



RSV Protect

Bref de mise en œuvre en soins primaires

Par le collectif de la protection des nourrissons contre le VRS de la FFMC

Août 2026

Table des matières

Bref de mise en œuvre sur le VRS 2026 – Résumé	3
Introduction	4
Principales considérations et conseils pratiques à l'intention des professionnels de première ligne	4
Recommandations pour sensibiliser les familles canadiennes, les professionnels de la santé et les décideurs à la prévention du VRS	12
Recommandations pour les recherches futures sur la prévention du VRS	15
Conclusion	16
Références	17
Annexe : Membres du Collectif de protection des nourrissons contre le VRS	20

Bref de mise en œuvre sur le VRS 2026 – Résumé

Tous les bébés méritent d'être protégés contre le VRS

- La plupart des cas surviennent chez des nourrissons **nés à terme et en bonne santé**
- Le risque de problèmes respiratoires peut **persister à long terme**
- Le CCNI recommande une **immunisation universelle et saisonnière** pour tous les nourrissons
- La saison du VRS s'étend habituellement d'octobre à avril

Le VRS a des répercussions sur les familles et le système de santé

- **5800 hospitalisations et \$66 millions en coûts de soins de santé** chaque année
- Facteur déterminant des hausses saisonnières de l'utilisation des soins aigus
- En moyenne, **les nourrissons restent hospitalisés pendant 6 jours et les parents s'absentent du travail pendant 3,5 jours**

Parler du VRS

- Informer les patients du risque de maladie respiratoire, de la façon de reconnaître la détresse respiratoire et du moment où consulter à l'urgence
- **Parler de l'immunisation tôt et souvent**
- Recommander l'immunisation contre le VRS à tous les patients, peu importe leur niveau de risque ou leur couverture d'assurance
- Fournir des ressources éducatives et orienter les patients vers des sites Web fondés sur des données probantes (ex. [RSVprotect.ca](https://www.rsvprotect.ca) ou [vaccinesinpregnancycanada.ca](https://www.vaccinesinpregnancycanada.ca))

Deux stratégies de protection

- **L'immunisation maternelle** pendant la grossesse et **l'immunisation du nourrisson** peu après la naissance ont démontré leur efficacité dans des essais cliniques et des études en contexte réel
- L'immunisation pourrait prévenir 75 % des hospitalisations et 66 % des admissions aux soins intensifs

Le moment de l'immunisation a changé

- Immuniser les personnes enceintes entre 28 semaines et 36 semaines + 6 jours de grossesse
- **Pendant la grossesse**, l'administration concomitante avec d'autres vaccins est **sécuritaire et efficace**

Collectif de la protection des nourrissons contre le VRS de la FFMC

Bref de mise en œuvre sur le VRS 2026

Introduction

Le virus respiratoire syncytial (VRS) est l'une des principales causes d'infection des voies respiratoires inférieures (IVRI) chez les nourrissons au Canada, et presque tous les enfants contractent une infection avant l'âge de deux ans.¹ Le VRS se transmet facilement entre les membres d'une famille et dans la communauté et peut causer une maladie grave, dont les effets sur la santé peuvent même se prolonger plus tard dans la vie.^{2,3} Comme il n'existe aucun traitement curatif, la prévention est essentielle. La FFMC publie ce rapport afin de sensibiliser les professionnels de première ligne au Canada et de les soutenir dans la mise en œuvre des options de prévention.¹

Compte tenu de la disponibilité de nouveaux vaccins et des changements apportés aux lignes directrices cliniques, les professionnels de la santé, les futurs parents et les décideurs doivent être informés des pratiques exemplaires actuelles en matière de prévention du VRS. Les professionnels de la santé signalent un manque de ressources pour mettre en œuvre les vaccins contre le VRS, y accéder et en assurer le suivi.⁴ Afin de surmonter ces obstacles, la FFMC a préparé un bref résumé des lignes directrices sur la prévention du VRS, des considérations de mise en œuvre et des suggestions visant à accroître l'adoption. Nous présentons ici des conseils pratiques à l'intention des professionnels de première ligne au Canada, fondés sur les données probantes actuelles, les lignes directrices canadiennes et notre expérience clinique.

Principales considérations et conseils pratiques à l'intention des professionnels de première ligne

1. Le VRS peut causer des complications graves chez les nourrissons et les enfants

Le VRS cause un éventail de maladies, allant des infections des voies respiratoires supérieures à la bronchiolite et à la pneumonie. À court terme, les complications peuvent comprendre la détresse respiratoire, la respiration sifflante et l'otite moyenne.^{5,6} Les nourrissons nés à terme et en bonne santé âgés de moins de 6 mois représentent la majorité des cas de maladie grave causée par le VRS, des hospitalisations liées au VRS,⁷ et des admissions aux unités de soins intensifs.⁸

¹ La Fédération des femmes médecins du Canada (FFMC), fondée en 1924, est un organisme national voué à l'avancement des femmes+ médecins et à la promotion du bien-être des femmes+. Depuis 2024, la FFMC joue un rôle de premier plan dans la promotion de la protection des nourrissons contre le VRS. Elle a réuni deux groupes de travail nationaux et un groupe régional de sensibilisation, produit deux livres blancs antérieurs et un énoncé de position, et dirigé des activités nationales et régionales de sensibilisation. Ce bref s'appuie sur les données probantes les plus récentes et les résultats en contexte réel qui démontrent pourquoi la protection universelle des nourrissons contre le VRS et la prise de décision conjointe et éclairée sont essentielles au Canada pour améliorer la santé des enfants, réduire le stress et le traumatisme des familles, favoriser l'équité en santé, stabiliser la capacité pédiatrique et réduire les hausses hivernales de l'utilisation des soins aigus.

