

Durée de l'effet : Selon les données cliniques et pharmacocinétiques, une dose unique de Beyfortus^{MD} offre une protection minimale d'au moins 5 mois*.

sanofi

Disponible cet automne!

Lorsque la saison du VRS arrive, Beyfortus^{MD} est à portée de main¹⁻³.

D'un anticorps indiqué pour la prévention de la maladie des voies respiratoires inférieures à VRS chez les nourrissons au cours de leur première saison¹.

Beyfortus^{MD}
(nirsévimab)

Mise à jour de la déclaration du CCNI

Le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) recommande que les programmes d'immunisation contre le VRS utilisent le nirsevimab pour prévenir les maladies sévères causées par le VRS. Les programmes peuvent se développer et s'étendre au fil du temps en fonction de l'accès à l'offre, de la rentabilité et de l'abordabilité des options disponibles (FORTE RECOMMANDATION)^{4,5}.

‡ Une forte recommandation s'applique à la plupart des populations/personnes et devrait être suivie à moins qu'il n'existe une justification claire et convaincante pour une autre approche.

Beyfortus^{MD} (injection de nirsévimab) est indiqué pour la prévention des maladies des voies respiratoires inférieures causées par le virus respiratoire syncytial (VRS) :

- Les nouveau-nés et les nourrissons pendant leur première saison de VRS.
- Les enfants âgés de moins de 24 mois qui restent vulnérables à une maladie grave due au VRS jusqu'à leur deuxième saison, ce qui peut inclure, sans s'y limiter, les enfants souffrant d'une maladie pulmonaire chronique de la prématurité, d'une cardiopathie congénitale hémodynamique, d'un état d'immunodépression, du syndrome de Down, de mucoviscidose, d'une maladie neuromusculaire et d'anomalies congénitales des voies respiratoires.

VRS = virus respiratoire syncytial.

Sanofi et AstraZeneca collaborent au développement et à la commercialisation de Beyfortus^{MD}.

* La signification clinique est inconnue.

‡ Beyfortus^{MD} est un anticorps monoclonal humain.



Balayez pour passer en revue la déclaration complète



Présentation de Beyfortus^{MD}



Offre une **protection** contre la maladie des voies respiratoires inférieures (MVRI) du VRS pour les nourrissons au cours de leur première saison de VRS[†]



Évalué dans **trois études cliniques**, chez > **3 800 nourrissons** dans **31 pays**^{1,8*}



Conçu pour évaluer les populations de patients nourrissons suivantes :

- Innocuité et efficacité chez les nourrissons en bonne santé nés prématurément (étude 3) (n = 1 453)
- Innocuité et efficacité chez les nourrissons en bonne santé nés en fin de prématurité et à terme (MELODY) (n = 1 490 dans la cohorte primaire)
- Innocuité et efficacité descriptive chez les personnes présentant un risque élevé de contracter une forme sévère de la maladie liée au VRS (MEDLEY) (n = 925)






AG = âge gestationnel; MVRI = maladie des voies respiratoires inférieures; VRS = virus respiratoire syncytial.

* BeyfortusTM a été évalué dans le cadre de trois études cliniques : phase IIb et phase III à répartition aléatoire, à double insu, études contrôlées par placebo visant à évaluer l'innocuité et l'efficacité contre le VRS chez des nourrissons prématurés en bonne santé et contre le VRS à terme et tardif chez des nourrissons prématurés (étude 3 et MELODY, respectivement), et dans une phase II/III, à répartition aléatoire, à double insu, l'étude contrôlée par palivizumab visant à évaluer l'innocuité et l'efficacité descriptive contre le VRS chez les personnes présentant un risque plus élevé de contracter la maladie sévère du VRS, y compris les nourrissons prématurés; les nourrissons atteints de maladie pulmonaire chronique, de prématurité ou d'une coronaropathie hémodynamique significative qui commencent leur première saison de VRS; et les enfants à risque plus élevé, y compris ceux atteints de maladie pulmonaire chronique ou de coronaropathie au cours de leur deuxième saison de VRS (MEDLEY).

† La signification clinique n'a pas été établie.

