

Groupe de travail sur l'immunisation maternelle contre le VRS de la Fédération des femmes médecins du Canada (FFMC)

Recommandations pour la prévention de la maladie
causée par le virus respiratoire syncytial (VRS) chez
les nourrissons pendant la saison 2024-2025

Juin 2024



Table des matières

Introduction	2
Qui sommes-nous?	3
Qu'est-ce que le VRS?	3
Qu'est-ce que cela signifie pour nos patientes?	5
De quelles nouvelles options disposons-nous pour prévenir l'infection?	5
Que recommande le groupe de travail de la FFMC?	7
Recommandations à court terme (à mettre en œuvre au cours des 6 à 12 prochains mois)	7
Recommandations à long terme (à mettre en œuvre au cours des 12 à 24 prochains mois)	15
Conclusion	17
Annexe 1: Groupe de travail sur l'immunisation maternelle contre le VRS de la FFMC	18
Annexe 2 : Références	19

Groupe de travail sur l'immunisation maternelle contre le VRS de la FFMC

Recommandations pour la prévention de la maladie causée par le virus
respiratoire syncytial (VRS) chez le nourrisson pendant la saison 2024-2025

Introduction

La Fédération des femmes médecins du Canada (FFMC) a constitué un groupe de travail chargé de formuler des recommandations visant à prévenir l'infection par le virus respiratoire syncytial (VRS) chez les nourrissons pendant la saison 2024-2025 du VRS. Il nous faut agir dès maintenant afin d'éduquer, de communiquer et de sensibiliser aux nouvelles mesures de prévention approuvées depuis peu par Santé Canada pour protéger les nourrissons contre le VRS.

Les recommandations contenues dans le présent livre blanc se veulent un appel à l'action pour les professionnels de la santé, le public et les décideurs politiques en vue de la protection des nourrissons contre la morbidité et la mortalité associées au VRS, de la réduction du fardeau qu'impose l'infection par le VRS sur les systèmes de santé pédiatriques Canadiens et la société ainsi que de l'atténuation du traumatisme psychologique vécu par les familles qui prennent soin d'un nourrisson infecté par le VRS. Nous souhaitons **susciter l'action en plus d'outiller les professionnels de la santé de même que les femmes enceintes et les personnes enceintes en leur fournissant les connaissances nécessaires pour qu'ils prennent conjointement des décisions éclairées** sur la meilleure façon de protéger les nourrissons de la maladie causée par le VRS pendant la saison 2024-2025.

Prise conjointe de décisions éclairées

Qui sommes-nous?

La FFMC est un organisme national reconnu pour son leadership et son militantisme dans l'avancement de la santé des femmes. Elle est résolue à promouvoir le bien-être et la santé des femmes, ainsi que des personnes s'identifiant comme telles, tant au sein du corps médical que de la société en général. La FFMC compte 100 ans d'histoire au Canada, fait partie des organisations non gouvernementales (ONG) associées au Département de la communication globale de l'Organisation des Nations Unies (ONU) et de l'Association internationale des femmes médecins, d'où sa participation au Conseil économique et social de l'ONU (ECOSOC). Au printemps 2024, la FFMC a constitué un groupe de travail sur l'immunisation maternelle contre le VRS qui avait pour mandat de formuler des recommandations pratiques en vue de la prévention de la maladie causée par le VRS chez les nourrissons de 0 à 6 mois pour la saison 2024-2025 du VRS. Ce groupe était composé de leaders nationaux des soins de santé et de vaccinateurs travaillant dans divers milieux de soins au Canada.

Qu'est-ce que le VRS?

Le virus respiratoire syncytial (VRS) est un virus à ARN très présent et grandement contagieux qui cause des maladies des voies respiratoires inférieures (VRI) et des voies respiratoires supérieures^{1,2}. Bien que, dans la plupart des cas, l'infection n'entraîne que des symptômes pseudo-grippaux légers ou modérés suivis d'un rétablissement en une semaine ou deux, la situation est différente chez le nourrisson : le virus peut être à l'origine d'une morbidité sévère, dont les maladies des VRI sévères, la bronchiolite et la pneumonie, pouvant nécessiter une hospitalisation, et parfois entraîner la mort^{1,2}. Lorsque des grands-parents et des nourrissons sont touchés, il est important de prendre en considération la transmission du VRS au sein des familles; en effet, les adultes de plus de 60 ans, particulièrement ceux qui sont atteints d'affections concomitantes, sont également exposés à un risque accru d'hospitalisation pour cause d'infection au VRS, ce qui impose un fardeau supplémentaire aux familles et entraîne un plus grand risque d'infection des nourrissons de 0 à 6 mois.

