



COVID-19
IMMUNITY
TASK FORCE

GROUPE DE TRAVAIL
SUR L'IMMUNITÉ
FACE À LA COVID-19



CanCOVID

.....

Série de séminaires |
Résultats de la recherche et implications

L'importance de la vaccination pédiatrique

.....



23 mars 2022 | 11 h à 12 h 30 (HAE)

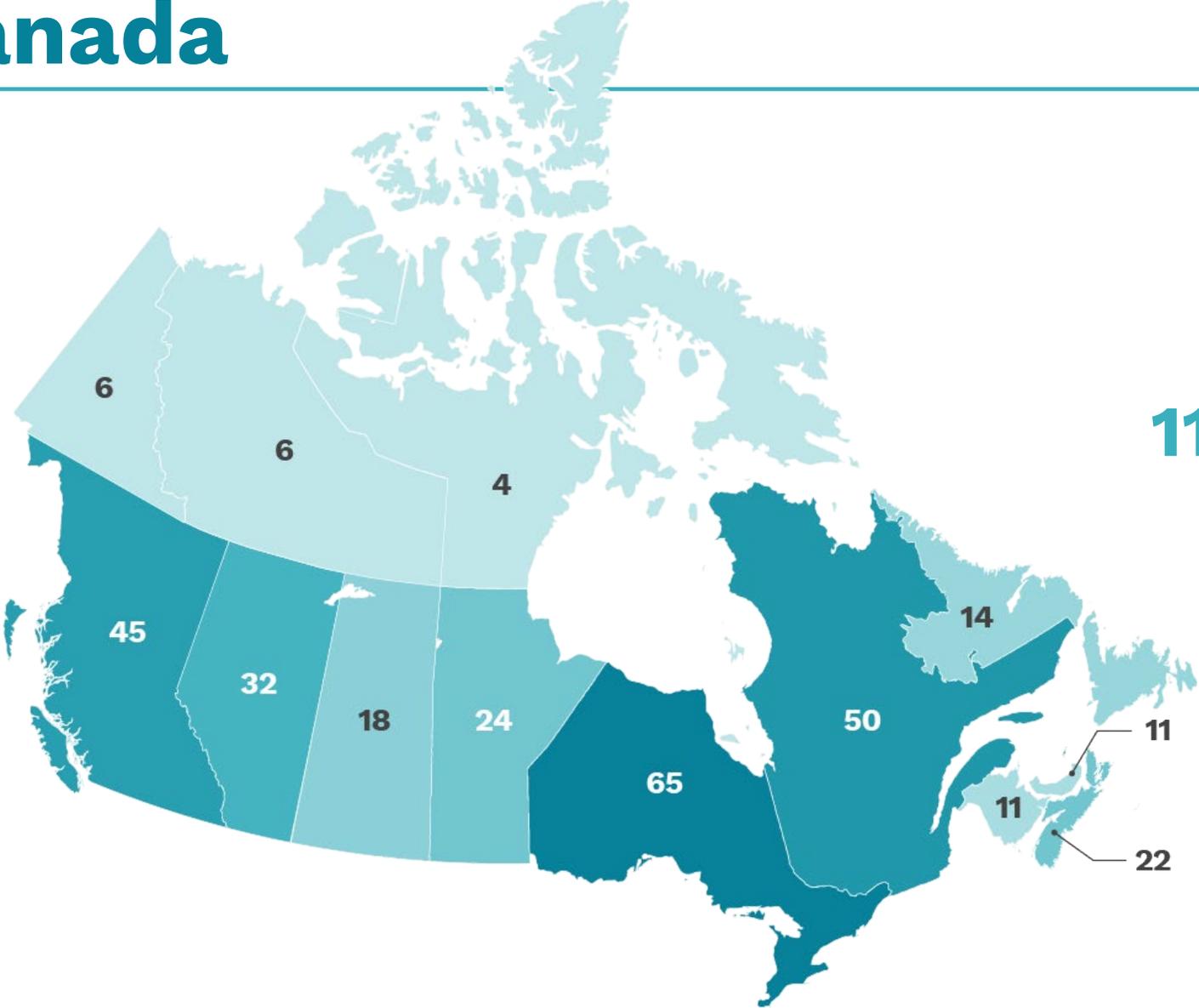
Modérateur :

Tim Evans, M.D., Ph. D

Directeur administratif, Groupe de travail sur l'immunité de COVID-19



Le GITF finance des études en cours partout au Canada



112 études

GTIC – Domaines de recherche prioritaires



ÉTUDES DE SÉROPRÉVALENCE

Déterminer l'étendue de l'infection au SRAS-CoV-2 au Canada



IMMUNOLOGIE

Comprendre la nature de l'immunité découlant de l'infection



DÉPISTAGE DE L'IMMUNITÉ

Mettre au point des méthodes améliorées de détection des anticorps



SURVEILLANCE DES VACCINS

Contribuer à surveiller l'efficacité et l'innocuité des vaccins



DOSES DE RAPPEL

Déterminer si certaines populations ont besoin de doses de rappel et à quel moment



