

INFECTIONS RESPIRATOIRES A VRS : LES PREVENIR A TOUS LES AGES DE LA VIE !

Synthèse de la table ronde du jeudi 11 avril 2024

Nous remercions les experts ayant contribué à ces échanges :

• Pr Claire ANDREJAK, pneumologue (CHU d'Amiens, Picardie) et responsable du Groupe de recherche et d'enseignement en pneumo-infectiologie (GREPI) de la Société de pneumologie de langue française (SPLF) • Dr Fabienne CAHN-SELLEM, pédiatre libérale dans les Hauts-de-Seine, membre du bureau de l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA) et Directrice Générale d'AFPA R&D • Mme Régine DECAMPS, patiente • Dr Frédéric LE GUILLOU, pneumologue et président de l'association Santé respiratoire France • M. Sébastien MICHEL, président de l'APSEF (Association pour la prévention des risques de la santé et le bien-être des enfants et futurs parents) • Dr Sydney SEBBAN, pédiatre et coordinateur médical du réseau bronchiolite Ile-de- France • Pr Catherine WEIL-OLIVIER, professeur honoraire de pédiatrie (Université Paris 7) et membre fondateur d'InfoVac France.

Format : en visio-conférence, disponible [en replay](#) sur la chaîne YouTube de l'association Santé respiratoire France.

COMMENT RENFORCER LA PREVENTION DES INFECTIONS A VRS A TOUS LES AGES DE LA VIE ?

MESSAGES CLES DE LA TABLE RONDE

AMELIORER LES CONDITIONS DE LA SURVEILLANCE DU VRS (PAGE 3)

LA PREVENTION CHEZ L'ENFANT (PAGE 3)

- Accompagner la décision et le choix de la décision au cours de la grossesse en écoutant puis informant sur les moyens possibles d'immunisation passive mis à disposition vis-à-vis du VRS.
- Fournir une information claire sur les différences entre chaque type d'immunisation passive et leurs objectifs.
- Mobiliser l'ensemble des acteurs pour une diffusion des messages au plus proche des personnes concernées.
- Porter une attention particulière aux personnes de catégories socio-professionnelles plus défavorisées.

LA PREVENTION CHEZ L'ADULTE (PAGE 9)

- Accentuer le nombre de dépistages virologiques, en ambulatoire, pour une médecine de ville de plus grande précision.
- Renforcer la pédagogie, l'information autour du VRS qui reste encore aujourd'hui « abstrait » pour le grand public.
- Mobiliser l'ensemble des acteurs pour une diffusion des messages au plus proche des personnes concernées
- Mettre la « santé publique » à la portée de tous.

[REVOIR LA TABLE RONDE](#)

LE VIRUS RESPIRATOIRE SYNCITAL (VRS) EN BREF

→ Les caractéristiques du VRS

- Un **agent infectieux très contagieux**, qui se transmet par voie aérienne, les éternuements, la toux, en parlant mais aussi via la salive et les surfaces contaminées.
- Un virus **responsable de différents symptômes selon l'âge**, avec un **retentissement imprévisible** sur la santé et la qualité de vie de la personne infectée.
- **Toutes les tranches d'âges sont concernées** : tout particulièrement **les nourrissons** - dont l'immunité et les poumons, alors immatures, favorisent la survenue de la pathologie – mais aussi les personnes **seniors** – dont les conséquences liées au vieillissement (immunosénescence) favorisent également les ré-infections par le VRS et le risque de complications.
- **Une réponse immunitaire qui n'est pas durable** : une personne peut être réinfectée plusieurs fois dans sa vie, avec des formes plus ou moins graves et des manifestations cliniques diverses.
- Un **virus saisonnier épidémique**.
- Un **virus relativement « stable » dans le temps** : les souches A (stable) et B (avec une capacité plus forte à muter), diffèrent dans la composition de leur génome.