Plus de la moitié des enfants hospitalisés pour la maladie causée par le VRS ont moins de six mois³

Le VRS en bref – Incidence et répercussions au Canada

- o Le VRS cause des épidémies saisonnières. Chez le nourrisson, son activité est généralement plus élevée de la fin de l'automne au début du printemps¹. Malgré la saisonnalité connue du VRS, les données de surveillance de l'Agence de la santé publique du Canada ont démontré que les cas d'infection se déclaraient plus tôt dans certaines provinces, parfois dès le mois d'août⁴.
- o La maladie causée par le VRS peut entraîner de graves complications pour les nourrissons, et le nombre élevé d'hospitalisations ainsi que d'admissions à l'unité de soins intensifs pendant la saison du VRS exigent beaucoup de ressources en santé⁵. Bien que les nourrissons présentant certaines affections médicales sous-jacentes sont plus à risques de maladie sévère causée par le VRS, ce sont toutefois les nourrissons nés à terme et en santé qui représentent la majorité des cas sévères de VRS chaque année^{2,6,7}.
- o Plus de la moitié des enfants hospitalisés pour la maladie causée par le VRS ont moins de six mois, et le pic d'hospitalisations est observé au cours des trois premiers mois de vie^{3,8}.
- o 23,6 % des hospitalisations liées au VRS entraînent une admission en unité de soins intensifs, et plus de 60 % de ces admissions concernent des nourrissons de moins de 6 mois³.
- o En Ontario, les conséquences économiques des hospitalisations associées au VRS sont considérables; on estime que chaque cas entraîne des coûts de plus de 9000 \$⁹.
- o Le fardeau que représente le VRS n'est pas entièrement connu en l'absence de dépistage communautaire du VRS et sans prise en compte du fardeau de la maladie chez les nourrissons non hospitalisés (p. ex. journées d'absence du travail pour les parents, difficultés liées aux soins et coût des rendez-vous en consultation externe).

Qu'est-ce que cela signifie pour nos patientes?

« Notre fils n'avait aucun facteur de risque, il est né à terme (38,5 semaines, 3,4 kg) et en pleine santé. Nous ne savons toujours pas pourquoi son état s'est dégradé si vite. Voilà ce que le VRS peut faire aux nourrissons, même s'ils sont nés en parfaite santé. »

Jessica, une mère qui décrit son expérience de la maladie causée par le VRS chez son fils d'un mois

Les parents qui ont eu un nourrisson infecté par le VRS se rappellent du traumatisme ressenti en voyant leur poupon sans vigueur avoir peine à respirer. Jessica Cohn, qui vit à Ottawa, le ressent encore quand elle repense au diagnostic reçu pour son deuxième enfant à l'âge d'un mois. Elle se souvient s'être effondrée sur le sol lorsqu'une équipe de médecins lui a annoncé que la santé de son fils se détériorait et qu'il faudrait l'intuber. C'est un traumatisme qui l'a hantée pendant sa troisième grossesse et qu'elle porte toujours en elle.

« Notre fils n'avait aucun facteur de risque, il est né à terme (38,5 semaines, 3,4 kg) et en pleine santé. Nous ne savons toujours pas pourquoi son état s'est dégradé si vite. Voilà ce que le VRS peut faire aux nourrissons, même s'ils sont nés en parfaite santé. »

Au sujet des nouvelles mesures préventives qui existent désormais pour les nourrissons, M^{me} Cohn a déclaré : « Je suis tellement contente que ça se concrétise. Comme mon médecin peut en témoigner, je réclamais ce type de vaccin quand j'étais enceinte de mon troisième enfant (c'est le deuxième qui avait été infecté par le VRS) ».

« J'espère que les femmes enceintes entendront parler de mon histoire et prendront les moyens nécessaires pour que ça ne leur arrive pas. Tous les bébés peuvent être touchés par le VRS, pas seulement ceux qui ont des maladies préexistantes... Et ça fait vraiment peur! »

De quelles nouvelles options disposons-nous pour prévenir l'infection?

Santé Canada a récemment homologué deux nouveaux produits : le nirsévimab (Beyfortus[®], de Sanofi) et le vaccin VRSpréF (Abrysvo^{MC}, de Pfizer), qui confèrent une protection indispensable contre le VRS chez les nourrissons pendant la période critique

que sont les premiers mois de vie. L'homologation de ces nouveaux produits offre l'opportunité d'étendre la protection contre la maladie causée par le VRS à tous les nourrissons. Auparavant, nous ne pouvions protéger que ceux qui couraient un grand risque grâce au palivizumab (l'anticorps monoclonal d'ancienne génération Synagis®, d'AstraZeneca, commercialisé la première fois par AbbVie en 2002). Avant l'homologation de ces deux nouveaux produits, nous ne pouvions compter que sur une ressource contre la maladie causée par le VRS, et ce dans le cadre d'un programme rigoureusement ciblé destiné aux nourrissons les plus à risque qui présentaient des affections à risque particulièrement élevés⁵. Les professionnels de la santé ont maintenant d'autres outils de prévention et peuvent offrir diverses options aux familles pour protéger leurs nourrissons de la maladie causée par le VRS.