Les symptômes peuvent comprendre la toux, la congestion, la fièvre, la respiration sifflante, une diminution de l'appétit et des difficultés à boire au sein ou au biberon.⁹ Chez les très jeunes bébés, les symptômes peuvent comprendre des difficultés respiratoires, de l'irritabilité et une activité réduite.⁹

Les nourrissons hospitalisés au cours de leur première année de vie risquent de présenter d'autres événements respiratoires jusqu'à l'âge de 5 ans.⁶ Ceux qui contractent le VRS avant l'âge de 2 ans présentent un risque accru d'altération de la fonction respiratoire, d'asthme, de pneumonie et de décès prématuré attribuable à des événements respiratoires, risque qui peut persister jusqu'à l'adolescence et à l'âge adulte.^{2,3}

2. L'infection par le VRS a des répercussions sur les familles, les communautés et le système de santé

Chez les nourrissons, l'infection par le VRS touche les parents et les familles en raison des absences du travail, de l'augmentation du stress, de l'anxiété et du traumatisme, tout en imposant un lourd fardeau au système de santé.¹⁰ Dans une étude menée en Alberta, la durée moyenne d'hospitalisation d'un nourrisson (soit un enfant âgé de 12 mois ou moins), atteint du VRS était de 5,7 jours; les parents s'absentaient du travail pendant 3,5 jours en moyenne.¹⁰ Les infections par le VRS contribuent aux hausses saisonnières des hospitalisations pédiatriques et des admissions aux unités de soins intensifs,^{8,11} entraînant environ 5 800 hospitalisations pédiatriques et des coûts de 66 millions de dollars à l'échelle nationale.¹² Les données de surveillance nationales canadiennes désignent constamment le VRS comme le principal facteur d'utilisation des soins aigus en hiver.¹³

Dans les collectivités rurales et éloignées, les répercussions du VRS sont accrues parce que les enfants peuvent devoir être transportés vers des hôpitaux éloignés, ce qui entraîne des coûts individuels et systémiques supplémentaires, des absences du travail et d'autres perturbations pour les familles.¹⁴ Les enfants vivant en région éloignée présentent un risque d'hospitalisation attribuable au VRS supérieur de 60 % à celui des enfants vivant en région métropolitaine.¹⁵

3. Tous les bébés méritent d'être protégés contre le VRS - non seulement ceux qui présentent un risque élevé

Les nourrissons prématurés, ceux qui sont atteints du syndrome de Down et ceux qui présentent plusieurs maladies chroniques affichent les taux les plus élevés d'hospitalisation attribuable au VRS.¹⁶ Toutefois, le plus grand nombre de cas de VRS survient, au total, chez des nourrissons en bonne santé ne présentant aucun facteur de risque.^{7,17,18} Des chercheurs du Québec prévoient que l'immunisation des nourrissons contre le VRS pourrait prévenir jusqu'à 75 % des hospitalisations et jusqu'à 66 % des admissions aux unités de soins intensifs.¹¹ Elle réduirait également le besoin de consultations médicales supplémentaires chez les bébés et les enfants et améliorerait les résultats de santé tout au long de la vie. Tous les nourrissons nés au Canada méritent d'avoir la possibilité d'être protégés contre le VRS.

4. Les parents ont le choix entre deux stratégies d'immunisation efficaces -l'immunisation maternelle pendant la grossesse et l'immunisation du nourrisson peu après la naissance

Deux stratégies sont disponibles : l'immunisation active de la femme enceinte ou de la personne enceinte, et l'immunisation passive du nourrisson peu après la naissance au moyen d'anticorps monoclonaux (AcM) préformés (tableau 1). Les cliniciens sont invités à utiliser l'algorithme présenté à la figure 1 afin de faciliter la prise de décision conjointe concernant les choix d'immunisation. Les deux stratégies sont efficaces contre la maladie grave, l'hospitalisation et l'admission aux unités de soins intensifs.

Au Québec, en 2024-2025, le nirsévimab a été efficace à plus de 85 % pour prévenir les hospitalisations et les admissions aux unités de soins intensifs chez les nourrissons.¹¹ Ces données concordent avec celles d'études menées en Europe et aux États-Unis, où l'efficacité du nirsévimab dépassait 80 %.¹⁹

Dans l'étude québécoise, le nombre de personnes à immuniser pour prévenir une hospitalisation était de 41 chez les nourrissons nés pendant la saison du VRS et de 76 chez les nourrissons âgés de moins de 6 mois au début de la saison; le nirsévimab pourrait prévenir environ les deux tiers des hospitalisations et 60 % des admissions aux unités de soins intensifs.¹¹ L'efficacité augmenterait encore avec une adoption plus élevée et un début plus précoce du programme (ex. le 1er octobre plutôt que le 1er novembre, et avec l'achèvement de l'immunisation de rattrapage d'ici octobre).

Le vaccin maternel RSVpreF a également démontré une solide efficacité dans des études populationnelles. En Écosse, une efficacité de 82,2 % contre l'hospitalisation des nourrissons liée au VRS a été signalée²⁰, et le programme national de l'Argentine a signalé une efficacité de 78,5 % contre l'hospitalisation pour une maladie grave causée par le VRS jusqu'à l'âge de 6 mois.²¹ Les résultats du programme national australien comprenaient une efficacité de 89 % contre les hospitalisations pour IVRI liée au VRS.²²

Tableau 1. Options d'immunisation contre le VRS.

Agent	RSVpreF ²³	Clesrovimab ²⁴	Nirsevimab ²⁵
Nom commercial	ABRYSVO®	ENFLONIA®	BEYFORTUS®
Type d'agent	Vaccin sous-unitaire sans adjuvant	Anticorps monoclonal (AcM)	Anticorps monoclonal (AcM)
Mécanisme d'action	Protéine F du VRS, préfusion; les anticorps formés sont transférés de la personne enceinte au nourrisson	AcM dirigés contre le site IV de la protéine F du VRS, avant et après fusion; demi-vie prolongée	AcM dirigés contre le site Ø de la protéine F du VRS, préfusion; demi-vie prolongée
Indication(s)	Personnes enceintes à 32 à 36 semaines de grossesse Recommandation du CCNI: administrer entre 28^{+0/7} et 36^{+6/7} semaines de grossesse^{1,*}	Nourrissons pendant leur première saison du VRS	Nourrissons entrant dans leur première saison du VRS Nourrissons entrant dans leur deuxième saison du VRS qui demeurent à risque élevé de maladie grave
Dose (tous les agents sont administrés par injection intramusculaire)	120 µg dans 0,5 mL	105 mg dans 0,7 mL	Première saison : <5 kg, 50 mg (0,5 mL) ≥5 kg, 100 mg (1 mL) Deuxième saison: 200 mg (2 injections de 1 mL)
Autres considérations	Peut être administré en concomitance avec d'autres vaccins recommandés pendant la grossesse, comme le dcaT, et l'immunoglobuline Rho(D)	Peut être administré en concomitance avec les vaccins de l'enfance La dose ne varie pas selon le poids	Peut être administré en concomitance avec les vaccins de l'enfance

* Cette recommandation hors indication vise à encourager les professionnels de la santé à immuniser à chaque occasion plutôt que de se limiter à une fenêtre plus étroite.

