



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



RETOUR D'EXPERIENCE SUR LA CAMPAGNE CONTRE LE VRS EN ÎLE DE FRANCE 2024-2025

11 septembre 2025

Introduction

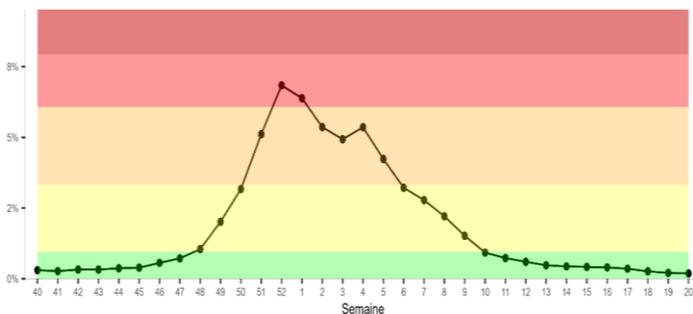
Point épidémiologique

Bronchiolite / VRS

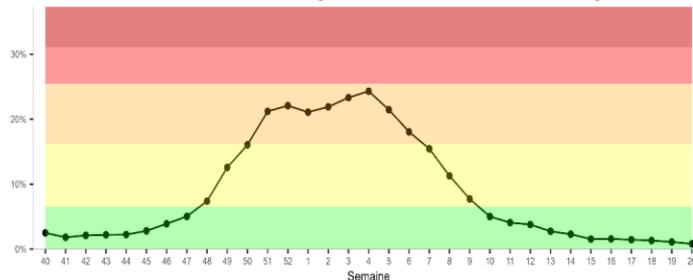
Saison 2024-2025

Part d'activité pour grippe/syndrome grippal tous âges

Aux urgences (OSCOUR®)

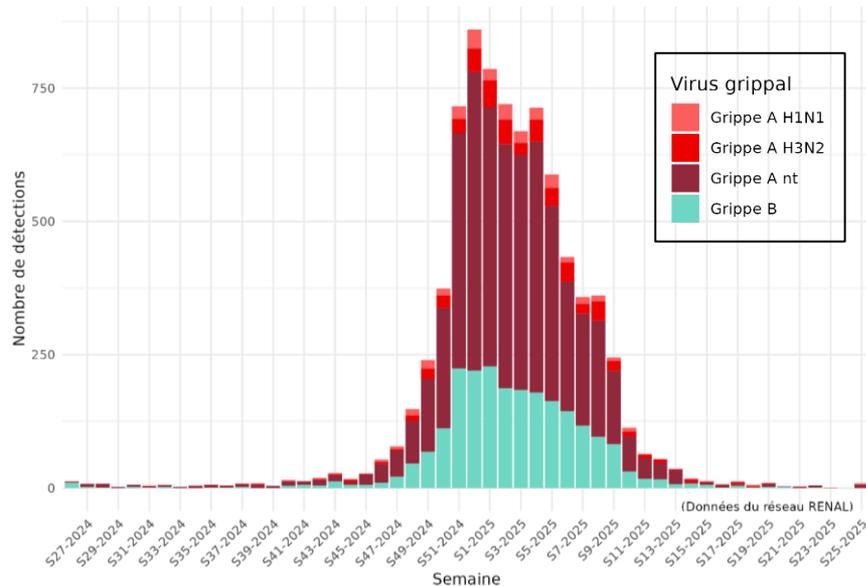


En ville (SOSmedecins®)



Niveau d'intensité ■ Niveau de base ■ Faible ■ Modéré ■ Elevé ■ Très élevé

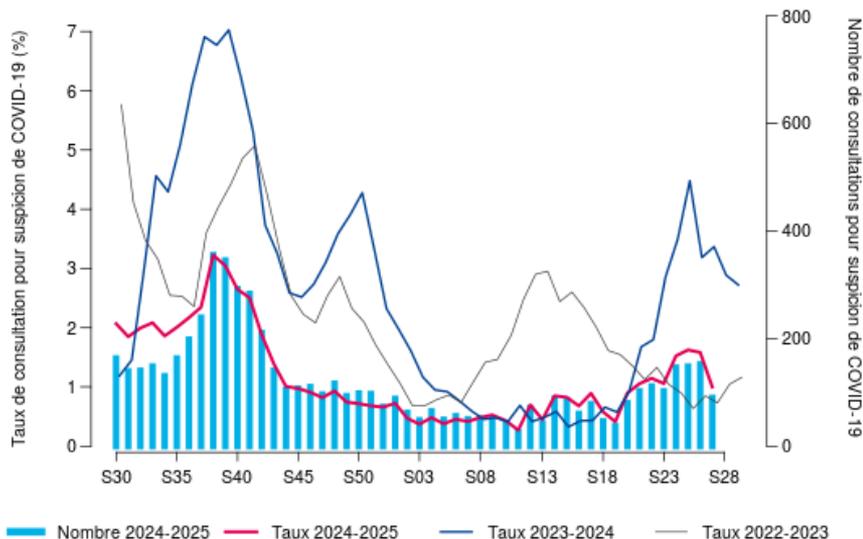
Nombre de détections de virus grippal par type et sous-type, IDF (Réseau RENAL)



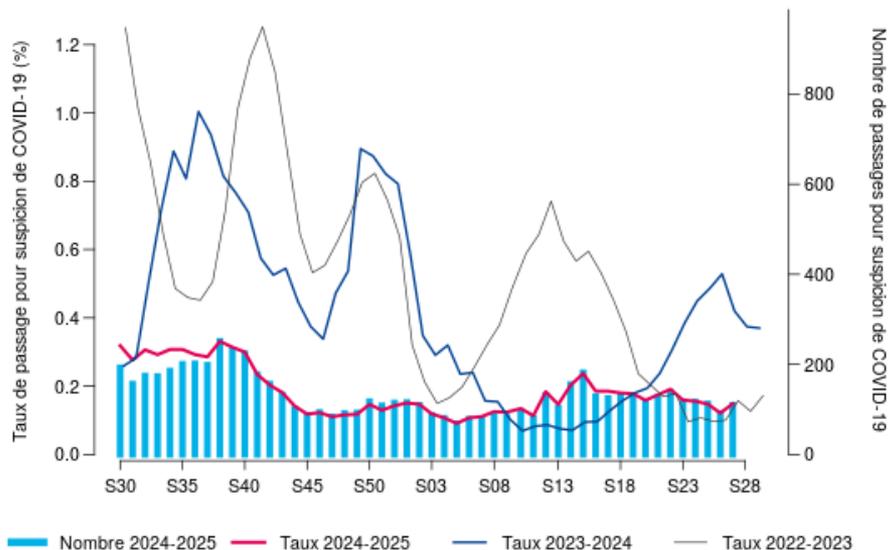
Pathologies hivernales : COVID (2024-2025)

Evolution hebdomadaire du nombre d'actes (axe droit) et proportion d'activité (axe gauche) pour COVID-19 tous âges, Île-de-France, 2022-2025

En ville (SOSmedecins®)

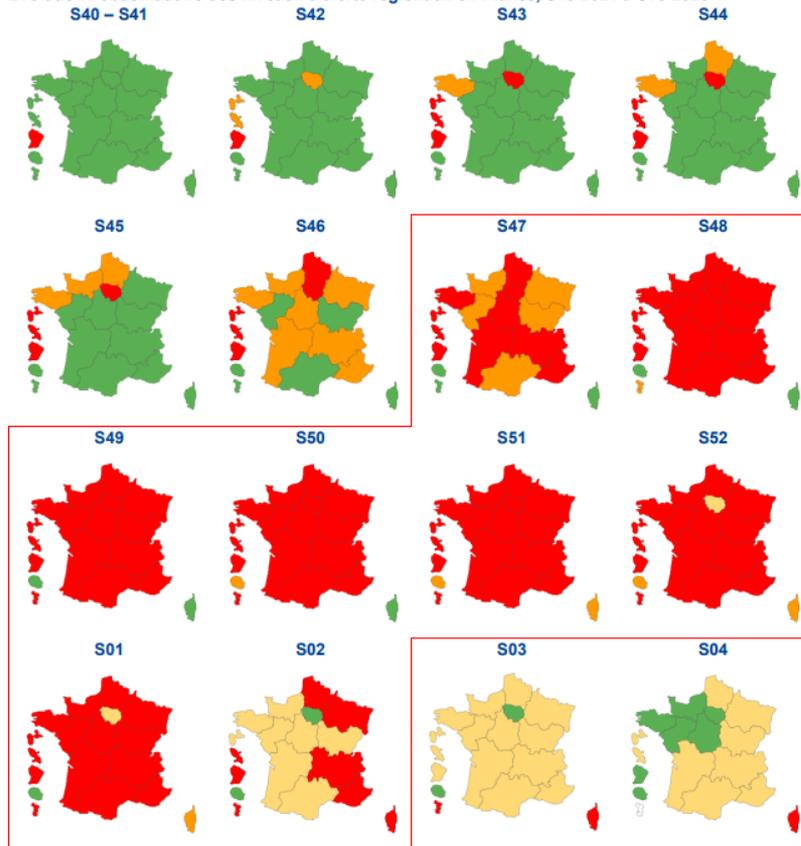


Aux urgences (OSCOUR®)



Bronchiolite (2024-2025)

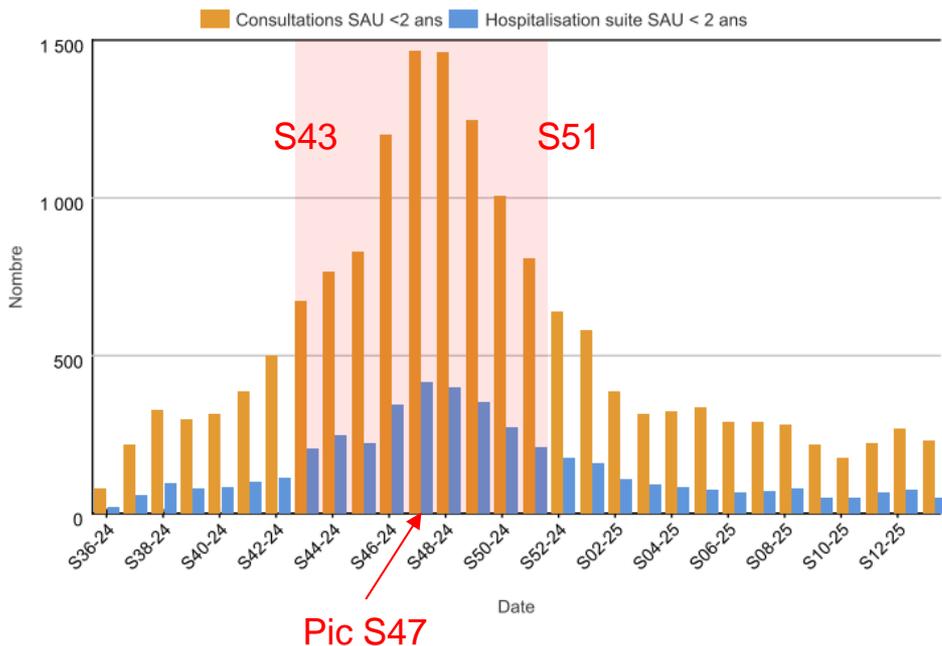
Evolution hebdomadaire des niveaux d'alerte régionaux en France, S40-2024 à S15-2025



2024-2025 épidémie précoce en
Île-de-France comparativement aux
autres régions françaises

← Période épidémique
nationale

Nombre de consultations aux urgences et de d'hospitalisation après passage (<2 ans ; OSCOUR®)

