

PRÉVENTION EN SANTÉ RESPIRATOIRE

Quelques pistes pour que chaque nourrisson puisse bénéficier des nouvelles solutions de prévention des infections à VRS

Synthèse de la table-ronde qui s'est déroulée le 6 juillet 2023 de 14h à 16h
Messages & actions à entreprendre

Participants

Pr Claire ANDREJAK

Service de pneumologie au CHU Amiens Picardie
Responsable de la Fédération Hospitalo-Universitaire RESPIRE
Secrétaire Générale du Conseil scientifique de la Société de pneumologie de langue Française (SPLF)
Responsable du Groupe de Recherche et d'Enseignement en Pneumo-Infectiologie (GREPI)

Pr Robert COHEN

Pédiatre, infectiologue
Président du groupe de pathologie infectieuse pédiatrique (GPIP) de la SFP
Directeur scientifique d'ACTIV et d'Infovac-France

Dr Frédéric LE GUILLOU

Pneumologue et Président de l'association Santé respiratoire France

M. Sébastien MICHEL

Président de l'association pour la prévention des risques de la santé et du bien-être des enfants et des futurs parents (APSEF)

Pr Cyril SCHWEITZER

Président de la Société pédiatrique de pneumologie et d'allergologie (SP2A)
Chef du Pôle Enfants-Néonatalogie du CHRU de Nancy

Dr Sydney SEBBAN

Pédiatre, Coordinateur médical du Réseau bronchiolite Ile-de-France

Pr Astrid VABRET

Chef de service de virologie, CHU de Caen Normandie
Co-coordinatrice du réseau virologique et pharmacologique de l'ANRS-MIE

SOMMAIRE

Les particularités du VRS
Le VRS chez le nourrisson
Le VRS chez le sujet âgé
De nouvelles solutions de prévention porteuses d'espoirs
Propositions
Annexe : résultats de l'enquête menée par l'APSEF

LES PARTICULARITÉS DU VRS

→ **Le virus respiratoire syncytial (VRS) a été identifié en 1954**, en premier lieu chez le chimpanzé puis chez l'humain. Classé en microbiologie, jusqu'en 2016, dans la famille des *paramyxoviridae* (virus enveloppés ayant comme génome une molécule ARN de polarité négative, c'est-à-dire sans éléments d'évolution important par des virus recombinants). Son mode d'évolution est peu décrit. Du point de vue virologique, il s'agit d'un virus à ARN classé depuis 2016 parmi les *pneumoviridae* avec deux types antigéniques, nommés A et B.

→ **Peu de connaissances sur le génome des virus à VRS.** Deux groupes antigéniques identifiés, eux-mêmes divisés en plusieurs génotypes. Seul un assez faible nombre de séquences complètes du génome sont disponibles. Aujourd'hui, il n'existe pas de nomenclature ni de définition consensuelle de ce qu'est un génotype.

→ **Un virus très diversifié avec une forte capacité de transmission.** Le VRS est très contagieux et se transmet par voie aérienne, notamment par la salive, les éternuements, la toux, en respirant ou en parlant mais aussi par les mains ainsi que les objets souillés (les jouets, les tétines, les « doudous »).

Tous les ans, chaque hiver, dans les zones tempérées de l'hémisphère nord, le virus infecte environ 40 % des membres d'un foyer.

→ **La primo-infection par le VRS survient de façon quasi-obligatoire chez les nourrissons durant les deux premières années de vie.** Cette primo-infection va générer des infections symptomatiques des voies respiratoires hautes et basses (notamment des bronchiolites). La réponse immunitaire ne va pas empêcher de nouvelles infections les années suivantes mais va cependant protéger contre les formes graves.

Environ 60 à 70 % des nourrissons rencontrent pour la première fois le VRS durant leur première année de vie. A 2 ans, la séroprévalence est quasiment de 100 %.

○ **Le virus respiratoire syncytial, dangereux aussi chez les séniors.** La problématique des infections par le VRS ne se cantonne pas aux tout-petits, mais s'étend aux seniors et/ou aux personnes immunodéprimées et/ou sous biothérapies et/ou présentant des comorbidités. Ce virus est une cause de maladie de plus en plus reconnue chez les adultes.

Si la bronchiolite est synonyme le plus souvent de « VRS » chez l'enfant, il ne s'agit pas de bronchiolite chez les sujets âgés, mais d'autres symptomatologies respiratoires, notamment des pneumopathies et des syndromes grippaux.

○ **Le VRS a longtemps été sous-estimé en médecine adulte, contrairement à la pédiatrie.**

○ Les **épidémies** apparaissent régulièrement chaque année, essentiellement en automne-hiver dans les zones tempérées de l'hémisphère Nord (classiquement, avant la pandémie COVID-19, de novembre à mars).