Figure 1. Algorithme décisionnel pour la prévention du VRS (adapté de Páramo et coll.26). A. Prise de décision concernant l'immunisation maternelle par RSVpreF (ABRYSVO®). B. Prise de décision concernant l'immunisation du nourrisson par anticorps monoclonaux (AcM; nirsévimab [Beyfortus®] ou clésrovimab [ENFLONIA®]). En raison du manque de données, le CCNI ne formule actuellement aucune recommandation concernant une immunisation répétée lors de grossesses ultérieures. Le CCNI suggère d'administrer un AcM au nourrisson après la naissance lors d'une grossesse ultérieure chez une femme ayant déjà reçu le vaccin maternel. Plusieurs pays autres que le Canada qui ont un programme national d'immunisation maternelle par RSVpreF recommandent l'immunisation à chaque grossesse.¹

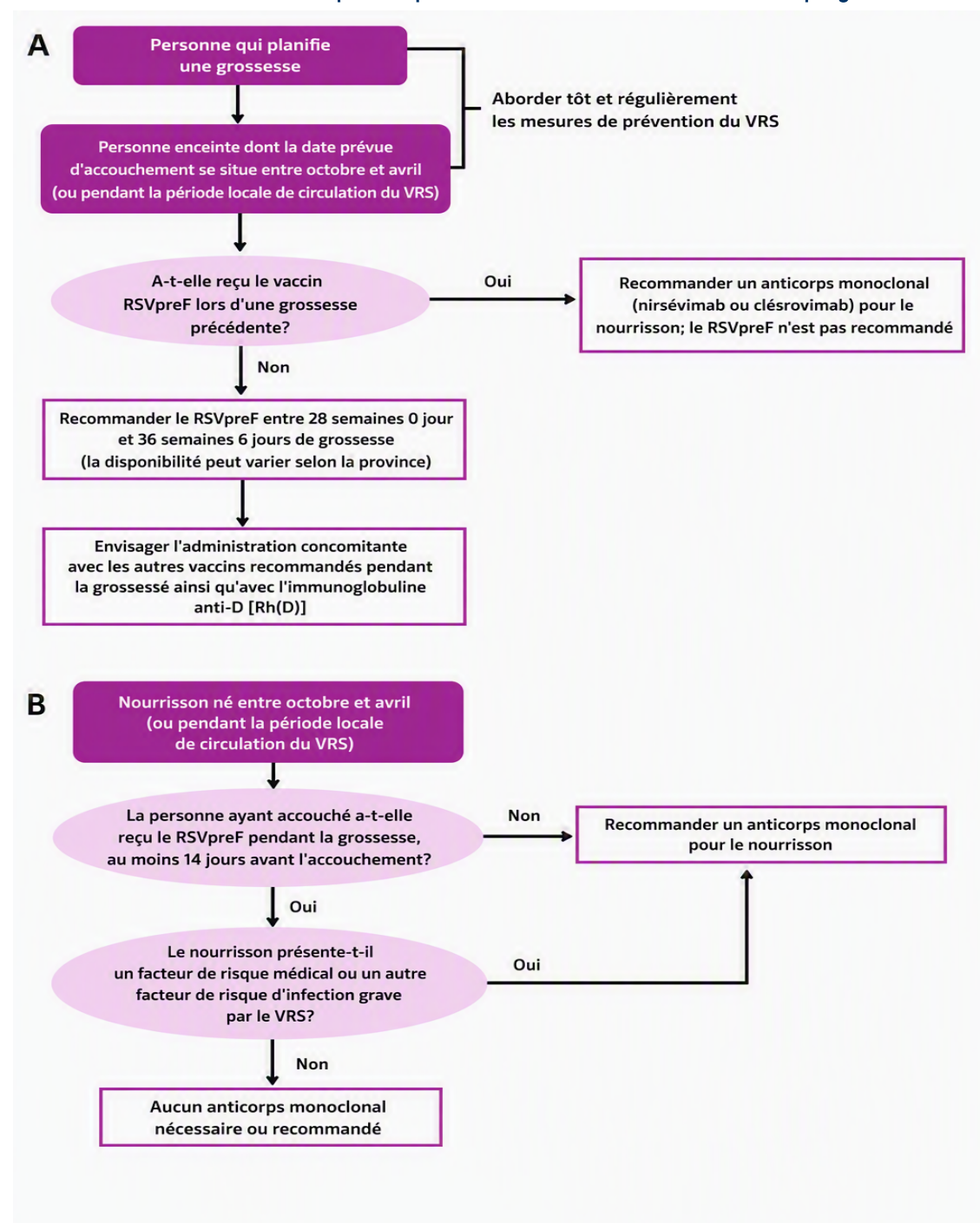


Tableau 2. Facteurs de risque de maladie grave causée par le VRS chez les nourrissons.¹

Facteurs de risque médicaux	Autres facteurs de risque
Maladie pulmonaire chronique	Naissance <2 semaines après l'administration de RSVpreF à la femme enceinte ou à la personne enceinte
Fibrose kystique avec atteinte respiratoire ou retard de croissance	Transport complexe requis pour le traitement d'une maladie grave causée par le VRS
Cardiopathie chronique significative sur le plan hémodynamique	Risque de maladie grave causée par le VRS recoupant des déterminants sociaux et structurels reconnus de la santé
Déficit immunitaire grave	
Anomalies congénitales graves des voies respiratoires nuisant à l'élimination des sécrétions respiratoires	
Maladie neuromusculaire nuisant à l'élimination des sécrétions respiratoires	
Syndrome de Down	
Naissance prématurée (moins de 32 semaines de grossesse)	

5. De nombreuses femmes enceintes et personnes enceintes préfèrent l'immunisation maternelle pendant la grossesse à l'immunisation du nourrisson après la naissance

Dans des études canadiennes et australiennes, la plupart des personnes ont indiqué qu'elles préféreraient l'immunisation contre le VRS pendant la grossesse à l'immunisation de leur nourrisson après la naissance.²⁷ Les raisons évoquées comprenaient le fait d'éviter des injections au nourrisson et d'assurer une immunité dès la naissance, sans délai.²⁸

6. Le moment de l'immunisation maternelle contre le VRS a changé. Immuniser les personnes enceintes entre 28 semaines et 36 semaines + 6 jours de grossesse

Dans une étude portant sur plus de 40 000 nourrissons en France, le nirsévimab s'est révélé plus efficace que le RSVpreF maternel, sauf pendant la première semaine de vie, où le RSVpreF procurait une meilleure

protection.²⁹ De nouvelles données montrent que l'efficacité du RSVpreF maternel augmente et devient équivalente à celle du nirsévimab lorsqu'il est administré au moins 8 semaines avant l'accouchement.³⁰ Bien que les premières études aient soulevé des préoccupations quant à un risque de naissance prématurée lorsque le RSVpreF était administré avant 32 semaines de grossesse, les données actuelles ne montrent aucun risque de cette nature.³¹⁻³⁴ Par conséquent, le CCNI¹ et l'Organisation mondiale de la Santé³¹ recommandent l'administration du RSVpreF pendant la grossesse à compter de 28 semaines. Conformément aux recommandations de la SOGC³⁵ et aux pratiques exemplaires actuelles, nous recommandons d'administrer le RSVpreF entre 28^{+0/7} et 36^{+6/7} semaines de grossesse (36 semaines + 6 jours).