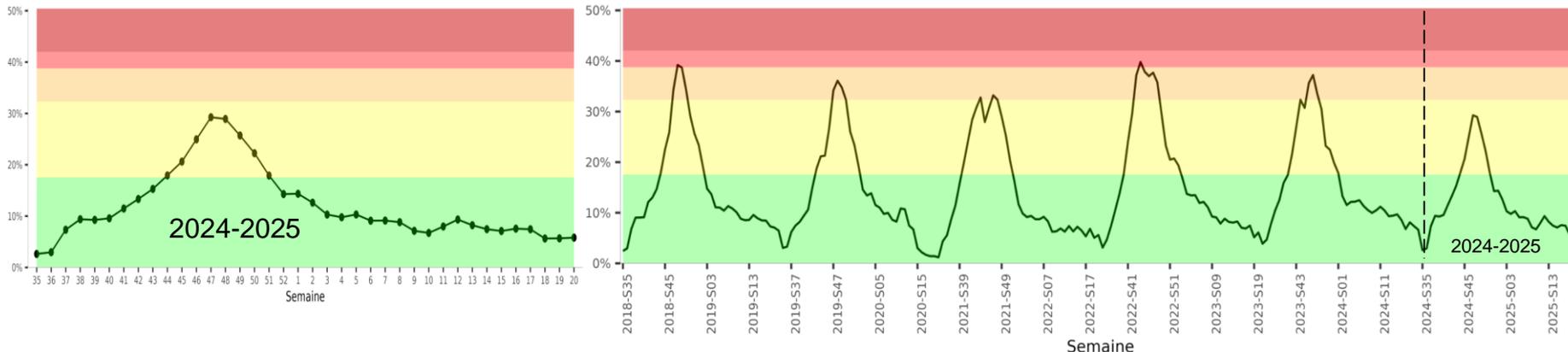


Saison	Début épidémie	Fin épidémie	Durée
2017-18	S43	S52	10
2018-19	S45	S03	11
2019-20	S43	S02	10
2020-21	S05	S14	10
2021-22	S40	S01	14
2022-23	S40	S52	13
2023-24	S40	S52	13
2024-25	S43	S51	9

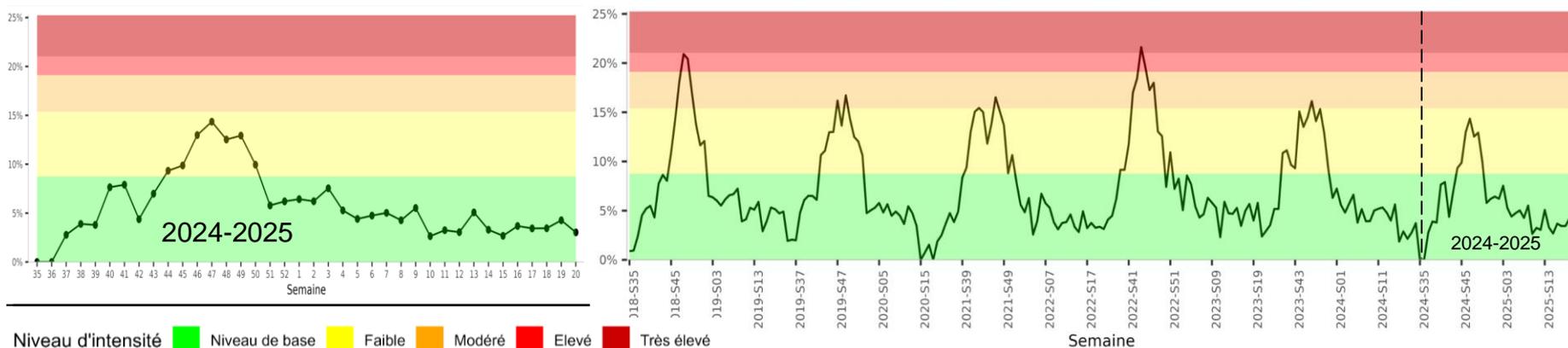
Bronchiolite moins de 2 ans (OSCOUR®)	Période épidémique 2024-2025	Période épidémique 2023-2024	Période épidémique 2022-2023
Total SAU	9 452	12 378	14 700
Moyenne hebdo SAU	1 050	1 375	1 633
Max hebdo SAU	1 466	1 898	2 396
Total hospitalisation	2 659	3 312	4 463
Moyenne hebdo hospitalisation	295	368	496
Max hebdo hospitalisation	414	510	712

Bronchiolite (2024-2025)

Part d'activité Bronchiolite aux urgences (<1 an ; OSCOUR®)



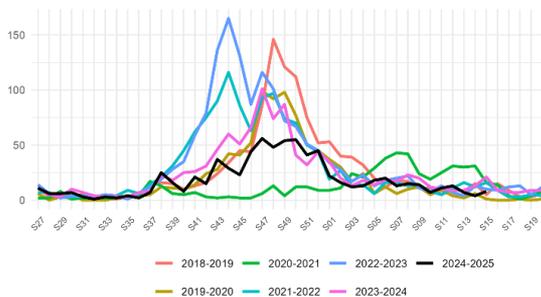
Part d'activité Bronchiolite en ville (<1 an ; SOSmedecins®)



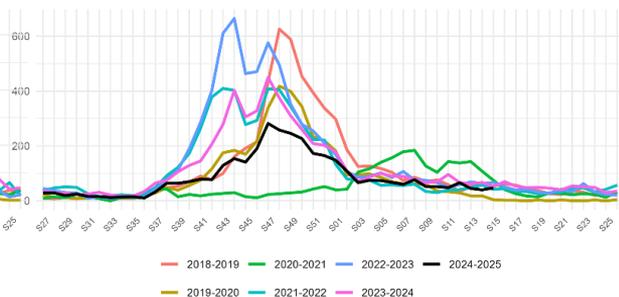
Bronchiolite (2024-2025)

Nombre de passages aux urgences par classe d'âge IDF

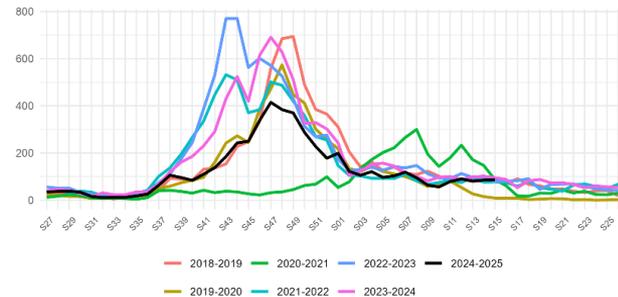
< 1mois mois



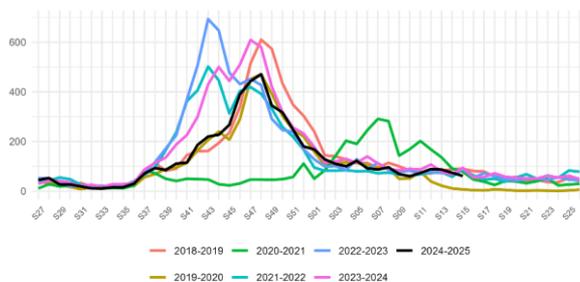
1-2 mois



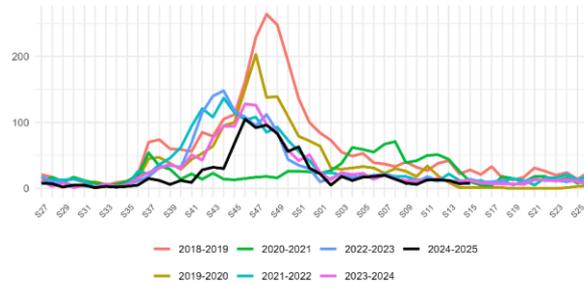
3 – 5 mois



6 – 11 mois



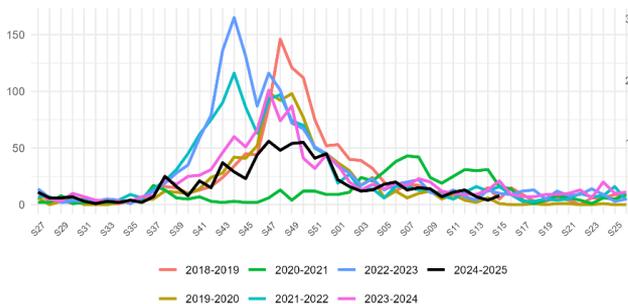
12 – 23 mois



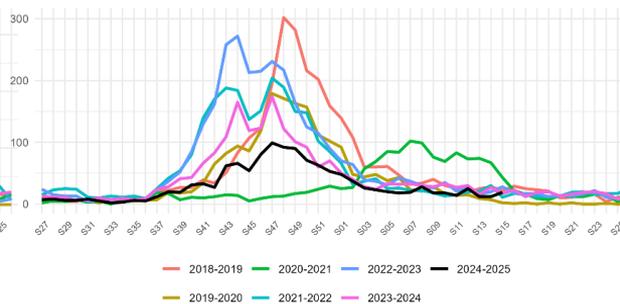
Bronchiolite (2024-2025)