En France, autour du 1^{er} novembre est le moment où la population a des taux d'anticorps anti-VRS les plus bas (chez l'adulte), expliquant en partie les flambées épidémiques.

○ **Le diagnostic d'une infection à VRS** repose sur un prélèvement soumis à un test moléculaire (de type RT-PCR), le plus performant, ou un test antigénique (moins sensible mais moins coûteux). Le diagnostic biologique n'est pas pris en charge par l'Assurance maladie. Une virologie demeure indispensable pour identifier le virus à VRS¹.

¹ Les bronchiolites peuvent être à rhinovirus, à VRS, aux virus de la grippe ou encore à SRAScov2.

LES INFECTIONS A VRS CHEZ LES NOURRISSONS

L'infection ou la réinfection par le VRS peut s'avérer particulièrement critique chez les nourrissons. Cette sensibilité est liée à leur immaturité tant sur le plan immunologique que sur le plan respiratoire (bronches de très petit calibre, faciles à obstruer). La toux du tout-petit étant par ailleurs moins efficace, les nourrissons ont une propension à s'encombrer plus facilement. D'un nourrisson à l'autre, il demeure cependant très difficile de prédire le niveau de sévérité de l'infection même si le très jeune âge est bien identifié comme un facteur de risque majeur de gravité potentielle.

LES MANIFESTATIONS CLINIQUES A SPECTRE ETENDU

- **La bronchiolite Un marqueur fort de l'épidémie à VRS²³**
 - Elle touche chaque hiver près de 30 % des nourrissons de moins de 2 ans, soit environ 480 000 cas par an (données Santé publique France).
 - Elle représente environ 30 000 hospitalisations par an chez les enfants de moins de 2 ans. Parmi ces enfants, les 2/3 ont moins de 6 mois (75 % environ dues au VRS) (Santé publique France).
 - 22 % à 28 % de l'ensemble des hospitalisations des nourrissons de moins de 1 an sont dues au VRS durant la saison hivernale.
 - En France, 87 % des enfants hospitalisés pour une maladie associée au VRS sont nés à terme et en bonne santé.
 - Entre 2010 et 2018, près de la moitié (47 %) des hospitalisations associées au VRS ont été enregistrées chez les nourrissons nés en dehors de la saison du VRS.
- **Des otites**
- **Des syndromes grippaux**
- **Des pneumopathies directement imputables au VRS et des surinfections à pneumocoques** (associées ou déclenchées à un VRS). Environ 40 % des pneumonies à pneumocoques chez les enfants de moins de 2 ans sont associées au VRS.

L'immunité vis-à-vis du VRS n'est pas durable et une proportion non négligeable d'enfants font face à des réinfections, avec des formes moins graves et des manifestations cliniques différentes.

UNE INFECTION A FORT IMPACT :

Un fardeau tenace pour le système de santé comme pour les familles

→ **Impact médical sur l'enfant et sur sa « trajectoire respiratoire » :**

- Virus susceptible de provoquer des détresses respiratoires aiguës.
- Les enfants ayant été hospitalisés pour une infection sévère à VRS peuvent développer de **potentielles complications associées et/ou déclenchées** sur le long terme telles que : une respiration sifflante récurrente, de l'asthme du nourrisson / de l'enfant⁴.

→ **Impact pour les familles et le système de santé :**

- **Première cause d'hospitalisation en pédiatrie**
 - Environ 30 000 hospitalisations par an sont associées au VRS chez les enfants de moins de 1 an.

² Diagnostic réalisé avec test PCR multiplex chez les enfants hospitalisés

³ Santé publique France et <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-021-06399-8>

⁴ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28226227/>

- La saturation des hôpitaux pédiatriques au moment de l'épidémie de VRS impose des transferts souvent loin du domicile des patients.⁵ Au 30 novembre 2022, la saturation des hôpitaux d'Ile-de-France avait déjà entraîné le transfert de 42 jeunes patients.⁶
- Des difficultés d'accès aux soins en période de « pointe ».
- Un stress et une anxiété liés à la perception de la gravité de la maladie.
- Des arrêts de travail.

→ Impact socio-économique de la bronchiolite (article Le Pédiatre⁷) :

- Une enquête menée par l'AFPA R&D et mpedia.fr auprès de plus de 2000 familles en 2022 met en lumière les conséquences de la bronchiolite de l'enfant sur la qualité de vie des familles : en dehors des complications médicales, l'hospitalisation d'un nourrisson est un événement stressant pour sa famille, avec des répercussions familiales, tant au niveau des parents que de la fratrie. Ces conséquences peuvent être psychologiques, liées au stress de l'hospitalisation, professionnelles, organisationnelles, et financières.
- Les conséquences de la maladie sur la famille sont nombreuses et variées : anxiété, changement de mode de garde, conséquences sur la qualité de travail. Une inquiétude est signalée par plus de trois quarts des parents.