→ Une prédiction de la sévérité de l'épidémie d'une année sur l'autre très complexe

Plusieurs paramètres doivent être pris en compte :

- Les données épidémiologiques disponibles. La surveillance française concerne essentiellement le suivi des diagnostics de « bronchiolite » chez les jeunes enfants de moins de deux ans. Ces données doivent être renforcées.
- La surveillance spécifique du virus, non continue à ce jour (avec la collecte de données spécifiques telles que le nombre de cas, la gravité des symptômes, le nombre d'hospitalisations et de décès, etc.) ; diffusion des tests de diagnostic rapide au « point of care ».
- Les facteurs de risque médicaux. La vulnérabilité des populations varie aussi selon l'âge, notamment aux deux extrêmes de la vie. Les enfants nés prématurés sont en particulier plus vulnérables.
- La disponibilité des traitements visant à limiter les symptômes compte tenu de l'absence d'antiviraux.
- L'acceptation des thérapeutiques préventives (gestes barrière, immunisation passive, vaccination, etc.) ;
- Les capacités du système de santé à faire face à l'épidémie.

→ VRS, Covid-19, grippe : quelles différences ? Quels points communs ?

- Les patients concernés par une pathologie chronique, que ce soit une maladie respiratoire, rénale, cardiaque ou encore un diabète, sont plus à risque de contracter une infection sévère, quel que soit l'agent infectieux.
- Les symptômes observés, non spécifiques, ne permettent pas de distinguer le virus qui en est à l'origine (en dehors, chez le nourrisson, de la bronchiolite majoritairement due au VRS)
- Un niveau de risque d'hospitalisation proche, voire légèrement supérieur pour le VRS.

A noter : s'agissant du VRS, les données du SNDS permettent d'identifier les bronchiolites du jeune enfant hospitalisé. A contrario, les données VRS chez l'adulte hospitalisé sont relativement limitées en France.

- Un niveau similaire de morbidité et des effets à long terme sur la qualité de vie personnelle et familiale.
- Un risque de surinfection bactérienne, notamment à pneumocoque, commun à la grippe et au VRS.

AMELIORER LES CONDITIONS DE LA SURVEILLANCE DU VRS

Instaurer une surveillance en continu du VRS est une priorité.

Le groupe réuni appelle :

- D'une part, à **mettre à disposition des tests de diagnostics rapides (TDR), à la fois sensibles et spécifiques, permettant d'identifier à la fois le VRS, la grippe et le Covid-19¹**. Ces derniers permettraient de donner une vision plus exacte des contaminations par le VRS au sein des différentes tranches d'âge et parmi les populations plus vulnérables. Actuellement, bien que ces tests existent, les praticiens n'en disposent pas en pratique courante. Par ailleurs, le déploiement de ces tests permettrait de renforcer la surveillance et l'accessibilité de cette surveillance à tous les praticiens.
- D'autre part, à **mettre en place sur le long terme des veilles sanitaires chez l'enfant et chez l'adulte** : comportant notamment la collecte de données spécifiques telles que le nombre de cas, la gravité des symptômes, les prescriptions d'antibiotiques, le nombre d'hospitalisations, le nombre de décès, etc.

LA PREVENTION DES INFECTIONS A VRS CHEZ L'ENFANT

Quel bilan de la campagne 2023/2024 ? Quels enjeux pour la prochaine campagne ?

Rappel du contexte : L'hiver 2022-2023 a été marqué par une épidémie de bronchiolite due au virus respiratoire syncytial (VRS) particulièrement intense, saturant l'ensemble du système de soins par les nombreux passages aux urgences et hospitalisations de jeunes nourrissons². Face à cette situation, les autorités sanitaires ont lancé une campagne d'immunisation préventive des nourrissons dès le 15 septembre 2023. La France a ainsi été l'un des premiers pays à administrer le nirsevimab, un traitement à base d'anticorps monoclonal à action prolongée administré en une seule dose (Beyfortus® ; une injection intramusculaire), pour prévenir les infections des voies respiratoires inférieures liées au VRS.

