

Recommandations concernant l'indication des vaccins anti-pneumocoque, anti-méningocoque, anti-hépatite B, antigrippal et prévention du virus respiratoire syncytial (VRS) pour les enfants à risque

Auteure: Danièle Lemieux, M.D. • Mise à jour: novembre 2024

Préambule

Les recommandations canadiennes en provenance du Conseil consultatif national sur l'immunisation (CCNI) demeurent une référence de choix, en termes de données probantes, pour les praticiens du Canada. Leur application diffère toutefois d'une province à l'autre, selon les critères épidémiologiques ou monétaires. Les précisions apportées dans le texte suivant se veulent le reflet du contenu du Protocole d'immunisation du Québec¹. Celui-ci se distingue notamment par l'application d'un **calendrier de vaccination optimisé pour tous les enfants nés à partir du 1^{er} juin 2019**.

<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-calendriers-de-vaccination/calendrier-regulier-de-vaccination>

D'autre part, nous traitons essentiellement dans ce chapitre de la vaccination des enfants à risque pour certaines maladies identifiées dans le Recueil des données de base de l'ABCdaire, soit: le **pneumocoque**, le **méningocoque**, **l'hépatite B** et **l'influenza**. Les informations relatives aux vaccins contre la **COVID-19** se retrouvent dans la section de l'influenza et celles de la **prévention du virus respiratoire syncytial (VRS)** s'ajoutent à ces facteurs de risque, étant donné les nouvelles recommandations émises par le CCNI en juin 2024 relatives à l'usage universel d'anticorps monoclonaux chez les nourrissons en période active du virus¹².

Enfants à risque élevé d'infection invasive à pneumocoque

Les enfants à risque élevé d'infection invasive à pneumocoque doivent recevoir une dose supplémentaire de vaccin conjugué (Pneu-C) à l'âge de 6 mois, pour un total de 4 doses (2, 4, 6 et 12 mois) (**RECOMMANDATION FORTE**)².

Deux catégories d'enfants sont considérées à risque accru seulement pour leur première année de vie¹:

- ✓ Les grands prématurés (<32 semaines) ou de très faible poids à la naissance (<1500 g);
- ✓ Les enfants autochtones du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

D'autres **enfants à risque accru** doivent aussi recevoir les 4 doses de vaccin conjugué et le choix varie selon leur condition¹²:

Les enfants suivants à très haut risque doivent recevoir la série de 4 vaccins Pneu-C 20 (Prevnar20[®]):

- ✓ Asplénie anatomique ou fonctionnelle dont les hémoglobinopathies (anémie falciforme, thalassémie majeure, sphérocytose), thrombocytémie essentielle, lupus érythémateux disséminé, maladie cœliaque, entéropathies inflammatoires (colite ulcéreuse et maladie de Crohn) et greffe de cellules souches hématopoïétiques;

- ✓ États d'immunodépression : déficience immunitaire congénitale (p. ex. : syndrome de Di George, agammaglobulinémie ou hypogammaglobulinémie) ou acquise (infection à VIH et sida, trouble hématologique malin, leucémie, lymphome ou cancer non hématologique), chimiothérapie, radiothérapie ou traitement immunosuppresseur)
- ✓ Cirrhose
- ✓ Implant cochléaire
- ✓ Écoulement chronique de liquide céphalorachidien
- ✓ Insuffisance rénale terminale (dialyse) ou syndrome néphrotique

Les enfants suivants à haut risque doivent recevoir la série de 4 vaccins Pneu-C-15 (Vaxneuvance®) ;

- ✓ Maladie pulmonaire (p. ex. : fibrose kystique, bronchite chronique, emphysème, dysplasie bronchopulmonaire);
- ✓ Asthme assez grave accompagné de bronchite chronique, emphysème et corticothérapie systémique;
- ✓ Maladie cardiaque (p. ex. : insuffisance cardiaque, cardiomyopathie, cardiopathie cyanogène);
- ✓ Insuffisance rénale chronique sauf insuffisance rénale terminale (dialyse) ou syndrome néphrotique;
- ✓ Diabète;
- ✓ Maladie hépatique sauf cirrhose (porteur de l'hépatite B ou de l'hépatite C);
- ✓ Condition médicale pouvant compromettre l'évacuation des sécrétions respiratoires et augmenter le risque d'aspiration (p. ex. : trouble cognitif, lésion médullaire, trouble convulsif ou neuromusculaire).

