

Prévention des bronchiolites à VRS des nourrissons

Protocole Saison 2026/2027

Contexte :

Chaque année, en France, une vague épidémique de bronchiolite sévit et touche principalement les nourrissons âgés de moins d'un an. Les bronchiolites étaient, avant l'arrivée des Anticorps Monoclonaux et du vaccin maternel, la première cause de passage aux urgences pédiatriques et d'hospitalisation pour les nourrissons (2 à 3 % des nourrissons de moins d'un an étaient hospitalisés pour une bronchiolite sévère chaque année). Cette épidémie est responsable d'une saturation du parcours de soins pédiatriques (ville, urgences, hospitalisation et réanimation pédiatrique). La majorité des enfants hospitalisés (>85%) étaient des nourrissons de moins de 6 mois nés à terme, sans comorbidité connue. Le « VRS » est le virus responsable de 80% des bronchiolites. (Données Santé Publique France)

Face au risque de **conséquences à long terme** (asthme entre autres) pour les nourrissons hospitalisés pour bronchiolite à VRS, la diffusion des messages de prévention a été renforcée ces dernières années.

Un **anticorps Monoclonal** (Nirsevimab/ Beyfortus®) et un **vaccin maternel** (« Abrysvo ®») sont venus renforcer les mesures générales de prévention de la bronchiolite à VRS respectivement à l'automne 2023 et à l'automne 2024. Leur efficacité sur l'épidémie de bronchiolite a été démontrée par différentes études décrites ci-dessous. Un **second Anticorps Monoclonal** sera disponible pour la **saison 2026/2027**.

L'Anticorps Monoclonal Nirsevimab (Beyfortus®)

L'étude HARMONIE avait montré une **diminution du risque d'hospitalisation** pour bronchiolite de **84%** pour les nouveau-nés ayant reçu les immunoglobulines. Les données observationnelles françaises ont depuis montré une **baisse significative du nombre de nourrissons hospitalisés pour bronchiolite (73 %* à 83 %**)** (Institut Pasteur* et Etude Envie**) et de **du risque d'admission en soins intensifs pour bronchiolite (75,9 %)** (Etude de SPF). Cette efficacité dans le cadre des études a été largement confirmée en vie réelle depuis la commercialisation du Nirsevimab, à tous les niveaux du parcours de soins (ville, hôpital et soins critiques). L'effet positif sur la réduction des hospitalisations se poursuit **jusqu'à 6 mois après l'administration** (Etude Harmonie). Cet Anticorps spécifique protège en outre contre les otites (78,2 % dans l'étude de L Linglart 2026). Les effets secondaires du Nirsevimab sont rares et bénins.

Le vaccin maternel (« Abrysvo ®»)

Il permet une immunisation passive du nouveau-né par passage transplacentaire des Anticorps maternels. L'immunité est efficace à partir du 15^e jour après la vaccination et persiste pendant 6 mois. Toutefois, des études récentes montrent qu'un délai de **4 à 8 semaines** entre la vaccination et la naissance améliorent significativement la protection du nouveau-né (Jasset 2025).

L'étude MATISSE avait montré une **réduction relative du risque de formes sévères de bronchiolite de 81,8 % à J 90** après la naissance, et de **69,4 % à J 180**. Des études internationales observationnelles suggèrent une efficacité vaccinale contre les hospitalisations pour bronchiolite à VRS entre **58% et 83,7%** (HAS)

L'administration du vaccin est sécuritaire (Pas de surrisque de naissance prématurée démontré)

Des études observationnelles françaises à partir du SNDS (EPI PHARE, Valtuille) ont montré une différence sur les hospitalisations en faveur du Nirsevimab en comparaison à l'Abrysvo (RR du risque d'hospitalisation de 26% et 22%). Ces résultats à **pondérer** avec le **délai entre la vaccination maternelle et l'accouchement**. En effet, lorsque la vaccination maternelle a été effectuée au moins 8 semaines avant l'accouchement, aucune différence statistique n'est observée entre le vaccin et les immunoglobulines.

L'Anticorps Monoclonal Clesrovimab (Enflonsia®)

L'étude CLEVER a montré une réduction de l'incidence des hospitalisations liées à une infection à VRS de 84,2% au cours des 150 jours suivant l'administration. Le profil de tolérance ne montre pas d'effets secondaires majeurs. Il sera disponible à l'automne 2026 uniquement en ville.