Beyfortus^{MD} doit être administré avant le début de la saison du VRS, ou dès la naissance pour les nourrissons nés pendant la saison du VRS[†]

Exemple illustratif uniquement*

Nourrisson né avant la saison du VRS														
Nourrisson né en saison														
MOIS	AVR	MAI	JUIN	JUIL	AOÛT	SEPT	OCT	NOV	DÉC	JANV	FÉVR	MARS	SAISON DU VRS [†]	



Mois de naissance du nourrisson



Vaccination avec Beyfortus^{MD}

Pour connaître les recommandations complètes relatives à la posologie et l'administration, veuillez consulter la monographie de produit.

* Le tableau ne représente que des exemples et n'est pas obligatoire/recommandé.

† La zone ombrée indique une saison typique du VRS dans un climat tempéré de l'hémisphère nord. La saison du VRS varie selon la région[†].

Chez les nourrissons très et modérément prématurés (AG ≥ 29 à < 35 semaines) qui commencent leur première saison de VRS :

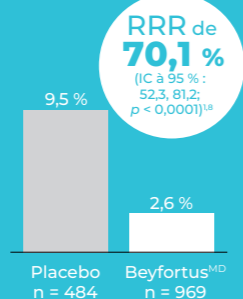
Beyfortus™ a démontré une efficacité statistiquement significative en réduisant le risque relatif d'infections des voies respiratoires inférieures à VRS avec assistance médicale (IVRI à VRS avec AM), y compris les hospitalisations, de 70,1 % par rapport au placebo (IC à 95 % : 52,3, 81,2; $p < 0,0001$)^{*,†,‡}

Étude 3



Critère d'évaluation principal

Incidence de l'IVRI à VRS avec AM, y compris les hospitalisations, causée par le VRS confirmé par RT-PCR, caractérisée principalement par une bronchiolite ou une pneumonie, jusqu'à 150 jours après la dose¹

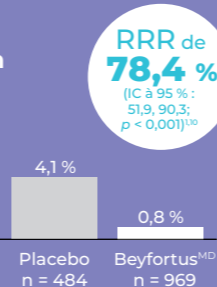


Adapté de la monographie du Beyfortus™, 2024.



Critère d'évaluation secondaire

Incidence de l'IVRI à VRS avec AM nécessitant une hospitalisation jusqu'à 150 jours après la dose¹



Adapté de la monographie du Beyfortus™, 2024.

IC = intervalle de confiance; AG = âge gestationnel; AM = assistance médicale; IVRI = infection des voies respiratoires inférieures; RRR = réduction du risque relatif.

* **Méthodologie de l'étude** : Essai multicentrique de phase 2b, à répartition aléatoire, à double insu, contrôlé par placebo. La population étudiée comprenait 1 453 nourrissons très et modérément prématurés (AG ≥ 29 à < 35 semaines) entrant dans leur première saison de VRS. Les nourrissons ont été répartis aléatoirement selon un rapport de 2 : 1 pour recevoir une dose unique fixe de 50 mg de Beyfortus™ (n = 969) ou un placebo (n = 484). Veuillez noter que 50 mg n'est pas une dose recommandée pour les nourrissons dont le poids corporel est ≥ 5 kg. La dose recommandée pour les nourrissons dont le poids corporel est ≥ 5 kg est une dose IM unique de 100 mg.

† Les signes d'IVRI étaient définis par la présence, lors de l'examen physique, de l'une des constatations suivantes indiquant une atteinte des voies respiratoires inférieures (par exemple, rhonchi, râles, crépitations ou sifflements); et d'au moins un signe de sévérité clinique (augmentation de la fréquence respiratoire, hypoxémie, insuffisance hypoxique ou ventilatoire aiguë, apnée d'apparition récente, évitement nasal, rétractions, grognements ou déshydratation due à la détresse respiratoire). L'hospitalisation pour VRS a été définie comme une hospitalisation pour une IVRI avec un test VRS positif, ou une aggravation de l'état respiratoire et un test VRS positif chez un patient déjà hospitalisé.

