SIM CANADA
433 Blvd de L'Ile
Pincourt, Québec
Canada J7W 8Z6

Chaque enfant du Canada atlantique, également protégé

Énoncé de position de l'Atlantique du Consortium de sensibilisation à la pneumonie

Combler l'écart en matière de protection contre la pneumococcie chez les enfants de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick, de l'Île-du-Prince-Édouard et de Terre-Neuve-et-Labrador

Journée nationale de l'enfant, le 20 novembre 2026

SIM CANADA
433 Blvd de L'Ile
Pincourt, Québec
Canada J7W 8Z6

Sommaire

Les enfants des provinces de l'Atlantique méritent la même protection que ceux de Vancouver et de Montréal. L'infection invasive à pneumocoque (IIP) cause des méningites, des infections du sang et des pneumonies, surtout chez les jeunes enfants. La Colombie-Britannique et le Québec offrent maintenant à chaque nourrisson le vaccin conjugué contre le pneumocoque 20-valent (VPC20). Les nourrissons de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick, de l'Île-du-Prince-Édouard et de Terre-Neuve-et-Labrador reçoivent le vaccin 15-valent (VPC15). Les cinq sérotypes supplémentaires du VPC20 représentaient environ un isolat d'IIP sur quatre chez les enfants canadiens de moins de cinq ans en 2023, dont le sérotype le plus fréquent chez les nourrissons de moins de deux ans. L'effet d'un changement dépendra de l'efficacité du vaccin et de l'évolution des sérotypes, mais l'écart de couverture est évident.

S'appuyant sur des assises solides, les provinces du Canada atlantique offrent gratuitement la vaccination contre le pneumocoque à chaque nourrisson et ont rapidement adopté les nouveaux vaccins à la suite des lignes directrices nationales. Le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) considère le VPC15 et le VPC20 comme appropriés pour les enfants en bonne santé, et s'attend à ce que le VPC20 ait un effet plus important sur l'IIP. Offrir le VPC20 à chaque nourrisson constitue une prochaine étape naturelle.

Pourquoi agir maintenant

- La pneumococcie est revenue à ses niveaux d'avant la pandémie, et le taux chez les enfants d'un à quatre ans a atteint en 2022 son plus haut niveau en dix ans.
- Tous âges confondus, l'IIP multirésistante est passée de 8,4 % à 13,2 % des isolats testés entre 2019 et 2023.
- Les enfants à risque accru, souvent non diagnostiqués au début de la vaccination, bénéficieraient d'une couverture plus étendue dès leur première dose.

Un investissement dans des collectivités en meilleure santé. Prévenir les formes graves de pneumococcie peut réduire les visites aux urgences et les hospitalisations, alléger la pression sur les hôpitaux pédiatriques, réduire les journées de travail perdues par les parents et les proches aidants, et réduire l'utilisation d'antibiotiques.

Notre appel aux gouvernements provinciaux de l'Atlantique

Nous posons respectueusement les questions suivantes aux ministres de la Santé et aux médecins hygiénistes en chef des provinces de l'Atlantique :

- Qu'est-ce qui justifie de ne pas offrir le VPC20 à chaque nourrisson dans le programme régulier?
- Les provinces souhaitent-elles agir ensemble à l'échelle régionale (outils de mise en œuvre, messages publics, formation des cliniciens)?
- Les gouvernements de l'Atlantique veilleront-ils à ce que les enfants à risque accru reçoivent le VPC20 selon le calendrier à quatre doses recommandé par le CCNI?
- Les gouvernements de l'Atlantique rendront-ils compte des résultats chaque année, à

SIM CANADA
433 Blvd de L'Ile
Pincourt, Québec
Canada J7W 8Z6

commencer par la couverture vaccinale et l'IIP par sérotype chez les jeunes enfants?

SIM CANADA
433 Blvd de L'Ile
Pincourt, Québec
Canada J7W 8Z6

À propos du Consortium de sensibilisation à la pneumonie

Le Consortium de sensibilisation à la pneumonie est une collaboration d'intervenants en santé, y compris des organisations non gouvernementales, qui se consacre à la diffusion de connaissances fondées sur des données probantes. Notre objectif est de susciter un changement significatif partout au Canada en investissant dans la littératie en santé individuelle et collective, en favorisant la pensée critique et en donnant aux gens les moyens de prendre des décisions éclairées et autonomes.