La HAS recommande aux professionnels d'informer les parents sur les 2 stratégies possibles de prévention des infections à VRS, **vaccination maternelle** ou **administration d'anticorps monoclonaux** au nouveau-né.

Mesures de protection non spécifiques protégeant contre l'ensemble des infections virales saisonnières (Grippe, COVID ...)

- Mesures d'hygiène simples **strictes** autour des **nourrissons < 1 an, renforcées autour des nourrissons < 3 mois**. (Se laver les mains, port du masque en cas de symptômes, éviter les lieux publics et les contacts multiples avec les nourrissons en dehors du cercle familial proche, éviction du tabac, aération des pièces de vie ...)
- Promotion et soutien de **l'allaitement maternel**

Protection spécifique contre le virus VRS :

2 OPTIONS ALTERNATIVES existent et **doivent être présentées aux familles :**

- **Vaccination maternelle** entre 32 et 36 SA avec le **vaccin Abrysvo®** (selon reco HAS)
 - ✓ Vaccination saisonnière dès le 14 Septembre 2026
 - ✓ Intervalle de 2 semaines avec le vaccin diphtérie/tétanos/coqueluche acellulaire (dTca). Injection concomitante possible avec vaccin grippe ou Covid19.
 - ✓ **Contre-indication chez la femme immunodéprimée.**
 - ✓ **En cas de vaccination au cours d'une grossesse antérieure, ne pas réadministrer l'Abrysvo®**
 - ✓ Protection passive du nouveau-né dès 15 jours après la vaccination maternelle mais meilleure si intervalle vaccination /naissance $\geq$ 4semaines, et, jusqu'à 6 mois après la naissance. Dans la mesure du possible, il faut réaliser cette vaccination dès 32SA et ne pas attendre 36SA.
 - ✓ PEC dans le cadre ALD 100% grossesse

OU

- **Immunisation passive par le Nirsévimab (Beyfortus®) ou Clesrovimab (Enflonsia®)**
Anticorps monoclonaux spécifiques contre le VRS
 - ✓ Pour tous les nourrissons :
 - Nés après la fin de la période de la campagne d'immunisation précédente (20 février 2026) **ET** vivant leur 1^{ère} saison d'exposition au VRS,
 - Dont la mère n'a pas bénéficié du vaccin Abrysvo® pendant la grossesse ou a été vaccinée moins de 15 jours avant la naissance, ou bien ceux nés avant 37SA, que la mère ait été vaccinée ou non.
 - ✓ Administration **dès le 14 Septembre 2026 pour la saison hivernale**
 - Dès **la maternité** ou avant la sortie d'hospitalisation pour les nouveau-nés en néonatalogie ou cardio pédiatrie. (Disponible sans facturation aux familles.). A l'hôpital, seul le Nirsevimab est disponible. Le Clesrovimab n'est disponible qu'en ville pour cette saison 2026-2027).
 - **En ville**, auprès du médecin traitant, pédiatre, sage-femme.
Disponible en officine sur prescription. Prise en charge **SECU 65 %**. **Pas de reste à charge** pour patients couverts par une mutuelle. Prise en charge 100% pour patients CMU.
!!! Vigilance pour patients sans droits, possibilité d'administration en PMI, PASS pédiatrique,.. mais disponibilité variable.
 - ✓ Co administration possible avec les vaccins.

✓ Doses :

Nirsévimab (Beyfortus®)	Clesrovimab (Enflonsia®)
< 5 Kgs : 1 dose unique de 50mg IM (cuisse)	Pour tous poids : 105 mg (0,7 mL) IM (cuisse)
≥ 5 kgs : 1 dose unique de 100mg IM (cuisse)	

Remarques

• La HAS recommande préférentiellement l'administration de **Nirsevimab (Beyfortus®) ou de Clesrovimab (Enflonsia®)** aux nouveau-nés dont **les mères sont immunodéprimées**.

• La HAS ne se prononce pas sur la pertinence d'une revaccination lors de grossesses ultérieures. On privilégiera donc également le **Nirsevimab (Beyfortus®) ou le Clesrovimab (Enflonsia®) pour une seconde grossesse** si la maman a été vaccinée au cours de la grossesse précédente.

• Vigilance sur les doubles immunisations !