À NOTER: Le Comité d'immunisation du Québec ne recommande plus d'offrir le vaccin polysaccharidique contre le pneumocoque (Pneumovax®) chez les personnes de moins de 18 ans, quelle que soit la série de vaccins conjugués reçus précédemment.

Les enfants à haut risque d'infection invasive à méningocoque

Les enfants de 2 mois ou plus à risque accru d'infection à méningocoque doivent désormais recevoir 3 doses (2, 4 et 12 mois) du vaccin conjugué quadrivalent contre les sérogroupes A, C, Y et W135 (Menactra®, Menveo® ou Nimenrix®) (Recommandation « B »)⁴.

Le vaccin multicomposant contre le méningocoque de type B (Bexsero®) s'est ajouté au précédent selon le même calendrier posologique (Recommandation forte « »)⁵

Ces enfants à risque accru sont les suivants :

- ✓ Asplénie anatomique ou fonctionnelle (hémoglobinopathie, thrombocytémie essentielle, lupus érythémateux disséminé, maladie cœliaque, entéropathies inflammatoires, greffe de cellules souches hématopoïétiques);
- ✓ Déficits en complément, en properdine, en facteur D ou en facteur H;
- ✓ Prise d'éculizumab (inhibiteur du complément C5);

- ✓ Déficit congénital en anticorps.
- ✓ S'ajoutent à ces enfants à risque accru les personnes :
 - › ayant eu un contact étroit avec un cas d'infection invasive à méningocoque causée par une souche du sérogroupe A, B, Y ou W₁₃₅ ;
 - › séjournant dans une zone d'endémie ou d'épidémie d'infection invasive à méningocoque causée par une souche du sérogroupe A, B, Y ou W₁₃₅ (dans ce cas particulier, l'Arabie Saoudite exige un certificat de vaccination avec le vaccin quadrivalent récent de moins de 3 ans et de plus de 10 jours avant l'arrivée dans ce pays) ;
 - › faisant partie d'une population à risque élevé d'infection invasive à méningocoque causée par une souche du sérogroupe A, B, C, Y ou W₁₃₅.

CALENDRIER RÉGULIER DE MENACTRA[®], MENVEO[®] OU NIMENRIX[®]

ÂGE À LA 1 ^{RE} DOSE (1)	NOMBRE DE DOSES	POSOLOGIE	VOIE D'ADMINISTRATION
2 à 3 mois	3 (2) (3)	Format unidosé	I.M.
4 à 11 mois	2 (2) (3)	Format unidosé	I.M.
12 mois et plus	1	Format unidosé	I.M.
Rappel (4)	1	Format unidosé	I.M.

- (1) Âge minimal : 6 semaines. Chez les enfants à risque accru de moins de 2 ans, utiliser le Menveo[®] ou le Nimenrix[®].
- (2) Peu importe le nombre de doses administrées avant l'âge de 1 an, l'une des doses doit être administrée à l'âge de 1 an et plus.
- (3) L'intervalle recommandé entre les doses est de 8 semaines, l'intervalle minimal est de 4 semaines.
- (4) Si le risque accru persiste, quel qu'en soit le facteur, administrer 1 dose du vaccin tous les 5 ans. Pour les enfants qui ont reçu leur dernière dose de vaccin quadrivalent contre le méningocoque avant l'âge de 7 ans, administrer 1 dose après un délai de 3 ans.

CALENDRIER RÉGULIER DU BEXSERO^{*}

Âge à la première dose (1)	Nombre de doses	Dose de rappel
2 à 11 mois	3(2)	Oui (3)
≥ 12 mois	2 (4)	Oui (3)

- (1) L'âge minimal est de 6 semaines.
- (2) L'intervalle recommandé entre les doses est de 8 semaines. L'intervalle minimal est de 4 semaines. Administrer 2 doses avant l'âge de 1 an, puis 1 dose à l'âge de 1 an et plus. Si 1 dose a été administrée avant l'âge de 1 an, administrer 2 doses après l'âge de 1 an.
- (3) Administrer 1 dose tous les 5 ans pour les personnes chez qui le risque accru d'infection invasive à méningocoque persiste. Pour les personnes qui ont reçu leur dernière dose du vaccin Men-B avant l'âge de 7 ans, administrer 1 dose après un délai de 3 ans.
- (4) L'intervalle recommandé entre les doses est de 6 mois. Un intervalle de 8 semaines est recommandé lors d'une éclosion. L'intervalle minimal est de 4 semaines.