LE VRS : UN FARDEAU POUR LE SYSTEME DE SANTE COMME POUR LES FAMILLES

→ **L'impact immédiat sur la santé individuelle du nourrisson**

L'infection ou la réinfection par le VRS peut s'avérer particulièrement critique chez les nourrissons. Cette vulnérabilité est liée à leur immaturité, tant sur le plan immunologique, que sur le plan anatomique et physiologique respiratoire (bronches de très petit calibre, s'obstruant facilement). La toux du tout-petit étant par ailleurs moins efficace, les bronches du nourrisson ont une propension à s'encombrer plus facilement.

¹ La HAS se prononce sur l'intérêt médical des TROD grippe/Covid-19/VRS ([lire l'avis du 13 juin 2023](#))

² Voir synthèse table ronde Santé respiratoire France du 6 juillet 2023 ([lire](#)).

L'infection à VRS peut s'accompagner de co-infections : pneumopathies directement imputables au VRS ou à des surinfections à pneumocoques, des otites moyennes aiguës.

→ L'impact à moyen et/ou long terme sur la « trajectoire respiratoire » de l'enfant

- Le VRS est un virus susceptible de provoquer des détresses respiratoires aiguës (SDRA) avec des séquelles potentielles.
- Un tiers des enfants hospitalisés pour bronchiolite liée au VRS seront réhospitalisés dans les trois mois qui suivent. Pour moitié d'entre eux, la cause est une pathologie secondaire au VRS.
- Les enfants ayant été hospitalisés pour une infection sévère à VRS peuvent développer des complications associées et/ou déclenchées sur le long terme telles que : une respiration sifflante récurrente, de l'asthme du nourrisson et/ou de l'enfant. L'asthme est un co-facteur de l'infection.

→ Un impact significatif de la bronchiolite sur la cellule familiale³

Cet impact peut persister 3 à 4 semaines après l'épisode de bronchiolite lui-même.

Impact sur l'organisation de la famille :

- 60 % des parents ont dû cesser leur activité professionnelle entre 1 et 5 jours (un impact non répertorié car souvent intégré dans les jours de congés pour enfants malades)
- La problématique de la gestion de fratrie est présente (modes de garde alternatifs).

Impact psychologique :

- 93 % des familles ont annoncé avoir été anxieuses à l'annonce du diagnostic.
- 98 % ont été anxieuses pendant la maladie.
- 97 % ont été anxieuses pendant une hospitalisation.

« Une anxiété alimentée par l'impact de l'épidémie sur le système hospitalier et dans les systèmes ambulatoires de prises en charge, tous surchargés. Les parents se posent la question : mon enfant va-t-il avoir accès à un professionnel de santé ? Sachant qu'en ambulatoire, une visite de contrôle est proposée 48 heures après pour suivre l'évolution de l'enfant », souligne le Dr Cahn-Sellem.

Ces chiffres permettent d'éclairer les raisons pour lesquelles l'acceptation de la prévention par immunisation passive des nouveau-nés a été majeure en 2023. La bronchiolite est un véritable problème de santé publique et un réel traumatisme pour les familles et l'entourage, directement impactés.

QUEL BILAN DE LA CAMPAGNE 2023/2024 ?

→ Une acceptation forte de l'immunisation passive du nouveau-né en 2023

La campagne d'immunisation passive par anticorps monoclonal spécifique au VRS, organisée par les pouvoirs publics pour l'ensemble des nourrissons nés à partir du 6 février 2023 en métropole, a rencontré une forte adhésion de la part des professionnels de santé et des parents. Selon une enquête

³ Questionnaire adressé via le site internet Mpdia aux parents dont l'enfant avait fait une bronchiolite la saison précédente. Les parents et la campagne d'immunisation contre la bronchiolite, enquête MPEDIA, février 2024 ([source](#))

menée par l'AFPA R&D auprès de plus de 3 000 parents de milieux socioéconomiques différents, **plus de 80 % ont accepté d'immuniser leur enfant** au moyen de ce traitement préventif contre la bronchiolite lors de la saison 2023⁴.

A noter : un taux d'acceptabilité important vis-à-vis d'une innovation.