Vérifier le statut vaccinal de la mère :

- ✓ Si le vaccin a été administré entre 32 et 36 SA, en respectant les 2 semaines d'écart avec le vaccin contre la coqueluche et qu'au moins 2 semaines séparent l'injection et la naissance, que la mère n'est pas immunodéprimée et que l'enfant n'est pas prématuré
→ **pas d'administration d'Immunoglobulines recommandée au nouveau-né.**
- ✓ Si 1 de ces critères n'est pas rempli → Indication de Nirsevimab (Beyfortus®) ou de Clesrovimab (Enflonsia®)

• Vigilance aux nouveau-nés nés avant la période épidémique !

Ne pas oublier de proposer les immunoglobulines aux enfants nés après la fin de la période de la campagne d'immunisation précédente (20 février 2026) et le 14 septembre 2026.

Tableau récapitulatif HAS :

« **Beyfortus, Abrysvo, que choisir ? Informer les parents pour une décision éclairée** ». Ce tableau peut également concerner l'Enflonsia, même s'il a été réalisé avant l'arrivée sur le marché de cet anticorps.

	Vaccination maternelle pendant la grossesse (Abrysvo)	Anticorps monoclonal administré au nourrisson (Beyfortus)
Avantages	● Permet aux parents de choisir une stratégie qui ne nécessite pas d'injection à leur nouveau-né. ● Le nouveau-né est protégé dès la naissance par les anticorps neutralisants maternels transférés par voie transplacentaire. ● Pourrait être plus résistant à d'éventuelles mutations du virus au niveau de la protéine F⁴¹.	● L'efficacité et la sécurité du Beyfortus ont été confirmées en vie réelle dans plusieurs pays en 2023-2024. ● Efficacité et sécurité chez les nouveau-nés prématurés⁶¹ ● Peut être administré aux nourrissons jusqu'à 2 ans dans certains cas.
Inconvénients	● L'efficacité protectrice peut-être réduite si trop peu d'anticorps sont fabriqués (femme enceinte immunodéprimée) ou transmis au nouveau-né (naissance prématurée ou moins de 14 jours après la vaccination). ● L'efficacité vaccinale, maximale à la naissance baisse régulièrement dans le temps et est plus faible 6 mois après⁶¹. ● Une augmentation des naissances prématurées a été mise en évidence avec un vaccin maternel autre que Abrysvo. Ce risque n'est pas confirmé pour Abrysvo mais il fait l'objet d'une surveillance renforcée⁷¹.	● Nécessité d'une injection chez le nourrisson, à réaliser le plus tôt possible après la naissance, de préférence avant la sortie de la maternité en phase pré-épidémique ou épidémique. ● Risque potentiel (non prévisible) d'émergence de mutations virales susceptibles de diminuer à terme la sensibilité du VRS au Beyfortus, justifiant l'intérêt de disposer d'une alternative vaccinale.

Dans trois situations, l'immunisation passive avec Beyfortus est toutefois à privilégier en l'état actuel des données :

- lorsque la vaccination ne sera probablement pas efficace (nouveau-nés prématurés, intervalle de moins de 14 jours entre la vaccination et la naissance) ;
- dans le cas d'une nouvelle grossesse chez une mère précédemment vaccinée, faute de données disponibles sur la sécurité et l'efficacité d'une dose additionnelle de vaccin ;
- s'agissant des femmes immunodéprimées, en l'absence de données d'efficacité et d'immunogénicité du vaccin dans cette population.

Pour permettre aux parents de prendre une décision éclairée quant au choix qui leur convient le mieux, la HAS prépare un document d'information qui sera mis à leur disposition au démarrage de la campagne.

Documents d'information :

- Flyer « 8 actions pour protéger mon bébé de la bronchiolite » à destination des familles (SFN, SFMP, FFRSP, GPIP) (en annexe)
- Flyer d'information aux familles (AUORE) : « Bronchiolite à VRS Plusieurs modalités de prévention pour votre bébé » (en annexe)
- ANSM Lettre aux professionnels de santé : Beyfortus (nirsévimab), solution injectable en seringue pré-remplie: informations essentielles sur ce traitement préventif des bronchiolites à VRS
[beyfortus-lettre-aux-professionnels-230823.pdf \(sante.fr\)](#)
[Actualité - Prévention de la bronchiolite du nourrisson : les premières données de pharmacovigilance confirment le profil de sécurité du nirsevimab \(Beyfortus\) - ANSM](#)
- ANSM Beyfortus information aux parents sur les effets indésirables.
[beyfortus-information-parents-230823.pdf \(sante.fr\)](#)
- HAS : [Haute Autorité de Santé - Vaccination maternelle contre le VRS : une nouvelle possibilité pour protéger le nouveau-né \(has-sante.fr\)](#)
- [Recommandation vaccinale contre les infections à VRS chez les femmes enceintes](#)