1. Le nirsévimab (Beyfortus®, de Sanofi) est un anticorps monoclonal indiqué pour la prévention de l'infection des voies respiratoires inférieures par le virus respiratoire syncytial (VRS) chez les nouveau-nés et les nourrissons durant leur première saison du VRS, ainsi que chez les enfants âgés de moins de 24 mois qui restent vulnérables à l'infection grave au VRS pendant leur deuxième saison du VRS¹⁰.
2. Le VRSpréF (Abrysvo^{MC}, de Pfizer) est un vaccin indiqué pour l'immunisation active de la personne enceinte, entre la 32^e et la 36^e semaine de grossesse, afin de prévenir les maladies des voies respiratoires inférieures (VRI), sévères ou non, causées par le virus respiratoire syncytial (VRS) chez le nourrisson, de la naissance jusqu'à l'âge de 6 mois¹¹.

Le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) a publié une déclaration sur la prévention de la maladie causée par le VRS chez les nourrissons; on y trouve les recommandations suivantes :

- La mise en place d'un programme universel d'immunisation contre le VRS pour **tous les nourrissons**⁵;
- Un programme d'immunisation par étapes utilisant le nirsévimab, en ciblant initialement les nourrissons à risque élevé qui courent un risque accru de maladie sévère causée par le VRS⁵;
- L'introduction du programme pourrait se faire par étapes, en fonction de l'accès à l'offre, du rapport coût/efficacité et de l'abordabilité des options disponibles⁵;
- Que le vaccin VRSpréF soit considéré comme une décision individuelle prise par une femme enceinte ou une personne enceinte, sur la base des renseignements fournis

par son professionnel de la santé, avant ou pendant la saison du VRS, afin de prévenir une maladie sévère causée par le VRS chez son nourrisson⁵.

Que recommande le groupe de travail de la FPMC?

Éducation | Communication | Sensibilisation

Les priorités du groupe de travail, à court comme à long terme, sont l'**éducation**, la **communication** et la **sensibilisation**.

1. **Éducation** pour combler les lacunes des professionnels de la santé en matière de connaissances sur les options existantes pour la protection des nourrissons contre la maladie causée par le VRS.
2. **La communication** sur l'efficacité, l'innocuité, l'accessibilité et les bienfaits de l'immunisation pour la protection des nourrissons contre la maladie causée par le VRS.
3. **La sensibilisation** des professionnels de la santé, des femmes enceintes, des personnes enceintes, du public et des décideurs politiques au fardeau que constituent la maladie causée par le VRS chez le nourrisson et aux options de protection existantes.

Recommandations à court terme (à mettre en œuvre au cours des 6 à 12 prochains mois)

Les recommandations à court terme sont les suivantes : **éducation** des professionnels de la santé, des leaders communautaires et des vaccinateurs dans les plus brefs délais quant aux options récemment homologuées pour la protection des nourrissons contre la maladie causée par le VRS; **sensibilisation** des professionnels de la santé, des femmes enceintes, des personnes enceintes, du public et des décideurs politiques au fardeau que constituent la maladie causée par le VRS chez **tous les nourrissons** ainsi qu'à ses répercussions sur le système de santé pédiatrique, la société et les familles au Canada. Nous attendons avec impatience que les provinces mettent en place des programmes universels pour tous les nourrissons qui soient alignés sur la recommandation la plus récente du CCNI (à l'heure actuelle, le nirsévimab est privilégié au vaccin VRSPréF), mais

leur mise en œuvre exige la prise en compte de multiples facteurs, dont l'accessibilité aux ressources, le moment de l'emploi, le rapport coût-efficacité et la logistique⁵. Le CCNI continuera de suivre de près les développements scientifiques ayant trait aux produits d'immunisation passive contre le VRS et mettra ses recommandations à jour à mesure que d'autres données probantes seront recueillies. Entre-temps, la prochaine saison du VRS approche, et comme le vaccin VRSpréF est présentement disponible au Canada dans les pharmacies et chez d'autres professionnels de la santé qui offrent des services de vaccination, nous voyons là l'occasion de protéger **tous les nourrissons** contre le VRS par l'immunisation active des femmes enceintes et des personnes enceintes entre la 32^e et la 36^e semaine de grossesse. Les recommandations à court terme comprennent aussi l'élaboration d'outils de **communication** qui aideront les professionnels de la santé à expliquer les options de protection existantes en vue de prévenir la maladie causée par le VRS chez **tous les nourrissons pendant la saison 2024-2025 du VRS**.

Ces recommandations évolueront en fonction de l'obtention de nouvelles données probantes et des conditions du marché.

« Il n'y a pas de temps à perdre. Nous disposons de nouvelles options, nous avons le luxe d'apprendre de l'expérience d'autres pays; nous devons agir maintenant pour protéger les nourrissons, et nous le ferons. »

– D^{re} Vivien Brown, médecin de famille, Toronto, coprésidente du groupe de travail

Éducation

Le groupe de travail recommande ce qui suit :