Face à la **demande bien plus forte que prévue** une stratégie de priorisation a dû être mise en place, en protégeant, en priorité en maternité, avant tout les plus fragiles, c'est-à-dire les nourrissons prématurés et/ou porteurs de facteurs de risque médicaux, et/ou nouveau-nés, de façon à leur garantir un niveau de protection adéquat au moment où la saison du VRS débutait, laissant finalement peu de doses aux praticiens de ville pour immuniser les nourrissons plus âgés.

A noter : les familles n'avaient aucune avance de frais pour que leur nouveau-né reçoive le Nirsevimab.

→ **Au-delà de l'acceptabilité, une sécurité démontrée et une efficacité en vie réelle sur la réduction des hospitalisations**

- En **Europe**, les données disponibles au Luxembourg⁵ et en Espagne⁶ à propos de l'utilisation de Beyfortus® en vie réelle lors de la saison VRS 2023/2024 confortent les résultats des études cliniques ayant permis la mise sur le marché de ce produit. Elles mettent en lumière l'impact significatif de ce traitement préventif sur les hospitalisations en lien avec une infection à VRS.
- En **France** :
 - L'efficacité du nirsevimab en vie réelle contre les cas graves de bronchiolite a été estimée **entre 75,9 % et 80,6 %** pour les nourrissons admis en réanimation.⁷
 - Une nette diminution du nombre d'hospitalisations de nourrissons : en France métropolitaine, entre le 15 septembre 2023 et le 31 janvier 2024, **5800 hospitalisations pour bronchiolite ont été évitées grâce au nirsevimab selon une modélisation mathématique effectuée par l'Institut Pasteur**.⁸ Concrètement, cela correspond à une réduction de 23 % du nombre total d'hospitalisations pour bronchiolite à VRS après passage aux urgences (- 35% chez les 0 – 2 mois), comparativement à un scénario sans immunisation préventive.

→ **Quid du nombre de doses disponibles pour la campagne pour 2024/2025 ?**

Le nombre de doses de Beyfortus® disponibles pour la France pour la saison 2023/2024 était limité (de l'ordre de 250 à 300 000) du fait d'une production limitée et d'une sous-estimation de l'engouement du grand public. Un nombre de doses proche de la cohorte de naissances sera disponible pour la saison 2024/2025 permettant de viser l'immunisation des nourrissons de moins d'un an pendant leur première saison de VRS. Comme pour la saison 2023-2024, aucune avance de frais ne devrait être nécessaire dans les hôpitaux / maternités, et pour les familles.

⁵ Impact of nirsevimab prophylaxis on paediatric respiratory syncytial virus (RSV)-related hospitalisations during the initial 2023/24 season in Luxembourg ([lien](#))

⁶ NIRSE-GAL study: evolution of Immunization Coverage with Nirsevimab ([lien](#))

⁷ Communiqué de presse de Santé publique France du 26/04/24 « Bronchiolite : deux études françaises démontrent l'efficacité du Beyfortus® dans la prévention des cas graves et la réduction des hospitalisations chez les nourrissons »

⁸ Communiqué de presse de Santé publique France du 26/04/24 « Bronchiolite : deux études françaises démontrent l'efficacité du Beyfortus® dans la prévention des cas graves et la réduction des hospitalisations chez les nourrissons »

CAMPAGNE 2024/2025 : VERS UN CHOIX DE PREVENTION ELARGI

Ouverture de la vaccination de la femme enceinte à partir de l'automne 2024

En août 2023, les autorités de santé européennes ont approuvé un vaccin maternel pour la protection passive des jeunes nourrissons contre les infections à VRS.

Principe des vaccins pendant la grossesse : Les femmes enceintes génèrent des anticorps après avoir reçu le vaccin, puis les transmettent par voie trans-placentaire à l'enfant à naître. Le bébé est ainsi protégé par une défense immunitaire efficace dès la naissance et pendant les premiers mois de sa vie, tout particulièrement durant la période où les infections les plus graves surviennent.

Deux choix de prévention, alternatifs, basés tous deux sur une immunisation passive du jeune nourrisson, seront ainsi probablement proposés lors de la prochaine saison épidémique : aux futures mamans et au nouveau-né.