Bibliographie et autres études :

- Santé publique France. Bulletin épidémiologique bronchiolite semaine 9. Saison 2022-2023
- Nirsevimab vs RSV preF Vaccine for Respiratory Syncytial Virus–Related Hospitalization in Newborns Jabagi MJ et al, JAMA.2026;335(9):787-798.doi:10.1001/jama.2025.24082
- Effectiveness of nirsevimab immunisation after birth versus RSVpreF maternal vaccination in preventing RSV-related hospitalisations in infants: a population-based retrospective cohort study Valtuille Z, Fafi I, Kaguelidou F et al. The Lancet Child & Adolescent Health, 2026; 10, 481-490
- Enhanced placental antibody transfer efficiency with longer interval between maternal respiratory syncytial virus vaccination and birth. Jasset OJ Am J Obstet Gynecol. 2025 Jun;232(6):554.e1-554.e15. doi: 10.1016/j.ajog.2024.10.053. Epub 2024 Nov 7. PMID: 39515450; PMCID: PMC12056162.
- Early impact of nirsevimab on ambulatory all-cause bronchiolitis: a prospective multicentric surveillance study in France Levy C et al.. J Pediatric Infect Dis Soc. 2024 May 23
- Effectiveness of nirsevimab against RSV bronchiolitis in paediatric ambulatory care : a test-negative case-control study. Lassoued Y, Levy C, Werner A, et al. Lancet Reg Health Eur 2024 Jul 23 ; 44 : 101007.
- Nirsevimab Effectiveness Against Cases of Respiratory Syncytial Virus Bronchiolitis Hospitalised in Paediatric Intensive Care Units in France Paireau J, et al., September 2023-January 2024. Influenza Other Respir Viruses. 2024;18(6):e13311.
- Effect of nirsevimab on hospitalisations for respiratory syncytial virus bronchiolitis in France, 2023-24: a modelling study A Brault Lancet Child Adolesc Health 2024 Oct;8(10):721-729.
- Nirsevimab for Prevention of Hospitalizations Due to RSV in Infants S.B. Drysdale, Ph.D. for the HARMONIE Study Group N Engl J Med 2023;389:2425-2435 VOL. 389 NO. 26
- Nirsevimab effectiveness on paediatric emergency visits for RSV bronchiolitis: a test-negative design study. L Lengart Eur J Pediatr 2025 Feb 1;184(2):171.
- 180-day efficacy of nirsevimab against hospitalisation for respiratory syncytial virus lower respiratory tract infections in infants (HARMONIE): a randomised, controlled, phase 3b trial. Munro, A. P. S. Lancet Child Adolesc Health 2025 Jun;9(6):404-412.
- Real-world effectiveness of nirsevimab against respiratory syncytial virus disease in infants: a systematic review and meta-analysis D Sumsuzzman Lancet Child Adolesc Health 2025 Jun;9(6):393-403.
- Efficacy, Safety, and Immunogenicity of the MATISSE (Maternal Immunization Study for Safety and Efficacy) Maternal Respiratory Syncytial Virus Prefusion F Protein Vaccine Trial EAF Simões MATISSE (Maternal Immunization Study for Safety and Efficacy) Clinical Trial Group 2025 Feb 1;145(2):157-167.
- MELODY Study Group. Nirsevimab for Prevention of RSV in Healthy Late-Preterm and Term Infants. Hammitt LL et al. N Engl J Med. 2022 Mar 3;386(9):837-846.

