

Pour votre information. L'actualité est toujours dominée par les infections respiratoires et leur prévention.

Le VRS et la bronchiolite : bien qu'en retard par rapport aux deux années précédentes, l'épidémie de bronchiolite est bien là ([Lien 1](#)). Cette semaine, 61% des 110 enfants testés par le réseau PARI pour bronchiolite ont présenté un test antigénique positif pour le VRS. Les autres virus isolés par PCR étaient les picornavirus (rhinovirus-entérovirus), le métapneumovirus (MPV) et ceux de la grippe A et B.

L'épidémie de grippe : sur les mêmes données PARI ([Lien 2](#)), elle semble avoir débuté plus précocement que les années précédentes. Cette semaine, 72% des 95 enfants testés par le réseau PARI pour syndrome grippal avaient un test antigénique positif pour un virus de la grippe (A : 46% ou B : 25%). Les autres étaient du VRS, du MPV ou des rhino.

Contrastant avec la survenue inéluctable bien que retardée de ces épidémies, **les couvertures d'immunisation contre la grippe et contre le VRS sont largement en-dessous des attentes.**

- Concernant la grippe de l'enfant, en l'absence de mise à disposition du vaccin nasal malgré la recommandation préférentielle par la CTV il y a maintenant 18 mois, il sera impossible d'augmenter les couvertures vaccinales à des niveaux suffisants. La foire aux questions sur la grippe et ses vaccins est disponible en cliquant [Lien 3](#).
- Pour le VRS, au 1^{er} décembre 2024, on estime qu'environ 80% des nouveau-nés et petits nourrissons nés depuis le 15 septembre et 45% de ceux qui sont nés avant cette date ont été immunisés par le Nirsevimab. Le maintien d'une ASMR modérée par la commission de transparence (CT) est une erreur majeure qui ne va pas faciliter la tâche des pédiatres et des professionnels de santé chargés d'immuniser les nourrissons. L'ensemble des sociétés savantes de pédiatrie a réagi vigoureusement, amenant la CT à apporter une réponse par voie de presse dans le Figaro, qui est loin de répondre aux attentes des pédiatres, indiquant que :
 - le Nirsevimab « *fait passer d'un petit peu de cas à très peu de cas* » (qu'est-ce qu'une maladie fréquente en pédiatrie, lorsque l'on sait que le VRS représente la 1^{ère} cause d'hospitalisation en pédiatrie, plus de 50.000 cas par an, un nourrisson sur 3 ou 4 étant touché tous les ans)
 - « *seules les hospitalisations et en particulier en réanimation devaient être prises en compte* » (merci pour les urgences et les patients ambulatoires. Nous invitons les membres de la CT à prendre des gardes aux urgences pédiatriques). L'étude Harmonie, étude comparative versus groupe contrôle, réalisée en Angleterre, France et Allemagne, qui a inclus plus de 8.000 nouveau-nés et nourrissons au cours d'une année à épidémie de VRS particulièrement intense, a montré une efficacité du Nirsevimab de 83.2% (95%IC 95% 67.8 à 92.0) et 75.7% pour les formes graves (IC95% 32.8 à 92.9).
 - les études sur le terrain, publiées depuis le dépôt d'AMM, n'étaient pas de qualité suffisante (« *études observationnelles avec un faible nombre de patients* ») et ne comportaient pas assez de malades. La quasi-totalité des études sur le terrain en Espagne, France, Etats-Unis ont comporté des milliers de malades, et ont abouti à une quinzaine de publications de rang A (New England, différents Lancet, Eurosurveillance...) ou B avec des efficacités > 80% et des IC très étroits.
 - « *Il aurait été plus pertinent de voir le nombre de passages en réanimation évités ou la durée d'hospitalisation* ». Nous vous conseillons la lecture d'une étude récente du GPIP-ACTIV (Jeziorsky et al. Pediatr Infect Dis J Nov 2024) qui confirme l'efficacité sur le terrain (environ 80%) ainsi que la réduction significative des durées d'hospitalisation, des besoins en oxygène et en ventilation d'enfants infectés mais ayant reçu le Nirsevimab.

Les **décisions de la CT** sont parfois **opaques**, souvent hors sol ou en opposition avec les recommandations de la HAS ou de la DGS, savonnant le travail des médecins de terrain chargés d'immuniser la population. Nous avons été parmi les 4 premiers pays à bénéficier du Nirsevimab, certes l'année dernière, certes en quantité insuffisante obligeant à n'immuniser qu'en maternité, mais avec un impact considérable sur les moins de 3 mois tant en termes d'hospitalisations, réanimations, urgences et ambulatoires. Il y a quelques jours, la ministre de la Santé a érigé en priorité la prévention... si le Nirsevimab n'est pas de la prévention, c'est quoi ? **La santé publique n'est visiblement plus ou pas un objectif de la CT.**

La conclusion d'InfoVac est simple

il est urgent d'immuniser vos nourrissons qui ne le sont pas encore avec le Nirsevimab

Pour la COVID, le **Comirnaty JN1®** est disponible en **3 dosages** : **30 µg**, **10 µg** (enfant) et **3µg** (nourrisson).

Les **vaccins ACYW** (Nimenrix® dès la 1^{ère} année de vie, après 1 an pour le Menquadfi®) sont maintenant remboursés. Plus aucune raison de ne pas les prescrire aux nourrissons, aux petits enfants de 1 an et à l'adolescence... Entre le moment où la HAS aurait dû prendre la décision (en 2021), le moment où la décision a été prise et enfin le remboursement (3 ans), des centaines d'enfants ont présenté des infections invasives à méningocoques et des dizaines sont morts ou ont eu des séquelles graves. Le calendrier vaccinal modifié tenant compte des nouvelles recommandations contre les infections à méningocoques va être bientôt disponible.

3) En réponse à vos questions.

A partir de quand un enfant ayant reçu une injection de Beyfortus® est-il protégé ? Bien que le taux d'anticorps atteigne son pic vers le 5^{ème}-6^{ème} jour, comme tous les anticorps administrés à titre préventif, la protection débute très rapidement en quelques heures.

Une maman a reçu par erreur le vaccin Arexvy® pendant la grossesse, qui n'est pas recommandé. Est-il nécessaire de proposer le Beyfortus® au nouveau-né à la maternité (enfant né le 21/11) ou peut-on considérer qu'il a bénéficié de l'immunisation passive de sa mère ? Le développement de ce vaccin adjuvé contre le VRS pendant la grossesse a été arrêté du fait d'une augmentation du risque de naissance prématurée. En revanche, l'immunogécité était bonne et on peut considérer cet enfant comme s'il avait reçu l'Abrysvo®. La déclaration en pharmacovigilance de ce mésusage est importante.

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