Nombre d'hospitalisations après passage aux urgences par classe d'âge

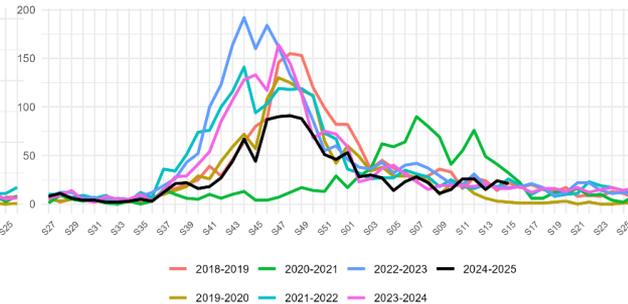
< 1mois



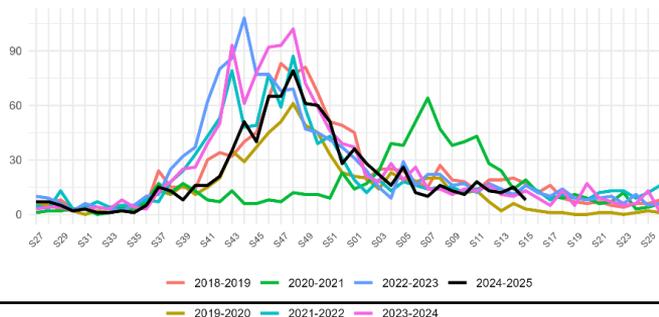
1-2 mois



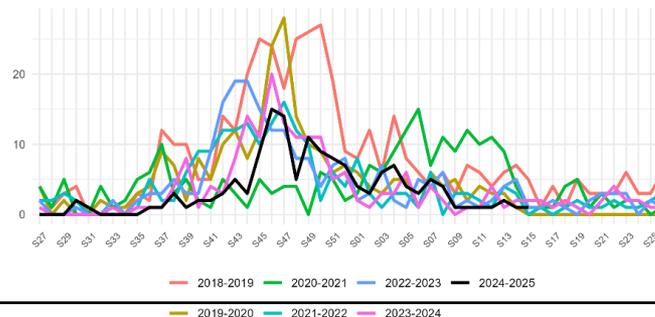
3 – 5 mois



6 – 11 mois

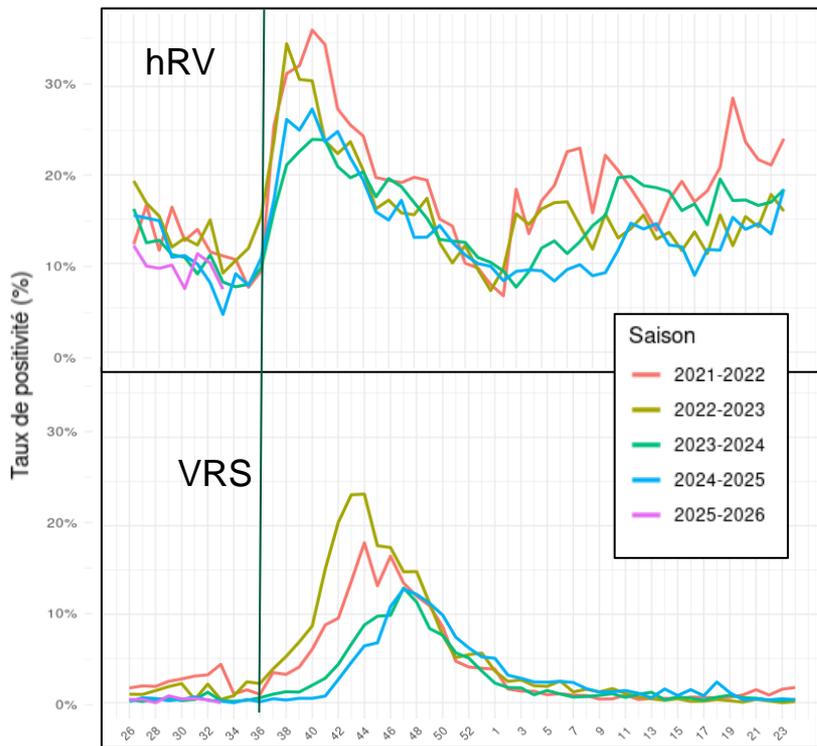


12 – 23 mois



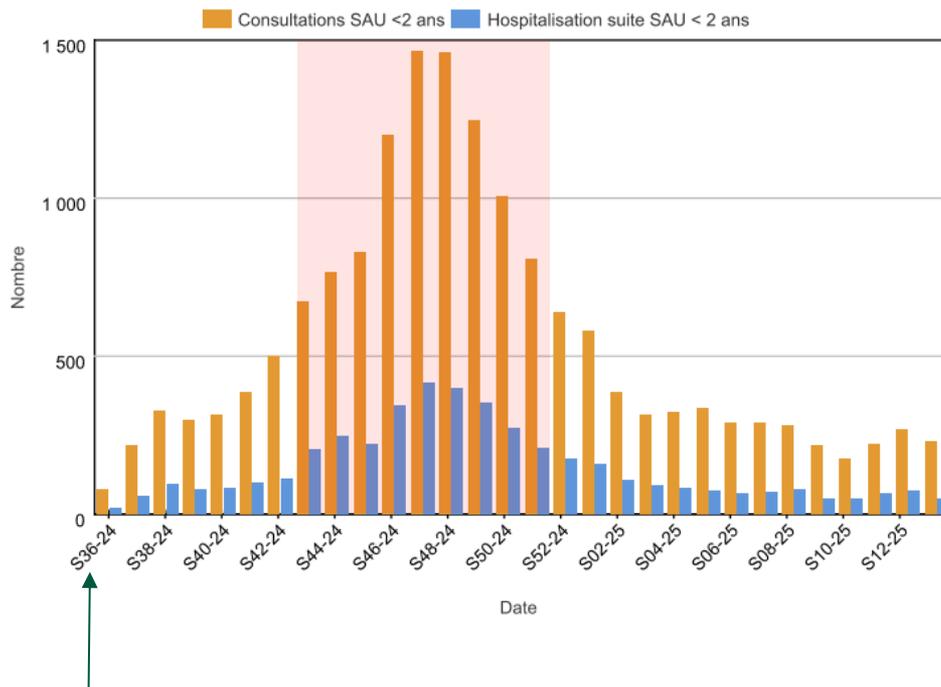
Bronchiolite (2024-2025)

Détection virale en milieu hospitalier (Réseau RENAL)



Rentrée scolaire

Nombre de consultations aux urgences et de d'hospitalisation après passage (<2 ans ; OSCOUR®)



Rentrée scolaire

Pour la saison à venir et pour aller plus loin

Point Épidémiologique Hebdomadaire : résumé hebdomadaire de la **situation épidémiologique en Île de France**. Dans sa version hivernale on retrouve la surveillance des principales pathologies hivernales dont la bronchiolite.

<https://www.santepubliquefrance.fr/regions/ile-de-france/publications/#tabs>

Bulletin national des IRA : pendant la saison hivernal, il résume chaque semaine la **situation concernant les IRA à l'échelle nationale**.

<https://www.santepubliquefrance.fr/recherche/#search=Infections%20respiratoires%20aigues&themes=maladies%20et%20infections%20respiratoires&publications=donn%C3%A9es®ions=Nationale>

Bilan de la saison hivernal IRA : résumé de la saison hivernale passée concernant les IRA à l'échelle nationale.

<https://www.santepubliquefrance.fr/recherche/#search=Infections%20respiratoires%20aigues&themes=maladies%20et%20infections%20respiratoires&publications=donn%C3%A9es®ions=Nationale>

Bulletin Santé publique France

Point épidémiologique hebdomadaire Île-de-France

Point hebdomadaire de veille et surveillance sanitaires
Date de publication : 20 août 2025
ÉDITION ÎLE-DE-FRANCE

Semaine 33 (du 11 au 17 août 2025)

SOMMAIRE

Points clés et de vigilance	1
Actualités	2
Dangers, étiologies et sites - Surveillance renforcée	3
SARS-COV-2/COVID-19	4
Morbidité	5
Sources et méthodes	6

Points clés et de vigilance

Actualités

Au 18 août 2025, 148 nouveaux cas de transmission autochtone ont été identifiés en France métropolitaine, 27 de métropole/121 cas au total et 17 de métropole/112 cas. Ces données se situent dans les régions PACA, Corse, Occitanie, Île de France, Grand Est, Nouvelle Aquitaine et Bourgogne-Franche-Comté, ainsi que dans les départements régionaux à l'origine de la première transmission autochtone d'actives identifiées (2).

148 cas autochtones de COVID-19

COVID-19

157 cas autochtones de COVID-19

Infections à virus West Nile

1 cas autochtone d'infection à virus West Nile ont été identifiés en Île-de-France dans le département de la Seine-Saint-Denis, il s'agit de la première identification de transmission locale autochtone de West Nile en Seine-Saint-Denis, et plus largement en Île-de-France (communiqué de presse du 18/08/25) (3).

COVID-19

Les affluents de passages aux frontières et d'aires d'arrêt COVID-19 dédiées pour suspicion de COVID-19 étaient en ligne expérimental et conformément aux protocoles en vigueur de veille de 12 ans.

Actualités

La période des vacances d'été correspond à la période où la région d'observation de l'activité est la plus faible. Le traitement de l'été des pathologies autochtones est partielle en raison de la période de fermeture des frontières, avec un impact direct sur la période de la surveillance pendant le week-end. L'été représente de nombreux établissements de soins qui ferment à l'été, ce qui peut avoir un impact sur la surveillance.

Conclusion

En septembre 2025, l'ensemble de la région Île-de-France a connu un épisode de vigilance renforcée orange qui s'est terminée le 19 août.

Données sur la campagne d'immunisation de 2024-2025 en établissement de santé

LES CHIFFRES CLÉS EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE – BEYFORTUS®

Campagne 2023-2024

51 429 accouchements sur toute la durée de la campagne d'immunisation¹

Livraison de 41 835 doses de Beyfortus® par le laboratoire aux établissements sanitaires

77,4% des nouveau-nés sont immunisés en maternité sur la région Île-de-France³

Campagne 2024-2025

57 877 accouchements sur toute la durée de la campagne d'immunisation²

Injection de 33 523 doses de 50 mg et 236 doses de 100mg par les établissements sanitaires

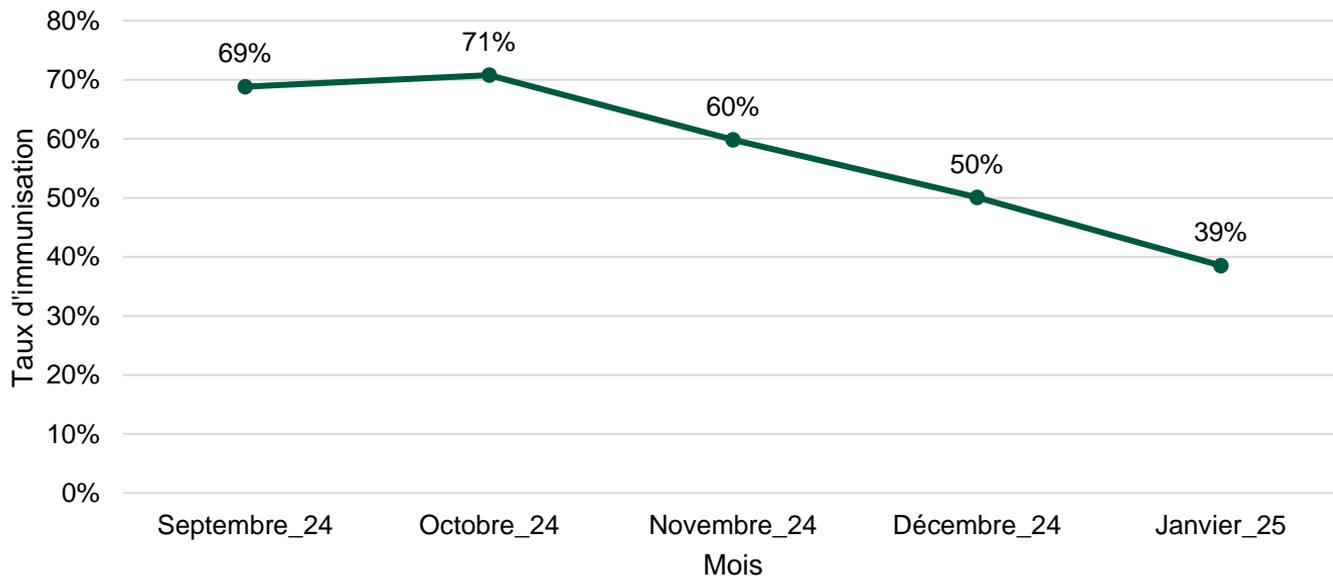
58% des nouveau-nés sont immunisés en maternité sur la région Île-de-France³

¹Données du PMSI de mi-septembre 2023 à mi-janvier 2024. ²Données du PMSI de mi-septembre 2024 au 31 janvier 2025

³Les données d'immunisation sont théoriques.

