le-sars-cov-2-actualisation-des-facteurs-de-risque-de-formes-graves-de-la-covid-19-et-des-recommandations-sur-la-strategie-de-priorisation-des-populations-a-vacciner
6. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3242795/en/strategie-de-vaccination-contre-la-covid-19-place-du-vaccin-covid-19-janssen
7. [https://www.anism.sante.fr/Dossiers/COVID-19-Vaccins/Vaccins-autorises/\(offset\)/3](https://www.anism.sante.fr/Dossiers/COVID-19-Vaccins/Vaccins-autorises/(offset)/3)
8. https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=1123
9. Gill L, Jones CW. *Obstet Gynecol.* 2021 Mar 8. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Antibodies in Neonatal Cord Blood After Vaccination in Pregnancy.

10. Maykin M, Heuser C, Feltovich H, with the Society for Maternal-Fetal Medicine Health Policy Advocacy Committee. Pregnant people deserve the protection offered by SARS-CoV-2 vaccines. *Vaccine* 2020 ;4:31572-3.
11. Rasmussen SA, Kelley CF, Horton JP, Jamieson DJ. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Vaccines and Pregnancy: What Obstetricians Need to Know. *Obstet Gynecol* 2020;00:1–7
12. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaccinating pregnant and lactating patients against COVID-19: practice advisory—December 2020. Accessed December 13, 2020. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2020/12/vaccinating-pregnant-and-lactating-patientsagainst-covid-19>.
13. Society for Maternal-Fetal Medicine. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) statement: SARS-CoV-2 vaccination in pregnancy. Accessed December 13, 2020. <https://www.smfm.org/publications/339-society-for-maternal-fetal-medicine-smfmstatement-sars-cov-2-vaccination-in-pregnancy>
14. Male V. Are COVID-19 vaccines safe in pregnancy? *Nat Rev Immunol*. 2021 Mar 3:1-2. Do
15. Rosenbloom JI, Raghuraman N, Carter EB, Kelly JC. COVID-19 Infection and Hypertensive Disorders of Pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2021 Mar, in press
16. Gray et al., COVID-19 vaccine response in pregnant and lactating women: a cohort study. *Am J Obstet Gynecol*. 2021 Mar, in press