

La campagne d'immunisation contre le VRS des nourrissons débutant, Infovac vous présente les questions/réponses les plus fréquentes sur ce thème.

InfoVac est en désaccord (comme l'ensemble des [organisations](#) représentant la pédiatrie) avec plusieurs modalités des recommandations de la DGS publiées dans le [DGS-Urgent n°2026_10 du 10 août 2026](#).

- Quand débutera la campagne 2026-2027 en France métropolitaine ? Le **14 septembre 2026** avec le même calendrier pour la vaccination maternelle et l'immunisation des nourrissons par anticorps monoclonaux. **Pour la vaccination maternelle (Abrysvo®), ce calendrier paraît particulièrement inapproprié.** Rappelons qu'en moyenne les mères accouchent à 39 semaines d'aménorrhée (SA) et que le terme idéal de vaccination (dans la fourchette proposée par la HAS 32-36 SA), pour obtenir une protection similaire à celles des anticorps monoclonaux est **32 semaines** : vaccinez le plus tôt possible. **Pour les anticorps monoclonaux (Beyfortus® ou, désormais aussi Enflonsia®), le choix du 14 septembre est également discutable.** Les enfants nés entre le 1^{er} et le 13 septembre auront déjà quitté la maternité lorsque la campagne débutera et auront environ 2 à 4 mois au cœur de la période épidémique, tranche d'âge à risque élevé d'hospitalisation. Or, l'expérience montre que l'immunisation est beaucoup plus facile à réaliser lorsqu'elle est proposée en maternité : pour la saison 2024-2025, la couverture a été estimée à environ **84 % en maternité contre 60 % en ambulatoire**. Les produits sont disponibles en Pharmacie mais officiellement ils ne seraient remboursés qu'à partir du 14 septembre : différentes sources indiquent déjà que de nombreuses pharmacies le délivre déjà sans avance de frais. **Une prévention efficace ne consiste pas seulement à disposer de bons produits, encore faut-il les proposer au bon moment et au bon endroit.**

- Pour quels enfants nés avant le 14 septembre faut-il proposer un rattrapage par des anticorps monoclonaux ? La lecture attentive du DGS urgent permet de conclure qu'il s'agit de **tous les nourrissons nés à partir du 21 février 2026.**

- J'ai plusieurs nourrissons qui auront 9 à 10 mois au pic épidémique et dont la mère a été vaccinée pendant la grossesse contre le VRS au 1^{er} trimestre 2026 ? Sont-ils encore protégés ? La réponse est très **probablement NON**, en tout cas pas à un niveau de protection clinique démontré. Les études de vaccination maternelle documentent une protection pendant les six premiers mois de vie ; l'activité neutralisantes des anticorps transmis au nourrisson décroît avec une demi-vie estimée à environ 39-44 jours. À 9-10 mois, il n'est donc pas raisonnable de considérer que la protection maternelle persiste de façon fiable.

- Faut-il proposer un anticorps monoclonal aux nourrissons qui auront 9 à 10 mois au pic épidémique et dont la mère a été vaccinée pendant la grossesse contre le VRS au 1^{er} trimestre 2026 ? **OUI, cela peut se justifier** si l'enfant aborde sa première véritable saison de circulation du VRS. Le DGS-Urgent 2026 autorise Beyfortus® et Enflonsia® au cours de la première saison de VRS. Mais le bénéfice principal (hospitalisation pour bronchiolite) devient nettement plus faible à 9-12 mois qu'au cours des premiers mois de vie. Pour chacun de ces mois d'âge, on observe environ 4 à 5 fois moins d'hospitalisations qu'à 2-3 mois. En revanche, le bénéfice potentiel ne se limite pas aux hospitalisations : bronchiolites ambulatoires, otites, usage d'antibiotiques... Chez un nourrisson de 9-10 mois, le rapport coût-efficacité est moins favorable que chez les plus jeunes mais il persiste un bénéfice individuel et puisque les recommandations 2026 permettent une immunisation pendant la 1^{ère} saison, il serait difficile de justifier que ces enfants soient exclus de la protection alors que leur mère a voulu les protéger !!

- Quel est le pourcentage de remboursement par l'Assurance Maladie cette année ? à la maternité, la prise en charge est de 100 % et en ambulatoire Beyfortus® et Enflonsia® sont désormais remboursés à 65 % par l'Assurance Maladie. L'immense majorité des mutuelles, la Complémentaire santé solidaire (C2S) et l'AME permettent une prise en charge intégrales.

