



## Prévention de l'infection à VRS chez les personnes âgées

### QUESTION CLINIQUE

Quelle est l'efficacité et l'innocuité de la vaccination contre le virus respiratoire syncytial (VRS) chez les personnes âgées?

### CONCLUSION

Pour chaque 380 patients d'au moins 60 ans qui sont médicalement stables, le vaccin contre le VRS prévient 1 maladie des voies respiratoires inférieures (MRVI) associée au virus par saison par rapport au placebo. Les études ont été réalisées durant la pandémie de COVID-19, ce qui a peut-être réduit l'incidence du VRS au départ. La fatigue survient dans 34 % des cas par rapport à 16 % des cas sous placebo. Les lignes directrices générales suggèrent l'administration du vaccin à la suite d'une prise de décision partagée, surtout chez les personnes à risque plus élevé (par exemple, celles qui demeurent dans un établissement de soins de longue durée ou qui sont atteintes de MPOC), mais celles-ci n'ont pratiquement pas été étudiées.

### DONNÉES PROBANTES

- Les résultats sont statistiquement significatifs, sauf indication contraire.

- Essai contrôlé randomisé (ECR)<sup>1</sup> : 24 966 adultes âgés d'au moins 60 ans ont reçu une dose unique d'un vaccin avec adjuvant contenant la glycoprotéine F du VRS stabilisée dans la conformation préfusion (vaccin RSVPreF3 OA, Arexvy<sup>MD</sup>) ou un placebo. Étude d'une durée prévue de 3 ans. Résultats de la première saison du VRS (6,7 mois) :
  - MRVI associée au VRS : 0,06 % par rapport à 0,3 % (placebo); nombre nécessaire à vacciner (NNV) = 379.
  - MRVI « grave » associée au VRS (présence d'au moins 2 signes cliniques ou évaluation par le chercheur) : 0,008 % par rapport à 0,1 % (placebo), NNV = 781.
  - Douleur au site d'injection (61 % par rapport à 9 %); fatigue (34 % par rapport à 16 %) : aucune statistique dans les deux cas.
- ECR<sup>2</sup> : 34 284 adultes âgés d'au moins 60 ans ont reçu une dose unique d'un vaccin RSVpreF sans adjuvant (Abrysvo<sup>MD</sup>) ou un placebo. Résultats de la première saison du VRS (7 mois) :
  - MRVI associée au VRS (au moins 2 signes/symptômes) : 0,07 % par rapport à 0,2 % (placebo), NNV = 742.
  - MRVI associée au VRS (au moins 3 signes/symptômes) : 0,01 % par rapport à 0,08 % (placebo), NNV = 1360.
  - Réactions locales : 12 % par rapport 7 % (aucune statistique).
- Revue systématique : résultats publiés/non publiés des ECR ci-dessus après 2 saisons (aucune statistique)<sup>3</sup>.
  - Efficacité relative pour la prévention de la MRVI associée au VRS :
    - Arexvy<sup>MD</sup> : 83 % (1<sup>re</sup> saison) par rapport à 56 % (2<sup>e</sup> saison).
    - Abrysvo<sup>MD</sup> : 89 % (1<sup>re</sup> saison) par rapport à 79 % (2<sup>e</sup> saison).
    - Les réels n'ont pas été signalés.
  - Hospitalisations/décès :
    - Arexvy<sup>MD</sup> : 0,008 % par rapport 0,04 %.
    - Abrysvo<sup>MD</sup> : 0,006 % par rapport 0,02 %.
    - Aucun décès lié au VRS.
  - Innocuité :
    - Fibrillation auriculaire : 0,06 %-0,08 % par rapport à 0,02 %-0,03 % (placebo).
    - 3 événements neurologiques inflammatoires (par exemple, syndrome de Guillain-Barré) tant avec l'Arexvy<sup>MD</sup> (essais non contrôlés par placebo) qu'avec l'Abrysvo<sup>MD</sup> (placebo = 0).
- Limites : Financement par l'industrie; études réalisées durant la pandémie. En général, on n'a pas inclus les personnes immunosupprimées, les comorbidités instables et les personnes vivant dans des établissements de soins de longue durée.