En ce qui concerne la saisonnalité, il faut tenir compte de l'âge gestationnel et du début de la saison du VRS, en prévoyant au moins deux semaines pour permettre le développement de la réponse immunitaire humorale de la personne enceinte et le transfert passif des anticorps au fœtus en développement. Le CCNI recommande que le RSVpreF puisse être administré à compter de septembre afin de protéger les nourrissons dont la naissance est prévue en novembre.¹

7. Administrer les vaccins contre le VRS en concomitance avec les autres vaccins recommandés pendant la grossesse

Le changement du calendrier permet maintenant d'administrer les vaccins contre le VRS avec d'autres vaccins, comme le dcaT (généralement administré entre 27 et 32 semaines) et avec l'immunoglobuline Rho(D) (généralement administrée à 28 semaines lorsqu'elle est requise), ce qui accroît la commodité et l'accessibilité pour les personnes enceintes. L'administration concomitante du RSVpreF avec les vaccins contre la grippe et le dcaT est sécuritaire³⁷ et est recommandée par la SOGC³⁵ et WHO.³¹ L'administration concomitante avec d'autres vaccins non vivants, notamment celui contre la COVID-19, est également considérée comme sécuritaire pour les femmes enceintes et les personnes enceintes selon les principes fondamentaux de la vaccination.³⁷⁻³⁹

En raison du manque de données, le CCNI ne formule actuellement aucune recommandation concernant une immunisation répétée lors de grossesses ultérieures. Le CCNI suggère d'administrer un AcM au nourrisson après la naissance lors d'une grossesse ultérieure chez une femme ayant déjà reçu le vaccin maternel. Plusieurs pays autres que le Canada qui ont un programme national d'immunisation maternelle par RSVpreF recommandent l'immunisation à chaque grossesse⁴⁰⁻⁴⁴

8. Pour maximiser l'efficacité d'un anticorps monoclonal, administrer le nirsévimab ou le clésrovimab au nourrisson peu après la naissance pendant la saison du VRS (d'octobre à avril ou selon l'épidémiologie locale)

Au Canada, la saison du VRS s'étendait historiquement de novembre à avril, mais les infections hors saison sont en hausse⁴⁵, et un début plus précoce (par exemple le 1er octobre), devrait accroître l'efficacité.¹¹ Le CCNI encourage chaque administration à définir la saison du VRS selon l'épidémiologie locale.¹

Des AcM devraient être offerts à tous les nourrissons pendant leur première saison du VRS (sauf s'ils sont nés d'une femme ou d'une personne immunisée), ainsi qu'aux nourrissons qui demeurent à risque accru pendant

leur deuxième saison du VRS (tableau 2).¹ Chez la plupart des nourrissons qui ne présentent pas de risque accru de maladie grave causée par le VRS, les AcM ne devraient pas offrir de protection supplémentaire si le nourrisson est né d'une femme ou d'une personne immunisée, pourvu que la naissance ait eu lieu plus de 2 semaines après l'immunisation et qu'il n'y ait aucune raison de croire que le transfert transplacentaire des anticorps a été perturbé.¹

Le nirsévimab ou le clésrovimab devrait être administré dès la naissance aux nourrissons nés pendant la saison du VRS, et avant la saison à ceux qui sont nés à l'extérieur de celle-ci.^{24,25} Les nourrissons admissibles hospitalisés immédiatement après la naissance pendant la saison du VRS devraient recevoir un AcM avant leur congé; le jugement clinique doit guider le moment de l'administration.¹

Le nirsévimab est actuellement autorisé pour les nouveau-nés et les nourrissons pendant leur première saison du VRS ainsi que pour les enfants âgés de moins de 24 mois qui présentent un risque accru de maladie grave, notamment ceux atteints de fibrose kystique ou du syndrome de Down.²⁵ Le clésrovimab est autorisé uniquement pour les nouveau-nés et les nourrissons pendant leur première saison du VRS.²⁴

9. S'engager à assurer une protection universelle des nourrissons contre le VRS

Les politiques provinciales devraient adopter officiellement la prévention universelle du VRS pour tous les nourrissons. Une stratégie ciblant uniquement les personnes à risque élevé est insuffisante sur le plan clinique, car elle ne protège pas la majorité des nourrissons qui ont besoin de soins aigus. Chaque nourrisson, peu importe ses antécédents médicaux ou son lieu de résidence, devrait avoir accès à une protection saisonnière contre le VRS. Conformément aux plus récentes lignes directrices du CCNI¹, les provinces devraient veiller à mettre en place des programmes universels qui incluent tous les nourrissons, et non seulement ceux considérés comme à risque élevé.

Les nourrissons considérés comme étant à risque accru devraient recevoir des AcM même si la mère ou le parent a été immunisé pendant la grossesse.¹ Cela comprend les nourrissons nés moins de deux semaines après l'immunisation maternelle contre le VRS, ceux qui présentent certaines affections médicales, ceux qui vivent dans des régions éloignées et ceux dont le risque recoupe des déterminants sociaux et structurels de la santé, comme dans les communautés autochtones (tableau 2).

Les lignes directrices publiées en 2026 recommandent fortement une immunisation universelle et saisonnière contre le VRS pour tous les nourrissons au Canada.¹ Le CCNI recommande maintenant une immunisation plus précoce des personnes enceintes, soit entre 28^{+0/7} et 36^{+6/7} semaines de grossesse, ce qui concorde également avec la recommandation de l'OMS.³¹ Conformément aux plus récentes lignes directrices du CCNI, les provinces devraient veiller à ce que des programmes universels de protection des nourrissons contre le VRS soient en place pour la saison 2026-2027.