LES INFECTIONS A VRS CHEZ LES PERSONNES AGÉES

L'infection par le VRS est une maladie à prendre au sérieux chez les personnes âgées et les adultes à haut risque, comme ceux ayant des comorbidités, dont les maladies respiratoires chroniques ou cardiovasculaires. Le nombre d'hospitalisations et les taux de mortalité sont similaires entre le VRS et le virus influenza. Cet impact pourrait être même plus lourd que la grippe. En France, les données manquent pour quantifier le nombre de personnes concernées car le VRS est beaucoup moins recherché que la grippe, encore aujourd'hui.

UN FARDEAU LOURD, PROBABLEMENT SOUS-ÉTIMÉ⁸

- **Présentation clinique du VRS** : respiration sifflante, toux, éternuements, fièvre, infarctus aigu du myocarde, accident vasculaire cérébral.
- Chez les **personnes âgées et/ou immunodéprimées et/ou souffrant de comorbidités**, ce virus peut être responsable de pneumonies nécessitant une hospitalisation, d'exacerbations infectieuses chez les patients souffrant de pathologies respiratoires chroniques telle une BPCO⁹ ou encore un asthme.
- On estime à 270 000 le nombre d'hospitalisations associées au VRS chez les adultes de ≥ 60 ans et à 20 000 décès à l'hôpital chez les adultes de ≥ 60 ans¹⁰.
- Des recherches sont en cours pour étudier les interférences avec d'autres virus comme le rhinovirus.

⁵ <https://www.iledefrance.fr/bronchiolite-la-region-accorde-une-aide-de-150-euros-aux-familles-en-difficulte>

⁶ https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/11/30/bronchiolite-l-inquietude-des-parents-d-enfants-transferees-ou-contraints-a-des-reports-de-soins_6152310_3224.html

⁷ https://www.linkedin.com/posts/immuniser-lyon_impact-socio-economique-de-la-bronchiolite-activity-7071832976472305665-i3BX/?utm_source=share&utm_medium=member_desktop

⁸ Poids mal connu encore en France et en Europe mais très bien étudié aux Etats-Unis, avec une morbi-mortalité supérieur grippe
⁹ Le VRS détecté dans ~40,5 % des exacerbations de la BPCO. Source : Dimopoulos et al. *Pulm Pharmacol Ther.* 2012;25:12-18.

¹⁰ Savic et al. *Influenza Other Respir Viruses.* 2022;1-10.

L'ENJEU DU DIAGNOSTIC

- **Une surveillance du VRS non optimisée en France.** Malgré un impact significatif bien identifié du VRS parmi les seniors, le manque de données est criant au sein de cette population.
- **Le VRS, un virus responsable d'une infection dont la symptomatologie n'est pas spécifique au sein des viroses respiratoires, incluant la grippe.** Avec une symptomatologie plutôt banale, il est difficile à discriminer une infection à VRS au milieu de la grippe, de la Covid-19 et des infections à rhinovirus.
- **Rarement testé ou pris en compte dans le diagnostic différentiel.**
- **Un diagnostic virologique incontournable.** Faire le « bon prélèvement au bon moment et avec le bon matériel et avec un test moléculaire » est essentiel. C'est une information capitale pour la prise en soins du patient, afin également d'évaluer l'impact de l'introduction de molécules antivirales spécifiques et d'estimer le poids de l'introduction d'une immunoprophylaxie ou d'une vaccination.

A noter : Ce diagnostic virologique est aussi primordial pour les industriels qui ne peuvent pas développer des médicaments contre une infection non caractérisée sur le plan infectieux.

L'OMS a fait des vaccins anti-VRS sa priorité. La mise en place d'une surveillance de la population générale - semblable à celle de la grippe – est attendue.

DE NOUVELLES SOLUTIONS DE PRÉVENTION PORTEUSES D'ESPOIRS

LES BÉNÉFICES INDIVIDUELS ET COLLECTIFS DE LA PRÉVENTION

- Retarder le plus possible la primo-infection de l'enfant (quasi systématique chez tous enfants de moins de 2 ans, mais plus grave chez les nourrissons de moins de 3 ou 6 mois).
- Diminuer le poids de la maladie chez l'enfant ou le sujet âgé et son entourage.
- Réduire le poids de la maladie sur la société.
- Désengorger le système de soins et les urgences lors de la période épidémique.

LES NOUVELLES SOLUTIONS DE PRÉVENTION CHEZ LES NOURRISSONS

➤ IMMUNISER LES NOURRISSONS

Qui ? Tous les nourrissons de moins de 6 mois en amont de la rencontre avec le VRS

Comment ? Pour le moment, uniquement les anticorps monoclonaux = nirsevimab

Quand ? Des doses mises à disposition pour la prochaine saison VRS 2023 (sous condition d'un avis favorable de la HAS). A la maternité pour les nourrissons à naître entre octobre et mars. En ambulatoire, par les professionnels libéraux (médecins et sage-femmes), pour ceux nés entre avril et septembre.