Notre mission est de prévenir les maladies respiratoires par l'éducation proactive, la sensibilisation ciblée et un solide soutien communautaire. Nous nous engageons à fournir de l'information exacte et impartiale qui aide chacun à prendre sa santé en main. Pour en savoir plus sur le consortium, visitez https://pneumoawareness.ca/

À propos de la Society for Intelligence Management (SIM)

La Society for Intelligence Management (SIM) est une association indépendante qui fait la promotion de l'application des connaissances fondées sur des données probantes, de l'éducation et de la formation, de la communication et de la prise de décisions. Son mandat est de veiller à ce que la circulation de l'information soit exacte et fiable et contribue à une prise de décisions éclairée dans un monde en constante évolution. La SIM assure le secrétariat du consortium. Pour en savoir plus sur la SIM, visitez https://intelsociety.org/

Le présent énoncé est publié par le consortium au nom de ses organisations membres.

L'enjeu

La protection d'un enfant contre l'infection invasive à pneumocoque (IIP) dépend désormais de la province où il est né. La Colombie-Britannique a adopté le vaccin conjugué contre le pneumocoque 20-valent (VPC20) dans son programme régulier pour les nourrissons en juillet 2025, et le Québec a suivi en 2026.[1,2] Les nourrissons de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick, de l'Île-du-Prince-Édouard et de Terre-Neuve-et-Labrador continuent de recevoir le vaccin 15-valent (VPC15).[3,4,5]

Les cinq sérotypes que le VPC20 ajoute au VPC15 (8, 10A, 11A, 12F et 15B) représentaient environ un isolat d'IIP sur quatre chez les enfants canadiens de moins de cinq ans en 2023.[6] Cette proportion indique une occasion d'élargir la prévention; la réduction obtenue par un changement de programme dépendra de l'efficacité du vaccin, de la couverture vaccinale et de l'évolution des sérotypes. La surveillance nationale regroupe les sérotypes 15B et 15C (15B/C), car les deux peuvent se convertir l'un en l'autre pendant l'infection. Le sérotype 15B/C était le plus fréquent parmi les isolats d'IIP chez les nourrissons canadiens de moins de deux ans, avec 17,8 %.[6]

Les familles du Canada atlantique méritent de connaître cet écart, et leurs gouvernements ont les moyens de le combler. Nous demandons aux gouvernements des quatre provinces de l'Atlantique d'élargir l'accès au VPC20 en l'offrant dans leurs programmes réguliers de vaccination des enfants contre le pneumocoque, afin que chaque enfant du Canada atlantique bénéficie de la même étendue

SIM CANADA
433 Blvd de L'Ile
Pincourt, Québec
Canada J7W 8Z6

de couverture des sérotypes vaccinaux que les enfants de Vancouver ou de Montréal.

Contexte : la menace que représente la pneumococcie chez les enfants

Streptococcus pneumoniae est une cause majeure d'infections bactériennes graves chez les jeunes enfants, dont la bactériémie, la méningite et la pneumonie.[7] Lorsque la bactérie envahit des sites normalement stériles, comme le sang ou le liquide entourant le cerveau, on parle d'infection invasive à pneumocoque (IIP). Les enfants de moins de cinq ans, les personnes âgées et les personnes dont le système immunitaire est affaibli sont les plus à risque.[6]

L'IIP est une urgence médicale. Une cohorte albertaine suivie pendant 20 ans a montré que 2,5 % des enfants atteints d'IIP sont décédés dans les 30 jours suivant le diagnostic, contre 0,3 % des témoins appariés sans IIP (rapport de risques ajusté de 8,78); le risque excédentaire était le plus élevé chez les enfants atteints de méningite.[9] Les enfants qui survivent à une méningite peuvent garder une perte auditive ou une incapacité neurologique permanente.