Dans le cadre de sa mission d'élaboration des recommandations vaccinales, la **Haute autorité en santé (HAS)** a été saisie par la Direction générale de la santé afin d'orienter les pouvoirs publics sur la pertinence d'une vaccination des femmes enceintes. **Des recommandations transitoires ont été émises** (similaires à celles des Etats-Unis⁹) avec une vaccination saisonnière de début septembre jusqu'à fin janvier pour les femmes enceintes entre 32 et 36 semaines d'aménorrhée.

Une **consultation publique, ouverte jusqu'au 26 avril 2024**, avait pour objectif de recueillir le plus largement possible les contributions des parties prenantes sur ce projet de recommandation vaccinale (propositions, éléments nouveaux pour enrichir, compléter et finaliser le travail des experts de la HAS)¹⁰. La version définitive des recommandations est attendue pour le début du mois de juin laissant ouverte la possibilité d'administrer l'immunisation passive des très jeunes nourrissons - soit par la vaccination maternelle, soit grâce à l'AC monoclonal de longue durée d'action administré dès la naissance - en fonction d'une décision éclairée des familles par les professionnels de santé.

Le vaccin devrait faire l'objet d'un remboursement dans le cadre de son inclusion dans la stratégie de prévention dès la naissance des infections sévères liées au VRS chez le nourrisson.

CAMPAGNE 2024/2025 : QUELS ENJEUX ?

→ Les enjeux soulevés par la vaccination de la femme enceinte

Rappel du contexte : les autorités de santé recommandent actuellement **3 vaccinations** au cours de la grossesse : les vaccinations contre la grippe saisonnière et contre le COVID-19 (toutes deux quel que soit le stade de la grossesse) et la vaccination contre la coqueluche. Ces recommandations vaccinales font l'objet d'une adhésion très variable chez la femme enceinte. Par exemple, la couverture vaccinale antigrippale des femmes enceintes entre 2019 et 2021 a été estimée à 21,1%.¹¹ S'agissant de la coqueluche, la couverture vaccinale des femmes enceintes en 2021 était estimée à 66,8%.¹²

⁹ HAS, recommandations vaccinales provisoires contre les infections à VRS chez les femmes enceintes ([en ligne](#)).

¹⁰ [Lien vers la consultation publique HAS](#)

¹¹ Couverture vaccinale contre la grippe des femmes enceintes, propositions de vaccination et étude des déterminants, France métropolitaine, 2019-2021 ([Santé publique France](#)).

¹² Santé publique France / Bulletin Vaccination / Auvergne-Rhône-Alpes / 22 avril 2024 / p. 12. Extrait : « Deux mois après l'accouchement, sur un total de 7 999 femmes interrogées, la CV contre la coqueluche a été estimée à 66,8 % (intervalle de confiance à 95 % : 65,5-68,0 %) en France et 73,2 % (intervalle de confiance à 95 % : 69,3-76,7 %) en région Auvergne-Rhône-Alpes. »

- **Des efforts de communication restent à mener pour expliquer la vaccination maternelle contre le VRS et agir sur la perception du risque par les femmes enceintes.** Face au déficit de communication, apporter une information pédagogique aux parents sur les enjeux de la vaccination paraît fondamental (sur les risques liés à une infection à VRS, sa gravité potentielle pour le bébé, etc.).
- **Fournir une information claire sur les différences entre chaque type d'immunisation passive et leurs objectifs.** S'agissant de la coqueluche, les femmes enceintes sont rarement touchées. Mais aucune autre alternative n'existant pour protéger le nourrisson à naître, la vaccination de la maman enceinte entre le 2^{ème} et 3^{ème} trimestre de grossesse est essentielle pour assurer la protection du bébé à naître. Concernant la grippe, la vaccination protège la femme enceinte (du fait d'un risque de manifestations sévères avéré) le fœtus et l'enfant.

Quels messages ?