- ➔ **Jusqu'à aujourd'hui**, seul un traitement préventif de la bronchiolite existait, le palivizumab, un « anticorps monoclonal » anti-VRS à action immédiate. Inconvénients identifiés : onéreux (plusieurs centaines d'euros par injection), très contraignant (injections répétées avec des volumes qui vont crescendo, corrélés au poids de l'enfant), avec une durée de vie relativement courte (1 mois) et administré uniquement aux bébés les plus fragiles (principalement les grands prématurés, en particulier ceux souffrant d'une pathologie respiratoire).

→ **Le nirsevimab : une avancée majeure en termes de santé publique**

- Un nouvel anticorps monoclonal à longue durée d'action,
- Un mode d'administration simple (une unique injection intramusculaire), probablement plus acceptable par les familles,
- Une efficacité renforcée sur le VRS*,
- Un profil de sécurité favorable d'après les données figurant dans l'AMM,
- Un élargissement de la prescription permis par cette nouvelle génération d'anticorps monoclonal, conçu pour protéger tous les nourrissons contre les infections par le VRS, de la naissance à un an. La prescription n'est plus réservée aux enfants ayant les facteurs de risque les plus importants. Cela constitue un réel progrès car de nombreuses études ont montré qu'en France, 87 % des hospitalisations concernent des nourrissons nés à terme en bonne santé (soit environ 40 000 hospitalisations par an selon l'ampleur des épidémies),
- Un profil de tolérance satisfaisant¹¹.

**Des données de l'essai clinique de phase IIIb HARMONIE montrent une réduction de 83,21 % des hospitalisations pour infections des voies respiratoires inférieures dues au VRS, chez les nourrissons de moins de 12 mois ayant reçu une seule dose de nirsevimab, comparativement aux nourrissons n'ayant reçu aucun traitement préventif contre le VRS¹².*

→ **Une organisation nécessaire via la communauté médicale et paramédicale**

- Dans l'idéal, l'immunisation doit avoir lieu à la maternité pour les enfants qui naissent pendant la période épidémique (une protection qui serait ainsi optimale),
- En sortie de maternité : l'injection serait réalisée par les médecins généralistes, les pédiatres, éventuellement par les sage-femmes selon autorisation.

↻ VACCINER LA FEMME ENCEINTE

Type de vaccin en attente d'une AMM et d'une recommandation d'utilisation.

La vaccination maternelle est déjà recommandée pour d'autres maladies telles que la grippe, la coqueluche et la Covid-19.

Principe : Les femmes enceintes génèrent des anticorps après avoir reçu le vaccin, puis les transmettent à l'enfant à naître. Le bébé est ainsi protégé avec des défenses immunitaires efficaces pendant les premiers mois de la vie, tout particulièrement durant la période où les infections les plus graves surviennent.

Chez **70 à 85 % des enfants, la vaccination maternelle pendant la grossesse permettrait d'éviter des formes sévères de la maladie** (génératrices d'hospitalisation). Les études publiées sont très rassurantes vis-à-vis de la tolérance.

Une question importante : ce type de vaccination sera-t-elle bien acceptée en France ?
(Pour rappel, la vaccination coqueluche date à peine d'un an et demi)

En Grande-Bretagne : plus de 70 % des femmes sont vaccinées contre la coqueluche pendant leur grossesse. Le taux de couverture vaccinale de la grippe chez la femme enceinte est de 50 %. Pour la protection du nourrisson contre le VRS, le Comité anglais de vaccination propose les deux options : vaccination des femmes enceintes, ou immunisation du nourrisson grâce à l'anticorps monoclonal.

¹¹ Hammitt LL, Dagan R, Yuan Y, et al ; MELODY Study Group. Nirsevimab for Prevention of RSV in Healthy Late-Preterm and Term Infants. N Engl J Med. 2022 Mar 3;386(9):837-846.

¹² L'étude HARMONIE (Hospitalized RSV Monoclonal Antibody Prevention) est un vaste essai clinique interventionnel mené dans plusieurs pays européens dans le but de déterminer l'efficacité et la sécurité d'une dose unique de nirsevimab administrée par voie intramusculaire, comparativement à l'absence d'intervention (conduite à tenir de référence), pour la prévention des hospitalisations causées par des infections des voies respiratoires inférieures dues au VRS, chez les nourrissons de moins de 12 mois non candidats à un traitement par palivizumab.

➤ VACCINER LES PERSONNES ÂGÉES

Le vaccin représente **une chance supplémentaire de limiter les exacerbations de pathologies respiratoires chroniques** dont l'impact sur la qualité de vie est majeur et aux conséquences irréversibles.

Les candidats vaccins font état d'une efficacité remarquable contre les maladies graves des voies respiratoires inférieures associées au VRS.