VACCINATION PÉDIATRIQUE

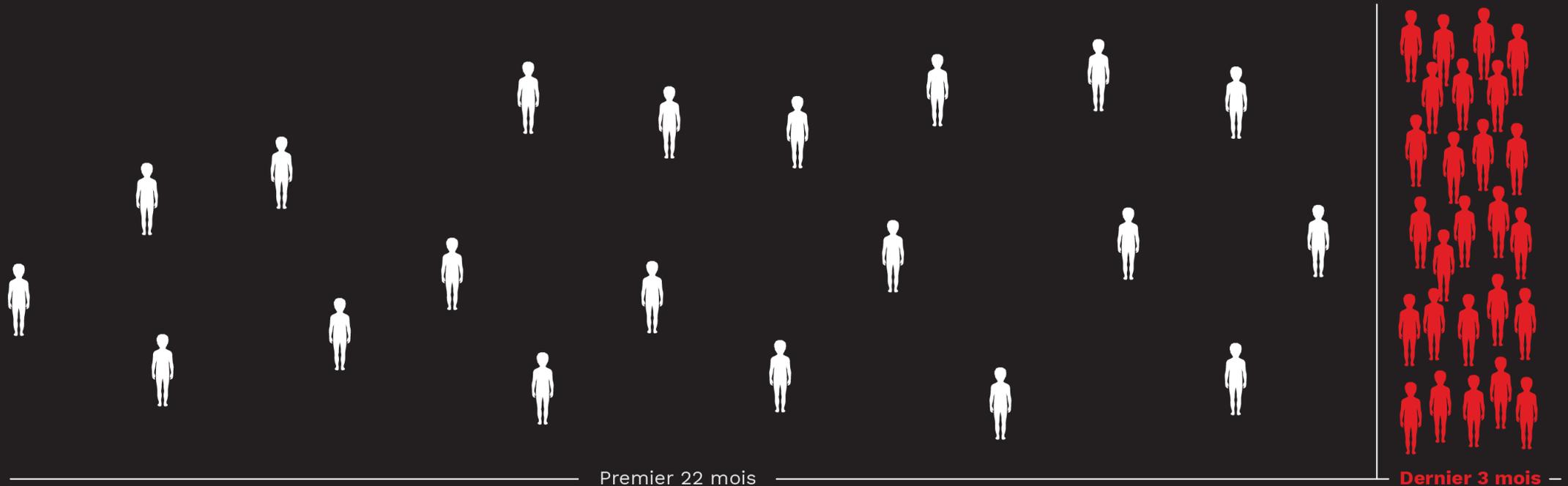
Faire des recherches sur l'innocuité, l'efficacité et l'immunogénicité des vaccins chez les enfants de moins de 12 ans



MODÉLISATION DE L'IMMUNITÉ

Modéliser les tendances de l'immunité globale au Canada

La vague Omicron a entraîné une hausse des hospitalisations pédiatriques



56 %

des **hospitalisations pédiatriques** liées à la COVID ont eu lieu au cours des **trois derniers mois**, pendant le pic de la vague Omicron.

Malgré les risques, la vaccination chez les enfants, qui demeure le meilleur moyen de les protéger contre la COVID-19, reste faible au Canada.

Seulement 57 %

des enfants âgés de 5 à 11 ans ont reçu au moins une dose du vaccin à ce jour. En revanche, 88 % des jeunes de 12 à 17 ans ont reçu au moins une dose.



Présentateurs

Manish Sadarangani, M. B., B. Ch., Ph. D., Directeur, *Vaccine Evaluation Center, BC Children's Hospital Research Institute*; Professeur agrégé, division des maladies infectieuses, Département de pédiatrie, UBC; médecin responsable, clinique d'immunisation familiale, *BC Children's Hospital*; Chercheur principal de l'Étude SPRING financée par le GTIC

Jonathon Maguire, M.D., Professeur, Département de pédiatrie de l'Université de Toronto, scientifique au MAP *Centre for Urban Health Solutions* du *Li Ka Shing Knowledge Institute* de l'Hôpital St. Michael's; Pédiatre, Département de pédiatrie de l'Hôpital St. Michael, *Unity Health Toronto*; Chercheur principal de l'Étude TARGetKids! financée par le GTIC

Kate Zinszer, Ph. D., Professeure adjointe à l'École de santé publique de l'Université de Montréal, chercheuse au Centre de recherche en santé publique (CReSP); Chercheuse principale, Étude EnCORE financée par le GTIC

Jim Kellner, M.D., Spécialiste des maladies infectieuses pédiatriques, Professeur de pédiatrie à l'Université de Calgary, Membre du groupe de direction du GTIC, Directeur du réseau pédiatrique du GTIC