EVOLUTION DES INJECTIONS DE BEYFORTUS® EN ETABLISSEMENT DE SANTE

Evolution du taux d'immunisation par Beyfortus® en maternité selon le mois



Octobre : ajout du vaccin Abrysvo® dans le calendrier vaccinal

DONNÉES DÉPARTEMENTALES EN ETABLISSEMENT DE SANTE POUR LES BEYFORTUS 50MG

- Les taux d'immunisation présentent des **différences significatives** selon les départements, mais aussi au sein des départements.
- **Ces données sont à mettre au regard des données de vaccination des femmes enceintes.**

Dpt	Somme du nb accouchement*	Somme d'injection de Beyfortus® 50mg	Taux d'immunisation	Ecart-type
75	14 419	8 776	61%	18%
77	5 084	3 280	65%	15%
78	5 233	3 338	64%	14%
91	4 609	3 409	74%	23%
92**	8 069	4 460	55%	22%
93	6 897	3 770	55%	17%
94**	5 745	2 597	45%	24%
95	6 598	3 893	59%	11%
Total	56 654	33 523	59%	19%

DONNÉES PAR STATUTS EN ETABLISSEMENT DE SANTE

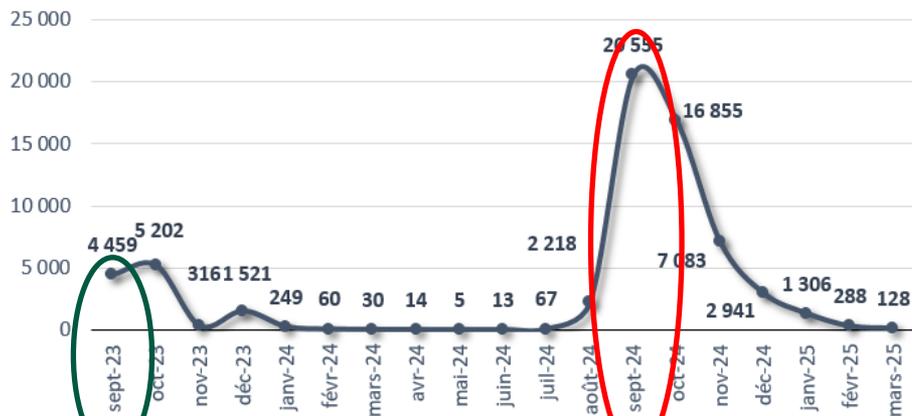
- Les taux d'immunisation ne présentent pas des différences significatives selon les statuts d'ES sauf pour les ES publics hors AP-HP qui présentent un taux d'immunisation supérieur à la moyenne régionale

Statuts ES	Somme du nb accouchement*	Somme d'injection de Beyfortus® 50mg	Taux d'immunisation	Ecart-type
AP-HP	14 067	7 815	56%	28%
Public hors AP-HP**	27 437	17 487	64%	12%
Privé	7 643	4 256	56%	17%
ESPIC	7 507	3 965	53%	15%
Total	56 654	33 523	59%	19%

Délivrances de Beyfortus® - circuit ville

Périmètre : délivrances mandatées de août 2023 à mars 2025
Bénéficiaires franciliens RG ; prescripteurs et officines France entière

Délivrances de Beyfortus mensuelles en Ile-de-France (tous dosages)



➔ Début de la disponibilité pour les ES et en ville uniquement pour rattrapage

➔ Début de la campagne d'immunisation

Sur l'ensemble de la campagne, plus de 51 000 D de Beyfortus® délivrées en ville reposant à plus de 70% sur les mois de septembre et octobre (message francilien aux parents d'enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2024 sur la possibilité d'une administration du B en ville depuis le 29/08/2024) VS 11 837 sur la campagne précédente (s'expliquant par le circuit d'accès spécifique en 2023/2024)

Délivrances de Beyfortus® - circuit ville

Périmètre : délivrances mandatées de août 2023 à mars 2025

Bénéficiaires franciliens RG ; prescripteurs et officines France entière

Volume total de boîtes 50 mg :

10 852 (campagne 2024)

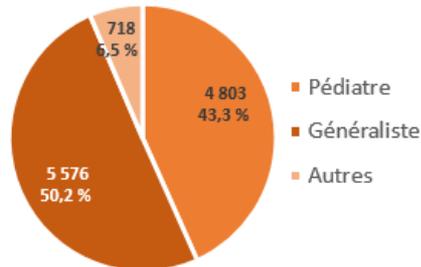
245 (campagne 2023)

Part de boîtes 50 mg :

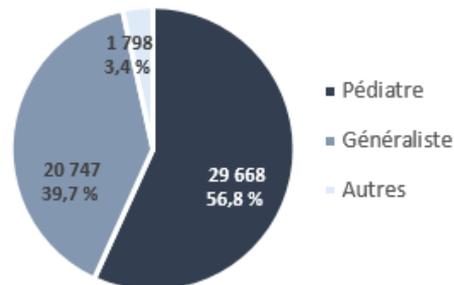
21 % (campagne 2024)

2 % (campagne 2023)

Répartition du volume de boîtes 50 mg
selon la spécialité du prescripteur
Cumul campagnes 2023/2024



Répartition du volume de boîtes 100 mg
selon la spécialité du prescripteur
Cumul campagnes 2023/2024



Volume total de boîtes 100 mg

:

40 621 (campagne 2024)

11 592 (campagne 2023)

Part de boîtes 100 mg :

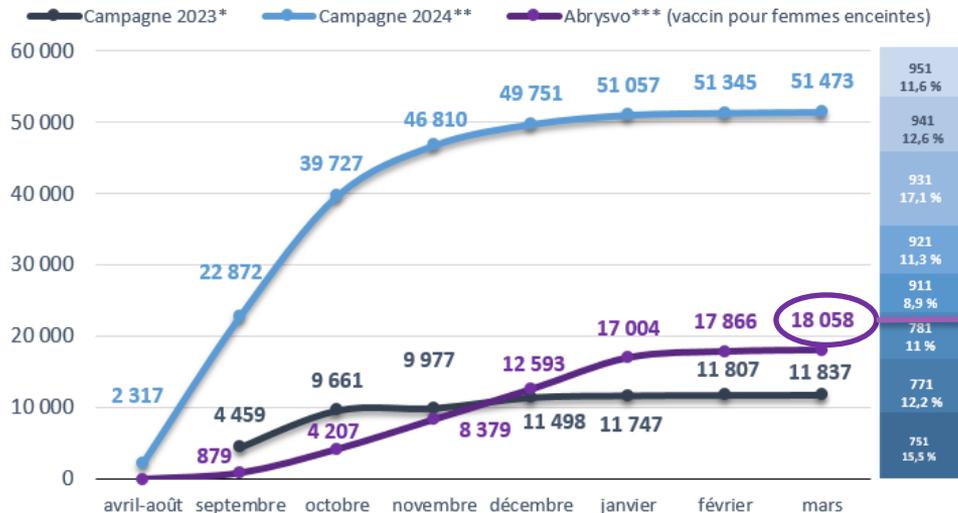
79 % (campagne 2024)

98 % (campagne 2023)

Délivrances de Beyfortus® et abrysvo® - circuit ville

Périmètre : délivrances mandatées de août 2023 à mars 2025
Bénéficiaires franciliens RG ; prescripteurs et officines France entière

Délivrances cumulées en Ile-de-France et répartition globale par département du bénéficiaire



Rappel : publication d'une recommandation concernant l'intégration du nouveau vaccin **Abrysvo®** dans la stratégie de prévention chez le nourrisson des infections par le VRS par la HAS le **13 juin 2024**, suivie d'une **AMM en aout 2024**.

17%

→ Taux de franciliennes enceintes ayant reçu une délivrance (en ville) d'un vaccin Abrysvo®, en fin de campagne (mars 2025)

→ Attention, plusieurs biais dans le calcul de ce taux

DONNEES GLOBALES SUR LA CAMPAGNE 2024-2025

Sur l'ensemble de la campagne :

- 58% des nouveau-nés ont été immunisés par Beyfortus® en maternité à partir du 15 septembre 2024
- Environ 40% des enfants nés entre le 1^{er} janvier 2024 et le 14 septembre 2024 ont été immunisés en ville
- Environ 17% des femmes enceintes ont été immunisées en ville

Au global, environ **80% de la population éligible a été protégé au moyen d'une prévention médicamenteuse.**

Retour d'expérience et littérature

Loïc de PONTUAL

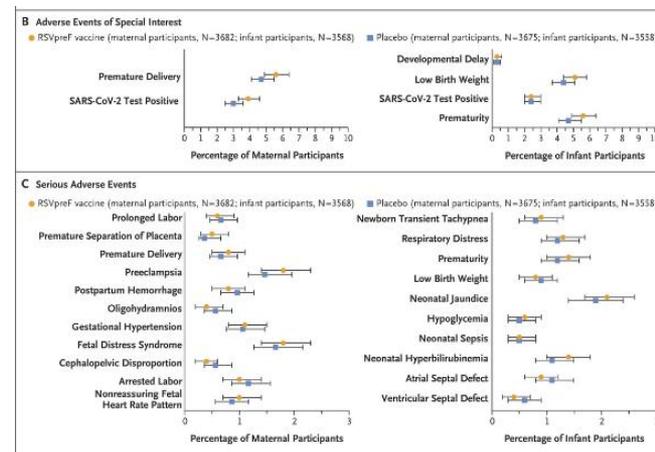
Chef de service de Pédiatrie

Hôpital Jean Verdier, Bondy (APHP)

Vaccination maternelle Abrysvo®

Analyse à 6 mois	Placebo (n=3563), n (%)	RSVpref (n=3585), n (%)	Favours RSVpref	Efficacité vaccinale % (95% CI)
Bronchiolites à VRS	132 (3.7)	67 (1.9)		49.2 (31.4, 62.8)
Bronchiolites sévères à VRS	70 (2.0)	21 (0.6)		70.0 (50.6, 82.5)
Hospitalisations	47 (1.3)	21 (0.6)		55.3 (23.8, 74.6)

- Les pourcentages de femmes ayant rapporté des événements systémiques **dans les 7 jours suivant l'injection étaient similaires dans les deux groupes, à l'exception des douleurs musculaires** (27 % des receveurs du vaccin par rapport à 17 % des patients ayant reçu le placebo) **et des céphalées** (chez 31 % contre 28 %, respectivement)
- Les **EI maternels signalés dans le mois suivant la vaccination étaient similaires** dans le groupe vacciné (13,8%) et dans le groupe placebo (13,1%)
- Aucun événement indésirable grave** chez les nourrissons n'a été considéré par les investigateurs comme étant lié au vaccin.



BERNI (Argentine)

Taux de couverture

Le vaccin a été administré aux femmes enceintes entre 32 et 36 SA dans le cadre de la stratégie de vaccination maternelle contre le VRS argentine.¹

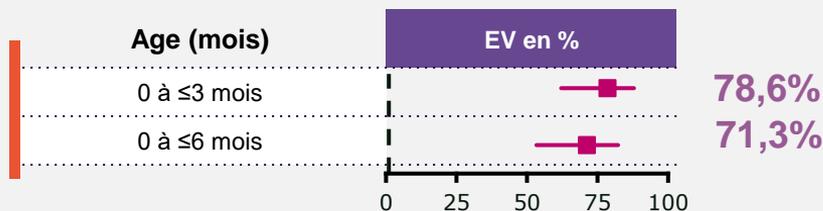
146 885 femmes enceintes ont été vaccinées en Argentine entre mars et la fin de l'année 2024, soit un **taux de couverture :**

62,5%²

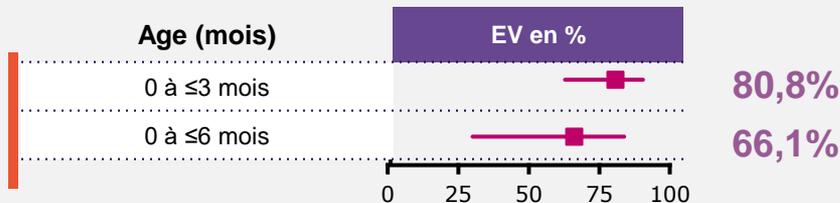


Efficacité en vie réelle (2 études)

BERNI est une étude rétrospective cas-témoins avec un design test-négatif
Efficacité du vaccin RSVpreF contre les hospitalisations pour IVRI-VRS¹ :



Etude de cohorte rétrospective, hospitalière et multicentrique.
Efficacité du vaccin RSVpreF contre les hospitalisations pour IVRI-VRS² :



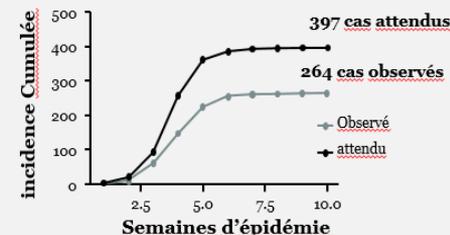
Impact de santé publique*

Etude de cohorte rétrospective, hospitalière et multicentrique.