10. Promouvoir l'équité en santé en offrant l'immunisation contre le VRS à toutes les personnes enceintes et à tous les nourrissons, et en préconisant un financement public pancanadien

Aucun parent ne devrait avoir à regarder son bébé lutter pour respirer. Pendant la saison 2024-2025 du VRS, l'introduction de nouveaux agents immunisants a entraîné une réduction des hospitalisations et des admissions aux unités de soins intensifs liées au VRS, même dans les provinces sans financement public de l'immunisation maternelle ou infantile.¹¹ Les nourrissons immunisés provenaient généralement de familles en mesure d'assumer les frais. Un financement public partout au Canada permettrait une protection équitable en donnant à toutes les familles, peu importe leur revenu, leur lieu de résidence ou leur accès aux soins primaires, la possibilité de protéger leurs enfants contre le VRS.

Les cliniciens sont encouragés à prescrire et à administrer l'immunisation contre le VRS (soit le RSVpreF maternel ou des AcM au nourrisson), à toutes les dyades parent-nourrisson, peu importe le niveau de risque lié au VRS ou la couverture d'assurance.

Recommandations pour sensibiliser les familles canadiennes, les professionnels de la santé et les décideurs à la prévention du VRS

De nombreux parents, femmes enceintes et personnes enceintes connaissent peu les effets de l'infection par le VRS et les options disponibles pour protéger leurs enfants. De plus, les professionnels de la santé peuvent ne pas connaître les plus récentes mises à jour des lignes directrices cliniques sur la prévention. Pour protéger les nourrissons et les enfants au Canada, il est important d'accroître la sensibilisation à la maladie causée par le VRS.

11. Discuter tôt et souvent de l'importance de la protection contre le VRS et les autres maladies infectieuses, même avant la grossesse

Les futurs parents peuvent ne pas connaître l'infection par le VRS, ses effets et les stratégies de prévention.⁴⁶ La recommandation d'un professionnel de la santé est l'un des principaux facteurs qui influencent l'intention de se faire vacciner. Les cliniciens devraient discuter tôt de l'importance de protéger les nourrissons contre le VRS et les autres maladies infectieuses, dès l'étape de la consultation préconceptionnelle. Ils devraient poursuivre la discussion tout au long de la grossesse, notamment aux moments suivants, et envisager d'ajouter des rappels aux macros de leur dossier médical électronique:

- Rendez-vous de confirmation de grossesse
- Premier rendez-vous prénatal
- Rendez-vous à 28 semaines
- Dernier rappel à 36 semaines

Les cliniciens devraient souligner que l'administration concomitante du RSVpreF avec d'autres vaccins et avec l'immunoglobuline Rho(D) est sécuritaire.

Les personnes peuvent avoir besoin de temps pour examiner les ressources éducatives, réfléchir aux options de protection de leur nourrisson et poser des questions. Fournir des documents et orienter les patients vers des sites Web fondés sur des données probantes, comme www.rsvprotect.ca, un site rédigé par la FFMC, ou www.vaccinesinpregnancycanada.ca. Ces sites sont tenus à jour au moyen d'information fondée sur des données probantes.

12. Explorer avec chaque personne les obstacles à la protection contre le VRS

Pendant la saison 2024-2025 du VRS en Ontario, 22 % des parents ont refusé le nirsévimab.⁴ Les raisons pouvant expliquer le refus d'une immunisation comprennent le manque d'information, des questions demeurées sans réponse, des préoccupations générales au sujet des interventions médicales chez un nourrisson, le coût ou une méconnaissance des effets de l'infection par le VRS.⁴⁶ Les cliniciens sont encouragés à ne pas présumer d'une réticence à l'égard de la vaccination et à explorer les obstacles propres à chaque personne.

13. Promouvoir la sensibilisation au VRS et les ressources fondées sur des données probantes au moyen des médias sociaux, de l'IA et d'activités communautaires

Nous recommandons une campagne de sensibilisation utilisant plusieurs moyens, notamment les médias sociaux et les activités communautaires. Des environnements en ligne comme Facebook, Instagram, TikTok et Reddit sont largement accessibles et permettent la diffusion rapide d'information sur la santé à l'échelle nationale et internationale.⁴⁷ Ces canaux favorisent la discussion et l'interaction, permettant aux personnes de poser des questions, de partager leurs expériences et d'accéder à de l'information fondée sur des données probantes, peu importe leur lieu de résidence, leur statut socioéconomique, leur langue ou leur culture.

Cela est particulièrement important pour les personnes qui font face à des obstacles d'accès aux soins médicaux, comme celles vivant dans des collectivités rurales ou éloignées (près du tiers de la population canadienne⁴⁸) et celles qui n'ont pas de professionnel de soins primaires (environ 19 % de la population).⁴⁸ Comme un nombre croissant de personnes se tournent vers des outils d'IA pour obtenir des réponses en matière de santé, la campagne devrait également veiller à ce que de l'information fondée sur des données probantes soit disponible sur des sites Web optimisés pour l'extraction par les moteurs d'IA.

Des ressources éducatives physiques destinées aux patients (ex. affiches, feuillets) devraient être distribuées dans les cabinets des professionnels de la santé et lors d'activités communautaires auxquelles participent les parents et les familles.

Les messages de sensibilisation devraient comprendre les éléments suivants:

- Le VRS peut causer une maladie grave chez les nourrissons et il n'existe aucun traitement curatif spécifique
- Il existe deux options de protection
- Protéger les bébés contre le VRS leur évite une hospitalisation et réduit leur risque de maladie pulmonaire ultérieure
- Protéger les bébés contre le VRS permet d'économiser des coûts médicaux et de réduire le fardeau imposé à notre système de santé

14. Informer les patients sur la prévention du VRS, la façon de reconnaître la détresse respiratoire et le moment où consulter à l'urgence

Les futurs parents devraient avoir accès à de l'information fondée sur des données probantes concernant le VRS et sa prévention afin de prendre des décisions éclairées pour leurs enfants. Les parents peuvent ne pas connaître les signes de détresse respiratoire. Ils devraient recevoir des ressources éducatives et des conseils sur la façon de consulter à l'urgence et le moment de le faire. Ils devraient également recevoir de l'information sur les facteurs de risque d'infection par le VRS chez les nourrissons, notamment la prématurité, un faible poids pour l'âge gestationnel, une naissance multiple, la présence de plusieurs frères et sœurs, la fréquentation d'un service de garde, ainsi que les comorbidités ou maladies chroniques comme le syndrome de Down, la fibrose kystique et les maladies cardiovasculaires ou pulmonaires.⁴⁹

15. Fournir aux professionnels de la santé des outils, des ressources fondées sur des données probantes et de l'information sur les voies d'accès

Les voies d'accès à la prévention du VRS ne sont pas uniformes au Canada. Le financement, la disponibilité des produits, le pouvoir de prescrire et les lieux d'administration varient considérablement d'une administration à l'autre. Des directives pratiques de mise en œuvre permettraient de mieux outiller les professionnels de la santé pour composer avec ces différences et d'assurer un accès rapide à la protection contre le VRS aux personnes enceintes et aux nourrissons admissibles. Les recommandations d'immunisation sont beaucoup plus susceptibles d'être suivies lorsque les professionnels comprennent clairement où et comment les patients peuvent recevoir l'immunisation.