Un vaccin est validé auprès de l'Agence européenne du médicament (EMA). Dépôt du dossier auprès de la HAS en cours.

Enjeux liés à la vaccination contre le VRS :

- **Le diagnostic souvent tardif des pathologies respiratoires** : En France, 10 % de la population serait concernée par une BPCO. Ce chiffre serait largement sous-estimé du fait d'un sous-diagnostic. 2/3 des personnes concernées en souffriraient sans le savoir. Le diagnostic est dans ces situations très souvent posé lors d'une hospitalisation pour exacerbation d'origine virale.
- **Une difficulté à convaincre du recours à la vaccination** : les patients « très âgés » sont plus difficiles à toucher car se déplacent moins dans les lieux de soin, souvent pris en charge avec des soins à domicile. Les individus âgés plus jeunes vont davantage vers la médecine, plus faciles à toucher – notamment via le pharmacien - mais restent difficiles à convaincre.

LA PREVENTION DES INFECTIONS A VRS : COMMENT CONVAINCRE ?

D'après une enquête menée par l'association APSEF auprès de parents qui ont déjà été confrontés à la bronchiolite, 30 % étaient favorables à une immunisation, 23 % s'estiment indécis, 53 % non favorables.¹³

➤ Délivrer une information validée, claire et loyale

L'information renforce l'adhésion et le recours aux traitements, qu'il soit préventif ou curatif. Que ce soit chez les parents ou les personnes âgées, le **déficit de connaissances** sur la bronchiolite, et encore plus à propos du VRS lui-même, est majeur. Une **défiance** face à la vaccination persiste également même si la notion de conformité sociale agit dans le bon sens. **Faire de la pédagogie autour du VRS - avant même de décrire les moyens de prévention - est primordial** pour une meilleure compréhension du poids et des conséquences possibles de cette infection sur l'enfant la personne âgée, la famille et la société (d'autant que toutes les bronchiolites et les infections des voies respiratoires inférieures ne sont pas liées à ce virus).

Lutter contre les idées reçues : au sein de la population adulte, le VRS est associé à la bronchiolite. Par conséquent, les adultes ne se sentent pas concernés. Le vaccin H1NI a fait beaucoup de dégâts.

¹³ Voir résultats clés de l'enquête en annexe

➤ Les gestes barrières, cruciaux mais non ancrés encore dans les pratiques

L'ensemble des avancées pharmacologiques – à l'origine d'avancées majeures – ne doivent pas faire oublier l'importance des gestes barrières, des consignes simples – recommandées lors de la période Covid-19 - mais souvent négligées : se laver les mains, éviter que les personnes infectées ne viennent embrasser les bébés, porter un masque en cas d'infection, éviter d'exposer notamment les tous petits lors des rassemblements favorable à la diffusion des virus respiratoires, éviter le tabagisme, favoriser l'allaitement maternel.

Ces gestes de bons sens sont efficaces !

Pendant les confinements, l'épidémie de bronchiolite ne s'est quasiment pas manifestée. En post Covid-19, une fois l'arrêt des mesures barrières, le retour des différents virus respiratoires a été observé. Plusieurs virus respiratoires co-circulent désormais en période automnale et hivernale.

LA PRÉVENTION CHEZ LES NOURRISSONS

La campagne de prévention devrait commencer autour du 1^{er} septembre.

La préparer dès maintenant est essentielle.

➤ Inverser les perspectives !

Partir de l'échelon individuel plutôt que collectif, en soulignant avant tout les bénéfices individuels du recours aux nouveaux moyens de prévention permettant de repousser la primo-infection à un âge plus tardif avec des formes moins sévères.

- ➔ **S'adresser directement aux parents** : « votre bébé est « **fragile** » (*notion qui parle aux parents*), tout particulièrement vis-à-vis des infections respiratoires. Pensez à le protéger et à le protéger tôt. »
- ➔ **Faire comprendre le poids réel d'une infection à VRS pour l'enfant** :
 - Première cause d'hospitalisation : tous les ans, plus de 30 000 hospitalisations des enfants de moins de 1 an). Un passage en réanimation ou une hospitalisation n'est pas sans impact sur un enfant. Cela peut générer un vrai stress *durable* pour l'enfant et sa famille.
 - Des conséquences majeures à long terme sur le « capital souffle » et la « trajectoire respiratoire » de l'enfant (une primo-infection de bronchiolite peut produire des effets sur les 6 ou 7 premières années de vie de l'enfant).
 - Le nombre de lits de réanimation pédiatrique en France est restreint, avec un risque de perte de chance pour d'autres enfants présentant d'autres problématiques de santé.
- ➔ **Sensibiliser sur les difficultés d'orientation dans le parcours de soins.** Si une partie des parents a accès à un « réseau » de soins avec des contacts pré-identifiés (pédiatre, médecin généraliste etc.), cela n'est pas le cas pour tous ; lesquels se retrouvent alors perdus et démunis face à l'urgence de la situation. Message : « *En protégeant votre bébé, vous anticipez et vous diminuez votre niveau de stress face à la maladie* ».