‡ La réduction du risque relatif et l'IC à 95 % ont été calculés à l'aide d'une régression de Poisson modifiée avec une variance robuste incluant des facteurs de stratification (hémisphère et âge au moment de la randomisation).

Chez les nourrissons à terme et les grands prématurés (AG ≥ 35 semaines) qui entament leur première saison de VRS :

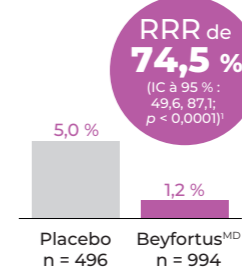
Beyfortus™ a démontré une efficacité statistiquement significative en réduisant le risque relatif d'IVRI à VRS avec AM, y compris les hospitalisations, de 74,5 % par rapport au placebo (IC à 95 % : 49,6, 87,1; $p < 0,0001$)^{*,†}

MELODY



Critère d'évaluation principal (cohorte principale)

Incidence de l'IVRI à VRS avec AM, y compris les hospitalisations, causée par le VRS confirmé par RT-PCR, caractérisée principalement par une bronchiolite ou une pneumonie jusqu'à 150 jours après l'administration de la dose¹



Adapté de la monographie du Beyfortus™, 2024.

MELODY a continué à recruter des nourrissons après l'analyse primaire et, dans l'ensemble, 3 012 nourrissons (tous les sujets) ont été randomisés pour recevoir Beyfortus™ (n = 2 009) ou un placebo (n = 1 003)¹

• **RRR de 76,8 %** dans l'incidence d'IVRI à VRS avec AM nécessitant une **hospitalisation** jusqu'au jour 150 par rapport au placebo (IC à 95 % : 49,4; 89,4). L'incidence était de 0,4 % avec Beyfortus™ contre 2,0 % avec le placebo¹

IC = intervalle de confiance; AG = âge gestationnel; IVRI = infection des voies respiratoires inférieures, AM = assistance médicale; RRR = réduction du risque relatif; VRS = virus respiratoire syncytial; RT-PCR = réaction en chaîne de la polymérase par transcription inverse.

* **Méthodologie de l'étude** : Essai clinique multicentrique de phase 3, à répartition aléatoire, à double insu, contrôlé par placebo. La population étudiée comprenait 1 490 nourrissons à terme et grands prématurés (AG ≥ 35 semaines) entrant dans leur première saison de VRS pour la cohorte primaire, et 3 012 nourrissons à terme et grands prématurés (AG ≥ 35 semaines) entrant dans leur première saison de VRS pour l'ensemble des sujets. Les nourrissons ont été répartis aléatoirement 2 : 1 pour recevoir une dose intramusculaire unique de 50 mg de Beyfortus™ si < 5 kg de poids ou 100 mg de Beyfortus™ si ≥ 5 kg de poids au moment de l'administration (n = 994), ou placebo (n = 496) pour la cohorte primaire, Beyfortus™ (n = 2 009), ou placebo (n = 1 003) pour tous les sujets.

† Les signes d'ITLT ont été définis par l'un des résultats suivants à l'examen physique indiquant une atteinte des voies respiratoires inférieures (p. ex., rhonchi, râles, craquelures, ou sifflement); et au moins un signe de sévérité clinique (fréquence respiratoire accrue, hypoxémie, défaillance hypoxique ou ventilatoire aiguë; nouvelle apnée, évitement nasal; rétractions, écorchures; ou déshydratation due à une détresse respiratoire). L'hospitalisation pour VRS a été définie comme une hospitalisation pour une IVRI avec un test VRS positif, ou une aggravation de l'état respiratoire et un test VRS positif chez un patient déjà hospitalisé.

‡ La réduction du risque relatif et l'IC à 95 % ont été calculés à l'aide d'une régression de Poisson modifiée avec une variance robuste incluant des facteurs de stratification (hémisphère et âge au moment de la randomisation).