Les professionnels de la santé doivent pouvoir informer leurs patients du financement public du vaccin dans leur province, de l'endroit où ils doivent se rendre pour le recevoir et des critères d'admissibilité au RSVpreF et aux AcM. Si les pharmacies communautaires font partie de la voie d'accès, il est important de s'assurer que les pharmaciens et les systèmes de prescription électronique ont été mis à jour afin de refléter la nouvelle recommandation du CCNI d'immuniser les personnes enceintes à compter de 28 semaines de grossesse. De nombreux DME et systèmes de prescription affichent encore des recommandations désuètes, (ex. 32 -36 semaines ou même à partir de ≥ 34 semaines), ce qui pourrait retarder involontairement l'immunisation et réduire la protection du nourrisson. Il est essentiel que tous les membres de l'équipe de soins périnataux soient alignés sur les lignes directrices actuelles. Les lignes directrices et les options d'immunisation contre le VRS devraient être accessibles dans les logiciels d'aide à la décision clinique, et des ressources devraient être offertes à tous les professionnels de la santé, y compris les sages-femmes, qui assistent à une proportion importante des naissances. Des rappels visant à amorcer une discussion sur l'immunisation contre le VRS devraient être intégrés aux dossiers périnataux.

Il est également possible de mettre de l'avant les processus de co-administration. Dans les pratiques qui administrent déjà le vaccin dcaT financé par l'État, l'immunisation maternelle contre le VRS pourrait être intégrée à la même consultation, vers 28 semaines, afin d'améliorer l'accès et l'adoption. De même, des directives seraient utiles lorsque l'occasion de vaccination maternelle est manquée. Les professionnels de la

santé bénéficieraient d'information pratique sur l'accès aux anticorps monoclonaux pour nourrissons, notamment les critères d'admissibilité actuels, par exemple un programme universel ou ciblant les personnes à risque élevé, le financement, le moment de l'administration et la disponibilité des produits avant le congé de l'hôpital ou par l'entremise de services ambulatoires ou communautaires.

16. Préconiser auprès des gouvernements provinciaux et des organismes de santé publique un financement public universel de la protection des nourrissons contre le VRS

Malgré les progrès réalisés vers des programmes de prévention du VRS financés par l'État au Canada, les provinces n'offrent pas toutes la même couverture, et certaines n'offrent pas le choix entre l'immunisation maternelle et l'immunisation du nourrisson. Sans financement public, seuls les parents en mesure d'assumer les frais sont susceptibles d'opter pour la prévention du VRS. Il en résulte des soins inéquitables, puisque les nourrissons de familles à faible revenu ne seront pas protégés. Tous les nourrissons au Canada méritent d'être protégés contre la maladie causée par le VRS. Conformément aux plus récentes lignes directrices du CCNI, les provinces devraient veiller à ce qu'un programme universel de protection des nourrissons contre le VRS soit en place pour la saison 2026-2027.

Recommandations pour les recherches futures sur la prévention du VRS

Les données démontrant l'innocuité et l'efficacité des agents immunisants contre le VRS, issues d'essais cliniques randomisés et d'études en contexte réel, sont claires. Néanmoins, certaines lacunes subsistent dans notre compréhension scientifique de la prévention du VRS. Afin de mieux protéger la population canadienne, le Collectif de protection des nourrissons contre le VRS de la FFMC recommande d'accroître le soutien à la recherche sur la santé des femmes, des personnes enceintes et des enfants, et de poursuivre les travaux portant sur des questions précises, notamment:

- L'innocuité et l'efficacité d'une immunisation maternelle répétée chez les personnes ayant reçu le RSVpreF lors de grossesses antérieures
- La durée de la protection conférée par l'immunisation maternelle et l'immunisation du nourrisson
- La persistance des anticorps anti-VRS dans le lait humain
- Le besoin continu d'un registre national d'immunisation afin d'améliorer le suivi des immunisations et de faciliter la recherche sur l'adoption locale, l'innocuité et l'efficacité par province et région

Conclusion

Maintenant que deux stratégies efficaces et sûres sont disponibles pour prévenir la maladie causée par le VRS chez les nourrissons, le Collectif de protection des nourrissons contre le VRS de la FFMC recommande d'agir dès maintenant pour sensibiliser, éduquer et communiquer les connaissances sur les risques du VRS et les options de prévention.

Visitez RSVProtect.ca pour obtenir de plus amples renseignements.