1. **Éduquer les professionnels de la santé sur le fardeau que constituent la maladie causée par le VRS et sur les nouvelles options approuvées pour la protection des nourrissons.** Les professionnels de la santé ont besoin d'outils éducatifs pour bien comprendre le paradigme actuel des stratégies de prévention de la maladie causée par le VRS. Le CCNI a récemment recommandé de se diriger vers un programme universel d'immunisation contre le VRS pour tous les nourrissons - à l'heure actuelle, le nirsevimab est privilégié au vaccin VRSpréF-qui pourrait se faire par étapes en ciblant d'abord les nourrissons exposés à un risque élevé et en fonction de l'accès à l'offre, du rapport coût/efficacité et de l'abordabilité des options disponibles⁵. Le CCNI en a fait état et nous le savons tous en tant que

professionnels de la santé : la réalisation de cet objectif prendra du temps et nécessitera la mise en œuvre de changements à de nombreux niveaux de notre système de santé⁵. Étant donné que la saison 2024-2025 du VRS approche à grands pas, il faut commencer dès maintenant à conseiller les femmes enceintes et les personnes enceintes en leur présentant les options existantes pour protéger leurs nouveau-nés contre le VRS cette année. Pendant que les autorités provinciales conçoivent, évaluent et envisagent des programmes universels, nous devons **éduquer sans tarder les professionnels de la santé**. Notre recommandation s’aligne sur la position du CCNI, qui **encourage les personnes concernées à discuter des options d’immunisation disponibles dans leur milieu avec un professionnel de la santé avant l’accouchement**¹²; de plus, même dans les régions où le nirsévimab est accessible, le VRSpréF pourrait être recommandé après réflexion concertée pour les familles qui préféreraient un produit qui immunise pendant la grossesse plutôt que pendant la période néonatale. Étant donné que le vaccin VRSpréF est actuellement offert et que des stocks sont disponibles au Canada pour protéger **tous les nourrissons** contre le VRS par immunisation active des femmes enceintes et des personnes enceintes entre la 32^e et la 36^e semaine de grossesse, le groupe de travail estime qu’il est **urgent d’éduquer** les professionnels de la santé sur l’efficacité, l’innocuité, la disponibilité et les bienfaits de la vaccination de la mère contre le VRS. Les outils éducatifs doivent souligner **l’importance d’administrer le vaccin VRSpréF au moment opportun et de respecter les modalités approuvées par Santé Canada**. Aux termes du résumé de la déclaration du CCNI, d’après les études, le vaccin VRSpréF pendant la grossesse s’est révélé efficace pour prévenir les maladies sévères causées par le VRS chez les nourrissons au cours des premiers mois de vie, et son administration pendant l’intervalle posologique autorisé de 32 à 36 semaines de gestation n’a pas été associée à des problèmes d’innocuité¹². **Le groupe de travail recommande que les outils éducatifs à l’intention des professionnels de la santé soient sans équivoque** : il est important de transmettre de l’information exacte et facile à comprendre aux personnes enceintes pour qu’elles puissent participer à la prise de décision. C’est pourquoi nous présentons ci-après un résumé des données recueillies lors des études cliniques.

Résumé des données d’études cliniques :

Lorsque le vaccin VRSpréF a été administré à des femmes enceintes et à des personnes enceintes en dehors de l'intervalle posologique indiqué dans la monographie (avant la 32^e ou après la 36^e semaine de grossesse), il y avait un déséquilibre non statistiquement significatif quant au nombre de naissances prématurées dans le groupe vaccin VRSpréF comparativement au groupe placebo, et ce déséquilibre était plus marqué dans le sous-groupe de femmes ayant été vacciné entre la 28^e et la 31^e semaine de gestation¹¹. Ce déséquilibre a été en majeure partie observé dans les centres de recherche situés en Afrique du Sud et en Argentine, alors qu'aucun déséquilibre n'a été noté à cet égard dans les données regroupées des participantes des pays à revenu élevé, comme le Canada, selon les catégories de la Banque mondiale¹¹. Par ailleurs, aucune augmentation de la mortalité globale des nourrissons (5 cas dans le groupe des mères ayant reçu le VRSpréF, 12 dans le groupe placebo) n'a été observée et aucune différence n'a été notée dans la fréquence des hospitalisations néonatales ou des prolongations d'une hospitalisation, que ce soit chez l'ensemble des nourrissons (391 cas [11 %] dans le groupe des mères ayant reçu le VRSpréF, 353 cas [9,9 %] dans le groupe placebo) ou chez les prématurés (83 cas [2,3 %] dans le groupe des mères ayant reçu le VRSpréF, 80 cas [2,2 %] dans le groupe placebo)¹¹. Les données disponibles sont insuffisantes pour confirmer ou infirmer une relation de cause à effet entre les naissances prématurées et le vaccin VRSpréF¹¹. Par mesure de précaution, l'indication du vaccin VRSpréF est actuellement limitée à l'âge gestationnel de 32 à 36 semaines¹¹. Le CCNI continuera à suivre de près les données probantes relatives à l'innocuité du vaccin VRSpréF et mettra à jour ses directives en conséquence¹².

Nos recommandations réclament des **messages éducatifs clairs et constants** à l'intention des professionnels de la santé et des patients en vue de la prise conjointe de décisions éclairées, de sorte que chaque femme enceinte et chaque personne enceinte soit outillée pour faire le meilleur choix possible pour protéger son bébé contre la maladie causée par le VRS.