Critère d'évaluation secondaire (tous les sujets)

Incidence de l'IVRI à VRS avec AM nécessitant une hospitalisation jusqu'à 150 jours après l'injection¹



Les données présentées sur cette page proviennent d'un essai clinique ouvert, pragmatique, à deux groupes et à répartition aléatoire. Il doit être interprété avec prudence, car il ne s'agit pas d'un essai clinique contrôlé et il n'est pas inclus dans la monographie de produit. L'étude a été menée à l'extérieur du Canada, en particulier au sein des centres d'essai clinique HARMONIE en France, en Allemagne et au Royaume-Uni. Les données relatives aux critères d'évaluation subjectifs doivent être interprétées avec prudence en raison du risque de biais.

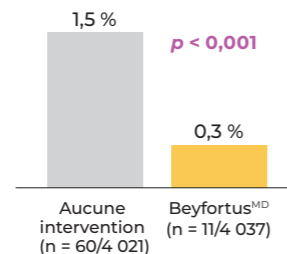
Incidence d'hospitalisations pour une IVRI à VRS avec Beyfortus^{MD} par rapport au traitement standard (aucune intervention)^{††}

Phase 3b (HARMONIE)*



Critère d'évaluation principal

Incidence d'hospitalisations pour une IVRI à VRS tout au long de la saison du VRS^{††}



Adapté de Drysdale SB, et al. 2023.

Les limites de l'étude comprennent une courte période de suivi de 3 mois et une conception en ouvert, où les parents connaissaient le traitement de leur nourrisson, ce qui influençait potentiellement le comportement. Certains nourrissons sans infections des voies respiratoires inférieures peuvent avoir été hospitalisés pour des raisons liées au VRS comme la déshydratation, alors que certains nourrissons hospitalisés pour des infections des voies respiratoires inférieures n'ont pas subi de test de dépistage du VRS.

* **Conception de l'étude** : étude multicentrique ouverte, non soumise à l'insu, à répartition aléatoire et à deux groupes parallèles. La population de l'étude se composait de 8 058 nourrissons en bonne santé âgés de ≤ 12 mois non admissibles au palivizumab, nés à un âge gestationnel ≥ 29 semaines et entrant dans leur première saison de VRS. Les nourrissons ont été répartis aléatoirement selon un rapport de 1:1 pour recevoir une dose intramusculaire unique de 50 mg de BeyfortusTM si leur poids était < 5 kg ou de 100 mg si leur poids est ≥ 5 kg au moment de l'administration (n = 4 037), ou ne pas être dans un groupe d'intervention (traitement standard) (n = 4 021).

† Définie comme une admission à l'hôpital sur la base de la décision du médecin traitant et de la confirmation du VRS au moyen d'un résultat positif d'un test effectué conformément à la pratique courante, pendant la saison du VRS en France, en Allemagne et au Royaume-Uni.

†† La saison du VRS a commencé le 11 septembre 2022 (semaine 37), en France, le 9 octobre 2022 (semaine 41), en Allemagne et le 4 septembre 2022 (semaine 36), au Royaume-Uni. La saison du VRS a pris fin le 29 février 2023 dans chaque pays.



Les données présentées sur cette page proviennent d'un essai clinique ouvert, pragmatique, à deux groupes et à répartition aléatoire. Il doit être interprété avec prudence, car il ne s'agit pas d'un essai clinique contrôlé et il n'est pas inclus dans la monographie de produit. L'étude a été menée à l'extérieur du Canada, en particulier au sein des centres d'essai clinique HARMONIE en France, en Allemagne et au Royaume-Uni. Les données relatives aux critères d'évaluation subjectifs doivent être interprétées avec prudence en raison du risque de biais.

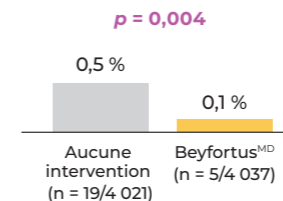
Incidence de l'IVRI à VRS très sévère^{††}

Phase 3b (HARMONIE)*



Critère d'évaluation secondaire

Incidence de l'IVRI à VRS très sévère pendant la saison du VRS^{††}



Adapté de Drysdale SB, et al. 2023.