Réduction des hospitalisations liées au VRS en 2024 vs les saisons précédentes :

33,6%

(IC 95% 29.5-37.2) **parmi les enfants âgés de < 6 mois²**



Efficacité en vie réelle de nirsevimab sur les hospitalisations pour bronchiolites à VRS

Efficacité en vie réelle sur les hospitalisations

Inclusion de tous les **enfants de <12 mois** hospitalisés pour bronchiolite dans l'un des 12 centres participatifs du réseau français OVNI

Cas = Test PCR ou test antigénique rapide positif au VRS

Contrôles = Test PCR ou test antigénique rapide négatif au VRS

1270 patients: 830 cas, 440 contrôles

Efficacité du nirsevimab sur les hospitalisations pour bronchiolites à VRS :

84,9 % (IC à 95% : 80.0-88.7)

Analyses par sous-groupes :

- Chez les < 3 mois : 86.4% (79.6-91.0)
- Chez les ≥ 3 mois : 83.2% (74.2-89.1)
- ≥ 1 facteur de risque pour bronchiolite sévère : 87.2% (38.9-97.3)
- Patients admis en soins intensifs
- Oxygénothérapie
- Ventilation non invasive



Effectiveness of the second implementation season of nirsevimab on pediatric emergency visits for RSV-bronchiolitis during an RSV-B outbreak, the OURSYN study



Lengart L(1,2), Levy C(3,4,5,6), Basmaci R(2,6,7), Leveux K(6,8), Kramer R(9), De Mari K(9), Bechet S(3), Launay E(6,8), Cohen L(7), Aupiais C(6,10), De Pontual L(6,10), Rybak A(3,6,11), Ouldali N(2,6,12), Cohen R(3,4,5,6).

Context

Bronchiolitis, mostly due to RSV, is one of the leading reason for pediatric emergency department (PED) visits¹. Recent genome sequencing studies of RSV in children immunized by nirsevimab revealed no resistance mutation in RSV-A but few in RSV-B². RSV-B was predominant during the 2024-2025 season in France, so we aimed at estimating the effectiveness of nirsevimab on emergency visits for RSV-bronchiolitis during the first two years of implementation.

Methods

We conducted a test-negative design study based on data from the prospective multicenter OURSYN study³. We included infants younger than one-year-old, diagnosed with a first episode of bronchiolitis, presenting to PEDs across France, during the first (2023-2024) and the second (2024-2025) season of nirsevimab implementation, and undergoing a nasopharyngeal sample for RSV testing. The main outcome was the RSV status among bronchiolitis cases during the second implementation season. We performed a multivariate logistic regression with nirsevimab status as the explanatory variable and adjusted on: sex, age, underlying chronic disease, prematurity, type of childcare, month and center of inclusion. For each season, we calculated the effectiveness: $100 \times (1 - \text{adjusted odds-ratio})$ and performed a range of sensitivity analyses to test the robustness of our findings. For each season, we performed subgroup analyses by age-groups (< 3 months, ≥ 3 months), and severity (hospitalization or need for respiratory support).

Fundings: This research received fundings from Sanofi and AstraZeneca.

1. [Lengart L, et al. Lancet Child Adolesc Health. 2023](#)
2. [Lengart L, et al. Lancet Child Adolesc Health. 2024](#)
3. [Lengart L, et al. Lancet Child Adolesc Health. 2024](#)

Results

	2023-2024		2024-2025	
	RSV-positive	RSV-negative	RSV-positive	RSV-negative
Total number of patients	273	111	181	71
Median age in month (Q1-Q3)	3.3 [2.5-5.1]	2.1 [1.0-4.6]	3 [1.4-5.0]	2.7 [1.0-6.0]
Sex ratio (Male/Female)	1.1	2	1.2	0.9
Born preterm, N (%)	11 (4.0)	9 (8.2)	9 (4.9)	13 (18.3)
Median gestational age in weeks (Q1-Q3)	34 [32-35]	35 [33-36]	36 [35-36]	32 [30-35]
Underlying chronic disease, N (%)	12 (4.3)	10 (9.0)	8 (4.4)	6 (8.4)
Severity				
- Hospitalization, N (%)	229 (83.8)	81 (72.9)	160 (88.4)	62 (87.3)
- Oxygen therapy, N (%)	166 (60.8)	44 (39.6)	87 (48.0)	32 (45.0)
- Ventilatory support, N (%)	58 (21.2)	20 (18.0)	34 (18.7)	11 (15.4)
Nirsevimab exposure, N (%)	27 (9.8)	51 (45.9)	35 (19.3)	49 (69.0)

Table 1: Characteristics of bronchiolitis cases during the first and the second season of implementation of nirsevimab in France.

Conclusion: Although, RSV-B was predominant during the 2024-2025 season, nirsevimab effectiveness was estimated at 89,3% [77,8-95,1], thus remaining very high in the PED setting in France.

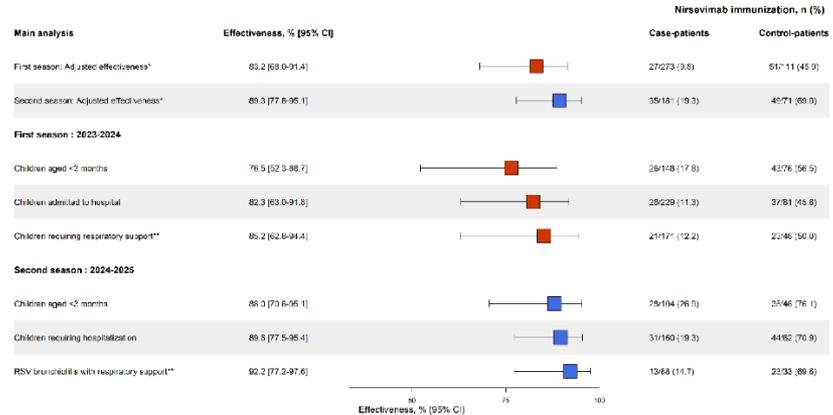


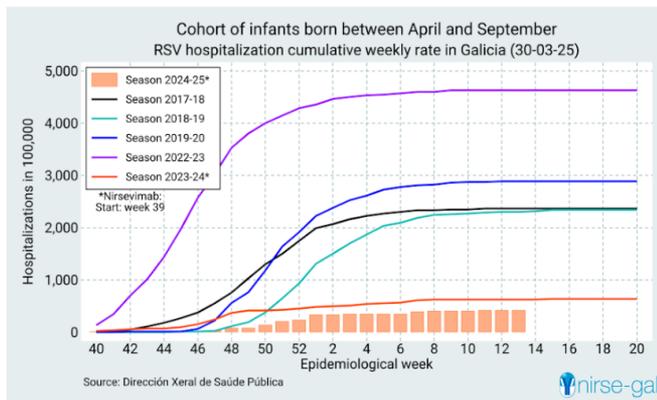
Figure 1: Effectiveness of nirsevimab against RSV bronchiolitis presenting to pediatric emergency departments during the first and the second season of nirsevimab implementation.

1 Pediatric emergency department, Robert Debré Hospital, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, France
2 IAME/INSERM UMR 1137, Paris Cité University, Paris, France
3 Association Clinique et Thérapeutique Infantile du Val de Marne (ACTIV), Créteil, France
4 Université de Paris Est, IRRS-GIC GEMRI, Créteil, France
5 Clinical Research Center (CRC), Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil, France
6 Groupe de pathologie infectieuse pédiatrique (GIPP), France
LLL: RK and PDM are Sanofi employees and hold shares or stock options in the company.

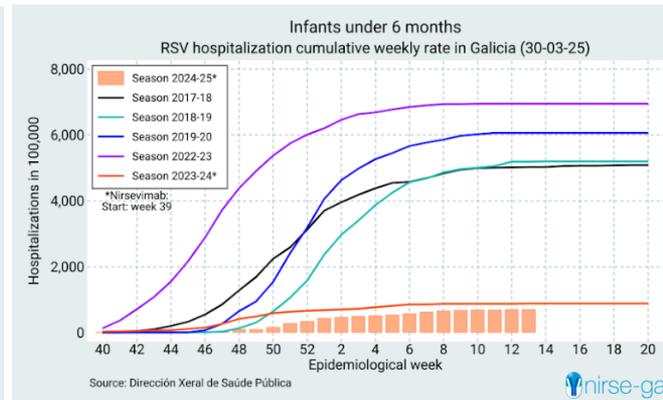
7 Pediatric emergency department, Louis Mourier Hospital, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, France
8 Department of pediatrics, Nantes University Hospital, Nantes, France
9 Sanofi Pasteur, Lyon, France
10 Department of Pediatrics, Jean Verdier Hospital, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, France
11 Department of Pediatrics, Department Women-Mother-Child, Lausanne University Hospital Lausanne, Vaud, Switzerland
12 Department of General Pediatrics, Robert Debré University Hospital, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, France



Enfants nés entre avant septembre couverture: 89,4%



Enfants nés après septembre Couverture: 90,3%



Autres impacts ?

Association between Respiratory Syncytial Virus (RSV) and asthma/wheeze in Swedish children 2006-2023: results from the BRICS study

Olof Martyn¹, Sven Arne Sillversten¹, Malin Ryd Rindén^{1,2}, Mathias Bangert³, Lena Svensson⁴, Emma Lund⁵, Frankiska Fischer⁶, Alexandra Wernberg⁷, Anna Gieritz⁸, Anon Holmgren^{9,10}

¹ Center for Respiratory and Allergy Research, Department of Clinical Medicine, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; ² Department of Respiratory and Allergy, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; ³ Department of Respiratory and Allergy, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; ⁴ Department of Respiratory and Allergy, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; ⁵ Department of Respiratory and Allergy, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; ⁶ Department of Respiratory and Allergy, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; ⁷ Department of Respiratory and Allergy, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; ⁸ Department of Respiratory and Allergy, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; ⁹ Department of Respiratory and Allergy, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; ¹⁰ Department of Respiratory and Allergy, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

Contact details: Olof Martyn | Email: Olof.Martyn@karolinska.se



Impact of RSV immunization on the rate of pediatric acute otitis media: a time-series analysis.

Inès Falli^{1,2,3}, Corinne Levy^{4,5,6}, André Birgy⁷, Stéphane Bechet^{5,6}, Andreas Werner^{5,6}, Christophe Batard^{5,6}, Bruno Franji⁶, Yannis Lassoued^{1,3}, Fabienne Cahn Sellem^{1,4}, Romain Basmaci^{1,4,9}, Florentia Kagueldou⁸, Naim Ouldali^{1,3,4}, Robert Cohen^{4,5,6}

#322; ASSOCIATION BETWEEN ACUTE RESPIRATORY TRACT INFECTIONS IN EARLY CHILDHOOD AND LATER DEVELOPMENT OF ALLERGIC RHINITIS

Emilia Dahl, MD¹, Vargu Elenius, MD¹, Ville Peltola, MD¹, and Laura Toivonen, MD¹

¹Department of Paediatrics and Adolescent Medicine, Turku University Hospital and University of Turku, Turku, Finland

Abstract

BACKGROUND
Little is known about the risk factors in early childhood associated with allergic rhinitis (AR).

METHODS
In this prospective cohort study, we followed 481 children from birth to age 2 years for acute respiratory tract infections (ARTs). AR was defined as symptoms of AR, and sensitization to at least one aeroallergen (IgE > 0.35 kU/l) at age 12 years. We examined the association between ARTs and lower respiratory tract infections (LRTIs) during age 0-2 years and the risk of developing AR until age 12 years.