MANISH SADARANGANI

Divulgations

Bourses salariales

Fondation du BC Children's Hospital

Fondation Michael Smith pour la recherche en santé

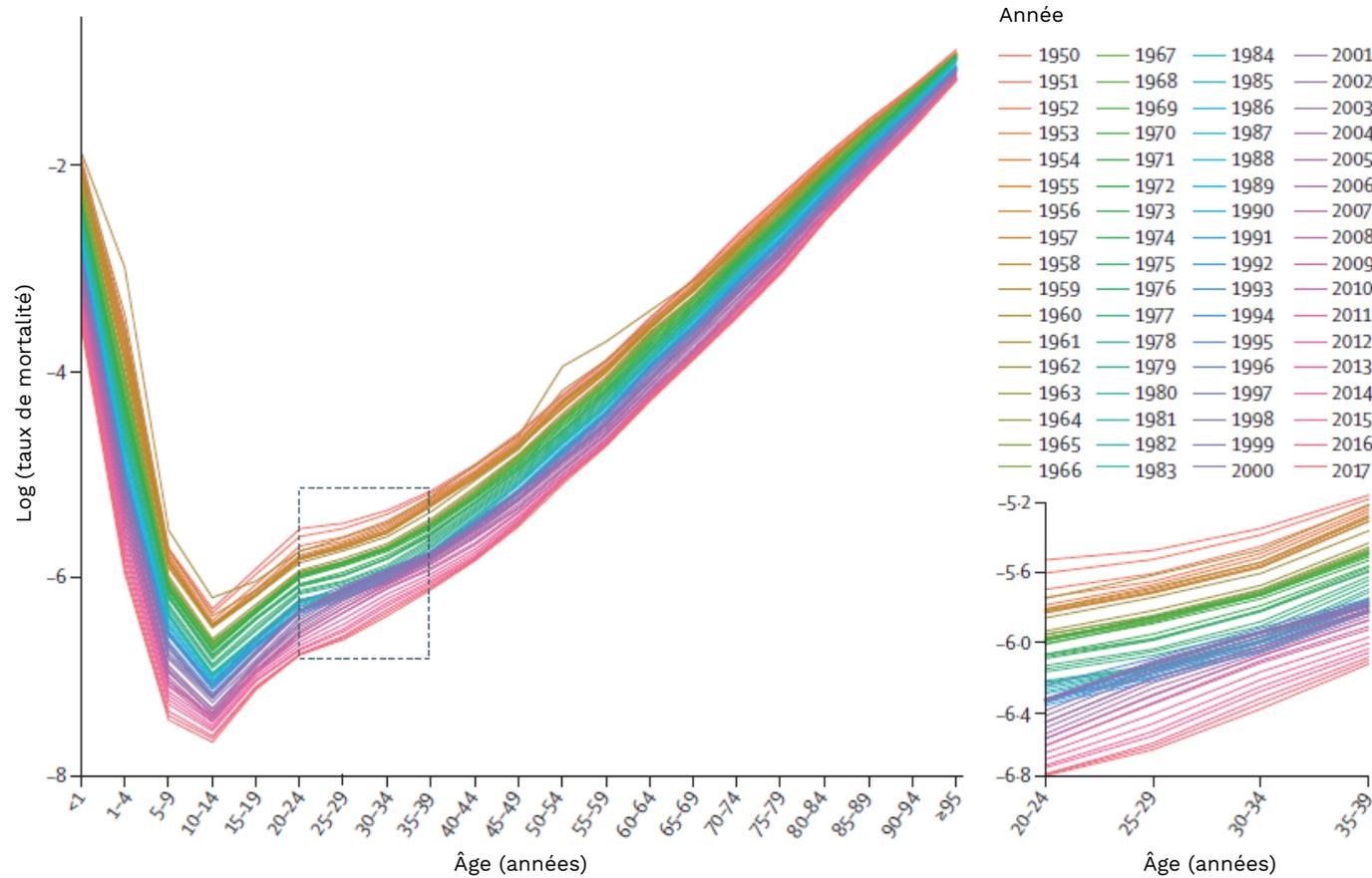
Programme canadien de cliniciens-chercheurs et santé de l'enfant

Financement de recherche/projet

Merck, Moderna, VBI Vaccines, GlaxoSmithKline, Pfizer, Sanofi-Pasteur, Seqirus, Symvivo

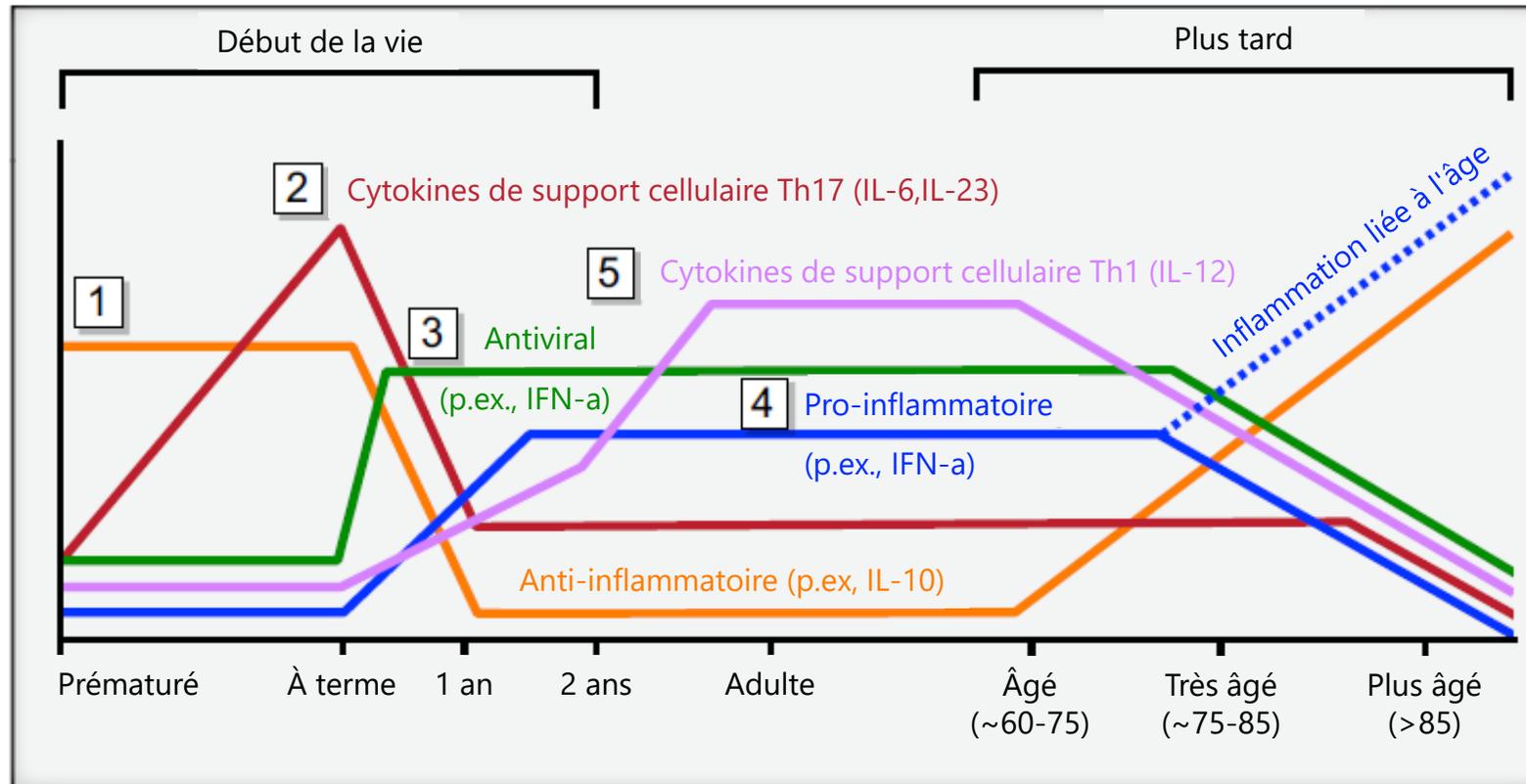
Tous les fonds ont été versés à mon institut; **aucun paiement personnel** n'a été reçu.