- *Expliquer aux mamans que le fait de se faire vacciner contre le VRS, comme c'est le cas pour la coqueluche, leur permet de protéger leur nourrisson dès la naissance.*
- *Rappeler à la maman qu'elle peut contracter le VRS sans s'en apercevoir et contaminer son bébé dès la naissance.*
- *« Vaccinez-vous pour protéger votre nourrisson », « Votre enfant sera protégé dès la naissance » pourraient être des phrases pertinentes pour communiquer auprès des futures mamans.*
- **Envisager une campagne de vaccination du VRS saisonnière** pour correspondre aux perceptions et aux attentes que se font les femmes enceintes, et la population générale, en insistant sur la saisonnalité des viroses respiratoires (grippe, VRS, etc.) : « Femmes enceintes, attention aux virus de l'hiver, pour vous et votre bébé ! ». Qui plus est, elle permettrait de faciliter l'homogénéisation de la communication vis-à-vis du début de la campagne d'utilisation du Beyfortus.

Vaccination grippe / coqueluche / COVID-19 : qu'en pensent les femmes enceintes ?

- Près de 90 % des femmes interrogées ont entendu parler de ces vaccinations.
- Le professionnel de santé demeure l'interlocuteur de référence pour 90 % d'entre elles, avec le médecin traitant en première ligne.
- Des femmes prêtes à recevoir une ou plusieurs vaccinations, conformément aux recommandations du professionnel de santé (en majorité elles en ont reçu un ou deux, principalement la coqueluche).
- En dépit d'une adhésion à la sécurité apportée par leur vaccination, des freins persistent : des vaccinations acceptées mais partiellement effectuées, une perception erronée des risques sur la santé de la femme enceinte et du nourrisson (« des maladies qui ne seraient pas graves »), une méfiance relative vis-à-vis des effets secondaires.
- Un biais cognitif : recommandation des professionnels de santé de ne pas prendre trop de médicaments pendant la grossesse qui se confronte à une recommandation forte de se faire vacciner.

Source : enquête menée par l'association APSEF (2024)

→ **Les enjeux généraux de la prochaine campagne contre la bronchiolite à VRS**

- **Accompagner la décision et le choix de la décision au cours de la grossesse en écoutant puis informant sur les deux moyens possibles d'immunisation passive mis à disposition vis-à-vis du VRS.** Un rôle fondamental pour les associations et les professionnels de santé. Selon une étude de l'Association pour la prévention des risques de la santé et le bien-être des enfants et futurs parents (APSEF)¹³, l'interlocuteur en qui les femmes ont le plus confiance sur le sujet de l'immunisation est le professionnel de santé (81 %), suivi par : un site internet de confiance tel que ameli.fr ou mpdia.fr (6 %), l'actualité et les médias (5 %).
- **L'importance d'associer les deux parents.**
- **Porter une attention particulière aux personnes de catégories socio-professionnelles plus défavorisées (CSP -),** moins bien informées lors de la dernière campagne et dont on sait par ailleurs qu'elles paient un plus lourd tribut aux infections à VRS (cf étude Epi-PHARE sur l'utilisation de Beyfortus® en ville lors de la première campagne de prévention¹⁴).
- **Mobiliser l'ensemble des acteurs pour une diffusion des messages au plus proche des personnes concernées :** pouvoirs publics, professionnels de santé, médias. Les associations ont également un rôle à jouer pour porter cette communication avec des messages clairs, vulgarisés et validés scientifiquement.

A noter : les **sage-femmes** ont une place privilégiée dans l'accompagnement des femmes enceintes. Il est essentiel que leur information soit aussi complète que possible afin de la transmettre en connaissance de cause aux femmes enceintes en temps voulu.

Les **professionnels de la petite enfance** sont formés aux messages de santé publique (dans les crèches, par exemple). Au-delà, il ne faut pas négliger la formation des « nounous » et **assistantes maternelles**. Ces dernières peuvent être des relais de santé publique efficaces après des parents, en suscitant des interrogations (sur les symptômes, les solutions de prévention) et en portant des messages clairs et vulgarisés auprès des parents. L'association APSEF a entrepris des actions de formation en ce sens.

¹³ Référence : étude menée en 2023 (étude en cours, résultats définitifs à venir).