2. **Élaborer et diffuser des documents d'information pour les professionnels de la santé** qui soient adaptés aux besoins uniques des populations de patients, en fonction des déterminants sociaux et structurels que sont la santé, la diversité, l'équité et l'inclusion pour toutes les femmes enceintes et les personnes enceintes au Canada. Ces documents d'information adaptés doivent présenter clairement

les connaissances concernant le fardeau que représente le VRS chez **tous les nourrissons**, l'urgence de combattre l'infection par le VRS chez **tous les nourrissons** et les options d'immunisation existantes à chaque population distincte de patients. Ces documents informatifs doivent être largement diffusés auprès de tous les professionnels de la santé exerçant dans le domaine des soins prénataux (médecins de famille, obstétriciens-gynécologues, pharmaciens, infirmières, sages-femmes, doulas, aînés, leaders communautaires et autres intervenants dans le suivi de la grossesse).

Il faut informer sans tarder les professionnels de la santé sur l'efficacité, l'innocuité, l'accessibilité et les bienfaits des options récemment approuvées pour la protection des nourrissons contre la maladie causée par le VRS pendant la prochaine saison.

- 3. Présenter le vaccin maternel contre le VRS aux femmes enceintes et aux personnes enceintes qui y sont admissibles en tant qu'option à envisager individuellement, conformément à la recommandation du CCNI, selon laquelle le vaccin VRSPréF peut être considéré comme une décision individuelle prise par une femme enceinte ou une personne enceinte, sur la base des renseignements fournis par son professionnel de la santé, avant ou pendant la saison du VRS, afin de prévenir une maladie sévère causée par le VRS chez son nourrisson, dans le cadre d'un consentement éclairé^{5,12}, particulièrement dans les régions ne disposant pas encore d'un programme universel de protection de tous les nourrissons. Sachant **que la recommandation d'un vaccin a plus de poids si elle vient d'un professionnel de la santé de confiance**, nous recommandons que ces professionnels acquièrent des connaissances suffisantes pour savoir quand aborder la question de l'immunisation maternelle contre le VRS avec leurs patientes enceintes, et pour pouvoir comprendre et expliquer les bienfaits ainsi que les données sur l'innocuité, de même que les diverses méthodes de protection contre le VRS actuellement offertes au Canada et leur mode d'action pour la protection des nouveau-nés. Dans le cadre des soins prénataux usuels, les professionnels de la santé recommandent actuellement à toutes les femmes enceintes et à toutes les personnes enceintes de recevoir le vaccin dcaT entre la 27^e et la 32^e semaine de grossesse pour protéger les nourrissons contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos¹³. En outre, cette année, le vaccin VRSPréF**

devrait être une option offerte à toute patiente enceinte admissible entre la 32^e et la 36^e semaine de grossesse, en vue de la protection du nourrisson contre le VRS pendant ses 6 premiers mois de vie. Les professionnels de la santé doivent avertir les patientes que les vaccins recommandés pendant la grossesse peuvent être administrés en concomitance⁵. Ils doivent clairement et efficacement décrire les bienfaits, la marge d'innocuité et les options de protection des nourrissons contre la maladie causée par le VRS pour la prise conjointe de décisions éclairées.

4. **Collaborer avec les organismes dont les membres assurent le suivi de la grossesse pour veiller à ce que le matériel d'information destiné aux professionnels de la santé ait la plus vaste portée possible.** Il s'agit d'une occasion de transmettre l'information plus rapidement à un plus large public. La FFMC, les membres du groupe de travail et les organismes collaborateurs doivent travailler de concert pour démultiplier l'accès à tous les outils éducatifs créés.
5. **Éduquer les professionnels de la santé qui assurent le suivi de la grossesse sur l'accès aux vaccins.** Les professionnels de la santé qui dispensent des soins prénataux, où que ce soit au Canada, devraient savoir s'il existe des programmes universels d'utilisation du nirsévimab dans leur région, quand y recourir et de quelle nature ils sont. Pour être préparés lorsqu'une personne décide d'opter pour la vaccination maternelle par le VRSpréF, ces professionnels doivent avoir accès à des ressources d'information sur le moment et la façon d'administrer le vaccin maternel contre le VRS et y avoir accès au moment opportun pour les patientes admissibles. S'ils sont dans l'impossibilité d'administrer le vaccin, ils doivent orienter la patiente vers un vaccinateur. Les professionnels de la santé doivent disposer d'outils expliquant le coût du vaccin, les options de remboursement par les assureurs et les programmes de soutien aux patients susceptibles de venir en aide aux personnes qui ne peuvent pas se payer le vaccin et qui ne sont pas bénéficiaires d'un régime d'assurance.

« Nous voyons régulièrement nos patientes enceintes et leur offrons d'autres vaccins usuels. Chaque nourrisson pourrait avoir la possibilité d'être protégé contre le VRS pendant la saison 2024-2025; nous avons l'occasion idéale d'offrir de l'information ainsi que l'option de vaccination maternelle contre le VRS entre la 32^e et la 36^e semaine de grossesse. »

– D^{re} Shelley Ross, médecin de famille, Burnaby, coprésidente du groupe de travail

Communication

Le groupe de travail recommande ce qui suit :

6. **Fournir aux professionnels de la santé des outils qui faciliteront la communication avec les patientes.** Tous les acteurs concernés (médecins, pharmaciens, infirmières, sages-femmes, doulas, aînés, leaders communautaires et autres intervenants qui assurent le suivi de la grossesse) devraient recevoir une trousse qui les aide à aplanir les difficultés que pose la discussion avec les femmes enceintes et les personnes enceintes sur les nouvelles options de protection des nourrissons contre le VRS. Cette trousse doit présenter les difficultés associées à la discussion sur les options existantes, le calendrier de vaccination pour la saison 2024-2025 du VRS, les bienfaits et les risques, les questions fréquemment posées et des suggestions pour entamer la conversation sur les options existantes avec les patientes.