ANNEXE : RAPPELS ENFANTS VULNERABLES

Rappel des indications d'immunisation par le Palivizumab (Synagis®) :

- ✓ Réservé aux nourrissons nés prématurés et /ou à haut risque :
 - nés à 35 semaines d'âge gestationnel ou moins de moins de 6 mois au début de l'épidémie saisonnière à VRS ;
 - de moins de 24 mois ayant nécessité un traitement pour dysplasie bronchopulmonaire au cours des 6 derniers mois ;
 - de moins de 24 mois atteints d'une cardiopathie congénitale avec retentissement hémodynamique.
- ✓ Posologie recommandée : **15mg/kg**, administrée **une fois par mois** pendant les périodes à risque d'infections communautaires à VRS

Rappel Immunisation par Beyfortus® et Synagis® pour les nourrissons exposés à leur 2^e saison de circulation du VRS :

- ✓ vulnérables à une infection sévère due au VRS
- ✓ de moins de 24 mois ayant bénéficié d'un traitement pour dysplasie bronchopulmonaire au cours des 6 derniers mois
- ✓ atteints d'une cardiopathie congénitale avec retentissement hémodynamique.
- ✓ Posologie :

Nirsévimab (Beyfortus®)	Palivizumab Synagis ®	
Une dose unique de 200 mg (2 injections de 100 mg en une fois)	15mg/kg, administrée une fois par mois pendant les périodes à risque	2 ^e Saison

Flyer à destination des familles :



8 ACTIONS POUR PROTEGER MON BÉBÉ DE LA BRONCHIOOLITE

Juillet 2024

1

Lavez-vous les mains régulièrement



2

Aérez la chambre et les pièces de vie



3

Evitez toute exposition au tabac



4

Evitez les endroits confinés et très fréquentés (supermarchés, transports en commun..)



5

Evitez les contacts avec les personnes enrhumées



6

Portez un masque si vous êtes malade



7

Evitez le partage de tétines, biberons et jouets avec d'autres enfants, et lavez les régulièrement



8

Deux nouvelles modalités de prévention contre le virus "VRS"



La vaccination des mamans pendant la grossesse



L'administration d'immunoglobulines spécifiques au nouveau-né dès les 1ers jours de vie



Parlez-en à votre médecin ou votre sage-femme



Le / / 20...

ORDONNANCE

NOM :

PRENOM :

DN :

Poids :

☐ **Nirsévimab (Beyfortus®) 50 mg**, solution injectable en seringue préremplie (Enfants < 5Kgs) IM (cuisse)

☐ **Nirsévimab (Beyfortus®) 100mg**, solution injectable en seringue préremplie (Enfants > 5 Kgs) IM (cuisse)

OU

☐ **Clesrovimab (Enflonsia®)** solution injectable en seringue préremplie 105 mg (0,7 mL) IM (cuisse)

A conserver au réfrigérateur (entre 2°C et 8°C). Peut être conservé à température ambiante (20°C-25°C) à l'abri de la lumière pendant 8 heures au maximum.

Médecin

RPPS

Proposition de « Fiche information patients » :



Bronchiolite à VRS

Plusieurs modalités de prévention pour votre bébé

Aout 2026

La bronchiolite liée au virus VRS touche chaque année 1 nourrisson sur 3. Certains doivent être hospitalisés pour des formes graves.

Deux mesures de protection spécifiques existent contre le virus du VRS

La vaccination des mamans contre le VRS pendant la grossesse (entre 32 et 36 SA)

- Vaccin Abrysvo®. (Peut être administré en même temps que le vaccin contre la grippe ou la Covid19, et avec un délai de 15 jours pour le vaccin contre la coqueluche).
- Proposée à partir du 14 septembre, pendant toute la période où le virus circule le plus
- Permet de **diminuer de 70 % (<6 mois) à 81 % (<3 mois)** les formes sévères de bronchiolite
- Permet la protection du nouveau-né jusqu'à ses 6 mois grâce au passage des anticorps par le placenta
- Effets secondaires rares (douleurs musculaires, céphalées chez la maman). Pas d'augmentation de la prématurité observée pour l'Abrysvo®.

OU

L'administration au nouveau-né d'un Anticorps monoclonal dirigé contre le VRS.

- Anticorps Nirsevimab (Beyfortus®) ou Clesrovimab (Enflonsia®)
- Il permet de **diminuer de 73 à 83 %** (selon les études) **les formes graves des bronchiolites liées au VRS ainsi que les hospitalisations.**
- **Qui ? Il est recommandé :**
 - pour les nourrissons nés après la fin de la période de la campagne d'immunisation précédente (20 février 2026) dont la maman n'aura pas été vaccinée pendant la grossesse ou qui a été vaccinée moins de 15 jours avant la naissance.
 - Pour les nouveau-nés prématurés ou avec d'autres facteurs de risque, selon les critères qui vous seront expliqués par votre médecin
- **Quand** est il recommandé de l'administrer ?
 - Dès le 14 septembre et pendant toute la période épidémique
 - Dès la maternité ou avant la sortie d'hospitalisation pour les nouveau-nés hospitalisés en néonatalogie ou cardio-pédiatrie.
 - Pendant une consultation chez la sage femme, chez le médecin qui suit le bébé ou à la PMI.
- **COMMENT** est-il administré ?
 - Par injection dans le muscle de la cuisse. Il peut être administré en même temps qu'un vaccin.
- **Y a t'il des EFFETS SECONDAIRES ?**
 - Ils sont peu fréquents (moins de 1 %) : éruptions cutanées, réaction au site d'injection, fièvre.