* Pour le calendrier en contexte d'éclosion ou une prophylaxie postexposition (contact étroit), consulter le PIQ via le lien suivant : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-vaccins/men-b-vaccin-contre-le-meningocoque-de-serogroupe-b/>

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS RELATIVES AU VACCIN CONTRE LE MÉNINGOCOQUE PAR GROUPE D'ÂGE ET CATÉGORIE À RISQUE

CATÉGORIE À RISQUE	MEN-C-C	MEN-C ACYW ₁₃₅	MEN-B
Enfants à risque accru <ul style="list-style-type: none"> › Asplénie fonctionnelle ou anatomique › Déficience en complément, en properdine, en facteur D ou en facteur H › Prise d'éculizumab › Déficience congénitale en anticorps 		X	X
Contact étroit avec un cas de méningocoque <ul style="list-style-type: none"> › Causé par un sérogroupe B › Causé par un sérogroupe C › Causé par un sérogroupe A, Y ou W₁₃₅ 	X	X	X
Voyageurs en pays endémique ou épidémique de méningocoque <ul style="list-style-type: none"> › Causé par un sérogroupe B › Causé par un sérogroupe C › Causé par un sérogroupe A, Y ou W₁₃₅ 	X	X	X
Voyageur se rendant en Arabie Saoudite pour participer au hadj ou à la Omra		X	

Rappelons que le CCNI a recommandé en 2019 de ne pas offrir le vaccin MEN-B dans le cadre des programmes universels canadiens de vaccination systématique (Recommandation forte)⁵

Les enfants à risque élevé d'hépatite B

Depuis plus de 20 ans, un programme de vaccination universelle contre l'hépatite B (Recommandation « A »)⁶ des nourrissons est implanté au Québec. Le nouveau calendrier régulier de vaccination proposé depuis le 1er juin 2019 comporte trois doses comme suit : les deux premières doses sont insérées grâce à l'usage du vaccin Hexavalent DCaT-HB-VPI-Hib à 2 mois et à 4 mois et la 3e dose, à 18 mois, est administrée avec le vaccin combiné HB-HA.

Parallèlement à cette vaccination universelle, **certains nourrissons à risque élevé d'hépatite B (Recommandation « A ») devront recevoir précocement une série vaccinale durant la période néonatale** : 3 doses (à la naissance, à 1 mois et à 6 mois) avec ou sans HBIG, selon le cas :

- ✓ Né d'une mère porteuse chronique HbsAg, étant de statut inconnu ou qui a souffert d'hépatite aiguë lors du 3^e trimestre ou après l'accouchement.

Dans ce cas, le vaccin doit être donné dès la naissance (avec ou sans des HBIG selon le statut AgHBs de la mère), à 1 mois et à 6 mois pour le bébé de plus de 2000 grammes.

Pour le bébé de moins de 2000 g, un calendrier de 4 doses est le suivant : à la naissance (avec ou sans les HBIG), dès que l'enfant atteint 2 mois ou 2000 g, 1 mois après la 2^e dose et 5 mois après la 3^e dose (dernière dose au plus tôt à 24 semaines). Un dosage d'anticorps anti-HBs et de l'HBsAg est nécessaire de 1 à 2 mois (maximum 6 mois) après la dernière dose si la mère est porteuse d'hépatite B (AgHBs positif).

À noter que les mères porteuses d'hépatite B peuvent allaiter dans la mesure où le nouveau-né a reçu les HBIG avant la première tétée.