¹⁴ Utilisation de Beyfortus® en ville lors de la première campagne de prévention (saison 2023-2024) – [Voir le rapport](#)

LA PREVENTION DES INFECTIONS A VRS CHEZ LES ADULTES

Comment renforcer la prévention en France ?

Rappel du contexte : Le virus respiratoire syncytial provoque des infections récurrentes tout au long de la vie. C'est l'une des principales causes d'infections respiratoires chez les personnes âgées et les adultes à risque^{15,16}. Chez les patients de 60 ans et plus, le VRS représente chaque année en France 280 000 infections respiratoires aiguës, 25 000 hospitalisations et 1 800 décès à l'hôpital¹⁷. Le risque d'hospitalisation et de mortalité est similaire à celui de la grippe¹⁸. Des conséquences souvent graves que pourrait empêcher l'arrivée imminente de différents vaccins.

UN LOURD IMPACT INDIVIDUEL ET A L'ECHELLE DE LA SOCIETE

→ Un impact sur la santé individuelle

- Risque plus élevé de forme grave avec une infection respiratoire sévère conduisant à l'hospitalisation, voire en réanimation (exemples : pneumonie sévère, aggravation de certaines pathologies telles qu'une BPCO, un asthme, une insuffisance cardiaque) ;
- Hausse du risque de dépendance chez les personnes âgées en sortie d'hospitalisation (perte d'autonomie).

→ Un lourd impact personnel et collectif (médical, social et économique)

- Des symptômes persistants : fatigue, essoufflement, déséquilibre d'une maladie préexistante, etc. ;
- Impact sur la gestion des activités du quotidien (marcher, faire sa toilette, les courses, etc.) ;
- Apparition ou aggravation d'une dépendance ;
- Impact sur l'activité physique ;
- Impact sur la nature des traitements (recours à l'oxygénothérapie, etc.) ;
- Impact sur la vie sociale et professionnelle ;
- Impact sur les membres aidants de la famille qui doivent aménager leur quotidien.

→ DES « COÛTS » EVITABLES POUR LA SOCIETE

- Des coûts liés à l'hospitalisation, au recours à la réadaptation respiratoire, à la mise en place éventuelle d'un traitement par oxygénothérapie ou encore d'une aide à domicile, etc.
- Des coûts liés aux arrêts de travail générés par une hospitalisation, pour la personne elle-même ainsi que pour son entourage.

A noter : il convient de souligner la place et le rôle, à la fois croissant et fondamental, des personnes de 60 ans et plus au sein de nos sociétés. Lorsque cette population devient vulnérable du fait d'une infection, par exemple une infection à VRS, la société est perdante, à l'échelle de la famille et de la société.

¹⁵ Falsey AR, McElhane J, Beran J, Van Essen GA, Duval X, Esen M, et al. Respiratory syncytial virus and other respiratory viral infections in older adults with moderate to severe influenza-like illness. *The Journal of infectious diseases*. 2014;209(12):1873-81

¹⁶ Belongia EA, King JP, Kieke BA, Pluta J, Al-Hilli A, Meece JK, et al., editors. Clinical features, severity, and incidence of RSV illness during 12 consecutive seasons in a community.

¹⁷ Savic M, et al. Respiratory syncytial virus disease burden in adults aged 60 years and older in high-income countries: A systematic literature review and meta-analysis. *Influenza Other Respir Viruses* 2023; 17(1):e13031.

¹⁸ Maggi S, et al. Rate of Hospitalizations and Mortality of Respiratory Syncytial Virus Infection Compared to Influenza in Older People: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Vaccines (Basel)* 2022; 10(12):2092.

QUI SERA VACCINE ?

Sous réserve des recommandations qui seront émises et rendues publiques courant juillet 2024 par la HAS, les personnes seniors et celles avec comorbidités (insuffisance respiratoire, rénale, cardiaque, diabète) ou présentant un système immunitaire affaibli devraient être visées en priorité par la vaccination contre le VRS. Il s'agit des personnes les plus à risque de développer une forme sévère, conduisant à une hospitalisation.