- Les deux anticorps monoclonaux à longue durée d'action disponibles (Beyfortus® et Enflonsia®) sont-ils aussi efficaces ? Nous ne pouvons pas l'affirmer : il n'existe pas d'essai comparatif démontrant leur équivalence ou leur non-infériorité. En revanche, les estimations d'efficacité contre les hospitalisations à VRS sont proches dans les essais cliniques : 83,2 % pour le nirsévimab ([HARMONIE](#)) et 84,2 % pour le clesrovimab ([CLEVER](#)).

- Quelles sont les différences entre Beyfortus® et Enflonsia® ? Les deux sont des anticorps monoclonaux anti protéine F à action prolongée, mais ils ne reconnaissent pas la même cible : le nirsévimab cible le site Ø de la protéine F alors que le clesrovimab cible le site IV. Cette différence est intéressante : une mutation d'échappement à l'un n'entraîne pas nécessairement une résistance à l'autre. Ce n'est plus une question purement théorique, puisque des substitutions conférant une résistance au nirsévimab ont été observées en France surtout avec le [VRS-B](#). Il n'est pas démontré qu'une substitution d'un anticorps par l'autre améliore les résultats. L'autre différence pratique importante : Enflonsia® est indiqué uniquement pour la première saison d'exposition au VRS, alors que Beyfortus® peut également être utilisé au cours de la deuxième saison chez certains enfants de moins de 24 mois restant vulnérables aux formes sévères. Le Synagis® (palivizumab) est maintenant supplanté par ces anticorps qui offrent une protection saisonnière avec une seule injection, là où le palivizumab impose des injections mensuelles.

- La vaccination maternelle protège-t-elle aussi longtemps les nourrissons que les anticorps monoclonaux ? Probablement moins longtemps. L'activité des Ac neutralisants transférés après vaccination maternelle a une demi-vie d'environ 39-44 jours, tandis que la demi-vie du nirsévimab est d'environ 71 jours. Eviter une explication simpliste sur la seule ½ vie, la durée dépend aussi de la concentration initiale et de la puissance neutralisante.

- **La vaccination maternelle est-elle aussi efficace que les anticorps monoclonaux pour prévenir les hospitalisations à VRS ?** Les données françaises concernent le nirsévimab, pas encore le clesrovimab. Sur l'ensemble de la [cohorte](#) 2024-2025, le nirsévimab administré à la naissance était associé à une réduction de 22 % du risque d'hospitalisation à VRS par rapport à la vaccination maternelle (OR 0,78 ; IC95 % 0,70-0,86). L'intervalle entre la vaccination et l'accouchement est [déterminant](#). Au-delà d'un mois, les différences s'amointrissent. D'où l'importance d'une **vaccination maternelle précoce** : à 32 semaines en France, plus tôt dans de nombreux pays. Ces observations n'ont pas la même valeur qu'un essai randomisé comparant ces deux types d'immunisation.

- **La vaccination maternelle est-elle moins influencée par d'éventuelles mutations limitant l'efficacité des anticorps monoclonaux ?** C'est biologiquement plausible : la vaccination RSVpreF induit une réponse polyclonale dirigée contre plusieurs épitopes de la protéine F, alors qu'un anticorps monoclonal est très spécifique d'un seul épitope. Des sérums de sujets vaccinés par RSVpreF ont neutralisé in vitro des souches portant des mutations de résistance au nirsévimab, au clesrovimab ou au [palivizumab](#). Cela rend la réponse vaccinale théoriquement plus robuste à une mutation ponctuelle, mais ce sont des résultats *in vitro* sans preuve clinique.

- **Que faire pour un nouveau-né dont la mère a été vaccinée moins de 14 jours avant l'accouchement ?** Il faut lui proposer une immunisation par anticorps monoclonal. C'est explicitement recommandé par la [DGS](#) ; la même conduite est préconisée en cas de naissance prématurée. Le seuil officiel est « moins de 14 jours ».