Pourquoi les enfants sont-ils importants?



GBD Collaborators.
Lancet 2018

Immunité différente → interventions différentes



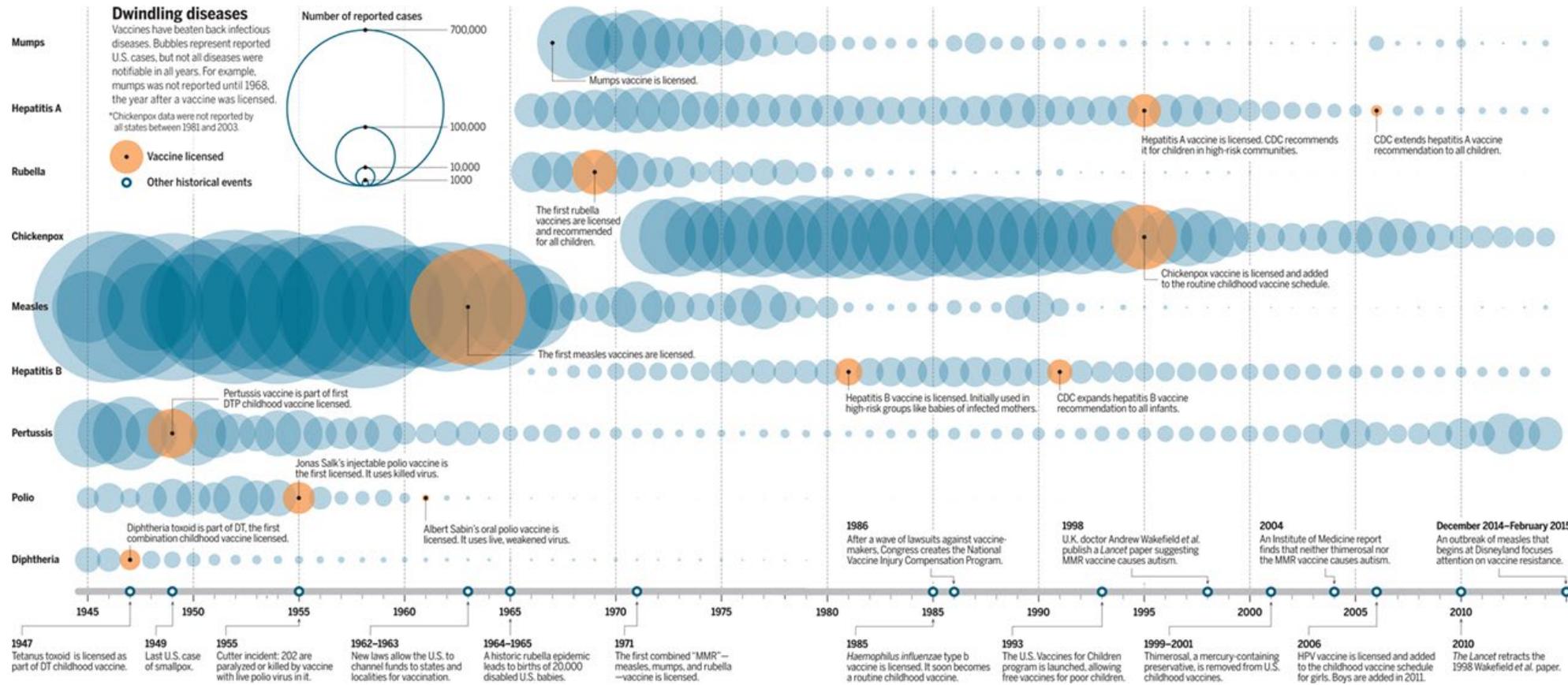
Kollmann et al.
Immunity 2012

Immunité différente → Vaccins différents

Mais c'est compliqué... des doses identiques ou **plus faibles** ou **plus fortes** peuvent être nécessaires

Vaccin	<12 mois	Entre 1 et 11 ans	Entre 12 et 17 ans	≥18 ans
COVID-19	Pas disponible	2 doses plus faibles (entre 5 et 11 ans)	2 doses	3 doses
Varicelle	Pas utilisé	2 doses	2 doses	2 doses
Hépatite B	3 doses	3 doses (2 doses fortes pour les 11 à 15 ans)		3 doses fortes (≥20 ans)
Virus du papillome humain	Pas utilisé	2 doses (entre 9 à 14 ans)		3 doses fortes (≥15 ans)
Vaccin inactivé contre l'influenza	2 doses (≥6 mois)	2 doses (entre 1 à 8 ans)	1 dose (≥9 ans)	1 dose
Diphtérie/tétanos/coqueluche	DCaT	DCaT (entre 1 et 6 ans)	dcaT (entre 7 et 17 ans)	dcaT

L'intervention sanitaire la plus efficace?