- Il est essentiel que cette trousse contienne un **document d'informations factuelles d'une page en format papier ou numérique**, offert en plusieurs langues. La transmission de l'information et son ajout à des **applications numériques** existantes **sur la grossesse** sont aussi recommandés, car il s'agit de moyens efficaces de joindre les personnes enceintes.
- L'harmonisation et l'ajout des outils aux trousse d'information des organismes collaborateurs seront également utiles à cet égard. Le message communiqué doit être constant et uniforme.

Les intervenants de confiance qui assurent le suivi de la grossesse doivent démentir l'information erronée, expliquer les bienfaits et les risques, de même qu'informer et outiller les patientes en vue de la prise conjointe de décisions éclairées

7. **Le Groupe de travail recommande d'opter pour une approche de prise conjointe de décisions éclairées en ce qui concerne la présentation des options de prévention de la maladie causée par le VRS aux femmes enceintes et aux personnes enceintes.** De fait, ces dernières ne sont pas toujours au courant de la sévérité et du caractère potentiellement mortel de ces

maladies évitables chez le nourrisson. Or les professionnels de la santé font partie des principales sources d'information sur les vaccins. Ils se doivent d'expliquer les bienfaits et les risques des options existantes de protection des nourrissons contre la maladie causée par le VRS, de démentir l'information erronée et de fournir aux personnes enceintes tous les outils nécessaires, soit de l'information juste présentée de façon compréhensible, pour que la prise de décision soit concertée et éclairée. Concernant le vaccin VRSpréF, les femmes enceintes et les personnes enceintes continuent de faire l'objet de paternalisme lors de la prise de décisions médicales¹⁴. Par conséquent, il convient de donner la priorité à l'autonomie des femmes enceintes et des personnes enceintes qui décident en connaissance de cause, à partir d'information claire transmise de façon compréhensible, d'accepter de se faire vacciner afin de protéger leur nourrisson⁵.

Sensibilisation

Le groupe de travail recommande ce qui suit :

8. **Retenir les services d'une agence de relations publiques qui élaborerait une stratégie média pour renseigner le grand public sur les nouvelles options qui existent pour protéger les nourrissons de la maladie causée par le VRS.** Il est primordial de mettre sur pied une vaste initiative coordonnée visant à mieux faire connaître l'importance de la maladie causée par le VRS chez le nourrisson ainsi que les nouvelles options préventives existantes pour que le vaccin soit mieux accepté par le grand public, et surtout par les femmes enceintes et les personnes enceintes, les professionnels de la santé, les décideurs politiques et les partenaires clés. La campagne destinée au grand public devrait se décliner dans divers médias, adaptés aux auditoires et déployés là où ces derniers sont les plus susceptibles de voir, de comprendre et d'accepter l'information. Il pourrait s'agir d'exposition médiatique gagnée, de médias sociaux et de médias traditionnels comme la télé, la radio et les panneaux d'affichage.

9. **Établir un partenariat avec des aînés autochtones et d'autres leaders de communautés autochtones pour mieux faire connaître aux femmes enceintes et aux personnes enceintes de leur communauté le fardeau qu'impose le VRS chez les nourrissons et les nouvelles options offertes pour prévenir la maladie causée par le VRS.** Des messages et des moyens

d'information adaptés devraient être créés pour que les femmes enceintes et personnes enceintes autochtones puissent prendre leurs propres décisions avec l'appui des partenaires du système de santé et des autorités de santé publique, conformément à la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones¹⁵. Les messages et les moyens d'information adaptés devraient de plus tenir compte de la région où les femmes enceintes et personnes enceintes habitent (c'est-à-dire en milieu urbain, en milieu rural, dans une réserve, hors d'une réserve).

En tout, 23,6 % des hospitalisations liées au VRS entraînent une admission en unité de soins intensifs, et plus de 60 % de ces admissions concernent des nourrissons de moins de 6 mois³.

Recommandations à long terme (à mettre en œuvre au cours des 12 à 24 prochains mois)

Tout comme celles qui visent le court terme, nos recommandations à long terme sont articulées autour des trois mêmes axes : **éducation, communication et sensibilisation**. Pour les 12 à 24 prochains mois, nous recommandons l'amélioration de la compréhension et des connaissances au moyen : d'éducation découlant de la collecte de données et de la recherche; de la communication pour contrer la réticence à la vaccination; et de la sensibilisation afin d'assurer un accès équitable au vaccin pour **toutes les femmes enceintes et les personnes enceintes** ainsi que pour **tous les nourrissons**.