RESULTS
A total of 123 (25.6 %) children had both symptoms of AR and were sensitized to at least one aeroallergen at age 12 years. LRTIs in early childhood were associated with an increased risk of AR at age 12 years (OR 1.25, 95% CI 1.02-1.53, p=0.03).

CONCLUSIONS
LRTIs in early childhood were associated with an increased risk of AR at age 12 years.

Background

Allergic rhinitis (AR) is a chronic condition where immunoglobulin E (IgE)-mediated reaction to allergen causes allergic symptoms such as nasal congestion, rhinorrhea, sneezing and nasal itching. Approximately 10% of children have a physician diagnosed AR and approximately 20% of children have self-reported AR.¹

Risk factors in early childhood have been studied for asthma^{2,3} but only little is known about the risk factors in early childhood for allergic rhinitis.

Table 1. Baseline characteristics of the cohort children by AR

	Children with AR at age 12 y, n (%)	Children without AR at age 12 y, n (%)	p
Female	51 (41.5)	188 (32.5)	0.34
Parent's AR	57 (78.9)	170 (47.8)	<.001
C-section	19 (15.6)	36 (10.1)	0.10
SGA	5 (3.8)	5 (1.6)	1.00
Breastfeeding	62 (60.8)	184 (62.8)	0.72
Smoking during pregnancy	7 (5.7)	10 (2.8)	0.16
Child siblings	45 (65.5)	184 (51.4)	0.26
Pets	84 (68.3)	257 (71.8)	0.46

* The patient characteristics were compared using the chi-square or Fisher's exact test as appropriate. AR, allergic rhinitis.

Methods

In this prospective cohort study, we followed 481 children from birth to age 12 years. Children were followed from birth to age 2 years for acute respiratory infections (ARIs) and lower respiratory tract infections (LRTIs). Allergic rhinitis (AR) was defined as symptoms of allergic rhinitis and sensitization to at least one aeroallergen at the age of 12 by measuring allergen-specific IgE against aeroallergens birch, mugwort, timothy (polen), cat, dog, horse (dander), Cladobotryum herbarum (mould), Dermatophagoides pteronyssinus (house dust mite). Sensitization was defined as a positive allergen-specific IgE at least for one aeroallergen (IgE > 0.35 kU/l). We examined the association between ARIs and LRTIs during age 0-2 years and the risk of developing AR until age 12 years using logistic regression analysis.

Results

Of 481 children, 239 (49.7%) were females. A total of 4768 ARIs and 148 LRTIs were documented during the age 0-2 years. The children had a median of 11 (IQR 7-16) ARIs during the age 0-2 years. A total of 123 (25.6 %) children had AR at age 12 years. Of the children who developed AR by age 12 years, 27 (24.3 %) had at least one LRTI in early childhood while of those who did not develop AR, 52 (16.2 %) had at least one LRTI in early childhood. Number of LRTIs in early childhood was associated with an increased risk of AR at age 12 years (aOR 1.28, 95% CI 1.03-1.58, p=0.03). Number of ARIs in early childhood was not significantly associated with increased risk of AR at age 12 years (aOR 1.04, 95% CI 1.00-1.08, p=0.08).

Conclusions

LRTIs in early childhood were associated with an increased risk of AR at age 12 years.

Table 2. Association of respiratory infections with the risk of developing allergic rhinitis by age 12 years

	Unadjusted OR	95% CI	P	Adjusted OR*	95% CI	P
LRTI	1.25	1.02-1.53	0.03	1.28	1.03-1.58	0.03
ARI	1.03	1.00-1.07	0.09	1.04	1.00-1.08	0.08

*Adjusted for sex, siblings and parental AR. ARI, acute respiratory tract infection; LRTI, lower respiratory tract infection.

References

1. Falli I, Cohen R, Werner A, Sellem FC, Birgy A, Werner A, et al. (2023) Association between acute respiratory tract infections and allergic rhinitis in early childhood: a time-series analysis. *BMJ Open* 17:e007308. doi:10.1136/bmjopen-2022-007308
2. Cohen R, Werner A, Sellem FC, Birgy A, Werner A, et al. (2023) Association between acute respiratory tract infections and asthma in early childhood: a time-series analysis. *BMJ Open* 17:e007309. doi:10.1136/bmjopen-2022-007309
3. Cohen R, Werner A, Sellem FC, Birgy A, Werner A, et al. (2023) Association between acute respiratory tract infections and allergic rhinitis in early childhood: a time-series analysis. *BMJ Open* 17:e007310. doi:10.1136/bmjopen-2022-007310



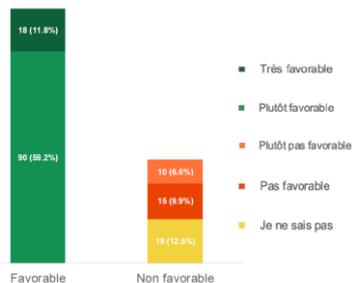
	Overall	Immunized	Not immunized	P-value	RSV+	RSV-	P-value
Response to survey at day 15 (N,%)	309 (50.8)	76 (50.6)	233 (50.8)	0,59	223 (52.3)	84 (46.1)	0,26
Number of sick days (median, Q1-Q3)	10 (7-15)	10 (6-15)	10 (7-15)	0,22	10 (7-15)	7 (4.5-15)	0,56
Persistent symptoms at day 15 (N,%)	215 (69.5)	52 (68.4)	163 (69.9)	0,11	156 (69.9)	57 (67.8)	0,56
Parents absent from work (N,%)	126 (40.7)	27 (35.5)	99 (42.4)	0,03*	98 (43.9)	27 (32,1)	0,04*
Duration of parental absenteeism in days (median, Q1-Q3)	4 (2-6)	3 (1-5)	4 (2-7)	0,38	4 (2-6)	3 (1-6)	0,59

*p-value<0.05

Conclusion :

Ces résultats confirment le lourd fardeau à moyen terme que représente la bronchiolite chez les nourrissons et, par conséquent, la nécessité cruciale de mettre en œuvre à grande échelle l'immunisation avec le nirsevimab afin de réduire le fardeau sociétal lié au VRS.

Beyfortus® NIRSEACCEPT



- Fdep
- Niveau de littératie en santé

Inequalities in Health Impact of Alternative Reimbursement Pathways for Nirsevimab in the United States

Gabriela B. Gomez,^{1,2} Christopher B. Nelson,^{3,2} Christopher Rizzo,^{3,2} Donald S. Shepard,^{4,5} and Sandra S. Chaves^{1,6}

¹Sanoofi, Lyon, France; ²Department of Global Health and Development, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, United Kingdom; ³Sanoofi, Swiftwater, Pennsylvania, USA; and ⁴Heller School for Social Policy and Management, Brandeis University, Waltham, Massachusetts, USA

L'immunisation en maternité réduit les ISS en limitant les différences d'accès aux soins

PMI, Centres de vaccination??

Abrysvo® EPIPHARE

- **Gradient Est-Ouest très marqué**, allant de 8,7 % dans les Alpes-de-Haute-Provence à 46,4 % dans le Finistère.
- **Les femmes vaccinées résidaient plus fréquemment dans une commune socialement favorisée (25,2% vs 18,7%) ou une commune avec un meilleur accès potentiel au médecin généraliste (36,4% vs 31,7%), et étaient moins fréquemment bénéficiaires de la C2S (12,6% vs 25,3%).**
- Parmi les femmes vaccinées par Abrysvo®, 96,1 % avaient également reçu une délivrance pour le vaccin contre la coqueluche, 37,2 % contre la grippe saisonnière et 11,1 % contre la COVID-19 vs 65,5%, 5,4% et 1,5% chez les femmes non vaccinées

Thèse de médecine générale

Par **HABIBI Koucha**

Encadrée par **Dr CHASTANG Julie, Pr DE PONTUAL Loïc**

DUMG Université Paris Cité

Acceptabilité du Nirsevimab® chez les parents de nourrissons éligibles durant la deuxième campagne d'immunisation : une étude descriptive en médecine générale

OBJECTIF DE L'ÉTUDE

Principal

Évaluer l'acceptabilité du Nirsevimab chez les parents de nourrissons éligibles lors de la campagne

Secondaire

Analyser les déterminants de cette acceptabilité :



Motivations



Freins

MATÉRIEL & MÉTHODE



Type d'étude :

- Observationnelle, transversale
- Questionnaires anonymes



Période :

- 15 Novembre 2024 → 31 Janvier 2025



Lieu de recueil :

- Cabinets de médecins généralistes
- Centre de PMI



Population :

- ✓ Parents de nourrissons nés après le 1er janvier 2024
- ✗ Exclus : refus / barrière linguistique

DONNÉES RECUEILLIES



Critère de jugement principal : Acceptabilité du Nirsevimab

- ✓ « Totalement / Plutôt pour » = Favorable – Bonne Acceptabilité
- ✗ « Totalement / Plutôt contre » = Défavorable – Faible Acceptabilité

Autres variables :

-  Caractéristiques sociodémographiques
-  Attitude vis-à-vis de la vaccination en général
-  Connaissances sur la bronchiolite (QCM vrai/faux, 4 items), le Nirsevimab et le vaccin Abrysvo

Caractéristique de la population



• 174 réponses



• 80 % mères
• Âge moyen : 34 ans



• 74,5 % études supérieures

- 40 % longues
- 34,5 % courtes



• 40 % cadres
• 30 % employés



• 92,5 % régime général
✗ 8 sans mutuelles

• CSS : 9
• AME : 4

Caractéristique	n (%)
Vous êtes :	
La mère	140 (80,5 %)
Le père	34 (19,5 %)
Votre âge :	
La mère	33 (23 ; 45)
Le père	35 (27 ; 54)
Votre diplôme :	
Aucun ou CEP (certificat d'études primaires)	4 (2,3 %)
Brevet des collèges	2 (1,1 %)
CAP, BEP ou équivalent	10 (5,8 %)
Bac, Brevet professionnel	28 (16,1 %)
Supérieur court (< Bac+5)	60 (34,5 %)
Supérieur long (> Bac+5)	70 (40,2 %)
Votre catégorie socio-professionnelle :	
Agriculteur exploitant	0 (0 %)
Artisan, commerçant et chef d'entreprise	7 (4 %)
Cadre et profession intellectuelle supérieure	69 (39,7 %)
Profession intermédiaire	9 (5,2 %)
Employé	54 (31 %)
Ouvrier	4 (2,3 %)
Militaire	2 (1,2 %)
Votre régime social :	
Sécurité sociale	161 (92,5 %)
Avec mutuelle	153 (95 %)
Sans mutuelle	8 (5 %)
CSS (ex CMU)	9 (5,2 %)
AME	4 (2,3 %)

Critère de jugement principal :

Acceptabilité



Caractéristique	Naissance < 15/09/24	Naissance > / = 15/09/24	Overall
n (%)	121 (69,5%)	53 (30,5%)	174
N'a pas reçu Nirsevimab	43 (35,5 %)	12 (22,6 %)	55
A reçu Nirsevimab	78 (64,5 %)	41 (77,4 %)	119 (70 %)
Fait en maternité	8 (10,3 %)	41 (100 %)	49
Fait en ville	70 (89,7 %)	0 (0 %)	70 (60 %)



- 24 Plutôt Contre

■ Favorable (n= 145)