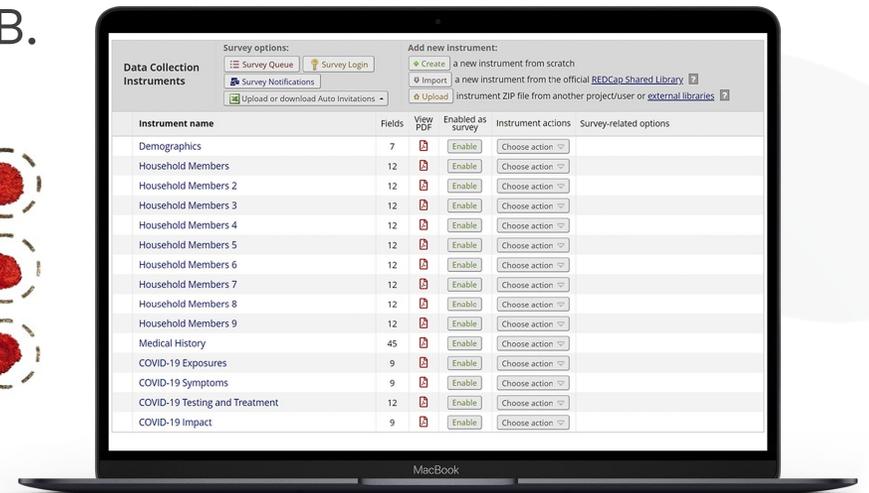


Wadman.
Science 2017

La COVID-19 chez les enfants : L'étude SPRING

Severe acute resPiratory syndrome-Related coronavirus 2 prevalence In children and youNG adults in British Columbia: an observational study

- ▶ Instantanés transversaux d'enfants/jeunes adultes en C.-B.
- ▶ Suivi longitudinal des cas positifs à la COVID-19
- ▶ Enfants majoritairement en bonne santé
- ▶ Vise à être représentatif de la C.-B. en termes de répartition géographique, sexe et ethnicité
- ▶ Inclusion : Âge <25 ans, résident de la C.-B.
- ▶ Sondage électronique sur la COVID-19
- ▶ Échantillons : goutte de sang séché, panel MSD V-Plex pan-CoV



Infection à la COVID-19 chez les enfants

Nov. 2020 – Mai 2021

Groupe d'âge	Échantillon total	% séropositif (IC de 95 %)
0-4	347	3,17 (1,78, 5,59)
5-9	416	4,09 (2,57, 6,45)
10-14	463	3,24 (1,97, 5,28)
15-19	469	3,84 (2,44, 5,98)
20-24	471	7,22 (5,21, 9,92)

Juin 2021 – Mars 2022

Groupe d'âge	Échantillon total	% séropositif (IC de 95 %)
0-4	399	7,65 (4,52, 12,64)
5-9	537	5,72 (3,84, 8,44)
10-14	416	Vacciné
15-19	308	
20-24	380	

JONATHON MACGUIRE

Déclaration

Je n'ai pas de conflits d'intérêts à déclarer
en rapport avec cette étude.





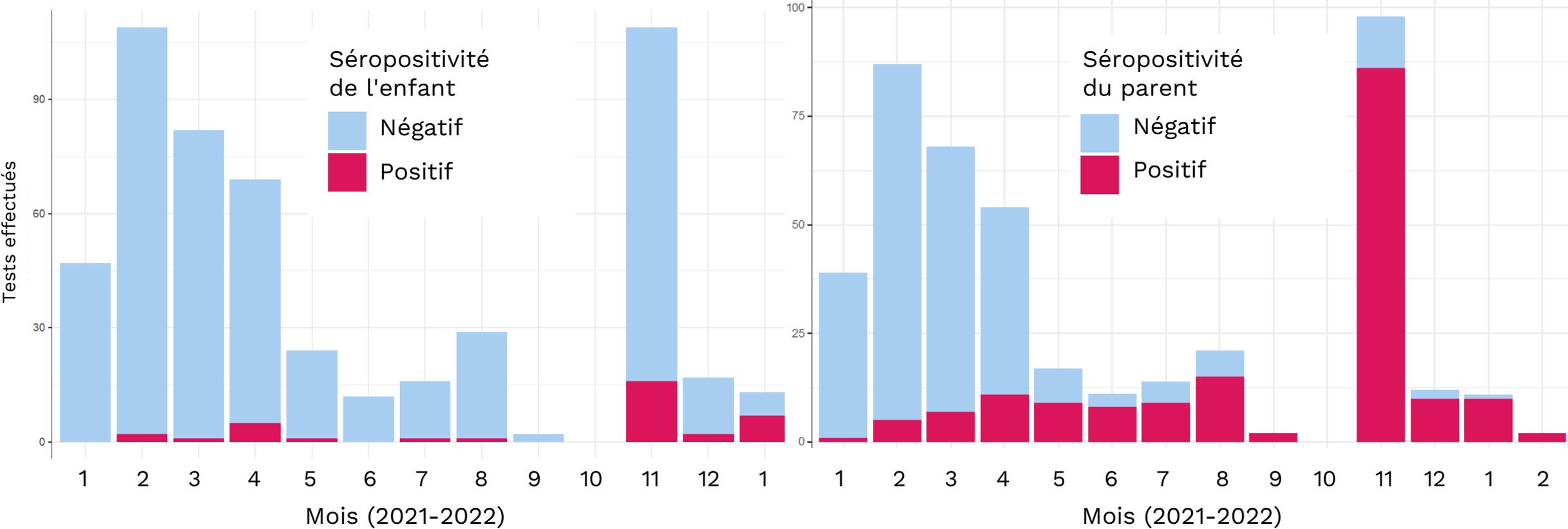
TARGetKids!

The Applied Research Group

- ▶ Le plus grand réseau de recherche en soins de première ligne au Canada
- ▶ Collecte continue de données longitudinales lors de visites d'enfants en santé
- ▶ Plus de 11 500 enfants et leurs parents inscrits depuis 2008
- ▶ 14 grands cabinets dans la région du Grand Toronto, à Montréal et à Kingston

Visitez-nous sur www.targetkids.ca

Séropositivité (due à l'infection ou à la vaccination)



KATE ZINSZER

Déclaration

Je n'ai pas de conflits d'intérêts à déclarer
en rapport avec cette étude.