- **Les anticorps monoclonaux protègent-ils des otites ?** Pour l'instant, les données publiées concernent essentiellement le nirsévimab. Dans une étude [française](#) ambulatoire chez des nourrissons de moins d'un an présentant une otite moyenne aiguë, l'efficacité ajustée du nirsévimab contre les otites associées au VRS était de 78,2 % (IC95 % 44,4-92,4). Une analyse française en séries temporelles a également montré, après l'introduction de l'immunisation contre le VRS, une [diminution](#) de 23,7 % (IC95 % 9,7-37,6) du taux d'otites toutes causes chez les moins de 12 mois, sans diminution significative dans les groupes plus âgés. Après un an aucune efficacité n'est observée dans des études présentées lors du [dernier ESPID 2026](#) à Bologne.

- **Le Synagis® a-t-il encore une place dans la prévention des infections à VRS chez le grand prématuré ?** Pour InfoVac, la réponse est **NON**. Le fait que Synagis® soit cité dans le DGS-Urgent 2026 décrit une possibilité réglementaire ; cela ne montre pas qu'il constitue un choix clinique pertinent. Certes le palivizumab est efficace mais pas plus que Nirsevimab ou Clesrovimab, mais il impose 15 mg/kg chaque mois, justifiant cinq administrations par saison. Le volume est de 0,15 mL/kg et, dès 6,7 kg, il dépasse 1 mL et doit être réparti sur deux sites, Aux prix publiés cinq administrations coûtent plus de 2000€ de médicament à 4-6 kg, 3000 € à 7-10 kg et 4500 € à 11-13 kg. Ce sont des ordres de grandeur, hors remises hospitalières et actes, et le poids change au cours de la saison. Beyfortus® et Enflonsia® coûte environ 400 € par seringue au prix public ; *En l'absence d'avantage démontré du palivizumab en efficacité ou en tolérance, cinq administrations pendant la saison, davantage de piqûres et un coût de plusieurs milliers le Synagis® n'a plus de justification.*

- **Quels sont les indications des anticorps monoclonaux la deuxième année de vie ?** Seul le Beyfortus est approuvé dans cette indication. Les indications officielles sont pour les <24 mois, lors de la deuxième saison VRS : maladie pulmonaire chronique du prématuré (ex. dysplasie bronchopulmonaire) ayant nécessité un traitement dans les 6 mois précédents et/ou cardiopathie congénitale avec retentissement hémodynamique. La posologie officielle est de 2 fois 100mg. La majorité de ces enfants ont une croissance non optimale et pèsent moins de 10 kg...la majorité des experts InfoVac pensent que 100 mg sont suffisants pour les moins de 10 kg...pour des raisons de pharmacologie, de douleurs et de coût. Ce sont d'ailleurs les recommandations dans plusieurs pays Européens. Sur [ce lien \(2\)](#) vous trouverez les situations qui augmentent le risque d'infections graves à VRS au-delà d'un an.

- **Faut-il proposer pour une grossesse gémellaire la vaccination maternelle ou les anticorps à la naissance ?** Non !!! Les anticorps monoclonaux s'imposent. En effet, les accouchements plus précoces sont beaucoup plus fréquents en cas de gémellarité risquant de diminuer l'efficacité de la vaccination. De plus il a été décrit des concentrations d'anticorps maternels transmis différentes entre les jumeaux.

- **Peut-on faire les anticorps chez les nourrissons le même jour que les autres vaccins ?** Oui sans hésiter. Ils sont remarquablement tolérés et ne modifient pas l'immunogénicité ou la réactogénicité des vaccins.

- **Peut-on faire le même jour l'Abrysvo® et la vaccination anticoquelucheuse chez une femme enceinte ?** En principe NON du fait d'une [interférence](#) immunologique entre les deux vaccins (moins d'ac anticoquelucheux) on conseille de décaler de 2 semaines les 2 injections. En fait cette interférence est la plus faible pour les anticorps antitoxine pertussique, anticorps les plus importants pour protéger des formes graves. Ces différences d'immunogénicité sont aussi importantes que celles observées entre les 2 dTcaP disponibles alors que l'efficacité clinique pour les nourrissons nés de mères vaccinées n'est pas [différente](#). Anglais, australiens et américains n'en tiennent plus compte. De toute façon si on veut éviter au maximum ce risque théorique d'interférence et optimiser le passage des anticorps maternels, il vaut mieux avancer les dates de ces 2 vaccins pendant la grossesse : 20 semaines d'aménorrhée pour la coqueluche et 28 pour l'Abrysvo®.

Robert Cohen, Didier Pinquier, Pierre Bakkhache, Christophe Batard, Joël Gaudelus, Isabelle Hau, Georges Thiebault, François Vie Le Sage, Catherine Weil-Olivier, Hervé Haas