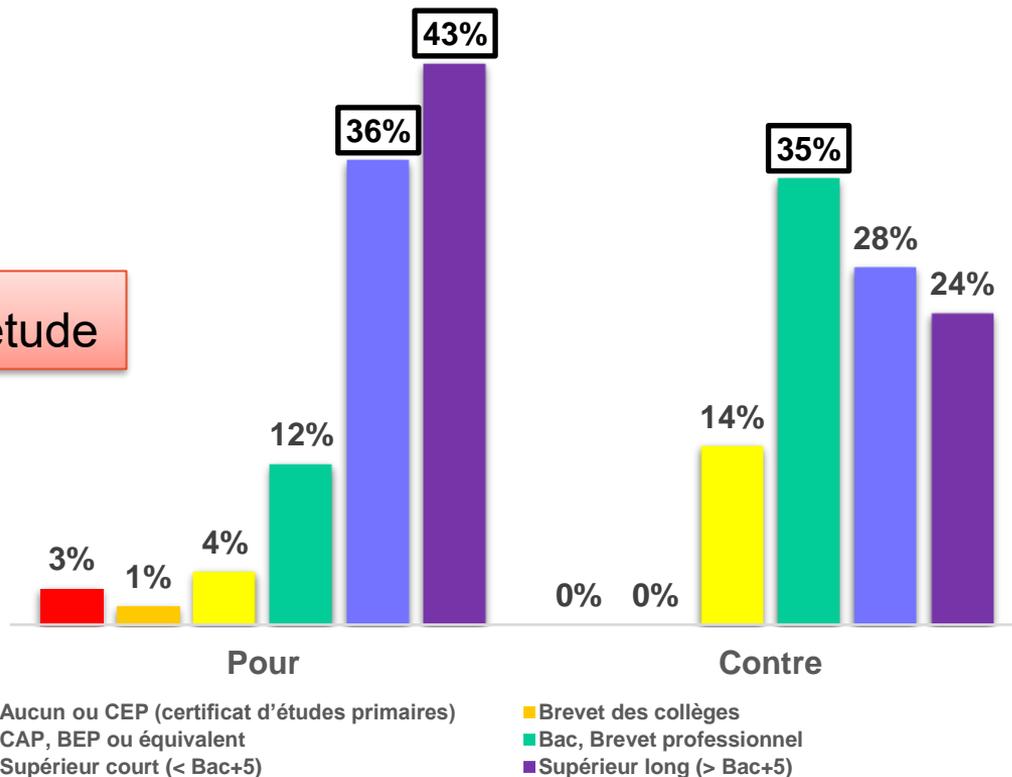
■ Défavorable (n= 29)

Acceptabilité selon : Niveau d'étude

Acceptabilité ↗ avec le niveau d'étude

$p < 0,05$

Baromètre de Santé publique France, 2022 :
« l'adhésion à la vaccination augmente avec l'âge,
avec le revenu ainsi qu'avec le niveau d'étude »



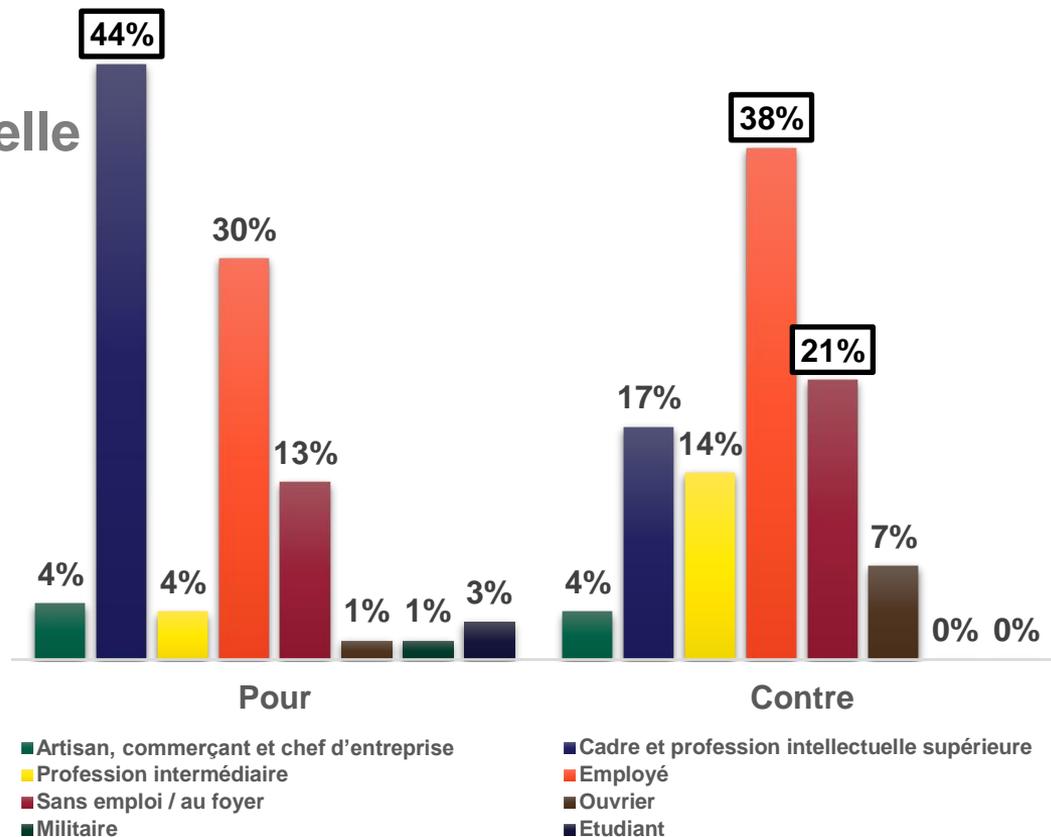
Acceptabilité selon : Catégorie socio-professionnelle

Acceptabilité ↗ avec la CSP

$p < 0,05$

Baromètre de Santé publique France, 2022 :

« l'adhésion à la vaccination augmente avec l'âge,
avec le revenu ainsi qu'avec le niveau d'étude »



Acceptabilité selon :

Régime social

Absence d'influence

$p=0,44$



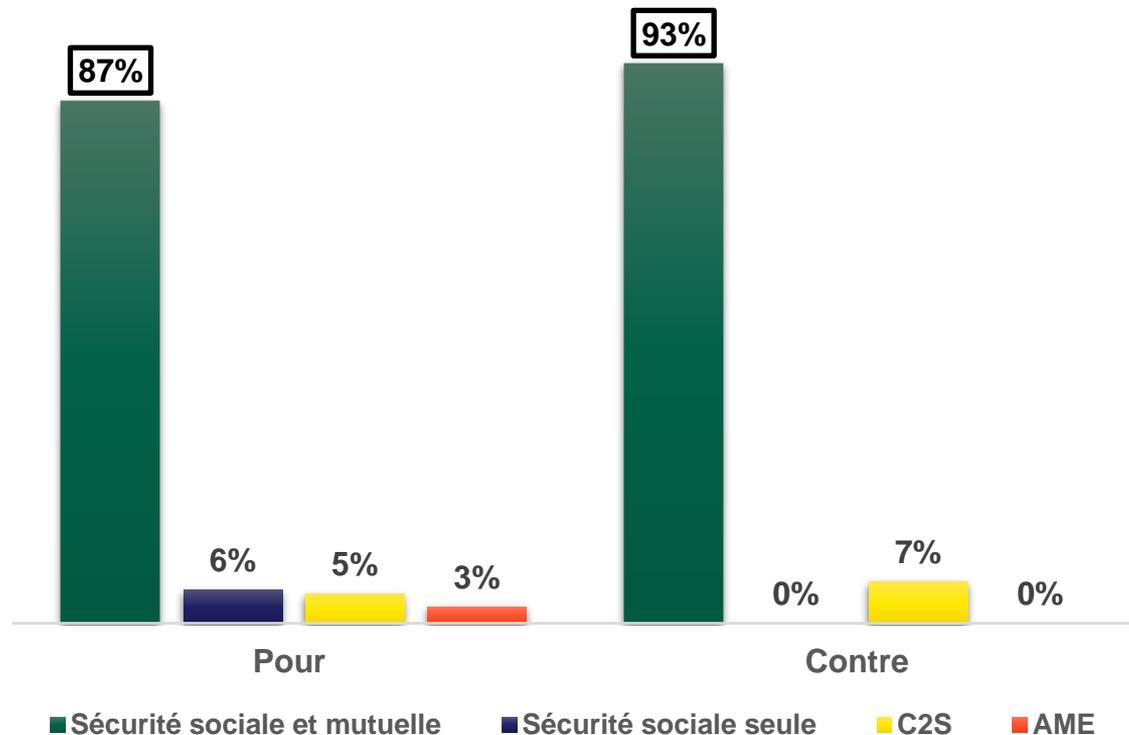
Quid du reste à charge ?

➔ 8 sans mutuelles, tous favorables



MAIS : Très faible effectif et population d'étude favorisée

Commission des Déterminants Sociaux de l'OMS, 2009 : « L'équité d'accès aux soins est une condition nécessaire pour réduire les inégalités de santé. Or, en France le reste à charge peut constituer une barrière financière majeure, entraînant des renoncements aux soins plus fréquents chez les personnes les plus défavorisées, avec des effets mesurables sur la dégradation de l'état de santé »



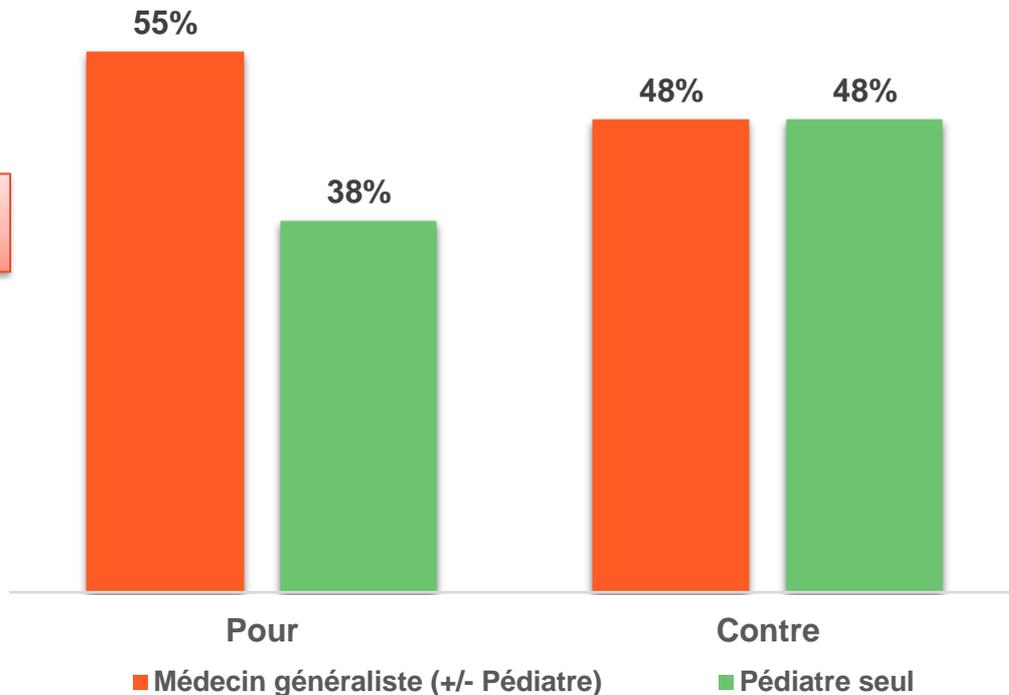
Acceptabilité selon :

Suivi médical

Acceptabilité ↗ avec un suivi MG

$p=0,37$

↗ Confiance envers le médecin de famille



Acceptabilité selon :