Séroprévalence due à l'infection, par caractéristiques de la population étudiée

		Départ (n=1 632) % (IC de 95 %)	Suivi 1 (n=933) % (CI de 95%)	Suivi 2 (n=716) % (CI de 95 %)
Séropositif		5,8 (4,8 - 7,1)	10,1 (8,3 - 12,2)	10,8 (8,7 - 13,3)
Sexe	Femme	6,9 (5,3 - 8,8)	11,7 (9,0 - 15,0)	12,7 (9,6 - 16,7)
	Homme	4,8 (3,5 - 6,5)	8,6 (6,4 - 11,5)	9,1 (6,5 - 12,5)
Maladie chronique	Présente	4,9 (1,8 - 11,1)	2,0 (7,1 - 19,2)	11,0 (5,7 - 19,8)
	Absente	5,9 (4,8 - 7,2)	9,8 (7,9 - 12,0)	10,9 (8,6 - 13,6)
Minorité ethnique	Oui	10,9 (7,3 - 16,1)	17,7 (11,7 - 25,8)	11,7 (6,1 - 21,0)
	Non	5,2 (4,1 - 6,5)	9,2 (7,3 - 11,4)	10,7 (8,5 - 13,3)
Quartier	Ouest-de-l'Île	3,4 (2,1 - 5,4)	6,5 (4,1 - 10,1)	3,2 (1,3 - 7,1)
	HOMA	7,8 (5,4 - 11,1)	11,5 (7,9 - 16,5)	11,7 (7,6 - 17,4)
	Montréal-Nord	9,3 (6,2 - 13,7)	16,2 (10,9 - 23,3)	16,9 (11,2 - 24,8)
	Plateau	5,2 (3,6 - 7,5)	9,6 (6,8 - 13,5)	13,0 (9,3 - 17,9)

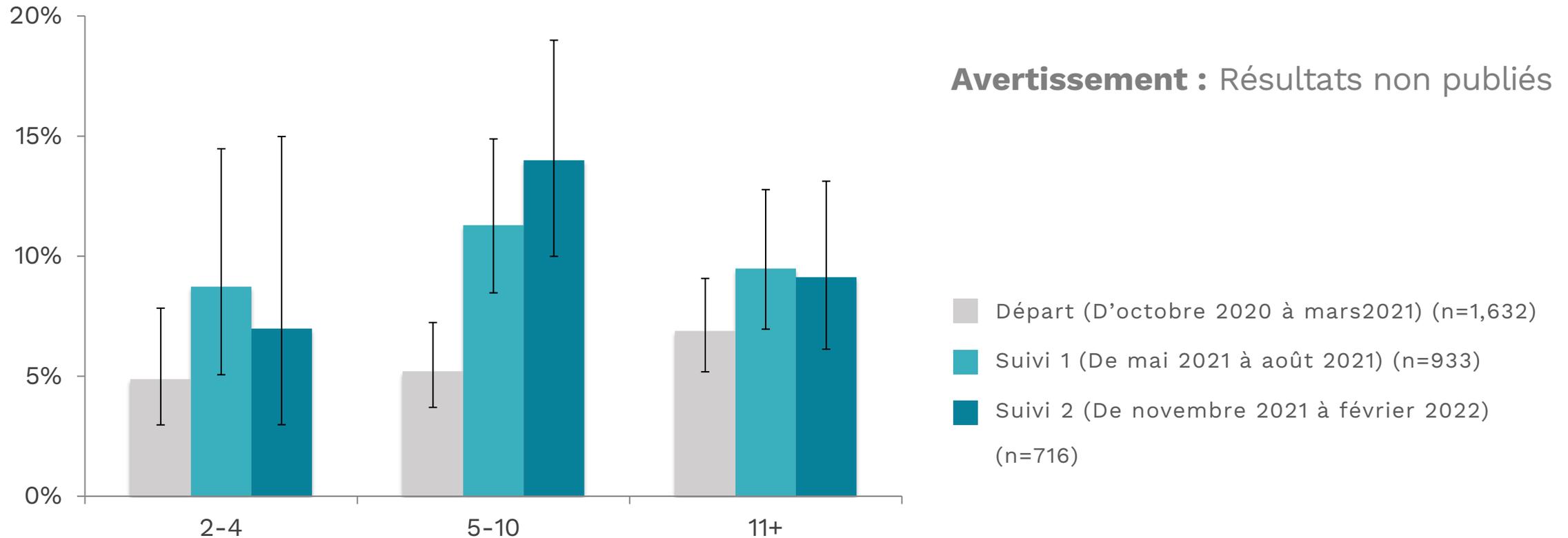
Mise en garde :
Résultats non publiés

Départ (D'octobre 2020 à mars 2021)
(n=1,632)

Suivi 1 (De mai 2021 à août 2021)
(n=933)

Suivi 2 (De novembre 2021 à février 2022)
(n=716)

Séroprévalence due à l'infection, par groupe d'âge et par cycle de collecte des données



Séropositivité due à une infection

		Prévalence ajustée	Ratio de prevalence ajustée	IC de 95 %
Groupe d'âge	2 à 4 ans	5,89	0,70	0,47-1,03
	5 à 10 ans	9,30	1,10	0,86-1,42
	11 à 17 ans	8,43	REF	
Sexe	Femme	9,70	1,42	1,12-1,80
	Homme	6,84	REF	
Groupe ethnique minoritaire	Oui	11,03	1,43	1,05-1,96
	Non	7,70	REF	
Niveau d'éducation des parents	Moins qu'un baccalauréat	6,71	REF	
	Baccalauréat	8,23	1,23	0,88-1,71
	Maîtrise ou plus	9,44	1,41	1,00-1,97
Densité des ménages (membres du ménage par chambre)	moins de 1 personne par chambre	7,08	REF	
	1 à moins de 2 personnes par chambre	8,39	1,19	0,90-1,57
	2 personnes et + par chambre	11,43	1,61	1,05-2,49

Avertissement :
Résultats non publiés

Séroconversion



En moyenne, si l'on suit 100 enfants pendant un an, **plus de 12** d'entre eux passeront d'un test négatif pour l'infection par le SRAS-CoV-2 à un test positif.