Certains **autres enfants réceptifs qui n'ont pas profité de la vaccination universelle** sont à risque accru :

- ✓ Les enfants qui vivent sous le même toit qu'un porteur chronique du VHB, qu'un cas d'hépatite B aiguë, qu'une personne infectée par le VIH ou le virus de l'hépatite C, ou une personne qui utilise des drogues par injection ;
- ✓ Les enfants qui fréquentent le même service de garde qu'un enfant présentant une infection au VHB ;
- ✓ Les enfants dont la famille a immigré au Canada en provenance de régions où l'endémicité de l'hépatite B est modérée ou élevée et qui risquent d'être en contact avec des porteurs chroniques du VHB dans leur famille élargie. Pour connaître les pays où l'hépatite B est endémique, voir le *Guide d'intervention santé-voyage : situation épidémiologique et recommandations*, disponible sur le site internet de l'INSPQ : www.inspq.qc.ca/sante-voyage/guide
- ✓ Les contacts domiciliaires d'un enfant adopté qui provient d'un pays où l'endémicité de l'hépatite B est modérée ou élevée. Idéalement, ces personnes devraient être vaccinées avant l'arrivée de l'enfant ;
- ✓ Les voyageurs devant faire un séjour en pays endémique pour l'hépatite B ;
- ✓ Les enfants hémophiles ou appelés à recevoir fréquemment des produits sanguins ;
- ✓ Les enfants hémodialysés ainsi que ceux dont la dialyse est prévisible (p. ex. : insuffisance rénale chronique) ;
- ✓ Les enfants présentant une maladie chronique du foie (p. ex. : hépatite C, cirrhose) ou qui prennent des médicaments hépatotoxiques ;
- ✓ Les enfants qui présentent une immunosuppression (transplantation de cellules souches hématopoïétiques, qui attendent ou qui ont subi une transplantation d'organe plein, VIH, déficience congénitale en anticorps ou une autre déficience immunitaire congénitale ou autres conditions amenant une immunosuppression).

Parmi ces derniers, certaines personnes présentent des conditions médicales pouvant entraîner une réponse sous-optimale à la vaccination : les enfants immunodéprimés, infectés par le VIH, souffrant de maladie hépatique chronique ou en traitement d'hémodialyse. Comme les bébés de mère porteuse d'hépatite B, ces personnes devront subir un dosage postvaccinal après un intervalle de 1 mois et au plus tard 6 mois après la dernière dose de vaccin¹. Aussi, 30 à 70 % des enfants présentant une maladie cœliaque sont « non

répondants » au vaccin contre l'hépatite B. Il est recommandé, dans ce cas, de faire un dosage d'anticorps anti-Hépatite B si une maladie active est découverte et de revacciner au besoin les enfants non répondants après la stabilisation de leur condition à la suite d'une diète stricte sans gluten⁷.

Finalement, le CCNI a confirmé, en février 2017, qu'aucune dose de rappel n'est recommandée pour les personnes immunocompétentes après l'achèvement du calendrier de la petite enfance (Recommandation « B »)⁶.

Les enfants à risque élevé pour le virus de l'influenza et de COVID-19

Chaque année, les personnes atteintes de la grippe ou qui souffrent de ses complications augmentent la demande qui s'exerce auprès du système de santé en automne et en hiver. Suite à la pandémie de COVID-19, il reste important de réduire au minimum la morbidité et la mortalité liées à une potentielle propagation parallèle de la grippe et de la COVID-19 et de réduire le fardeau qui pèse sur le système de santé canadien afin d'améliorer sa capacité de répondre à l'activité continue de la COVID-19⁸.

Le CCCNI et le CIQ recommandent que le **vaccin contre la COVID-19** soit administré en même temps (soit le jour même), en tout temps avant ou après la vaccination contre la grippe saisonnière pour les personnes à risque de 6 mois ou plus¹⁸.

Dans sa mise à jour de septembre 2024 du P.I.Q.¹, les seules indications pédiatriques de vaccins inactivés à ARN messenger contre la COVID-19 contenant le variant le plus récent sont les enfants de 6 mois et plus qui sont immunosupprimés, dialysés et les autres enfants vivant avec une maladie chronique. Le nombre de doses est établi selon le nombre de vaccins contre la COVID-19 reçus antérieurement et la condition de santé sous-jacente (p. ex. : immunosuppression).