Les enfants à risque accru. Certains enfants courent un risque beaucoup plus élevé de pneumococcie grave. Le CCNI désigne des problèmes de santé comme l'absence de rate ou une rate qui fonctionne mal, l'anémie falciforme, les affections ou traitements qui affaiblissent le système immunitaire, les maladies chroniques du cœur, des poumons, des reins ou du foie, les fuites de liquide céphalorachidien et les implants cochléaires, ainsi que des circonstances sociales et environnementales qui augmentent le risque.[7,14] Pour ces enfants, le CCNI recommande le VPC20 selon un calendrier à quatre doses, à 2, 4, 6 et 12 à 15 mois.[14] Le fardeau pour ces familles est réel : dans un réseau national de surveillance pédiatrique, 43 % des enfants ayant eu une IIP récurrente présentaient une affection immunodépressive.[10] De nombreux facteurs de risque ne sont diagnostiqués qu'après les premières doses de vaccin. Offrir le VPC20 à chaque nourrisson donnerait à ces enfants une couverture plus étendue dès leur première dose. Leur repérage précoce demeure toutefois important, puisqu'ils ont besoin de la dose supplémentaire et du suivi clinique qu'exige leur état.

La pneumococcie est revenue à ses niveaux d'avant la pandémie. L'incidence nationale de l'IIP est passée de 5,6 pour 100 000 en 2021 à 10,2 en 2022, et le taux chez les enfants d'un à quatre ans (16,3 pour 100 000) a été le plus élevé de la dernière décennie. En 2023, le Laboratoire national de microbiologie a reçu 4 760 isolats d'IIP, le total annuel le plus élevé jamais enregistré.[6]

La résistance augmente aussi. Tous âges confondus, l'IIP multirésistante est passée de 8,4 % des isolats testés en 2019 à 13,2 % en 2023, et la résistance à la pénicilline a presque triplé au cours de la même période (de 2,9 % à 8,0 %).[6] La surveillance nationale a associé la hausse de la résistance à la pénicilline à l'augmentation des sérotypes 9V et 19A, tous deux inclus dans le VPC15 et le VPC20.[8] Les infections résistantes sont plus difficiles à traiter.

Les vaccins conjugués fonctionnent. Depuis le lancement des programmes pour nourrissons au Canada en 2002, l'incidence de l'IIP chez les enfants de moins de cinq ans a diminué d'environ 65 %, les baisses les plus marquées touchant les sérotypes couverts par chaque vaccin.[7] Toutefois, les sérotypes non couverts par le vaccin utilisé continuent de causer des maladies, un phénomène appelé remplacement des sérotypes. Chaque nouvelle génération de vaccin a été conçue pour

SIM CANADA
433 Blvd de L'Ile
Pincourt, Québec
Canada J7W 8Z6

combler cet écart.

Situation actuelle

En mars 2024, le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) a recommandé que le VPC15 ou le VPC20 soit le produit de choix pour la vaccination systématique des enfants de moins de cinq ans, en précisant que le VPC20, qui compte cinq sérotypes de plus, devrait avoir un effet plus important sur l'IIP et que son utilisation chez tous les enfants pourrait simplifier les programmes et procurer le plus grand bénéfice indirect aux autres populations.[7] Le CCNI recommande uniquement le VPC20 pour les enfants à risque accru d'IIP.[7,14] Les provinces font maintenant des choix différents à partir des mêmes lignes directrices nationales.

Province	Vaccin régulier des nourrissons	Calendrier
Colombie-Britannique	VPC20 (depuis juillet 2025)	2, 4 et 12 mois
Québec	VPC20 (depuis 2026)	2, 4 et 12 mois
Nouvelle-Écosse	VPC15	2, 4 et 12 mois
Nouveau-Brunswick	VPC15	2, 4 et 12 mois
Île-du-Prince-Édouard	VPC15	2, 4 et 12 mois
Terre-Neuve-et-Labrador	VPC15	2, 4 et 12 mois

Le nombre d'isolats d'IIP au Canada atlantique est faible : en 2023, les quatre provinces ont soumis ensemble 173 isolats, dont 10 provenant d'enfants de moins de cinq ans.[6] Tous âges confondus, les sérotypes les plus fréquents dans la région en 2023 étaient le 3, le 22F et le 4, tous couverts par le VPC15 et le VPC20.[6] La surveillance pédiatrique nationale offre donc une base de données plus large pour les décisions, bien que la part de la maladie infantile attribuable aux sérotypes supplémentaires dans l'Atlantique demeure incertaine. Des données pédiatriques atlantiques regroupées sur plusieurs années aideraient à combler cette lacune.