References

1. National Advisory Committee on Immunization (NACI): Updated guidance to protect infants and children from respiratory syncytial virus (RSV) disease: use of monoclonal antibodies (nirsevimab and clesrovimab) and the RSVpreF vaccine. Ottawa, ON; Public Health Agency of Canada; 2026. Published April 2026. Accessed July 1, 2026.
https://publications.gc.ca/collections/collection_2026/aspc-phac/HP40-402-2026-eng.pdf.
2. Sanchez-Martinez A, Moore T, Freitas TS, et al. Recent advances in the prevention and treatment of respiratory syncytial virus disease. *J Gen Virol* 2025;106. doi:<https://doi.org/10.1099/jgv.0.002095>
3. Zhang XL, Zhang X, Hua W, et al. Expert consensus on the diagnosis, treatment, and prevention of respiratory syncytial virus infections in children. *World J Pediatr* 2024;20:11–25. doi:10.1007/s12519-023-00777-9
4. Better Outcomes Registry & Network (BORN). 2024-2025 RSV Season Data. Updated 2026. Accessed July 1, 2026.
<https://www.bornontario.ca/initiatives-resources/perinatal-and-paediatric-care/respiratory-syncytial-virus/2024-2025-rsv-season-data/>.
5. 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. *Can Commun Dis Rep* 2024;50:1–15. doi:10.14745/ccdr.v50i12a01
6. Fauroux B, Simões EAF, Checchia PA, et al. The Burden and Long-term Respiratory Morbidity Associated with Respiratory Syncytial Virus Infection in Early Childhood. *Infect Dis Ther* 2017;6:173–197. doi:10.1007/s40121-017-0151-4
7. Hall CB, Weinberg GA, Blumkin AK, et al. Respiratory syncytial virus-associated hospitalizations among children less than 24 months of age. *Pediatrics* 2013;132:e341–348. doi:10.1542/peds.2013-0303
8. Lopes A, Embree J, Jadavji T, et al. Changes in hospital admissions associated with pediatric respiratory syncytial virus after the COVID-19 pandemic in Canada: an active surveillance study. *CMAJ* 2026;198:E612–e621. doi:10.1503/cmaj.251369
9. Centers for Disease Control and Prevention. Symptoms and care of RSV. Published February 20, 2026. Accessed July 1, 2026. <https://www.cdc.gov/rsv/symptoms/index.html>.
10. Mitchell I, Defoy I, Grubb E. Burden of Respiratory Syncytial Virus Hospitalizations in Canada. *Can Respir J* 2017;2017:4521302. doi:10.1155/2017/4521302
11. Carazo S, Ouakki M, Skowronski DM, et al. Nirsevimab effectiveness, number needed to immunize and impact on severe RSV outcomes, a test-negative study in Quebec, Canada. *Lancet Reg Health Am* 2026;57:101448. doi:10.1016/j.lana.2026.101448
12. Vadlamudi NK, Gomes K, Chow E, et al. Healthcare costs and resource utilization for acute respiratory syncytial virus pediatric hospitalizations in Canada: a population-based study. *Lancet Reg Health – Americas* 2025;51. doi:10.1016/j.lana.2025.101257
13. Government of Canada. Canadian respiratory virus surveillance report: respiratory syncytial virus. <https://health-infobase.canada.ca/respiratory-virus-surveillance/rsv.html> Updated June 26, 2026. Accessed July 3, 2026.
14. Bourdeau M, Vadlamudi NK, Bastien N, et al. Pediatric RSV-Associated Hospitalizations Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open* 2023;6:e2336863–e2336863. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.36863
15. Watts A, Vineta Paramo M, Jamieson-Datzkiw T. RSV and all-cause lower respiratory infection burden among infants in remote British Columbia: Retrospective population-based birth cohort study. *medRxiv*. Preprint posted online January 11, 2026. Accessed July 1, 2026.
<https://www.medrxiv.org/content/10.64898/2026.01.09.26343745v1.full.pdf>.
16. Viñeta Paramo M, Watts AW, Bone JN, et al. RSV Hospital Admissions During the First 2 Seasons Among Children With Chronic Medical Conditions. *JAMA Netw Open* 2025;8:e2519410–e2519410. doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.19410

17. Munro APS, Martín-Torres F, Drysdale SB, Faust SN. The disease burden of respiratory syncytial virus in Infants. *Curr Opin Infect Dis* 2023;36:379–384. doi:10.1097/qco.0000000000000952
18. Taleshi J, Paramo MV, Watts A, et al. Cost-effectiveness of infant and maternal RSV immunization strategies, in British Columbia, Canada. *Vaccine* 2025;68:127936. doi:10.1016/j.vaccine.2025.127936
19. Sumsuzzman DM, Wang Z, Langley JM, Moghadas SM. Real-world effectiveness of nirsevimab against respiratory syncytial virus disease in infants: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Child Adolesc Health* 2025;9:393–403. doi:10.1016/s2352-4642(25)00093-8
20. McLachlan I, Robertson C, Morrison KE, et al. Effectiveness of the maternal RSVpreF vaccine against severe disease in infants in Scotland, UK: a national, population-based case-control study and cohort analysis. *Lancet Infect Dis* 2026;26:362–373. doi:10.1016/s1473-3099(25)00624-3
21. Marc GP, Vizzotti C, Fell DB, Di Nunzio L, Olszevicki S, Mankiewicz S. Vaccine effectiveness of maternal RSVpreF against infant hospitalisation for RSV lower respiratory tract disease from birth to 6 months: findings from two seasons in Argentina (BERNI Study). Poster P265. Presented at: Respiratory Syncytial Virus Vaccines for the World 2026; Rome, Italy, February 17–20, 2026.
22. Wadia U, Ong MM, Cox SN, Le H, Mankiewicz S, Carr J. Effectiveness of maternal RSVpreF vaccination against RSV in hospitalised infants ≤6 months: preliminary results from a multicentre test-negative design study in Australia, 2025 (STREETON Study). Poster P412. Presented at: Respiratory Syncytial Virus Vaccines for the World 2026; Rome, Italy, February 17-20, 2026.
23. Abrysvo® (respiratory syncytial virus stabilized prefusion F subunit vaccine) [product monograph]. Kirkland, QC: Pfizer Canada ULC; 2026.
24. ENFLONIA® (clesrovimab) [product monograph]. Kirkland, QC: Merck Canada Inc.; 2026.
25. Beyfortus® (nirsevimab) [product monograph]. Toronto, ON: Sanofi Vaccines Canada Ltd.; 2026.
26. Paramo MV, Wong JMH, Lavoie PM. RSV immunization in pregnancy and infancy. *BCMJJ* 2025;67:348–353. <https://bcmj.org/articles/rsv-immunization-pregnancy-and-infancy>
27. McClymont E, Wong JMH, Forward L, et al. Acceptance and preference between respiratory syncytial virus vaccination during pregnancy and infant monoclonal antibody among pregnant and postpartum persons in Canada. *Vaccine* 2025;50:126818. doi:<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2025.126818>
28. Wang B, Lassi Z, Andraweera P, et al. Pregnant women's choices for preventing respiratory syncytial virus (RSV). *Vaccine* 2025;48:126790. doi:10.1016/j.vaccine.2025.126790
29. Jabagi M-J, Bertrand M, Gabet A, Kolla E, Olié V, Zureik M. Nirsevimab vs RSVpreF Vaccine for Respiratory Syncytial Virus–Related Hospitalization in Newborns. *JAMA* 2026;335:787–798. doi:10.1001/jama.2025.24082
30. Valtuille Z, Fafi I, Kaguelidou F, et al. Effectiveness of nirsevimab immunisation after birth versus RSVpreF maternal vaccination in preventing RSV-related hospitalisations in infants: a population-based retrospective cohort study. *Lancet Child Adolesc Health* 2026;10:481–490. doi:[https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(26\)00075-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(26)00075-1)
31. World Health Organization. WHO position paper on immunization to protect infants against respiratory syncytial virus disease, May 2025. *Weekly Epidemiol Rec* 100:193–218.
32. DeSilva M. Prenatal RSVpreF Vaccine Safety, 2023–2024 Respiratory Season: The Vaccine Safety Datalink (VSD). Presentation to ACIP, June 25, 2025. Accessed July 1, 2026. <https://www.cdc.gov/acip/downloads/slides-2025-06-25-26/04a-DeSilva-Mat-Peds-RSV-508.pdf>.
33. Son M, Riley LE, Staniczenko AP, et al. Nonadjuvanted Bivalent Respiratory Syncytial Virus Vaccination and Perinatal Outcomes. *JAMA Netw Open* 2024;7:e2419268–e2419268. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.19268
34. Blauvelt CA, Zeme M, Natarajan A, et al. Respiratory Syncytial Virus Vaccine and Nirsevimab Uptake Among Pregnant People and Their Neonates. *JAMA Netw Open* 2025;8:e2460735–e2460735. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.60735
35. Wong JMH, Castillo E, Elwood C, et al. SOGC Statement on RSV Immunization to Prevent Infant RSV Infection. https://sogc.org/common/Uploaded%20files/Position%20Statements/SOGC%20Statement%20RSV_07182024_EN.pdf Updated July 18, 2024. Accessed April 23, 2025.

