Vaccin contre le virus respiratoire syncytial pour les personnes âgées

Qu'est-ce que le VRS?

Le virus respiratoire syncytial (VRS) est un virus respiratoire qui infecte le nez, la gorge et les poumons, et qui provoque des symptômes semblables à ceux du rhume. Il commence généralement à se répandre à l'automne et atteint son apogée au cours des mois d'hiver. On peut contracter le VRS à tout âge, mais cette infection est particulièrement sévère chez les nourrissons et les adultes plus âgés, entraînant souvent des infections pulmonaires graves nécessitant une hospitalisation, en particulier chez les personnes souffrant de problèmes de santé sous-jacents tels que l'asthme et les maladies cardiaques ou pulmonaires chroniques, et les personnes dont le système immunitaire est affaibli.

Pourquoi se faire vacciner?

Des données probantes soutiennent l'administration d'une dose de vaccin contre le VRS (Arexvy^{MD} ou Abrysvo^{MD}) chez les adultes âgés de 60 ans et plus afin d'aider de prévenir la maladie causée par le VRS.
Les études indiquent une protection pluriannuelle. Si une personne a reçu une dose de vaccin contre le VRS au cours de la saison 2023-2024, 2024-2025 ou 2025-2026, elle n'a pas besoin de recevoir une autre dose, cette saison. Des études sont en cours pour déterminer la durée de la protection offerte par les vaccins.

Ces deux vaccins sont autorisés par Santé Canada et recommandés par le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI). Arexvy^{MD} et Abrysvo^{MD} se sont révélés sécuritaires et très efficaces dans la prévention des formes graves de la maladie causée par le VRS.

Qui peut se faire vacciner?

Le ministère de la Santé de l'Ontario finance actuellement le Programme de vaccination contre le VRS chez les personnes âgées pour les résidents de l'Ontario qui n'ont pas reçu de dose lors des saisons précédentes et qui :

- Personnes âgées de 75 ans ou plus;
- Personnes âgées de 60 à 74 ans qui:
    a. sont résidentes d'un foyer de soins de longue durée, d'un pavillon de soins pour aînés ou d'une maison de retraite, y compris les environnements comparables (comme les établissements partagés);
    b. ont reçu une greffe de cellules souches hématopoïétiques au cours des deux dernières années ou sous traitement immunosuppresseur en cours;
    c. reçoivent de l'oxygène à domicile ou ont besoin d'une oxygénothérapie chronique, quel que soit leur lieu de résidence;
    d. sont des patients hospitalisés qui se situent à un autre niveau de soins (ANS), notamment les environnements comparables (par exemple les établissements de soins continus complexes et les programmes de transition en milieu hospitalier);
    e. sont des patients atteints de glomérulonéphrite (GN) qui sont modérément ou gravement immunodéprimés;
    f. sont des patients sous hémodialyse ou sous dialyse péritonéale;
    g. ont reçu une greffe d'organes solides;
    h. sont sans abri;
    i. s'identifient comme membres des Premières Nations, Inuits ou Métis.

Si vous avez déjà eu une infection par le VRS : Aucun intervalle précis n'est recommandé entre l'infection par le VRS et l'administration du vaccin contre le VRS. Cependant, tous les symptômes doivent avoir disparu avant de recevoir le vaccin.

Si vous avez reçu une greffe d'organes solides ou de cellules souches : Il est recommandé d'attendre trois à six mois après la greffe pour recevoir un vaccin contre le VRS. Toutefois, après consultation avec votre fournisseur habituel de soins de santé, un intervalle minimum d'un mois après la greffe peut être envisagé.

Avant votre vaccination, parlez à un membre du personnel infirmier de notre clinique si l'une des situations suivantes s'applique à vous :

- Vous avez eu une réaction allergique grave à l'un des composants du vaccin ou à son contenant, ou une réaction allergique immédiate (par exemple, anaphylaxie) à une dose précédente du vaccin.
- Vous avez reçu une greffe d'organes solides ou de cellules souches il y a moins de trois mois.

Il se peut que vous ne puissiez pas recevoir le vaccin dans notre clinique ou que vous deviez d'abord consulter un médecin ou un membre du personnel infirmier praticien avant d'être vacciné dans une clinique de vaccination de Santé publique Ottawa.

Remarque : Si vous avez de la fièvre ou souffrez d'une infection plus grave qu'un rhume, attendez d'être sans fièvre et que vos symptômes s'améliorent depuis au moins 24 heures avant de vous faire vacciner.

Ces vaccins sont-ils sécuritaires?