Les limites de l'étude comprennent une courte période de suivi de 3 mois et une conception en ouvert, où les parents connaissaient le traitement de leur nourrisson, ce qui influençait potentiellement le comportement. Certains nourrissons sans infections des voies respiratoires inférieures peuvent avoir été hospitalisés pour des raisons liées au VRS comme la déshydratation, alors que certains nourrissons hospitalisés pour des infections des voies respiratoires inférieures n'ont pas subi de test de dépistage du VRS.

* **Conception de l'étude** : étude multicentrique ouverte, non soumise à l'insu, à répartition aléatoire et à deux groupes parallèles. La population de l'étude se composait de 8 058 nourrissons en bonne santé âgés de ≤ 12 mois non admissibles au palivizumab, nés à un âge gestationnel ≥ 29 semaines et entrant dans leur première saison de VRS. Les nourrissons ont été répartis aléatoirement selon un rapport de 1:1 pour recevoir une dose intramusculaire unique de 50 mg de BeyfortusTM si leur poids était < 5 kg ou de 100 mg si leur poids est ≥ 5 kg au moment de l'administration (n = 4 037), ou ne pas être dans un groupe d'intervention (traitement standard) (n = 4 021).

† La saison du VRS a commencé le 11 septembre 2022 (semaine 37), en France, le 9 octobre 2022 (semaine 41), en Allemagne et le 4 septembre 2022 (semaine 36), au Royaume-Uni. La saison du VRS a pris fin le 29 février 2023 dans chaque pays.

†† Définie comme une hospitalisation pour une infection des voies respiratoires inférieures associée au VRS avec une saturation en oxygène < 90 % (conformément à la définition de cas de l'Organisation mondiale de la Santé [OMS]) à tout moment pendant l'hospitalisation et la nécessité d'une supplémentation en oxygène.

Des événements indésirables liés au traitement sont survenus chez 2,1 % (n = 86) des nourrissons du groupe Beyfortus^{MD} et la plupart des événements indésirables du groupe recevant le traitement standard étaient de sévérité de grade 1 ou 2 dans cet essai clinique.

Beyfortus^{MD} était généralement bien toléré dans les essais cliniques¹

L'effet indésirable le plus fréquent était une éruption cutanée (0,7 % pour Beyfortus^{MD} et 0,3 % pour le placebo, survenant dans les 14 jours suivant l'administration), ainsi qu'une pyrexie (0,5 % contre 0,6 % pour le placebo) et des réactions au site d'injection (0,3 % contre 0 % pour le placebo) dans les 7 jours suivant l'administration.

Le profil d'innocuité de Beyfortus^{MD} était généralement comparable à celui du placebo pour les nourrissons à terme et prématurés (GA ≥ 29 semaines) (données regroupées de l'étude 3 et de MELODY)¹.

Les taux globaux d'événements indésirables (EI), indépendamment de la causalité, étaient de 84,0 % et 82,6 % pour le groupe Beyfortus^{MD} et le groupe placebo, respectivement. La majorité des EI étaient de sévérité légère ou modérée.

Effets indésirables les plus fréquemment rapportés (> 10 % des sujets dans l'un ou l'autre groupe de traitement) dans le groupe Beyfortus^{MD} et dans le groupe placebo, respectivement :

- Infection des voies respiratoires supérieures (31,8 % vs. 29,9 %);
- Nasopharyngite (19,0 % vs. 21,0 %);
- Pyrexie (11,8 % vs. 10,3 %)

Les taux d'événements indésirables graves (EIG), indépendamment de la causalité, étaient comparables entre Beyfortus^{MD} et le placebo (7,6 % et 10,5 %). Aucun EIG n'a été déterminé comme étant lié à Beyfortus^{MD}.