➤ Informer et accompagner les parents en amont de la naissance de l'enfant

L'immunisation – pour une protection optimale - doit se faire dès la naissance de l'enfant. Les durées de séjour étant relativement courtes en maternité, convaincre les parents pendant ce laps de temps place les professionnels de santé en difficulté. Compte tenu de cette courte durée, les professionnels peuvent se voir confrontés à des parents réticents ou encore non présents en même temps, ce qui ne facilite pas la prise de décision.

Le rattrapage peut néanmoins s'effectuer un peu plus tard en ambulatoire, les parents bénéficiant d'une information complémentaire et d'un processus de maturité décisionnelle.

➤ Axer les conseils vers les futurs parents et familles

- Une information et des recommandations délivrées **via les professionnels de santé**, véritables interlocuteurs de confiance des parents : pédiatres (50 % des enfants de moins de 6 mois sont vus par un pédiatre), médecins généralistes, kinésithérapeutes, sage-femmes, professionnels du prénatal mais aussi les pharmaciens, acteurs de proximité.
- Une information qui devrait faire partie du « **kit grossesse** ».

➤ Former aussi les professionnels de santé

- L'adhésion des médecins généralistes, pédiatres, et des autres professionnels de santé au contact des familles (sage femmes, pharmaciens, kinésithérapeutes) est primordiale.
- Les virologues constituent des soutiens pour éduquer les professionnels de santé (médicaux et paramédicaux).
- Il faut s'appuyer sur les associations de **formation médicale continue (FMC)**.

A propos de la formation : Accélérer les accords – délivrés par les organismes officiels de formation ou les organismes responsables du développement professionnel continu (DPC) – sur les sujets de formation liés à la prise en charge, à l'immunisation ou encore à la vaccination contre le VRS pour débiter au plus tôt la sensibilisation des professionnels de santé.

➤ Prendre en compte et valoriser la parole des parents

La **transmission de messages de « parents à parents »** peut s'avérer efficace. Les parents les plus sensibles aux gestes de prévention sont ceux qui ont entendu un témoignage dans leur entourage. Donner la parole à ceux qui ont vécu le traumatisme de l'hospitalisation - avec ses conséquences socio-économiques et personnelles - renforcera l'impact des messages.

➤ Une campagne publique ?

Une campagne de prévention nationale publique est nécessaire mais pas suffisante. Pour être efficace, elle doit être relayée en complémentarité par l'ensemble des acteurs impliqués et via différents canaux :

- En premier lieu par **les professionnels de santé** au contact des parents dans le cadre du « colloque singulier patient-médecin » et de leur relation de confiance.
- Les **associations** dont le rôle est majeur en matière d'information et de pédagogie, appui fondamental pour les médecins et les autorités de santé. Un relais pour vulgariser la parole publique et scientifique (fournir des explications comme : qu'est-ce qu'un virus, une bactérie, un parasite, le principe de l'immunisation, etc.), tout en renvoyant à la relation « patient-parent-médecin » pour les questions technico-médicales.

- Les **sociétés savantes** qui émettent des avis en attendant les recommandations officielles (ce sont ces dernières qui compteront).
- Une sensibilisation **dans les médias** (presse grand public). Importance de dédramatiser également la communication vis-à-vis des bronchiolites et de valoriser le parcours de soins en ambulatoire lorsque le bébé est malade.
- Sans oublier les **réseaux sociaux** : devenus un moyen de communication incontournable, être présent est essentiel pour contrer la désinformation ou la mésinformation.

C'est la synchronisation des messages et la complémentarité des acteurs qui donnera du poids à la campagne de prévention et offrira une caisse de résonance aux messages, délivrés au plus proche des personnes concernées. L'impact et les bénéfices se mesureront dans le temps : sur une, deux voire trois saisons.

➔ « Un peu, c'est déjà beaucoup ! »

L'implémentation d'un vaccin en France prend toujours plusieurs années. Les délais très courts de mise en place d'une campagne d'information et de sensibilisation ne doivent pas être un frein. Les bénéfices seront présents, quel que soit le nombre d'enfants immunisés lors de la saison épidémique 2023.

Le déploiement de la campagne peut compter sur le soutien d'acteurs clés – sortes d'avocats de l'immunisation - tels que :

- Les pédiatres (50 % des enfants de moins de 6 ans sont vus par un pédiatre).
- Les maternités (facilité par l'absence de frais du système de mise à disposition de la solution, y compris pour les hôpitaux).
- L'adhésion indispensable des médecins généralistes.