Les provinces de l'Atlantique ont bâti des assises solides pour protéger leur population contre les maladies respiratoires et évitables par la vaccination. Les quatre provinces offrent gratuitement la vaccination conjuguée contre le pneumocoque à chaque nourrisson, et toutes sont passées du VPC13 au VPC15 à la suite des lignes directrices du CCNI; la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick ont aussi adopté le VPC20 pour les personnes âgées.[2,3,4] Nous saluons le travail des équipes de santé publique, des vaccinateurs et des familles de toute la région. Offrir le VPC20 à chaque nourrisson constitue une prochaine étape naturelle qui s'appuie sur ces acquis.

Nouvelle-Écosse

La Nouvelle-Écosse a remplacé le VPC13 par le VPC15 pour la vaccination systématique des nourrissons et des enfants et a adopté le VPC20 pour les personnes âgées.[3] La Nouvelle-Écosse est la province la plus peuplée de la région et abrite le Centre de santé IWK, où sont souvent soignés les enfants les plus gravement malades des Maritimes. L'adoption du VPC20 dans son programme pour nourrissons l'harmoniserait avec son propre programme pour adultes et

simplifierait les commandes, l'entreposage et la formation des cliniciens pour tous les groupes d'âge.

Nouveau-Brunswick

Le Nouveau-Brunswick offre le VPC15 à tous les enfants à 2, 4 et 12 mois, et le VPC20 aux adultes de 65 ans et plus ainsi qu'aux adultes nouvellement admis en soins de longue durée.[4] Seule province officiellement bilingue au Canada et voisine du Québec, le Nouveau-Brunswick compte des familles, dans les communautés frontalières et francophones, qui constatent facilement que les nourrissons à quelques kilomètres de chez elles bénéficient maintenant d'une couverture plus étendue. L'adoption du VPC20 éliminerait cette disparité et permettrait d'utiliser un seul vaccin conjugué pour les enfants et les personnes âgées.

Île-du-Prince-Édouard

L'Île-du-Prince-Édouard offre le VPC15 à tous les nourrissons à 2, 4 et 12 mois, avec une dose supplémentaire à 6 mois pour les enfants à risque élevé.[2,13] En raison de la petite taille de sa cohorte de naissances, les besoins totaux en vaccins seraient moindres que dans les provinces plus populeuses, tout en offrant à chaque nourrisson de l'Île la couverture des sérotypes la plus étendue possible. Comme les enfants de l'Île qui ont besoin de soins pédiatriques spécialisés peuvent être dirigés vers une autre province, une protection uniforme dans la région est importante.

Terre-Neuve-et-Labrador

Terre-Neuve-et-Labrador offre le VPC15 aux nourrissons selon un calendrier à trois doses, à 2, 4 et 12 mois, et le VPC20 aux enfants à risque accru.[5] La province compte des communautés rurales, éloignées et autochtones où l'accès aux soins de courte durée est plus difficile; la surveillance nationale montre que les taux d'IIP dans les régions nordiques, y compris le nord du Labrador, ont été plus élevés que dans le reste du Canada, surtout chez les nourrissons.[7] Pour ces familles, prévenir l'infection est particulièrement important. L'utilisation du VPC20 pour tous les enfants éliminerait aussi la nécessité de gérer deux produits pédiatriques.

Mesures à envisager

Nous demandons respectueusement aux ministres de la Santé et aux médecins hygiénistes en chef de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick, de l'Île-du-Prince-Édouard et de Terre-Neuve-et-Labrador :

1. D'élargir l'accès au VPC20 en l'offrant à chaque nourrisson dans le cadre du programme régulier, selon le calendrier actuel de 2, 4 et 12 mois.
2. D'agir ensemble à l'échelle régionale, afin que la protection ne diffère pas d'une province de l'Atlantique à l'autre et que les quatre provinces puissent mettre en commun outils de mise en œuvre, messages publics et formation des cliniciens.
3. De permettre aux enfants qui ont commencé leur série de la terminer avec le VPC20, conformément aux lignes directrices du CCNI selon lesquelles les vaccins conjugués peuvent être interchangés au cours d'une série.[7]