Oui. De nombreuses personnes qui reçoivent le vaccin contre le VRS ne subissent aucun effet secondaire ni effet in désirable. Chez celles qui en présentent, les effets sont généralement légers et ne durent que quelques jours. Les effets secondaires les plus courants du vaccin contre le VRS: une rougeur, une enflure et une douleur à l'endroit de l'injection, de la fatigue, de la fièvre, des maux de tête, des nausées, de la diarrhée et des douleurs musculaires et articulaires**.** Les réactions allergiques graves (comme l'anaphylaxie), bien que rares, sont un risque à l'administration de tout vaccin. Il est recommandé de rester à la a clinique pendant 15 minutes après l'administration du vaccin, car l'anaphylaxie survient le plus souvent dans cet intervalle.

Contenu adapté du ministère de Santé de l'Ontario programmes de prévention du VRS pour les adultes plus âgés – récipients du vaccin

Dernière révision : 2026-09-23

Questions de dépistage du vaccin contre le VRS et
Formulaire de consentement

Vous devez rester dans les alentours de la clinique pendant 15 minutes après la vaccination.

Nom de famille : _____ Prénom :_____

Date de naissance : _____aaaa / mm / jj_____ Âge : _____

Adresse complète : numéro_____rue_____ville_____province_____code postal

Numéro de téléphone : (____)_____

Veuillez répondre aux questions en lien avec vos antécédents médicaux. Si vous répondez « oui », svp décrire.

1.	Vous sentez-vous malade aujourd'hui? Avez-vous de la fièvre?	☐ Non ☐ Oui: _____
2.	Avez-vous déjà reçu le vaccin contre le VRS ?	☐ Non ☐ Oui[1] Date: _____
3.	Avez-vous déjà eu une réaction à un vaccin ?	☐ Non ☐ Oui: _____
4.	Avez-vous reçu une greffe de cellules souches ou d'organe au cours des trois derniers mois?	☐ Non ☐ Oui[2]: _____
5.	Avez-vous des allergies aux médicaments ou aux aliments?	☐ Non ☐ Oui: _____
6.	Avez-vous des allergies aux ingrédients contenue dans le vaccin contre le VRS (par exemple: polysorbate 80 ou polyéthylène glycol (PEG), etc.) ?	☐ Non ☐ Oui: _____
7.	Avez-vous un trouble hémorragique, ou recevez-vous une anticoagulation à long terme?	☐ Non ☐ Oui: _____
8.	Si oui à la question 7, est-il bien contrôlé?	☐ Non ☐ Oui ☐ NA
9.	Avez-vous déjà eu des étourdissements ou perdu connaissance après un vaccin ou un autre acte médical, ou avez-vous peur des injections ou des aiguilles?	☐ Non ☐ Oui: _____
10.	Souffrez-vous d'une maladie chronique affectant votre système immunitaire?	☐ Non ☐ Oui: _____
11.	Si applicable, êtes-vous entre 28 et 36 semaines de gestation?	☐ Non ☐ Oui ☐ NA
12.	Si oui à la question 11, avez-vous discuté avec votre fournisseur de soins de santé concernant ce vaccin?	☐ Non ☐ Oui ☐ NA

[1] Les personnes ayant déjà reçu une dose d'un vaccin contre le VRS ne devraient pas recevoir une autre dose cette saison, puisque les doses de rappel ne sont actuellement pas recommandées.

[2] Le vaccin contre le VRS devrait être administré au moins 3 à 6 mois suivant la greffe.

J'ai lu les renseignements se rapportant au vaccin contre le VRS qui m'ont été fournis dans la fiche d'information sur le vaccin contre le VRS de Santé publique Ottawa. J'ai eu la possibilité de poser des questions, et on y a répondu de façon satisfaisante. Je connais les avantages et les risques liés à ce vaccin. J'autorise le personnel de Santé publique Ottawa à m'administrer le vaccin contre le VRS.

Signature : _____ Date : _____

Signez-vous au nom de quelqu'un d'autre? ☐ Non ☐ Oui

Si oui, nom complet du tuteur légal : _____

Relation : _____

Numéro de téléphone du tuteur légal : (____)_____

À l'usage exclusif de la clinique

J'ai utilisé deux pièces d'identification et, en examinant les questions d'évaluation, j'ai conclu que le client ne présente aucune contre-indication et qu'il peut recevoir le vaccin contre le VRS. J'ai également vérifié que ce client est admissible au vaccin qu'il reçoit.

Initiale & Désignation _____

Vaccin	**Emplacement**	**Numéro de lot et date d'expiration**
☐ AREXVY^{MD} (0.5mL/IM) ☐ ABRYSVO^{MD} (0.5mL/IM)	☐ Deltoïde gauche ☐ Deltoïde droit ☐ Autre :_____	Numéro de lot : _____ Date d'expiration :_____
Date & Heure d'administration AAAA/MM/JJ HH:MM		
Signature & Désignation		

Notes cliniques (date et heure)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Signature & Désignation : _____

Réservé à l'usage des administrateurs

☐ Données transcrites dans Panorama Signature : _____ Date : _____