Le vaccin antigrippal est, pour sa part, recommandé, à partir de l'âge de 6 mois et annuellement par la suite, en priorisant les enfants présentant un risque élevé de complications liées à la grippe (Recommandation « B » du CCNI)¹⁹

Les nourrissons de moins de 6 mois sont considérés comme étant à haut risque de complication, mais ne peuvent recevoir le vaccin antigrippal étant donné leur immaturité immunologique.

Selon la plus récente déclaration du CCNI en 2024⁹, les personnes à risque élevé sont les femmes enceintes, les enfants de 6 à 59 mois, les enfants et les adultes présentant des affections chroniques (voir plus loin), les peuples autochtones et les personnes qui pourraient transmettre la grippe à des sujets à risque élevés (travailleurs de la santé, contacts familiaux et personnes qui s'occupent régulièrement d'enfants de 0 à 59 mois).

- ✓ Selon le P.I.Q.¹, les enfants de 6 mois ou plus à haut risque de complications sont les suivants : - les enfants porteurs de maladies cardiaques et pulmonaires chroniques (dont la dysplasie bronchopulmonaire, la fibrose kystique et l'asthme) suffisamment sévères pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers ;
- ✓ Les enfants présentant d'autres maladies chroniques : diabète, erreurs innées du métabolisme (p. ex. : tyrosinémie héréditaire de type I), obésité importante (IMC > 40), troubles hépatiques (incluant une cirrhose), rénaux, hématologiques (incluant une asplénie,

anémie ou hémoglobinopathie), un cancer, un déficit immunitaire ou une immunodépression (incluant l'infection par le VIH).

- ✓ Les enfants souffrant de conditions médicales pouvant compromettre les fonctions respiratoires ou l'évacuation des sécrétions respiratoires, ou qui augmentent les risques d'aspiration (p. ex. : un trouble cognitif, une lésion médullaire, un trouble convulsif, des troubles neuromusculaires);
- ✓ Les enfants recevant un traitement prolongé à l'acide acétylsalicylique;
- ✓ Les enfants vivant dans les communautés éloignées et isolées, en mettant la priorité sur celles présentant un risque élevé de complications.

Les enfants de plus de 6 mois en santé qui vivent sous le même toit que des adultes ou des enfants à risque élevé (incluant les nourrissons de moins de 6 mois) peuvent aussi recevoir le vaccin gratuitement.

Les enfants de moins de 9 ans n'ayant jamais été vaccinés contre l'influenza doivent recevoir 2 doses du vaccin sous-unitaire, à intervalle de 4 semaines. La deuxième dose n'est pas nécessaire si l'enfant a déjà reçu une dose ou plus du vaccin pendant une saison grippale antérieure.

Notons que les femmes enceintes à risque, quel que soit le stade de leur grossesse, doivent être vaccinées, de même que les femmes enceintes en santé qui sont au 2^e ou 3^e trimestre de grossesse (13 semaines et plus).

Pour la saison 2024-2025, deux vaccins injectables sont fournis gratuitement chez les enfants : les deux vaccins quadrivalents Flulaval Tetra[®] et le Fluzone Quadrivalent^{®1}.

Aussi, le vaccin quadrivalent intranasal contre l'influenza saisonnière, LE FLUMIST[®], est de nouveau disponible cette année pour les enfants de 2 à 17 ans¹.

D'abord considéré comme étant plus immunogène que les vaccins injectables, les études de surveillance menées plus tard ont conclu que la protection des deux types de vaccins antigrippaux était comparable¹⁹. Contrairement aux vaccins injectables qui sont inactivés, il s'agit d'un **vaccin vivant atténué contrindiqué pour plusieurs des personnes à risque précédemment mentionnées : états d'immunosuppression, femmes enceintes, asthme grave (p. ex : sous corticothérapie orale) ou respiration sifflante active (ayant nécessité une intervention médicale au cours des 7 derniers jours), enfants de moins de 24 mois, personnes de moins de 18 ans recevant de l'acide acétylsalicylique, en raison de l'association avec le syndrome de Reye**. L'allergie aux œufs n'est plus une contrindication à ce vaccin, au même titre que les vaccins injectables. Les personnes en contact étroit avec des malades gravement immunosupprimés doivent être vaccinées avec précaution en raison du risque théorique de transmission dans les deux semaines après la vaccination.