Le groupe de travail recommande ce qui suit :

- 1. Améliorer le dépistage communautaire du VRS pour pouvoir mieux estimer l'ampleur du fardeau de la maladie qu'il cause chez les nourrissons, en milieu hospitalier et dans la communauté.** Les unités provinciales de services de santé devaient encourager le dépistage systématique pour différencier le VRS des autres virus qui causent des maladies respiratoires. L'identification du virus

facilite la prise en charge des maladies et fournit des données de surveillance capitales. À mesure que nous disposerons d'autres agents d'immunisation contre le VRS chez le nourrisson, les données de surveillance serviront à étayer les politiques en matière de prévention.

- 2. Colliger des données en contexte réel sur l'immunisation contre le VRS.** Les professionnels de la santé et les unités provinciales de services de santé doivent recueillir des données en contexte réel sur l'efficacité et l'innocuité des agents d'immunisation contre le VRS. L'information découlant de ces données doit être transmise aux professionnels de la santé et aux décideurs politiques. Ces données contribueront à la mise en place de politiques, de recommandations et de financement relatifs à l'immunisation contre le VRS.
- 3. Pousser la recherche sur la réticence vaccinale chez les femmes enceintes et les personnes enceintes.** Les autorités de santé publique ou d'autres organismes médicaux doivent mener des travaux de recherche quantitative et qualitative auprès de femmes enceintes et de personnes enceintes ainsi que de nouveaux parents pour comprendre leurs attitudes à l'égard des vaccins. Les résultats d'études obtenus dans diverses provinces devraient être comparés pour permettre de mieux comprendre les facteurs qui influent sur la réticence à la vaccination ou l'acceptation du vaccin. Les autorités de santé publique et les professionnels de la santé doivent mettre en œuvre des stratégies de communication pratiques pour contrer la réticence à la vaccination maternelle et accroître la confiance à l'égard des vaccins. Il y aurait lieu d'explorer des options telles que des passeports vaccinaux et des applications mobiles pour accroître l'adhésion.
- 4. Se joindre aux partenaires clés et aux gouvernements provinciaux de l'ensemble du pays pour réclamer des programmes provinciaux d'immunisation contre le VRS couverts par les régimes publics afin de protéger tous les nourrissons.** Le remboursement par l'État favorisera l'accès équitable aux nouvelles options de protection. Pendant que les autorités provinciales conçoivent, évaluent et envisagent la mise sur pied de programmes universels de protection contre le VRS, les leaders, les experts, les partenaires et les professionnels du domaine de la santé devraient coordonner leurs efforts et communiquer avec des membres des corps législatifs provinciaux, tous partis et

provinces confondus, pour faire valoir l'importance de la protection de **tous les nourrissons** contre le VRS ainsi que l'importance du dépistage communautaire du VRS, qui permettrait d'acquérir une compréhension plus fine du fardeau que représente la maladie dans la communauté.

« Je veux que toutes les patientes/personnes enceintes connaissent les meilleures options pour protéger leurs nourrissons contre le VRS en fonction de l'accessibilité, du coût, de la région et des préférences personnelles. Il est essentiel que la décision soit prise par la patiente. »

- D^{re} Darine El-Chaâr, spécialiste en médecine materno-fœtale, Ottawa, membre du groupe de travail

Conclusion

Notre arsenal s'est enrichi de deux nouvelles mesures de protection des nourrissons contre la maladie causée par le VRS. Comme la saison du VRS commencera bientôt au Canada, le groupe de travail sur la vaccination maternelle contre le VRS de la FFMC recommande **d'agir dès maintenant** – par l'**éducation**, la **communication** et la **sensibilisation** – pour mieux faire connaître les nouvelles mesures de prévention de la maladie causée par le VRS chez les nourrissons disponibles **pendant la prochaine saison**.

« Le VRS fait rage depuis des années; cette année, nous pouvons prévenir les manifestations de l'infection. »

- D^{re} Cora Constantinescu, infectiologue pédiatrique, Calgary, membre du groupe de travail

Annexe 1: Membres du groupe de travail sur l'immunisation maternelle contre le VRS de la FFMC

Dr. Vivien Brown - Family Physician - Toronto – Co-Chair

Dr. Shelley Ross - Family Physician - Vancouver – Co-Chair

Jen Belcher – Pharmacist - Vice President, Strategic Initiatives & Member Relations - Ontario Pharmacists Association - Kingston

Dr. Tali Bogler - Family Physician - Toronto - family medicine obstetrics provider

Dr. Cora Constantinescu - Pediatric Infectious Disease - Calgary

Dr. Shelita Dattani – Pharmacist - Senior Vice President, Pharmacy Affairs and Strategic Engagement - Neighbourhood Pharmacy Association of Canada - Ottawa

Dr. Darine El-Chaâr - Maternal Fetal Medicine (MFM) Physician - The Ottawa Hospital

Dr. Milena Forte - Family Physician - Toronto - family medicine including full-scope maternity care

Dr. Sherilyn Houle – Pharmacist - Associate Professor School of Pharmacy - U of Waterloo