SIM CANADA
433 Blvd de L'Ile
Pincourt, Québec
Canada J7W 8Z6

4. De veiller à ce que chaque enfant à risque accru d'IIP reçoive le VPC20 selon le calendrier à quatre doses recommandé par le CCNI, en maintenant cette pratique là où elle existe déjà et en l'instaurant ou l'élargissant là où ce n'est pas le cas, notamment pour les enfants ayant des problèmes de santé et ceux dont les conditions de vie augmentent le risque.[7,14]
5. De mesurer les résultats et d'en rendre compte, en publiant chaque année des indicateurs de programme (couverture, respect du calendrier et produit utilisé) ainsi que les données sur l'IIP par âge et par sérotype, et en évaluant les effets plus larges sur plusieurs années à partir de données regroupées du Canada atlantique. L'objectif national de 95 % de couverture à l'âge de deux ans, fixé pour 2025, demeure un point de repère utile.[7]
6. D'investir dans l'éducation du public et des professionnels, afin que les familles et les cliniciens comprennent pourquoi le programme change et continuent de faire vacciner les enfants à temps.

Les données probantes

Une couverture élargie des sérotypes qui causent aujourd'hui la maladie chez les enfants. Le VPC20 contient les 15 sérotypes du VPC15 ainsi que les sérotypes 8, 10A, 11A, 12F et 15B. En 2023, ces cinq sérotypes supplémentaires (15B et 15C étant déclarés ensemble) représentaient 24,5 % des isolats d'IIP chez les enfants canadiens de moins de cinq ans, contre 20,7 % en 2019.[6] L'analyse des données de 2022 par le CCNI dresse un portrait semblable dans tous les groupes d'âge pédiatriques : ces sérotypes représentaient 24,2 % des isolats d'IIP chez les enfants de moins de deux ans, 22,2 % chez ceux de deux à quatre ans et 21,7 % chez ceux de cinq à 17 ans.[7] Le sérotype 15B/C était le plus fréquent parmi les isolats d'IIP chez les nourrissons canadiens de moins de deux ans en 2023.[6]

Des sérotypes importants sur le plan clinique. Plusieurs des sérotypes ajoutés présentent un risque particulier. Selon des études internationales portant sur tous les âges, les sérotypes 8 et 12F figurent parmi les plus invasifs, et le 11A parmi ceux les plus susceptibles d'entraîner la mort.[11] En 2023, tous âges confondus au Canada, plus de 40 % des isolats de sérotype 12F étaient résistants à la doxycycline et au triméthoprime-sulfaméthoxazole, et environ un isolat de 11A et de 15B/C sur quatre était résistant à la clarithromycine.[6] Une analyse canadienne a conclu que le remplacement du VPC13 par le VPC15 chez les enfants pourrait permettre à des sérotypes très invasifs comme le 8 et le 12F de combler le vide laissé par les sérotypes vaccinaux, un risque largement évité avec le VPC20; elle a désigné le calendrier 2+1 du VPC20 comme le choix optimal pour les enfants canadiens.[11]

Une réponse immunitaire et une innocuité comparables. Le VPC15 et le VPC20 produisent tous deux des taux d'anticorps un peu plus faibles que le VPC13 pour les sérotypes communs, et la portée clinique de cette différence n'est pas encore connue.[7] Lorsque les réponses en anticorps fonctionnels (OPA) sont comparées de façon indirecte, le VPC15 et le VPC20 donnent des résultats semblables selon les calendriers 2+1 et 3+1.[11] Les essais cliniques ont montré des profils d'innocuité semblables pour les trois vaccins.[7] Les lignes directrices nationales permettent d'administrer l'un ou l'autre vaccin aux nourrissons en bonne santé selon le calendrier à trois doses (2+1), à 2, 4 et 12 à 15 mois, déjà utilisé au Canada atlantique.[14] Au moment de l'examen du CCNI,

SIM CANADA
433 Blvd de L'Ile
Pincourt, Québec
Canada J7W 8Z6

aucune donnée sur l'efficacité réelle en contexte d'utilisation courante chez les enfants n'était encore disponible pour l'un ou l'autre vaccin.[7]

Le rapport coût-efficacité dépend des hypothèses. Le modèle du CCNI, qui excluait l'immunité collective, a estimé que le passage du VPC15 au VPC20 coûterait 135 200 $ par année de vie ajustée en fonction de la qualité gagnée selon la perspective du système de santé, et 93 400 $ selon la perspective sociétale, aux prix présumés de 78 $ et de 90 $ la dose.[7] Le CCNI a souligné que ces résultats étaient très sensibles au prix du vaccin, que les ratios diminueraient considérablement si la protection indirecte des adultes était prise en compte, et que le VPC20 était moins coûteux et plus efficace que les deux autres options dans un contexte où le fardeau de la maladie et les coûts médicaux sont plus élevés.[7] Un modèle canadien commandité par le fabricant, qui tenait compte de l'immunité collective, a conclu que le VPC20 était plus efficace et moins coûteux que le VPC15.[12] Un changement pourrait réduire les coûts liés à la maladie pour le système de santé et les familles; son incidence budgétaire globale dépendra des coûts du programme et des bénéfices obtenus.