Le calendrier reste le même que les vaccins injectables, soit :

- ✓ 2 doses de 0,2 ml intranasales (0,1 ml par narine) à 4 semaines d'intervalle pour les enfants n'ayant jamais été vaccinés de (2 à 8 ans);
- ✓ 1 dose de 0,2 ml intranasale (9 ans et plus);

Pour la saison 2024-25, le Comité sur l'immunisation du Québec recommande encore d'utiliser indifféremment l'un ou l'autre des vaccins antigrippaux quadrivalents disponibles chez les

jeunes de 2 à 17 ans ciblés par le programme de vaccination (Fluzone® quadrivalent injectable ou Flumist® quadrivalent intranasal). En l'absence de données sur l'interchangeabilité des vaccins injectables et du vaccin intranasal, le même vaccin devrait être utilisé pour la primovaccination des enfants de moins de 9 ans. Toutefois, la vaccination ne devrait pas être reportée si le vaccin déjà utilisé n'est pas connu ou n'est pas disponible. Dans une telle situation, on complètera la vaccination avec le produit disponible.

Anticorps monoclonal antivirus respiratoire syncytial (VRS)

Pendant plus de 20 ans, les nourrissons à risque de complications du virus respiratoire syncytial (VRS), principalement les prématurés, se sont vus offrir une série prophylactique d'injections d'anticorps monoclonaux (palivizumab ou Synagis®), distribués sélectivement en saison par Héma-Québec. L'approbation en avril 2023 par Santé Canada d'un nouveau produit d'anticorps monoclonaux en une seule dose, le nirsevimab ou Beyfortus®¹⁰, est venu complètement changer l'offre de protection contre ce virus qui est la cause la plus fréquente de bronchiolite et de pneumonie chez le nourrisson, entraînant de lourdes conséquences au niveau de l'achalandage en milieu hospitalier et des complications pour les enfants à risque. En terme d'efficacité, le nirsevimab n'empêche pas la transmission du VRS mais réduit pendant 5 mois le risque que l'infection ne s'aggrave : la nécessité de consultation médicale est réduite de 79 % et les hospitalisations de 80,6 %¹. Suite à la **recommandation forte du CCNI d'offrir cette prévention à tous les nouveau-nés et autres nourrissons à risque** en période d'activité du VRS¹², le Protocole d'immunisation du Québec propose désormais depuis août 2024¹ d'intégrer le nirsevimab gratuitement dans le calendrier de vaccination régulier, selon les indications suivantes.

- ✓ Aux nouveau-nés pendant la saison du VRS (bébés nés à partir du 2 avril de l'année en cours) : dès la naissance à l'hôpital ou en maison de naissance
- ✓ Aux nourrissons de moins de 6 mois au début de la saison de VRS s'ils ne l'ont pas déjà reçu.
- ✓ Aux nourrissons de 6 ou 7 mois au début de la saison du VRS (bébés nés à partir du 2 février de l'année en cours) qui ne l'ont pas déjà reçu et qui présentent les conditions suivantes :
 - › Prématurés nés à moins de 37 semaines de grossesse
 - › Résidant dans les communautés éloignées et isolées, en mettant la priorité sur ceux présentant un risque élevé de complications

OU

- ✓ Conditions qui augmentent le risque de complications :
 - › Dysplasie bronchopulmonaire
 - › Maladie pulmonaire chronique
 - › Cardiopathie congénitale ou cardiomyopathie significative sur le plan hémodynamique
 - › Hypertension artérielle pulmonaire modérée ou grave
 - › Syndrome de Down
 - › Fibrose kystique

- › Entrave importante à l'évacuation des sécrétions des voies aériennes en raison d'un trouble neuromusculaire ou d'une anomalie congénitale des voies aériennes
 - › Greffe de moelle osseuse, de cellules souches ou d'organe solide.
- ✓ **Aux nourrissons âgés de 8 mois à 18 mois au début de leur 2^e saison du VRS** (nés entre le 2 mars 2023 et le 1er février 2024) **et qui présentent des conditions qui augmentent le risque de complications, ci-haut détaillées.**

Calendrier et posologie

Le calendrier prévoit une seule dose chez les nourrissons de moins de 8 mois (0,5 ml si le poids est <5 kg et 1,0 ml si le poids est 5kg ou plus). Pour la 2^e saison des enfants à risque de 8 mois à 18 mois, il faut prévoir 2 doses simultanées de 1,0 ml si l'enfant pèse plus de 10 kg (le médecin traitant peut suggérer une seule dose de 1,0ml si l'enfant pèse moins de 10 kg).