36. Government of Canada. Vaccination and pregnancy: During pregnancy.
<https://www.canada.ca/en/public-health/services/immunization-vaccines/vaccination-pregnancy-during.html>
Updated December 18, 2023. Accessed April 28, 2025.
37. Government of Canada. Statement on the prevention of respiratory syncytial virus disease in infants.
guidance.
<https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/vaccines-immunization/national-advisory-committee-immunization-statement-prevention-respiratory-syncytial-virus-disease-infants.html> Updated November 6, 2024. Accessed July 1, 2026.
38. Fleming-Dutra KE, Jones JM, Roper LE, Prill MM, Ortega-Sanchez IR, Moulia DL. Use of the Pfizer Respiratory Syncytial Virus Vaccine During Pregnancy for the Prevention of Respiratory Syncytial Virus–Associated Lower Respiratory Tract Disease in Infants: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices — United States, 2023. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2023;72:1115–1122.
39. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. General Best Practices for Immunization.
https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-best-practices/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/index.html. Updated July 25, 2024. Accessed July 2, 2026.,
40. Government of the United Kingdom. Respiratory syncytial virus: the green book.
<https://www.gov.uk/government/publications/respiratory-syncytial-virus-the-green-book> Updated June 3, 2026.
Accessed August 17, 2026.
41. Australian Centre for Disease Control. Australian Immunization Handbook. Respiratory syncytial virus (RSV).
<https://immunisationhandbook.health.gov.au/contents/vaccine-preventable-diseases/respiratory-syncytial-virus-rsv> Accessed August 17, 2026.
42. Ministry of Health, Republic of South Africa. Use of the bivalent respiratory syncytial virus (RSV) vaccine during pregnancy for the prevention of RSV-associated lower respiratory tract disease in infants.
https://www.spotlightnsp.co.za/wp-content/uploads/2025/07/20250423_ndoh_nagi_rsv-advisory-signed.pdf
Updated April 23, 2025. Accessed August 17, 2026.
43. Government of Brazil. Estratégia de Vacinação contra o Vírus Sincicial Respiratório em Gestantes — Ministério da Saúde.
<https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/publicacoes/estrategia-de-vacinacao-contra-o-virus-sincicial-respiratorio-em-gestantes.pdf/view> Updated July 6, 2026. Accessed August 17, 2026.
44. Government of Argentina. Se inicia la vacunación contra virus sincicial respiratorio.
<https://www.argentina.gob.ar/noticias/se-inicia-la-vacunacion-contra-virus-sincicial-respiratorio> Updated January 2, 2025. Accessed August 17, 2026.
45. Gilca R, Amini R, Carazo S, et al. The Changing Landscape of Respiratory Viruses Contributing to Hospitalizations in Quebec, Canada: Results From an Active Hospital-Based Surveillance Study. *JMIR Public Health Surveill* 2024;10:e40792. doi:10.2196/40792
46. Drislane S, Moore H, Attwell K. Understanding parental decisions to decline or delay infant RSV immunisation, nirsevimab, in Western Australia in 2024. *Vaccine* 2026;72:128133.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2025.128133>
47. Chen J, Wang Y. Social Media Use for Health Purposes: Systematic Review. *J Med Internet Res* 2021;23:e17917. doi:10.2196/17917
48. Government of Canada. Just for You - Rural Canadians.
<https://www.canada.ca/en/health-canada/services/healthy-living/just-for-you/rural-canadians.html> Updated May 17, 2023. Accessed July 9, 2026.
49. Dallagiocoma G, Lundholm C, Smew AI, et al. Risk factors for severe outcomes of respiratory syncytial virus infection in children: a nationwide cohort study in Sweden. *Lancet Reg Health – Europe* 2025;58. doi:10.1016/j.lanepe.2025.101447

Annexe : Membres du Collectif de protection des nourrissons contre le VRS de la FFMC

Coprésidentes

Vivien Brown, MDCM, CCFP, FCFP, MSCP, Toronto, ON

Shelley Ross, MD, CCFP, FCFP, Burnaby, BC

Membres

Pilar Chapman, BHSc, RM, Grimsby, ON

Milena Forte, MD, CCFP, FCFP, Toronto, ON

Andrea Houle, SF/RM, IBCLC, Montréal, QC

Ajit Johal, BSc (Pharm) RPh MEd CTH, Vancouver, BC

Stephanie Liu, MD, CCFP, MSc, BHSc, Edmonton, AB

Marianne Morgan, BSc(hon), MD, Kelowna, BC

Shafeena Premji, BSc, MHA, MD, CCFP, FCFP, MSCP, Calgary, AB

Marla Shapiro, C.M., MDMC, CCFP, MHSc, FRCPC, FCFP, MSCP, Toronto, ON

Observateurs

Sheri Fitzpatrick-Poulain, BSc, Strategic Director, FleurishMD, Vancouver, BC

Margaret Johnson, PhD, Medical Writer, Mackenzie MedWrite, Victoria, BC

Agency, Atlas

Agency, Veritas