ENCOURAGER LA RECHERCHE

On ne sait pas encore tout du VRS. Des recherches en cours permettront d'affiner les connaissances sur le virus, les outils de prévention et de prise en soins.

La prévention des infections VRS entraînera-t-elle une diminution des autres maladies respiratoires et de l'asthme ?

Etudes de cohortes d'enfants pour analyser l'impact d'une infection à VRS sur le développement du **microbiome respiratoire**.

LA PRÉVENTION CHEZ LE SUJET AGÉ (> 60 ANS)

- **Renforcer la surveillance pour le VRS.** Malgré un impact significatif bien identifié du VRS dans cette population, il persiste un grand manque de données chez les populations adultes seniors. Accroître la base de données en encourageant le dépistage chez le sujet âgé hospitalisé (définir le profil des patients).
- **Vers un parcours de vaccination simplifié, plus court.** Le rôle du pharmacien, acteur de proximité, va permettre de raccourcir les délais.
- **S'appuyer sur des acteurs clés** : EHPAD, médecins traitants...

- **Dossier médical partagé** : Ouvrir les données partagées sur la vaccination, pour favoriser la coordination par les professionnels de santé (*Plus les vaccins se multiplient, plus les patients sont perdus !*)
- **Messages pour sensibiliser** : « *Protégez-vous : pour vous-mêmes mais aussi vos petits-enfants* ».
- **Des outils à disposition** : La Société de pneumologie de langue française (SPLF) met à jour son guide pratique « vaccination » à destination des médecins généralistes et des pneumologues (« Quel vaccin pour quel patient ? »). Inclure le vaccin à VRS chez le sujet âgé en fonction des données disponibles et les recommandations officielles de vaccination est un objectif. Cet outil sera décliné sous format application mobile et « pocket guideslines ».

ENCOURAGER LA VISIBILITE DES ORGANISATIONS DE SOINS

L'ENJEU DE LA PRIMO-INFECTION ET DE LA POSSIBLE RE-INFECTION LA PLACE DES RESEAUX ET DES FILIERES

L'immunité face au VRS n'étant pas durable, une proportion non négligeable de jeunes enfants fait face à des réinfections dont la gravité ne peut être prédite à l'avance non plus.

Comment réévaluer l'état respiratoire d'un bébé dont on ne peut pas prédire l'évolution ? Quelle filière de soins peut-on mettre en place en ambulatoire ?

→ Exemple du « **Réseau bronchiolite Ile-de-France** », dispositif de coordination visant à faciliter l'accès rapide à un kinésithérapeute de ville pendant la période d'épidémie. Celui-ci joue un rôle de « sentinelle », d'accompagnement et de réorientation si nécessaire. Cette organisation contribue à éviter les recours aux urgences parfois systématique engendré par la perception de la gravité de la maladie.

D'après une enquête menée en 2022 par le réseau auprès de 186 parents ayant fait appel au réseau pendant l'épidémie : dans un cas sur 2, les parents auraient sollicité les urgences s'ils n'avaient pas eu accès au réseau (Etude Bronkilib 3, en cours de publication).

DE NOUVEAUX OUTILS DE COORDINATION DES SOINS

- **L'opportunité ouverte par la télésurveillance** : récemment passée au 1^{er} juillet 2023 dans le droit commun, la télésurveillance ouvre la possibilité d'une surveillance du patient sous oxygénothérapie (ALD respiratoire) en ambulatoire.
- **Les équipes de soins spécialisés** à l'échelle du département : des aides peuvent être mises à disposition (ARS, CPAM) pour le financement de structures coordonnées, réactives et disponibles. Exemples : pédiatres et kinésithérapeutes avec des délégations de tâches ou protocole de coopérations. Pour les adultes : pneumologues et IPA (infirmières en pratique avancée) avec délégations de tâches et coopération.

ANNEXE

Enquête menée par l'association pour la prévention des risques de la santé et du bien-être des enfants et des futurs parents (APSEF) auprès de 60 parents entre le 15 mai et le 1^{er} juillet 2023.

- 98 % de répondants femmes
- 30 % n'avaient jamais entendu parler de la bronchiolite (tout particulièrement des primipares)
- 30 % en ont plus ou moins entendu parler via leur entourage
- 30 % en ont entendu parler
- Près de 60 % manifeste une inquiétude
- Déplorent le manque d'information ou une surinformation sur la bronchiolite
- Un parcours de diagnostic compliqué : 80 % expliquent avoir eu plusieurs consultations médicales avant d'obtenir un diagnostic.