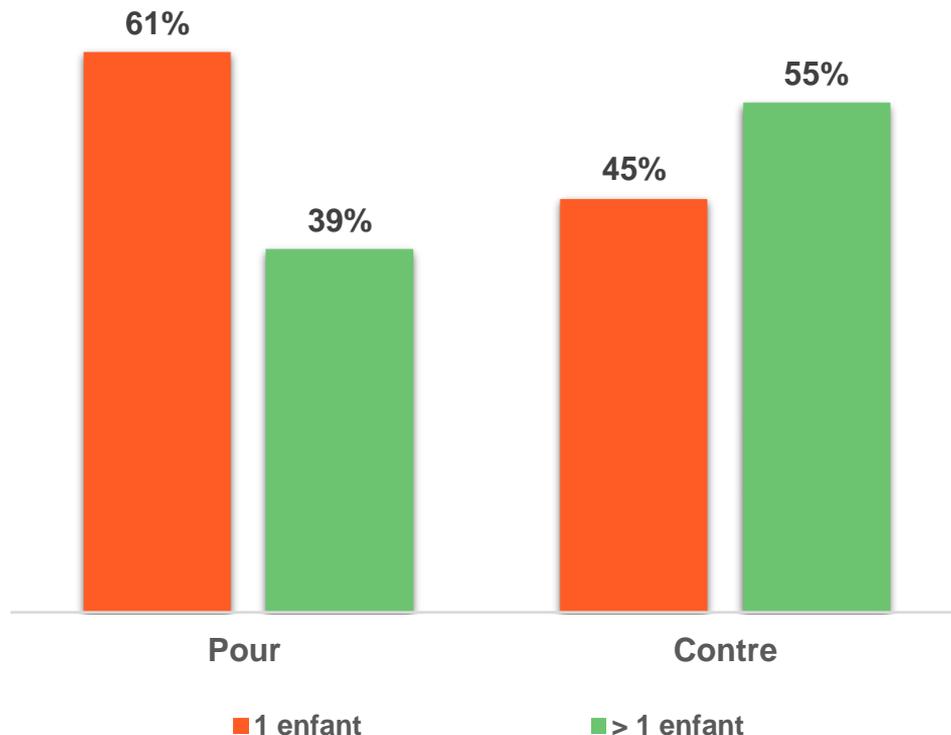
Nombre d'enfant à charge

Acceptabilité avec le
nombre d'enfant

$p=0,11$

- ➔ Parents d'enfant unique :
 - moins d'expérience
 - plus sensible aux mesures de préventions
- ➔ Parents d'enfant multiple :
 - plus d'expérience
 - banalisation du risque (perçu tolérable)
 - baisse d'intérêt pour le Nirsévimab

MAIS : Non significatif et faible effectif
(résultat inverse dans l'étude NIRSE ACCEPT à la
maternité de Jean Verdier)



Niveau de connaissance et source d'information

Sur la bronchiolite et le Nirsevimab

Source d'information principale :



- Sur la bronchiolite : 70 %
- Sur le Nirsevimab : 80 %
- Sur les vaccins en général : 90 %

Niveau de connaissance :



- Gr. Favorable : 3,74 sur 4
- Gr. Défavorable : 3,55 sur 4

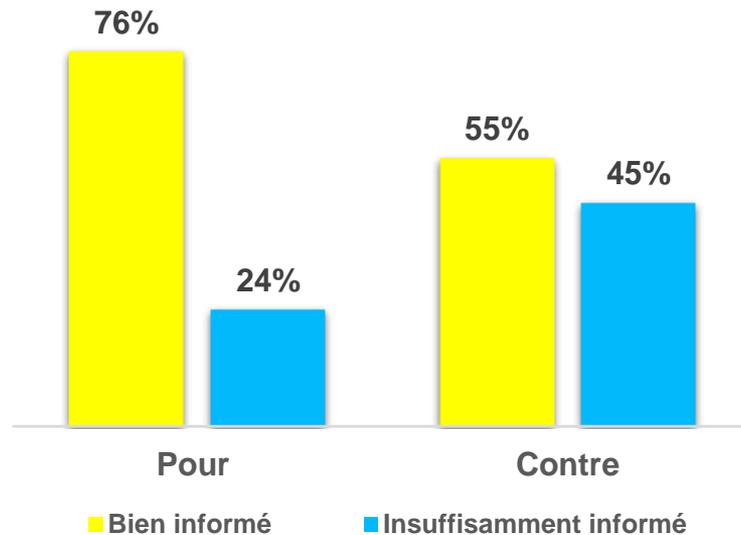
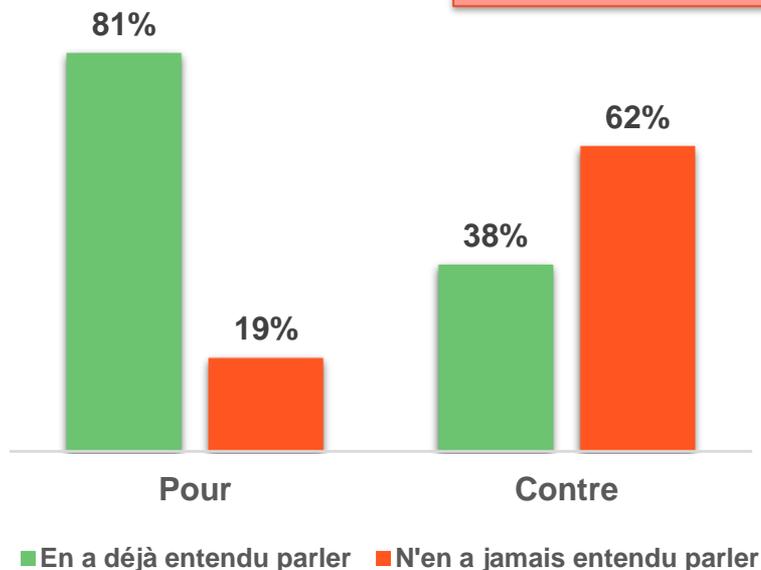
Caractéristique	n (%)
Avez-vous déjà entendu parlé de la bronchiolite ?	
Oui	169 (97 %)
Non	5 (3 %)
Vrai / Faux, Selon vous la bronchiolite :	
Est une maladie rare	4 (2,3 %)
Est une maladie contagieuse	147 (84,5 %)
Implique parfois une hospitalisation	165 (95 %)
Touche uniquement les enfants fragiles	11 (6,3 %)
Avez-vous déjà entendu parlé de la Beyfortus ?	
Oui	129 (74 %)
Non	45 (26 %)
Vous sentez vous suffisamment informé sur ce traitement ?	
Oui (plutôt & totalement)	96 (74,4 %)
Non (plutôt & totalement)	33 (25,6 %)

Acceptabilité selon :

Connaissance du Nirsevimab

Qualité de l'information perçue

Acceptabilité  avec une bonne communication



Freins et motivations

FREINS

-  Information insuffisante (55 %)
-  Peur des effets secondaires (45 %)
-  Recul jugé insuffisant (52 %)
-  Calendrier vaccinal chargé (48 %)

MOTIVATIONS

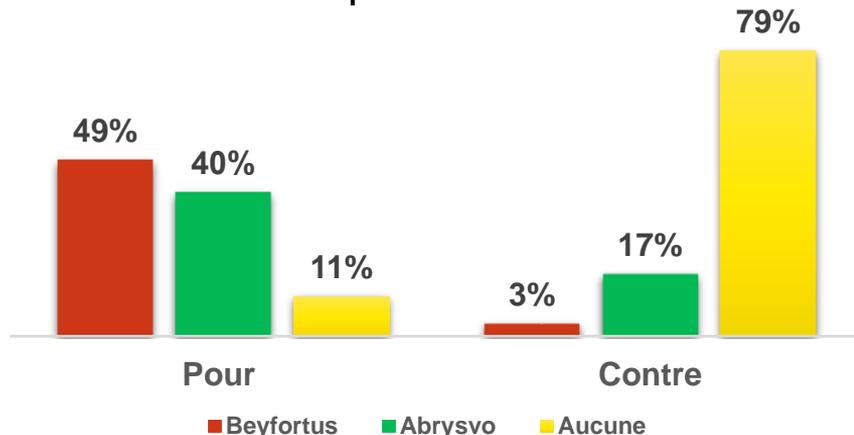
-  Potentiel protecteur (84 %)
-  Confiance envers le médecin (70 %)
-  Crainte de la maladie (65 %)

Comparaison avec Abrysvo®



Préférence déclarée

- Nirsevimab : 40 %
- Abrysvo : 36 %
- Sans préférence : 22 %



Caractéristique	n (%)
Avez-vous déjà entendu parlé de Abrysvo ?	
Oui	50 (29 %)
Non	124 (71 %)
Si oui, quand ?	
Avant la grossesse	6 (12%)
Pendant la grossesse	24 (48%)
Après la grossesse	20 (40%)
Avez-vous déjà entendu parlé du Beyfortus ?	
Oui	129 (74 %)
Non	45 (26 %)
Si oui, quand ?	
Avant la grossesse	37 (29 %)
Pendant la grossesse	35 (27 %)
Après la grossesse	57 (44 %)

Acceptabilité élevée du Nirsevimab : 83 %

- Globalement bien acceptée
- Déterminant majeur = rôle du médecin + information claire
- Frein principal = manque d'information (*plus que les effets secondaires ou le recul limité*)
- Autre déterminant = taille de la fratrie, niveau d'étude et CSP



Impact de la 2nde campagne d'immunisation

- 7/10 enfants immunisés (*dont 3 du groupe « plutôt contre »*)
- 41 nourrissons sur 53 nés après le 15/09/25 : 100 % immunisé en maternité



Impact de l'extension de la possibilité d'immunisation en ville

- 60 % immunisé en ville : tous après le 29 aout 2024

Modalités de la campagne 2025-2026

PREVENTION DES BRONCHIOLITES VRS

- Eviter les transmissions par la mise en place de gestes barrières simples
 - Prévention médicamenteuse :
 - Vaccination des femmes enceintes au 8^{ème} mois de grossesse
- OU
- Immunisation des nouveau-nés

La HAS indique qu'aucune stratégie médicamenteuse n'est préférable par rapport à l'autre. Le choix doit être présentés aux parents en amont pour une décision éclairée en lien avec l'équipe médicale.

GESTES BARRIÈRES

- Porter un masque en cas de rhume, toux ou fièvre, éviter le contact avec des personnes fébriles et ou enrhumées
- Éviter d’emmener son enfant dans les lieux publics confinés, comme les supermarchés, les restaurants et les transports en commun
- Se laver les mains avant et après chaque change, tétée, repas ou câlin
- Aérer régulièrement l’ensemble du logement
- Ne pas partager ses biberons, tétines ou couverts non lavés
- Ne pas fumer à côté des bébés et des enfants.

PREVENTION MEDICAMENTEUSE – ABRYSSVO®

- Vaccin chez la femme enceinte entre la 32^e et la 36^e semaine d'aménorrhée
- Protection des nourrissons si la naissance à lieu au moins 2 semaines après l'injection
- Prescription et vaccination par médecins, sage-femmes, IDE, pharmaciens
- Prise en charge à 100% par l'AM dans le cadre du remboursement des soins des femmes enceintes
- Début de la campagne : 1^{er} septembre 2025

PREVENTION MEDICAMENTEUSE – BEYFORTUS®

Anticorps monoclonal chez le nourrisson dès la naissance ou en rattrapage pour les nourrissons nés entre le 1^{er} février et le 31 août (*priorité sur les enfants nés à partir d'avril < 6mois*).

Prescription par médecin ou sage-femme, injection par médecin, sage-femme ou IDE.

En établissement de santé :

- Dans le cadre d'une hospitalisation (maternité, néonatalogie, pédiatrie)
- Remontée d'information via support de recueil des médicaments en AAC
- Compensation à l'injection de 225,64€ TTC

En ville :

- Remboursement AM de 30%
- Reste à charge couvert par la plupart des mutuelles, la C2S et l'AME

Début 1^{er} septembre 2025

Conclusion