Taux global de séroconversion pour l'infection par le SRAS-CoV-2

Durée totale du suivi (années)	nombre d'enfants séroconvertis	Taux par 100 enfants par année (IC de 95 %)
1 562	194	12,42 (10,73 – 14,30)

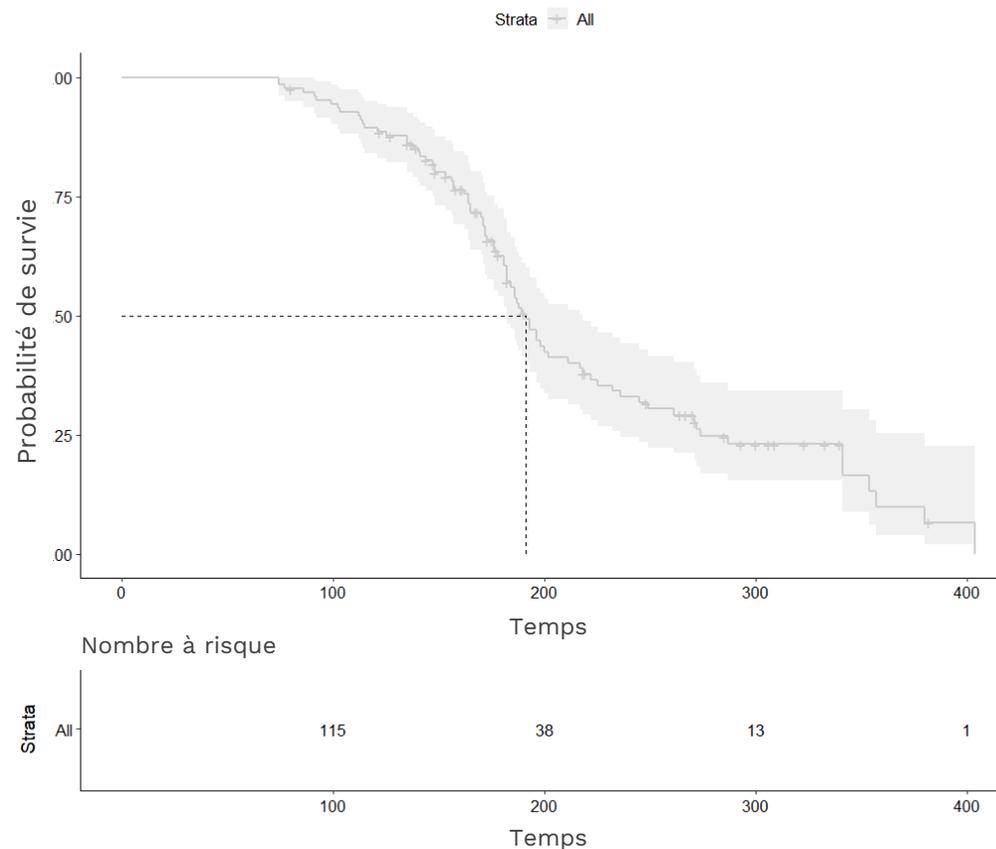
Avertissement : Résultats non publiés

Séroréversion et délai de séroversion chez les enfants ayant déjà été séropositifs pour une infection par le SRAS-CoV-2

		Nbre déjà positif	Nbre ayant fait sérorévesion	Délai médian de séroréversion (jours)
Séropositif		123	81	191 (182 - 218)
Âge	2 - 4	17	12	196 (164 - inconnu*)
	5 - 10	53	28	191 (173 - 261)
	11+	53	41	193 (182 - 222)

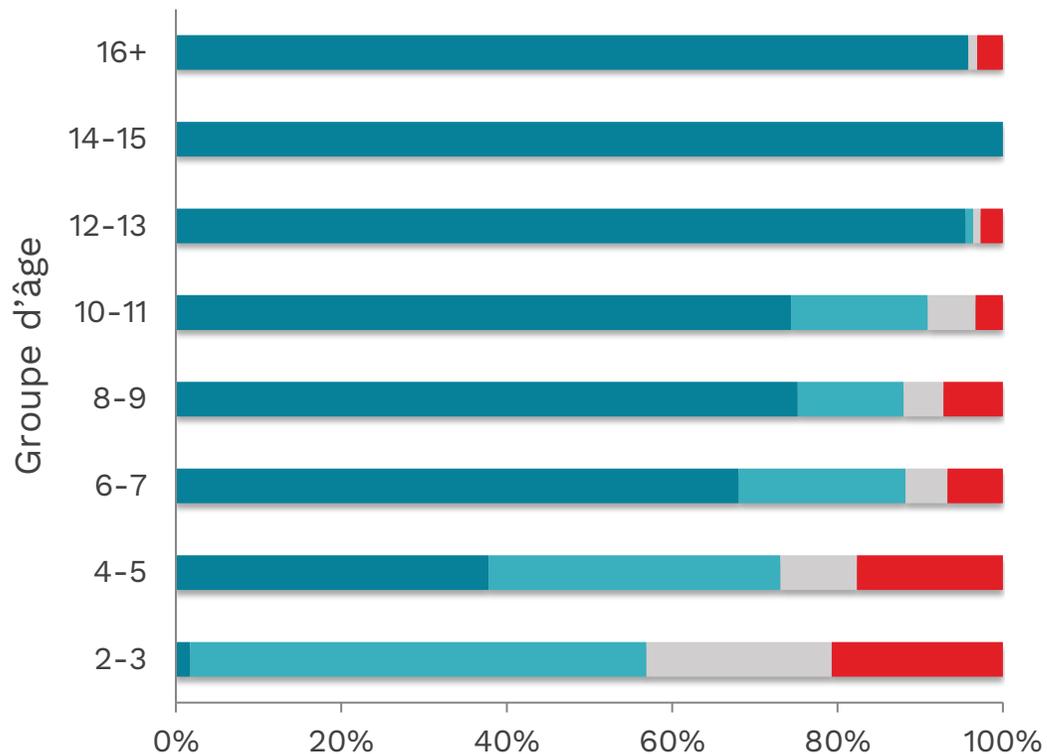
* Impossible à estimer en raison de l'échantillon limité