Nouveau vaccin contre le virus respiratoire syncytial (VRS)

Le CCNI a aussi approuvé l'usage d'un **vaccin contre le VRS (Abrysvo®)** pour les personnes de plus de 60 ans et les femmes enceintes entre 32 et 36 semaines de grossesse pour protéger le nourrisson dans les premiers mois de vie¹³. Particulièrement pour prévenir une maladie sévère liée au VRS chez le nourrisson, une femme enceinte peut envisager, en concertation avec son médecin traitant, de recevoir le vaccin avant ou pendant la saison du VRS pour favoriser le transfert passif d'anticorps au fœtus avant la naissance, en prenant soin de l'administrer au moins 2 semaines avant la naissance¹³. Les nouveau-nés et les nourrissons à terme, en bonne santé, ne résidant pas dans une communauté isolée, et dont la mère a reçu un vaccin contre le VRS plus de 2 semaines avant l'accouchement n'ont pas besoin de recevoir le Beyfortus® à leur 1re saison du VRS. Toutefois, le Beyfortus® peut être administré sans danger dans une telle situation¹¹.

Considérations sur la multiplicité des nouveaux vaccins chez le nourrisson

L'adhésion aux récentes recommandations canadiennes concernant les nourrissons normaux reste un défi pour le vaccinateur à cause de la multiplicité des injections à donner pour un tout jeune bébé. Heureusement, la gratuité des vaccins s'uniformise de plus en plus d'une province à l'autre, ce qui permet une protection universelle, quel que soit le revenu des parents.

Depuis juin 2019, l'application du calendrier vaccinal optimisé (sans vaccin à 6 mois) permet de simplifier le parcours vaccinal tout en offrant aux enfants une protection optimale contre les maladies évitables par la vaccination.

Références

1. « Protocole d'immunisation du Québec », mise à jour du 8 août 2024, 24 septembre 2024, 1^{er} octobre 2024 et 26 novembre 2024
2. CCNI. « Recommandations pour les programmes de santé publique concernant l'utilisation de vaccins contre le pneumocoque chez les enfants, y compris l'utilisation des vaccins conjugués 15-valent et 20-valent », 11 mars 2024.
3. Santé Canada. « Vaccins contre le méningocoque », Guide canadien d'immunisation, 22 juillet 2024
4. CCNI. « Mise à jour sur l'utilisation des vaccins quadrivalents contre le méningocoque au Canada », avril 2015.
5. CCNI. « Utilisation du vaccin bivalent dirigé contre la protéine de liaison au Facteur H (Men-B) pour la prévention de l'infection à méningocoque du sérotype B », décembre 2019.
6. CCNI. « Mise à jour des recommandations concernant l'utilisation du vaccin contre l'hépatite B », février 2017.
7. « Evidence Informed Expert-Recommendations for the Management of Celiac Disease in Children », Pediatrics, volume 138, 18 novembre 2017.
8. CCNI. « Lignes directrices sur l'utilisation de vaccins contre la grippe en présence de la COVID-19 », 23 septembre 2022.
9. CCNI. « Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 2024-2025 », juillet 2024.
10. Santé Canada. Portail des médicaments et des produits de santé, « Sommaire des motifs de décision pour Beyfortus », avril 2023.
11. « Protocole d'immunisation du Québec », section vaccin contre le VRS, mise à jour mars 2024.
12. CCNI. « Déclaration sur la prévention de la maladie causée par le virus respiratoire syncytial chez le nourrisson », 21 juin 2024.
13. Santé Canada. « Vaccins contre le virus respiratoire syncytial (VRS) : Guide canadien d'immunisation », mise à jour 2 août et septembre 2024