La vaccination, un investissement

Prévenir la pneumococcie chez les enfants est un investissement dans des collectivités en meilleure santé, une main-d'œuvre en meilleure santé et une économie plus forte au Canada atlantique.

Moins de visites aux urgences et d'hospitalisations

L'infection invasive à pneumocoque nécessite souvent des soins hospitaliers, et une méningite ou une bactériémie chez un nourrisson peut entraîner plusieurs jours aux soins intensifs. Prévenir les cas graves peut réduire les visites aux urgences, les hospitalisations et les soins spécialisés, ce qui libère cette capacité pour d'autres enfants. De nombreuses familles de l'Atlantique parcourent de longues distances pour se rendre dans des hôpitaux pédiatriques comme le Centre de santé IWK à Halifax et le Janeway Children's Health and Rehabilitation Centre à St. John's. Pour elles, la prévention signifie aussi moins de temps loin de la maison, du travail et de leurs autres enfants.

Une main-d'œuvre en meilleure santé et une économie plus forte

Lorsqu'un enfant est gravement malade, un parent ou un proche aidant doit aussi s'absenter du travail. Les absences, les déplacements pour recevoir des soins et l'incapacité permanente après une méningite entraînent des coûts qui touchent les employeurs et les collectivités, et non seulement le système de santé. L'analyse du CCNI a montré que le VPC20 était plus avantageux lorsque ces coûts plus larges étaient pris en compte.[7]

Résistance aux antimicrobiens

La vaccination contre le pneumocoque fait partie intégrante de la gestion des antimicrobiens : chaque infection évitée est une infection qui ne nécessite pas d'antibiotiques. À titre de contexte mondial, l'Organisation mondiale de la Santé estime que les vaccins contre Streptococcus pneumoniae pourraient éviter 33 millions de doses d'antibiotiques par année dans le monde si les cibles de couverture étaient atteintes.[15] Le Plan d'action pancanadien sur la résistance aux

antimicrobiens, publié conjointement par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, désigne la vaccination comme une mesure de prévention des infections.[16] L'avantage supplémentaire du VPC20 par rapport au VPC15 tient à la couverture de sérotypes ajoutés qui présentent déjà une résistance notable, comme le 12F et le 11A.[6] L'ampleur de cet avantage pour les enfants de l'Atlantique n'est pas encore connue.

Des résultats mesurables

Nous encourageons les quatre provinces à établir des données de référence et à rendre compte chaque année des indicateurs de programme : couverture vaccinale contre le pneumocoque et respect du calendrier à l'âge de deux ans, et produit utilisé. Il faut aussi suivre les résultats sur la maladie, surtout l'IIP chez les enfants de moins de cinq ans par groupe d'âge et par sérotype, ainsi que la résistance aux antimicrobiens des isolats pédiatriques. Les mesures plus larges, comme les hospitalisations pédiatriques pour pneumonie et la prescription d'antibiotiques aux jeunes enfants, dépendent de nombreux facteurs autres qu'un changement de vaccin. Il vaut mieux les évaluer sur plusieurs années à partir de données atlantiques regroupées, puisque le nombre annuel de cas dans chaque province est faible.

Conclusion

Le Canada atlantique dispose de programmes de vaccination des nourrissons contre le pneumocoque bien établis; la question n'est plus de savoir s'il faut protéger les enfants, mais dans quelle mesure. Les cinq sérotypes supplémentaires du VPC20 représentaient environ un isolat d'IIP sur quatre chez les jeunes enfants canadiens en 2023, dont le sérotype le plus fréquent chez les nourrissons et plusieurs souches très invasives ou résistantes aux médicaments. Deux provinces ont déjà fait ce changement, et la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador peuvent leur emboîter le pas.

