

Prévention des bronchiolites à VRS chez le nourrisson

L'essentiel pour la pratique

Septembre 2026

1 Une stratégie efficace en vie réelle

La prévention des infections à VRS chez les nourrissons a montré son efficacité en vie réelle, que ce soit par :



Vaccination maternelle

Transfert d'anticorps au nourrisson



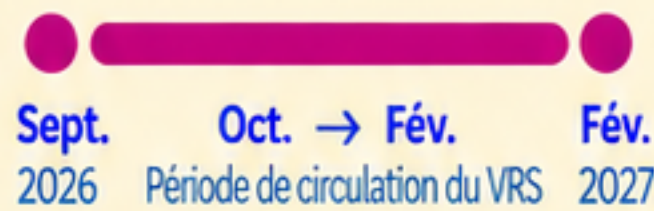
Immunisation du nourrisson

par anticorps monoclonaux (Nirsevimab)

2 Période de la campagne



Du 14 septembre 2026
au 28 février 2027
en métropole



3 Un rôle central pour les médecins généralistes



Inform^{er} les parents sur l'ensemble des mesures de prévention disponibles



Accompagner la décision partagée entre vaccination maternelle et anticorps monoclonaux



Ne pas retarder la prévention et proposer le rattrapage si besoin



Assurer la traçabilité dans le carnet de santé



Participer au suivi : signaler les échecs préventifs (confirmés virologiquement) et les éventuels effets indésirables.

4 Deux approches possibles



Vaccination maternelle

- Recommandée le plus tôt possible (idéalement à 32 semaines)
- Prise en charge à 100 % par l'assurance maternité
- Une vaccination plus précoce pourrait être plus efficace



Immunisation du nourrisson par anticorps monoclonaux

- Nirsevimab
- Clesrovimab : données d'efficacité cliniques au moins aussi bonnes que le Nirsevimab (mais pas encore de données en vie réelle)

5 Pour quel nourrisson ?

Nourrissons nés depuis le 14 septembre 2026

→ Prévention à mettre en place sans délai (ne pas reporter).

Nourrissons nés entre le 21 février et le 14 septembre 2026

→ Penser au rattrapage s'ils n'ont pas encore reçu de prévention.

6 Cas particulier : 2^e saison de VRS



Enfants âgés de moins de 24 mois exposés à leur deuxième saison de circulation du VRS et demeurant vulnérables :

→ Immunisation par le seul nirsevimab (AMM, et remboursement en attente pour le Clesrovimab, pour la 2^e année).

7 Efficacité comparative (première saison en France)



L'immunisation du nourrisson par Nirsevimab a été associée à une réduction plus significative du risque d'hospitalisation et de formes sévères de VRS par rapport à la vaccination maternelle. Une vaccination plus précoce pourrait avoir une meilleure efficacité.

8 Prise en charge



Vaccination maternelle

100 %

par l'assurance maternité



Immunisation du nourrisson (anticorps monoclonaux)



100 %

si l'injection est faite avant la sortie de la maternité



65 %

en ville, avec remboursement complémentaire par la mutuelle, la C2S ou l'AME.

9 Surveillance et limite potentielle



Un risque d'émergence de variants résistants pourrait constituer une limite des anticorps monoclonaux anti-VRS, en raison de leur ciblage d'un épitope unique de la protéine F. Nirsevimab et Clesrovimab ciblent deux sites antigéniques différents, ce qui peut théoriquement limiter une résistance croisée, mais les données cliniques de résistance à long terme avec le Clesrovimab sont encore limitées. Une surveillance rapprochée a été mise en place en France.

Signaler tout échec préventif (confirmé virologiquement) et tout effet indésirable à la pharmacovigilance.