PREVENTION VRS CHEZ L'ADULTE ET LES SENIORS : QUELS ENJEUX ?

Une réelle prise de conscience est observée au niveau du gouvernement et des autorités de santé.

Jusqu'à il y a peu (période « Covid-19 »), la bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans était l'unique indicateur de l'épidémie de VRS. A l'heure actuelle, le Bulletin hebdomadaire « sentinelle » publié par Santé publique France en période épidémique porte sur les infections respiratoires aiguës. Aller plus loin dans la reconnaissance de ces infections respiratoires dans ces différents contextes est nécessaire (en ville, aux urgences, à l'hôpital, dans les EHPADs), mais aussi selon les différentes tranches d'âges.

- **Accentuer le nombre de dépistages virologiques, en ambulatoire, pour une médecine de ville de plus grande précision.** Les données sont peu nombreuses en France car le VRS était très peu recherché chez l'adulte de manière systématique. Au niveau des données de l'Assurance maladie, au contraire de la bronchiolite de l'enfant qui est très bien cotée par les pédiatres au niveau de la Sécurité sociale, chez l'adulte la cotation est moins claire : « exacerbation de BPCO », « infection respiratoire », « bronchite », « pneumopathie ». De plus, l'agent infectieux n'est pas forcément spécifié. Ce manque de recherche s'expliquait aussi probablement par l'absence de prévention spécifique à proposer à ces patients. En cours d'hospitalisation, le VRS étant recherché de manière beaucoup plus systématique, plus de données seront désormais disponibles.

Enfin, l'intérêt s'est fait jour de **disposer de données chez les sujets vivant en EHPADs**, ces personnes n'étant pas forcément hospitalisées. En effet, la probabilité d'épidémie de VRS dans ces établissements (collectivités semi-closes) est forte. Tester ces populations en présence d'infections respiratoires aiguës permettrait d'en prendre la véritable mesure.

Avoir à disposition, à tous les niveaux des soins, des tests rapides, est fondamental pour évaluer la prévalence des virus et les identifier, en particulier le VRS.

- **Renforcer la pédagogie, l'information autour du VRS qui reste encore aujourd'hui « abstrait » pour le grand public** (Qu'est-ce que c'est ? Quels risques à l'échelle individuelle ?), en luttant notamment contre les idées reçues persistantes. Le VRS reste dans l'esprit du public aujourd'hui, à tort, considéré comme une maladie infantile (bronchiolite = VRS = nourrisson). Le VRS concerne aussi les personnes ayant des facteurs de risque et / ou seniors.
- **Arguments à présenter aux seniors** : s'adresser aux personnes en tant que grands-parents : « *En vous protégeant, vous vous protégez, vous, mais aussi vos petits-enfants* ».
- **Une mobilisation collective** : soignants, associations de patients doivent mener un travail de terrain et de proximité au plus proche du public. Les associations peuvent relayer les messages de santé publique, diffuser une information validée par des professionnels.

- **Mettre la « santé publique » à la portée de tous**, ce concept peut paraître encore abstrait. Lui accorder une place importante dans notre culture et la rendre accessible à tous doit être une priorité. « La qualité de la vie et une vie de qualité » est une aspiration partagée par chaque individu, groupe familial et par l'ensemble de la population. C'est un levier sur lequel agir en termes de communication.

[TABLE RONDE A REVOIR EN REPLAY SUR CE LIEN](#)



A propos de l'association Santé respiratoire France

L'association Santé respiratoire France rassemble près de 5000 adhérents, patients, aidants et professionnels de santé. Elle contribue, par ses actions, à améliorer la prise en soins et la qualité de vie des 10 millions de personnes touchées par les maladies respiratoires chroniques en France et celle de leurs proches. *Ses missions sont d'alerter l'opinion et les pouvoirs publics, d'informer et de rassembler.*

Son site internet : <https://sante-respiratoire.com/>

Table ronde organisée avec le soutien institutionnel des laboratoires GSK et Sanofi, partenaires de l'association Santé respiratoire France et signataires de sa charte éthique.