EIG les plus fréquemment rapportés (≥ 0,5 % des sujets dans l'un ou l'autre groupe de traitement) pour le groupe Beyfortus^{MD} et le groupe placebo, respectivement :

- Bronchiolite (1,3 % vs. 2,6 %);
- Pneumonie (0,7 % vs. 0,9 %);
- Gastroentérite (0,6 % vs. 0,4 %);
- IVRI (0,6 % vs. 0,8 %);
- Bronchite (0,5 % vs. 1,0 %);
- Infection urinaire (0,3 %; 0,5 %);
- Bronchiolite à VRS (0,2 % vs. 0,9 %);
- Hernie inguinale (< 0,1 % vs. 0,5 %)

Dans l'étude portant sur 918 nourrissons présentant un risque élevé de maladie grave due au VRS et entrant dans leur première saison de VRS, le profil de sécurité de Beyfortus^{MD} (n = 614) était similaire à celui du palivizumab (n = 304) et conforme à celui observé dans les études portant sur des nourrissons nés à terme et prématurés en bonne santé ≥ 29 semaines d'AG (étude 3 et MELODY)^{1,2*}

GA = âge gestationnel; VRS = virus respiratoire syncytial.

* Les nourrissons présentant un risque plus élevé de maladie grave due au VRS comprenaient 196 grands prématurés (AG < 29 semaines) et 306 nourrissons atteints d'une maladie pulmonaire chronique de la prématurité et d'une cardiopathie congénitale hémodynamiquement significative, nés à terme ou prématurés.

† Les données disponibles chez les grands prématurés (AG < 29 semaines) âgés de moins de 8 semaines sont limitées. Aucune donnée clinique n'est disponible chez les nourrissons dont l'âge post-menstruel (AG à la naissance plus âge chronologique) est de 32 semaines. Des données limitées sont disponibles chez les nourrissons atteints du syndrome de Down (n = 13), de mucoviscidose (n = 5), d'anomalies congénitales des voies respiratoires (n = 9) et de maladies neuromusculaires (n = 0; non évalué dans les essais cliniques).

Administration de Beyfortus^{MD}

Une **administration unique** basée sur le poids du nourrisson au moment de recevoir Beyfortus^{MD}

< 5 kg :
1 dose de 50 mg

La posologie chez les nourrissons ayant un poids corporel compris entre 1,0 et 1,6 kg est basée sur l'extrapolation.

≥ 5 kg :
1 dose de 100 mg



Pour connaître les recommandations complètes relatives à la posologie et l'administration, veuillez consulter la monographie de produit.



Disponible sous forme de seringue préremplie prête à l'emploi

Injection intramusculaire, de préférence dans la partie antérolatérale de la cuisse*

Le cas échéant, Beyfortus^{MD} peut être **administré en concomitance** avec des vaccins pour l'enfance[†]

* Le muscle fessier ne doit pas être utilisé régulièrement comme site d'injection en raison du risque de lésion du nerf sciatique.

† Beyfortus^{MD} ne doit pas être mélangé avec un vaccin dans la même seringue ou le même flacon. Lorsqu'ils sont administrés en concomitance avec des vaccins injectables, ils doivent être administrés avec des seringues séparées et à des points d'injection différents. Veuillez consulter la monographie du produit pour obtenir des informations complètes sur les interactions médicamenteuses.

Renseignements importants sur l'innocuité

Usage clinique

L'innocuité et l'efficacité n'ont pas été établies chez les enfants de plus de 24 mois. La sécurité et l'efficacité chez les nourrissons dont le poids corporel est inférieur à 1,6 kg n'ont pas été établies. Le dosage chez les nourrissons dont le poids corporel est compris entre 1,0 kg et < 1,6 kg est basé sur une extrapolation. L'efficacité chez les nourrissons qui restent vulnérables à une maladie sévère due au VRS au cours de leur première ou deuxième saison de VRS n'a pas été directement établie et repose uniquement sur une extrapolation de l'exposition.

On dispose de peu d'informations sur les grands prématurés (âge gestationnel [AG] < 29 semaines) âgés de moins de 8 semaines, et aucune donnée clinique n'est disponible sur les nourrissons dont l'âge post-ménstruel (âge gestationnel à la naissance plus âge chronologique) est de 32 semaines. Des données limitées sont disponibles chez les nourrissons atteints du syndrome de Down (n = 13), de mucoviscidose (n = 5), d'anomalies congénitales des voies respiratoires (n = 9) et de maladies neuromusculaires (n = 0; non évalué dans les essais cliniques).

Non indiqué dans la population gériatrique (≥ 65 ans).