En agissant ensemble, les quatre provinces du Canada atlantique peuvent faire en sorte qu'un bébé né à Halifax, à Moncton, à Charlottetown ou à St. John's se voie offrir la même étendue de couverture des sérotypes vaccinaux qu'un bébé né à Vancouver ou à Montréal, tout en simplifiant leurs propres programmes. En cette Journée nationale de l'enfant, nous demandons aux gouvernements de l'Atlantique de prendre cet engagement.

Références

1. BC Centre for Disease Control. BC immunization program update. BC Medical Journal. 2025. https://bcmj.org/node/11022
2. Agence de la santé publique du Canada. Calendrier de vaccination systématique et de rattrapage des provinces et territoires pour les nourrissons et les enfants au Canada. Mis à jour en juillet 2026. https://www.canada.ca/en/public-health/services/immunization-vaccines/provincial-territorial-routine-vaccination-programs-infants-children.html
3. Ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse. Pneumococcal immunization information for health care professionals.

https://novascotia.ca/DHW/CDPC/documents/Pneumococcal_Immunization_Information_for_Health_Care_Professionals.pdf

4. Gouvernement du Nouveau-Brunswick. Vaccin conjugué 15-valent contre le pneumocoque (Pneu-C-15). https://www.gnb.ca/fr/sujet/sante-mieux-etre/immunisation-vaccination/vaccin-pneu-c-15.html
5. Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, ministère de la Santé et des Services communautaires. Provincial Immunization Manual: Pneumococcal conjugate vaccine. https://www.gov.nl.ca/hcs/files/Provincial-Immunization-Manual-Pneumococcal-Conjugate-Vaccine.pdf
6. Golden AR, Griffith A, Lefebvre B, et al. Surveillance des pneumococcies invasives au Canada, 2023. Relevé des maladies transmissibles au Canada. 2026;52(1/2):36–46. https://doi.org/10.14745/ccdr.v52i0102a05
7. Comité consultatif national de l'immunisation. Recommandations pour les programmes de santé publique sur l'utilisation des vaccins contre le pneumocoque chez les enfants, y compris l'utilisation des vaccins conjugués 15-valent et 20-valent. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; mars 2024.
8. Griffith A, Golden AR, Lefebvre B, et al. Surveillance des pneumococcies invasives au Canada, 2021–2022. Relevé des maladies transmissibles au Canada. 2024;50(5):121–34.
9. Versluys KA, Eurich DT, Marrie TJ, Forgie S, Tyrrell GJ. Invasive pneumococcal disease and long-term outcomes in children: a 20-year population cohort study. Lancet Reg Health Am. 2022;14:100341. (Financé par des subventions de Pfizer Canada et de Wyeth Canada.)
10. Murad Y, Hung TY, Sadarangani M, et al. Clinical presentations and outcomes of children in Canada with recurrent invasive pneumococcal disease from the IMPACT surveillance network. Pediatr Infect Dis J. 2022;41(4):e166–71.
11. De Wals P. A new approach to define the optimal immunization strategy against pneumococcal disease: the example of Canada. Epidemiol Infect. 2025;153:e55. (L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêts.)
12. Lytle D, Grajales Beltrán AG, Perdrizet J, et al. Cost-effectiveness analysis of PCV20 to prevent pneumococcal disease in the Canadian pediatric population. Hum Vaccin Immunother. 2023;19(2):2257426. (Commandité par Pfizer Canada.)
13. Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard. Childhood immunizations. https://www.princeedwardisland.ca/en/information/health-and-wellness/childhood-immunizations
14. Agence de la santé publique du Canada. Vaccins contre le pneumocoque : Guide canadien d'immunisation. https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/canadian-immunization-guide-part-4-active-vaccines/page-16-pneumococcal-vaccine
15. Organisation mondiale de la Santé / Organisation panaméricaine de la santé. Better use of vaccines could reduce antibiotic use by 2.5 billion doses annually, says WHO [communiqué]. 10 octobre 2024. https://www.paho.org/en/news/10-10-2024-better-use-vaccines-could-reduce-antibiotic-use-25-billion-doses-annually-says-who
16. Agence de la santé publique du Canada. Plan d'action pancanadien sur la résistance aux antimicrobiens. Juin 2023. https://www.canada.ca/en/public-

health/services/publications/drugs-health-products/pan-canadian-action-plan-antimicrobial-resistance.html