

## Bulletin N°9 - Aout 2024

### 1) Du côté des autorités

La **campagne d'immunisation contre le VRS avec le Beyfortus®** (dont l'efficacité sur le terrain a largement été démontrée l'année dernière, notamment en France) **commence**. Des documents des autorités de santé sont disponibles en [cliquant ici](#). De plus, **L'Abrysvo®, vaccin contre le VRS** administrable aux femmes enceintes, devrait être **disponible en pharmacie** au mois de septembre. Réponses aux questions fréquentes :

- **Qui doit être immunisé ?** Tous les enfants nés à partir du 1 janvier 2024 : le bénéfice individuel et collectif sera d'autant plus grand que l'enfant sera jeune pendant la période épidémique (nouveau-nés > 1-3 m, > 3-6 m, >6 m-11 m).
- **Disposerons-nous d'assez de doses ?** Oui !!! A priori 600 000 doses ont été commandées pour une cohorte de naissance de 700 000 enfants.
- **Où seront administrées ces doses ?** Dans les maternités mais aussi en ville par les pédiatres, généralistes, sage-femmes, infirmières, PMI. Le plus tôt sera le mieux avant l'épidémie.
- **Qui peut prescrire ?** La maternité, les médecins, les sage-femmes les PMI sur une ordonnance individuelle qui sera délivrée en pharmacie en quelques jours.
- **Quelle est la posologie ?** 50 mg pour les < 5 kg, 100 mg pour les 5 kg et +
- **Y aura-t-il un reste à charge pour les parents ?** Non si l'injection est réalisée à la maternité, au cours d'une hospitalisation ou si les patients ont une mutuelle ou la CMU.
- **Y aura-t-il un reste à charge pour les cliniques et les hôpitaux ?** Non, ils devront avancer le coût du produit et seront remboursés dans un second temps.
- **Faut-il immuniser les enfants de plus d'un an ?** Uniquement ceux qui relevaient de l'indication du Palzivumab® la 2ème année : dysplasie broncho-pulmonaire persistante, cardiopathie congénitale...
- **Peut-on administrer le Beyfortus® avec les vaccins** du nouveau-né ou du nourrisson : OUI !!!

L'épidémie de coqueluche se **prolonge**, montrant les limites des programmes de vaccinations et de l'antibioprophylaxie : 3 avis de la HAS et du HCSP concernant la [vaccination](#) et l'[antibiothérapie](#) sont disponibles. Rappelons le bénéfice majeur de la vaccination des mères pendant la grossesse : au moins 20 nouveau-nés et nourrissons sont décédés depuis le début de l'épidémie.

### 2) Pour votre information

L'OMS a déclaré l'urgence de santé publique internationale concernant la recrudescence d'infections à virus mpox dans un nombre croissant de pays d'Afrique. La maladie est causée par l'ortho-poxvirus simien (MPXV), dont il existe 2 clades : le clade I (ex-"bassin du Congo") et le clade II (ex-"Afrique de l'Ouest", moins mortel), divisé en sous-clades IIa et IIb. Le clade IIb a été responsable de l'épidémie entre juillet 2022 et mai 2023, qui s'est propagée rapidement par contacts sexuels. Finalement peu meurtrière, elle avait donné lieu en France à la vaccination des sujets contacts et à une campagne de vaccination préventive des personnes à risque. C'est une nouvelle souche virale (clade **Ib**) qui est apparue en République du Congo en mai 2023, puis au Burundi, au Kenya, au Rwanda et en Ouganda. La majorité des cas et des décès survenus en 2023 en RDC concernaient des enfants de moins de 15 ans (clade Ia historique - transmission par contacts avec des animaux ou au sein du foyer), puis sont apparus des cas de transmission par contact hétérosexuel (liée au travail du sexe) clade Ib, ainsi que quelques cas chez les HSH.

Les symptômes de mpox apparaissent 6 à 13 jours après le contage (extrêmes : 2 à 21 jours). Les manifestations cliniques sont : fièvre, céphalées, asthénie et adénopathies, puis, dans les 3 jours, une éruption cutanée et des ulcérations muqueuses. L'éruption cutanée évolue en macules, papules, vésicules, pustules, ombilication, puis formation de croûtes et desquamation sur 2-3 semaines. Le diagnostic est fait par PCR sur des lésions. En France, il s'agit d'une maladie à DO dès le stade de "cas suspect" (symptômes compatibles, qu'il y ait ou non une exposition à risque). Les vaccins contre la variole offrent une protection croisée sur le mpox, avec une efficacité préexposition des vaccins vivants de 1<sup>ère</sup>/2<sup>ème</sup> génération d'environ 80-85% plusieurs décennies après. Les données en vie réelle de 2022-2023 ont montré que l'efficacité d'une dose unique ou de 2 doses du vaccin de 3<sup>ème</sup> génération MVA-BN (Modified Vaccinia Ankara-Bavarian Nordic, Imvanex\* ou Jynneos\*) était de 76%, IC95 [64;88] et 82% [72;92] respectivement. En revanche, l'efficacité de la vaccination post-exposition est de 20% [-24;65]. **Le risque d'infection pour la population générale est considéré par l'ECDC comme faible**. Pour les personnes ayant de multiples partenaires sans antécédent d'infection ou de vaccination, il est considéré comme modéré. La probabilité d'infection par le clade I de MPXV est élevée pour ceux qui se rendent ou vivent dans les zones touchées ; elle est faible lorsque les contacts sont évités. Des recommandations nationales pour les voyageurs sont attendues mais il est crucial que des vaccins soient disponibles dans les régions africaines.

### 3) Du côté des produits

Le Revaxis®, n'est **plus** disponible. Pour effectuer les rappels (25a, 45a ...) utiliser un vaccin dTcaP, ce qui sera profitable en période d'épidémie de coqueluche et pour les 65 ans et + où la maladie reste grave.

**Robert Cohen, Maeva Lefebvre, Didier Pinquier, Pierre Bakhache, Pierre Bégué, Marie-Aliette Dommergues, Véronique Dufour, Joël Gaudelus, Isabelle Hau, Cécile Janssen, Odile Launay, Anne-Sophie Romain, Franck Thollot, Georges Thiebault, François Vie le Sage, Catherine Weil-Olivier, Hervé Haas.**