Mises en garde et précautions pertinentes

- Doit être administré avec prudence aux personnes souffrant de thrombocytopénie, d'un trouble de la coagulation ou d'un traitement anticoagulant.
- De rares réactions d'hypersensibilité graves, notamment anaphylactiques, ont été observées avec d'autres anticorps monoclonaux IgG1. En cas de signes et symptômes d'hypersensibilité cliniquement significatifs ou d'anaphylaxie, interrompre immédiatement l'administration et instaurer un traitement médicamenteux approprié et/ou un traitement symptomatique.
- Chez certaines personnes présentant une perte protéique, une clairance accrue du nirsevimab a été observée lors des essais cliniques. Le nirsevimab pourrait ne pas offrir le même niveau de protection chez les personnes présentant une perte protéique importante.
- Femmes enceintes et qui allaitent : non indiqué pour les adultes.

Pour de plus amples renseignements

Veillez consulter la monographie du produit sur <https://www.sanofi.com/assets/countries/canada/docs/products/vaccines/beyfortus-fr.pdf> pour obtenir des informations importantes concernant les effets indésirables, les interactions médicamenteuses, la posologie et les conditions d'utilisation clinique. La monographie de produit peut aussi être obtenue en téléphonant au 1 800 265-7927.

Références : 1. Monographie de produit de Beyfortus[®], 14 juin 2024. 2. Bianchini S, et al. *Microorganisms* 2020;8:2048; doi: 10.3390/microorganisms8122048. 3. Pisesky A, et al. *PLoS One* 2016;11(3):e0150416. doi: 10.1371/journal.pone.0150416. 4. Une déclaration du comité consultatif (DCC) Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI). Déclaration sur la prévention de la maladie causée par le virus respiratoire syncytial (VRS) chez les nourrissons. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/vaccines-immunization/national-advisory-committee-immunization-summary-statement-prevention-respiratory-syncytial-virus-disease-infants/ccni-resume-2024-05-17.pdf>. Consulté le 27 mai 2024. 5. Résumé de la déclaration du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) du 17 mai 2024. Déclaration sur la prévention de la maladie causée par le virus respiratoire syncytial (VRS) chez les nourrissons. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/vaccines-immunization/national-advisory-committee-immunization-summary-statement-prevention-respiratory-syncytial-virus-disease-infants/ccni-resume-2024-05-17.pdf>. Consulté le 17 juillet 2024. 6. Protocole pour : Griffin MP, Yuan Y, Takas T, et al. Single-dose nirsevimab for prevention of RSV in preterm infants. *N Engl J Med* 2020;383:415-25. 7. Protocole pour : Hammitt LL, Dagan R, Yuan Y, et al. Nirsevimab for prevention of RSV in healthy late-preterm and term infants. *N Engl J Med* 2022;386:837-46. 8. Données au dossier. Sanofi Pasteur Limitée, 2023. 9. Obando-Pacheco, et al. *J Infect Dis* 2018;217:1356-64. 10. Griffin MP, et al. *N Engl J Med* 2020;383:415-25. doi: 10.1056/NEJMoa1913556. 11. Drysdale SB, et al. Nirsevimab for Prevention of Hospitalizations Due to RSV in Infants. *N Engl J Med* 2023;389(26):2425-2435. 12. Données internes.

 **Beyfortus**^{MD}
(nirsevimab)

**Balayez et visitez le
Campus de Sanofi
pour en savoir plus!**




Lorsque la saison du VRS arrive, Beyfortus^{MD} est à portée de main.

Beyfortus^{MD} (nirsévimab) a réduit le risque relatif d'IVRI par le VRS ayant fait l'objet d'une prise en charge médicale, y compris l'hospitalisation, chez les nourrissons¹.

Beyfortus pourrait être financé par l'État dans votre province ou territoire (voir les critères).
Veuillez consulter votre service de santé publique local pour de plus amples renseignements².

sanofi

© 2025 Sanofi. Tous droits réservés.
MAT-CA-2500877F-v1.0-08/2025

 MEMBRE DE
MÉDICAMENTS NOVATEURS CANADA



 **BeyfortusTM**
(nirsévimab)