## CONTEXTE

- Arexvy<sup>MD</sup> : approuvé au Canada. Environ 250 \$/injection<sup>4</sup>.
  - Abrysvo<sup>MD</sup> : pas encore approuvé au Canada.
- Risque de VRS chez les personnes âgées d'au moins 50 ans : 1,6-4,9 %/année<sup>5-7</sup>, diminution durant la pandémie<sup>5,8</sup>.
  - Risque d'hospitalisation en raison d'une infection à VRS chez les personnes d'au moins 65 ans : 0,02 %-0,26 %/année<sup>7,9-12</sup>.
  - Mortalité : 7-15 % chez les personnes d'au moins 60 ans hospitalisées à cause du VRS<sup>7,12</sup>. Le taux augmente chez les personnes d'un âge avancé, celles qui demeurent dans des

établissements de soins de longue durée et celles atteintes de comorbidités comme la néphropathie chronique ou la MPOC<sup>9,12</sup>.

- Le risque de contracter l'influenza est soit de 2 à 10 fois plus élevé<sup>8,10-13</sup> que celui de contracter le VRS, soit semblable<sup>14</sup>.
- Les lignes directrices américaines recommandent la prise de décision partagée (une aide est disponible<sup>15</sup>) lorsqu'il s'agit de vacciner des personnes âgées d'au moins 60 ans<sup>3</sup>.

## RÉFÉRENCES

1. Papi A, Ison MG, Langley JM, et al. N Engl J Med. 2023;16;388(7):595-608.
2. Walsh EE, Perez Marc G, Zareba AM, et al. N Engl J Med. 2023;20;388(16):1465-1477.
3. Melgar M, Britton A, Roper LE, et al. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2023;72(29):793-801.
4. Prix de l'Arexvy<sup>MD</sup> : communication personnelle avec Will Chan, pharmacien communautaire albertain, le 24 novembre 2023.
5. Juhn YJ, Wi CI, Takahashi PY, et al. JAMA Netw Open. 2023;6(1):e2250634.
6. Nguyen-Van-Tam JS, O'Leary M, et al. Eur Respir Rev. 2022;31(166):220105.
7. Savic M, Penders Y, Shi T, et al. Influenza Other Respir Viruses. 2023;17(1):e13031.
8. Nasrullah A, Gangu K, Garg I, et al. Vaccines (Basel). 2023;11(2):412.
9. Branche AR, Saiman L, Walsh EE, et al. Clin Infect Dis. 2022;74(6):1004-1011.
10. Matias G, Taylor R, Haguinet F, et al. BMC Public Health. 2017;17(1):271.
11. Zhou H, Thompson WW, Viboud CG, et al. Clin Infect Dis. 2012;54(10):1427-1436.
12. Hamilton MA, Liu Y, Calzavara A, et al. Influenza Other Respir Viruses. 2022;16(6):1072-1081.
13. Surie D, Yuengling KA, DeCuir J, et al. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2023;72:1083-1088.
14. Maggi S, Veronese N, Burgio M, et al. Vaccines (Basel). 2022;10(12):2092.
15. Centre for Disease Control and Prevention (États-Unis). Shared Clinical Decision-Making (SCDM) RSV Vaccination for Adults 60 Years and Older. En ligne. Lien : <https://www.cdc.gov/vaccines/vpd/rsv/downloads/provider-job-aid-for-older-adults-508.pdf>. Consulté le 24 novembre 2023.

## AUTEURS

**Danielle Perry**, inf. aut., M.Sc.  
**G Michael Allan**, M.D., CCMF

*Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.*

---

OUTILS DE LA PRATIQUE  
RENDU POSSIBLE PAR



---

EN PARTENARIAT AVEC



Les articles Outils de la pratique sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Ils sont coordonnés par les Drs **G. Michael Allan** et **Adrienne Lindblad** et rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse [toolsforpractice@cfpc.ca](mailto:toolsforpractice@cfpc.ca). Les articles sont archivés à <https://qomainpro.ca/francais/tools-for-practice/>.

*Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.*