

## Bulletin N°8 – Aout 2025

**L'actualité vaccinale a été particulièrement dense cet été et donnera lieu à deux bulletins successifs. Celui-ci est consacré à la prévention du VRS.**

**1. Pour votre information. L'efficacité sur le terrain (>80%) et l'effectiveness** (efficacité en vie réelle) du **nirsevimab** (Beyfortus®) ont été confirmées dans plusieurs pays durant l'épidémie 2024, majoritairement causée par le VRS B (même efficacité sur l'épidémie à VRS A en 2023). Une étude récente rapporte également une baisse de la consommation d'antibiotiques chez les enfants ayant reçu le nirsevimab. En France, dans les études **ACTIV-GPIP-AFPA**, les résultats sont tout aussi impressionnants, tant sur les bronchiolites (en réanimation, en hospitalisation, aux urgences ou en ambulatoire) que sur les otites. Les pédiatres français ont mis en évidence une réduction de plus de 20 % des otites chez les nourrissons, et une efficacité sur le terrain de plus de 80 % sur les otites à VRS. L'**Abrysvo®**, vaccin contre le VRS administré aux femmes enceintes pour la protection des nourrissons, pour sa 1<sup>ère</sup> année d'utilisation en France, a également démontré son efficacité [dans les 2 hémisphères](#). **Le ministère de la Santé** a récemment [communiqué](#) les **chiffres de la campagne de prévention du VRS 2024** : 91 000 doses d'Abrysvo® délivrées en ville et 352 000 doses de Beyfortus® distribuées en maternité et en ville. Ce communiqué, comme souvent, présente un langage complexe et peu accessible : les considérations réglementaires, juridiques, et la recherche de simplification administrative ont pris le pas sur la santé publique. Une incompréhension profonde persiste chez les pédiatres et les professionnels familiaux des maladies infectieuses infantiles face à la décision de proposer **à la même période** la vaccination maternelle et les anticorps monoclonaux pour prévenir la bronchiolite hivernale. Les anticorps monoclonaux assurent une protection immédiate dès la naissance, ce qui justifie un début de programme dès le 1er septembre. En revanche, la vaccination maternelle aurait dû débiter deux mois plus tôt, comme cela avait été conseillé aux autorités par les sociétés savantes de pédiatrie. Elle aurait pu s'interrompre autour du 1er novembre. Le terme moyen d'un accouchement est de **39 semaines d'aménorrhée**, selon les données les plus récentes de l'**INSERM** et du **CNGOF**. L'Abrysvo® est recommandé entre **32 et 36 SA**. Pour induire une réponse d'anticorps avec un passage optimal chez le fœtus, il faut un délai estimé de **15 jours**. En tenant compte des pics épidémiques habituels du VRS (entre le 1er novembre et le 1er janvier), vacciner une femme enceinte à 32 SA le 1er juillet permettrait, si l'accouchement a lieu au terme habituel (vers le 1er septembre), une protection du nourrisson jusqu'en février. En revanche, une vaccination à 32 SA le 1er novembre, la naissance a beaucoup de chance de survenir **après la période épidémique** ([voir le schéma](#)). **Pour mieux protéger les nouveau-nés et jeunes nourrissons contre le VRS :**

- **Prescrivez dès maintenant Beyfortus®** (déjà disponible en pharmacie et dans toutes les maternités) à tous les enfants qui auront moins d'un an avant le 1er février 2026, c'est-à-dire non seulement ceux nés après le 1er septembre (si leur mère n'a pas été vaccinée), mais aussi tous ceux nés depuis le 1er février 2025. La dose recommandée est de 50 mg pour les bébés < 5 kg et de 100 mg pour ceux de poids supérieur.

- **Démarrez dès maintenant l'Abrysvo®** (disponible en pharmacie et dans les maternités) pour toutes les femmes enceintes qui préfèrent se faire vacciner que d'administrer l'anticorps monoclonal à leur bébé. La seule question est celle de la **date de fin** de ce programme de vaccination qui aurait dû commencer dès juillet.

**2. En réponse à vos questions : Une patiente porteuse d'une grossesse gémellaire prévue pour novembre à janvier demande s'il est préférable de faire l'Abrysvo pendant la grossesse ou le Beyfortus à ses bébés à la naissance ?** Il n'existe pas d'étude démontrant la supériorité de l'un sur l'autre. La prématurité (<37SA) observée dans près d'une grossesse multiple sur 2, réduit fortement la fenêtre d'administration maternelle du vaccin VRS et le bénéfice espéré du transfert d'anticorps après vaccination. De plus, le **transfert d'anticorps** peut être **réduit par la gémellarité et peut être variable** entre les jumeaux. Dans ce contexte, **InfoVac estime que** l'utilisation du nirsevimab est l'alternative la plus pertinente et réduit les situations associant les 2 prévention.

**Une femme enceinte sous anti-TNF demande quelle stratégie privilégier pour prévenir l'infection à VRS : vaccination maternelle ou immunisation du nourrisson ?** Là encore, aucune donnée ne permet de trancher. Les patients immunodéprimés sont a priori plus à risque de forme grave de VRS, mais aucune étude ne confirme ce risque sous anti-TNF. Par ailleurs, leur **réponse immunitaire** aux vaccins pourrait être amoindrie. Dans ce cadre, la protection directe du bébé par le nirsevimab, même si non formellement évaluée, paraît plus prudente.

**Un médecin de 76 ans avec asthme sévère se demande s'il doit recevoir du Beyfortus®.** Ce n'est pas indiqué : le **Beyfortus est conçu pour les nourrissons**, et la dose serait **largement insuffisante pour un adulte**. La solution est simple : **vaccination par Abrysvo® ou Arexvy®**, tous deux recommandés **dès 75 ans** pour tous, ou dès 65 ans pour les sujets à risque. Leur efficacité et tolérance sont bien établies.

**Certains médecins s'interrogent sur le coût du nirsevimab (affiché à plus de 400 €) et la soutenabilité de sa généralisation.** L'interrogation est légitime. Mais en France, comme dans plusieurs autres pays, les **prix réels négociés** ne sont **pas publics**. Le prix payé par les [maternités](#) pour le Beyfortus® est en réalité de l'ordre de **200 €**. Dans cette fourchette, le **rapport coût/efficacité individuelle pour les nourrissons est excellent sans même tenir compte de l'impact sur la surcharge hivernale du système de santé pédiatrique.**

**Le principal congrès de vaccinologie français (JPIPA), coordonné par InfoVac, aura lieu le 11 octobre 2025 à la maison de la Chimie (Paris). Si vous voulez vous inscrire, [cliquez ici](#), l'équipe d'InfoVac vous y attend.**  
**Robert Cohen, Isabelle Hau, Didier Pinquier, Georges Thiebault, Catherine Weil-Olivier, Joël Gaudelus, Pierre Bégué, Pierre Bakhache, Christophe Batard, Véronique Dufour, Cécile Janssen, Maeva Lefebvre, Aurélie Garaffo, Franck Tholot, François Vie le Sage, Hervé Haas, Odile Launay.**