Dr. Jia Hu - Co-Founder, 19 to Zero - Calgary - Public Health Physician - Family Physician

Dr. Unjali Malhotra - Family Physician - Vancouver - Medical Director Women's Health First Nations Health Authority

Dr. Christine Palmay - Family Physician - Toronto - preventative medicine and women's health

Dr. Charissa Patricelli - FIR (Families in Recovery) Physician - Vancouver - perinatal addiction services

Dr. Shafeena Premji - Family Physician - Calgary - women's health, low-risk obstetrical care

Antonella Pucci - Manager, Immunization Initiatives at Canadian Public Health Association (CPHA) - Immunize Canada - Ottawa

Dr. Chloe Rozon - OB GYN - PGY5 Resident - The Ottawa Hospital

Theresa Tang - Co-Chair & CEO, 19 to Zero – Calgary

Observers:

Lauren Douglas – Veritas

Sheri Fitzpatrick-Poulain – FMWC Maternal RSV Lead - FleurishMD

Joyce McCaffrey – Atlas

Krithika Muthukumaran – Medical Writer - Purple Elephant Medical Communications

Annexe 2: Références

1. Canada. Respiratory syncytial virus (RSV): For health professionals. 2024. Available from: [Respiratory syncytial virus \(RSV\): For health professionals - Canada.ca](https://www.canada.ca/en/health-services/minister-of-health/publications-services/2024/05/respiratory-syncytial-virus-rsv-for-health-professionals-canada.html)
2. Baraldi E, Lisi GC, Costantino C, et al. RSV disease in infants and young children: Can we see a brighter future? *Human Vaccines & Immunotherapeutics*. 2022;18(4):2079322. doi: [10.1080/21645515.2022.2079322](https://doi.org/10.1080/21645515.2022.2079322)
3. Bourdeau M, Vadlamudi NK, Bastien N, et al. Pediatric RSV-Associated Hospitalizations Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Network Open*. 2023;6(10):e2336863. doi: [10.1001/jamanetworkopen.2023.36863](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.36863)
4. Canada. Respiratory virus detections in Canada. 2024. Available from: [Respiratory virus detections in Canada - Canada.ca](https://www.canada.ca/en/health-services/minister-of-health/publications-services/2024/05/respiratory-virus-detections-in-canada.html)
5. Canada. Statement on the prevention of respiratory syncytial virus (RSV) disease in infants. 2024. Available from: [naci-statement-2024-05-17.pdf \(canada.ca\)](https://www.canada.ca/en/health-services/minister-of-health/publications-services/2024/05/naci-statement-2024-05-17.pdf)
6. Abrams EM, Doyon-Plourde P, Davis P, et al. Burden of disease of respiratory syncytial virus in infants, young children and pregnant women and people. *Canada Communicable Disease Report*. 2024;50(1/2):1-15. doi: [10.14745/ccdr.v50i12a01](https://doi.org/10.14745/ccdr.v50i12a01)
7. Hall CB, Weinberg GA, Iwane MK, et al. The burden of respiratory syncytial virus infection in young children. *The New England Journal of Medicine*. 2009;360(6):588-598. doi: [10.1056/nejmoa0804877](https://doi.org/10.1056/nejmoa0804877)
8. Buchan SA, Chung H, To T, et al. Estimating the Incidence of First RSV Hospitalization in Children Born in Ontario, Canada. *Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society*. 2023;12(7):421–430. doi: [10.1093/jpids/piad045](https://doi.org/10.1093/jpids/piad045)
9. Thampi N, Knight BD, Thavorn K, et al. Health care costs of hospitalization of young children for respiratory syncytial virus infections: a population-based matched cohort study. *Canadian Medical Association Journal Open*. 2021;9(4):E948-E956. doi: [10.9778/cmajo.20200219](https://doi.org/10.9778/cmajo.20200219)
10. Beyfortus™ Product Monograph. 2023. Available from: https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00070439.PDF
11. Abrysvo™ Product Monograph. 2023. Available from: https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00073900.PDF
12. Canada. Summary of the National Advisory Committee on Immunization (NACI) Statement of May 17, 2024. 2024 Available from: [Summary of the National](https://www.canada.ca/en/health-services/minister-of-health/publications-services/2024/05/summary-of-the-national-advisory-committee-on-immunization-naci-statement-of-may-17-2024.html)



[Advisory Committee on Immunization \(NACI\) Statement of May 17, 2024 \(canada.ca\)](#)

13. Canada. Vaccination and pregnancy: During pregnancy. 2024. Available from: [Vaccination and pregnancy: During pregnancy - Canada.ca](#)
14. Stoll K, Wang JJ, Niles P, Wells L, Vedam S. I felt so much conflict instead of joy: an analysis of open-ended comments from people in British Columbia who declined care recommendations during pregnancy and childbirth. *Reproductive Health*. 2021;18(1):79. doi: [10.1186/s12978-021-01134-7](#)
15. Nguyen NH, Subhan FB, Williams K, Chan CB. Barriers and mitigating strategies to healthcare access in Indigenous communities of Canada: A narrative review. *Healthcare*. 2020;8(2):112. doi: [h10.3390/healthcare8020112](#)