N'oublions pas les "mesures barrière " qui protègent contre l'ensemble des infections virales (Lavage des mains, éviter les lieux publics, port du masque en cas de symptômes...)

Retrouvez les informations sur la prévention de la bronchiolite



DONNÉES PHARMACOLOGIQUES

Anticorps monoclonal humain recombinant neutralisant à action prolongée dirigé contre le Virus respiratoire syncytial (VRS).
D'après les données cliniques et pharmacocinétiques, la durée de protection est d'au moins 5 mois.
Remarque : il s'agit d'un anticorps monoclonal et non d'un vaccin → immunisation passive.

INDICATIONS

Prévention des infections respiratoires inférieures dues au VRS chez les nouveau-nés et nourrissons au cours de leur première saison d'exposition au VRS :

- Nourrissons nés à partir du 01 Janvier 2024
- Nouveaux nés dès la naissance à partir du 15 septembre 2024

Option thérapeutique de première intention en alternative au Synagis®.

POSOLOGIES

Deux posologies en fonction du poids de l'enfant :

- Poids < 5kg : utilisation d'une seringue à 50mg / 0,5 ml
- Poids ≥ 5kg : utilisation d'une seringue à 100mg/ 1 ml

Conditionnement unitaire.

CIRCUIT DE DISTRIBUTION

A L'HÔPITAL

= dès la naissance et avant la sortie de la maternité

- Prescription par un médecin ou une sage-femme.
- Commande directement auprès du laboratoire SANOFI en remplissant le formulaire en ligne (multiple de 30 doses par spécialité dans la mesure du possible).
- Commande initiale correspondant à 1 mois de stock est recommandé
- BEYFORTUS® n'est pas inscrit sur la liste des médicaments qui peuvent être vendus au public par les pharmacies à usage intérieur

EN OFFICINE

= En cas de non-administration à l'hôpital

- Délivrance sur prescription médicale* (médecin, sage-femme).
- Commande directement auprès des grossistes.
- Pris en charge dans les conditions de droit commun pour les assurés sociaux, avec possible application du tiers payant.

PAR LES SERVICES DÉPARTEMENTAUX DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

- Prescription par un médecin ou une sage-femme.
- Commande directement auprès du laboratoire SANOFI en remplissant le formulaire en ligne (multiple de 30 doses par spécialité dans la mesure du possible)



Beyfortus® 50 mg (boîte violette)



Beyfortus® 100 mg (boîte bleue)

ADMINISTRATION

Seringue pré remplie prête à l'emploi (conservation 2°C-8°C).

- Après sortie du réfrigérateur, utilisation possible dans les 8h et à l'abri de la lumière.
- Administration par médecin, infirmiers ou sage-femme.



Administration
INTRA-MUSCULAIRE

- De préférence dans la partie antérolatérale de la cuisse.
- Possibilité de co-administration avec tous les vaccins.

TRAÇABILITÉ

Pour les patients

Traçabilité dans le carnet de santé de l'enfant (date, dose, lot, étiquette)

Pour les établissements de santé

- Traçabilité dans le dossier patient

En cours d'hospitalisation :

- dans le périmètre suivant : séjour en maternité, en néonatalogie ou en pédiatrie, entre le 15 septembre et la fin de cette campagne de prévention.
- le coût du BEYFORTUS® fera l'objet d'une compensation forfaitaire de 285 € HT versée à tous les établissements de santé utilisateurs en cas de déclaration des unités communes de dispensation (UCD) administrées dans le cadre d'une hospitalisation via
 - le fichier « FICHCOMP AP-AC » pour les ets ex DG
 - le fichier « RSF H » pour les ets ex OQN

Les codes UCD et les code indication (NNIRS01) disponible dans la NOTICE TECHNIQUE N° ATIH-311-4-2024 du 06/08/2024