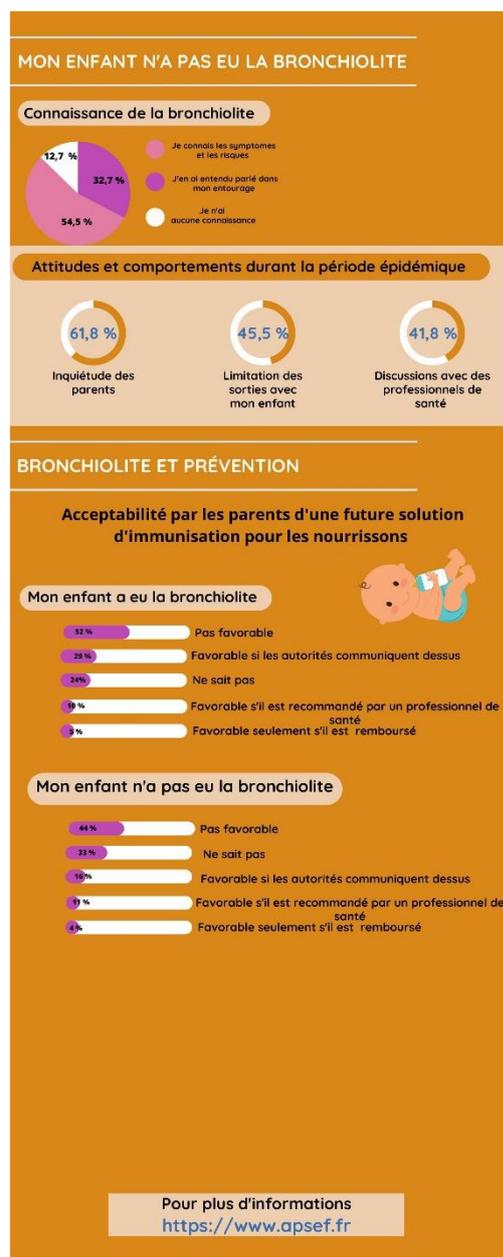
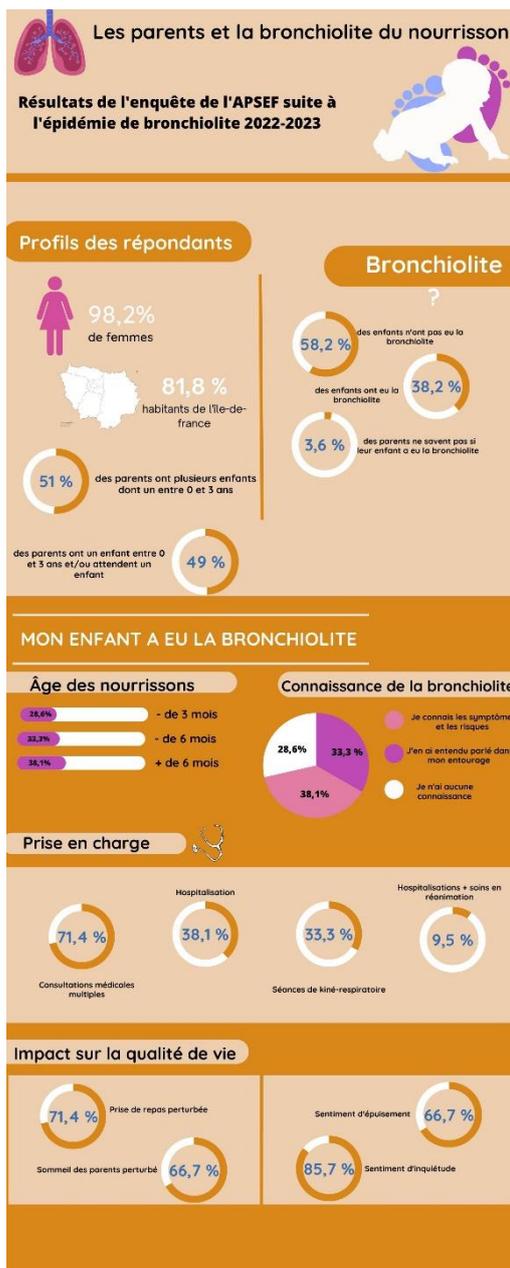
Chez les parents qui ont déjà été confrontés à la bronchiolite, 30 % sont favorables à une immunisation / 23 % sont indécis / 53 % ne sont pas favorables (défiance vis-à-vis des « vaccins », échec vaccin VRS dans les années 60).

Impact socio-économique sur les ménages d'une hospitalisation :

- 70 % témoignent d'un épuisement
- 86 % expriment une forte inquiétude,
- Des perturbations sur le sommeil (72%) et prise de repas de l'enfant (67%)
- Un impact également sur les couples

Un besoin fort d'information et d'accompagnement :

- Pour 75 %, les conseils et les recommandations doivent venir d'un professionnel de santé (kinésithérapeute, sage-femme, etc.) : interlocuteur de confiance des familles
- Moyens d'information privilégiés : CNAM, Ameli, les mutuelles, les crèches, les associations.



Cette table-ronde a été organisée avec le soutien institutionnel du laboratoire Sanofi.