Séroréversion de l'infection par le SRAS-CoV-2 au fil du temps (jours)



Avertissement: Résultats non publiés

Hésitation à se faire vacciner



Statut vaccinal déclaré par les parents et intention de vacciner en fonction de l'âge de l'enfant
Nov. 2021 – Janv. 2022 (n=864)

Avertissement : Résultats non publiés

- Vacciné
- Très susceptible de vacciner
- Plutôt enclin à vacciner
- Peu enclin à vacciner

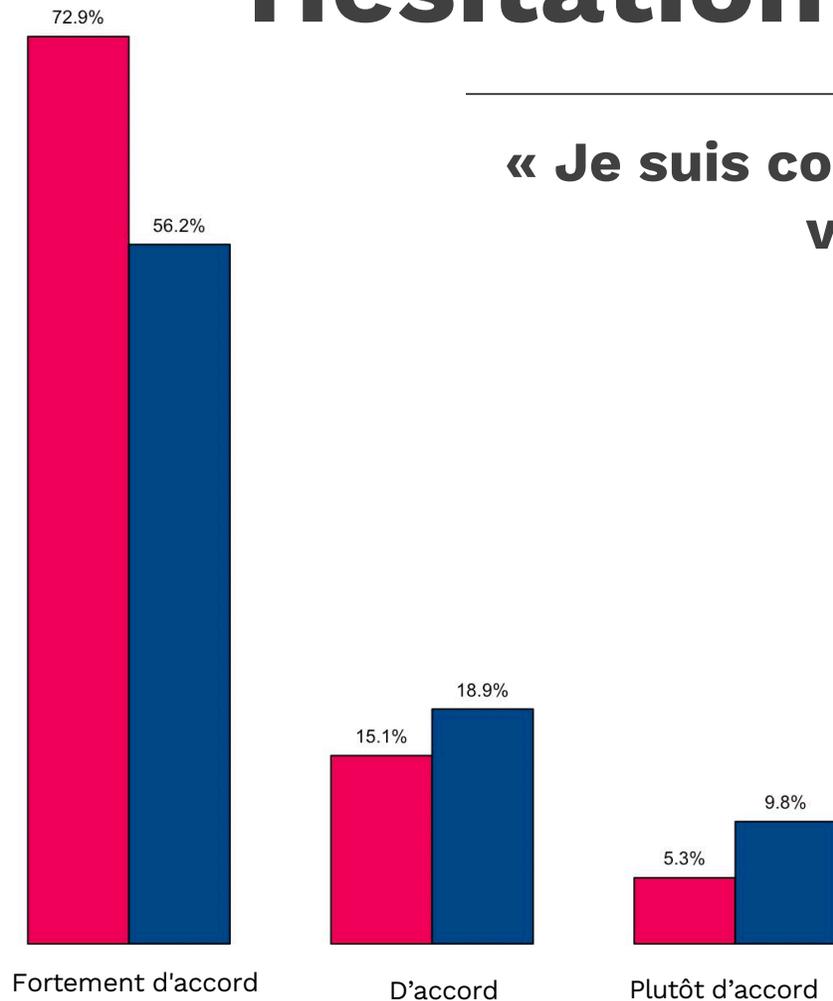
Hésitation à se faire vacciner

Prévalence de l'hésitation vaccinale (réticence à la vaccination)		Suivi 1 (Mai à août 2021)		Suivi 2 (Nov. 2021 à fév.2022)	
		Prévalence ajustée	Ratio ajusté (IC de 95%)	Prévalence ajustée	Ratio ajusté (IC de 95 %)
Niveau d'éducation parentale	Maîtrise ou plus	6,8	1 (réf.)	5,4	1 (réf.)
	Baccalauréat	10,4	1,5 (0,7 - 2,3)	8,1	1,5 (0,7 - 2,3)
	Moins d'un baccalauréat	18,5	2,7 (1,7 - 4,3)	10,8	2,0 (0,7 - 3,3)
Quartier	Ouest-de-l'Île	7,0	1 (réf.)	6,4	1 (réf.)
	HOMA	8,9	1,3 (0,4 - 2,1)	5,6	0,9 (0,3 - 1,6)
	Montréal-Nord	13,4	1,9 (0,6 - 3,2)	7,5	1,2 (0,2 - 2,1)
	Plateau Mont-Royal	12,9	1,8 (0,7 - 3,0)	9,5	1,5 (0,5 - 2,5)
Groupe ethnique minoritaire	Blanc	8,4	1 (réf.)	5,9	1 (réf.)
	Groupe ethnique minoritaire	27,4	3,3 (1,8 - 4,7)	20,7	3,5 (1,7 - 5,3)

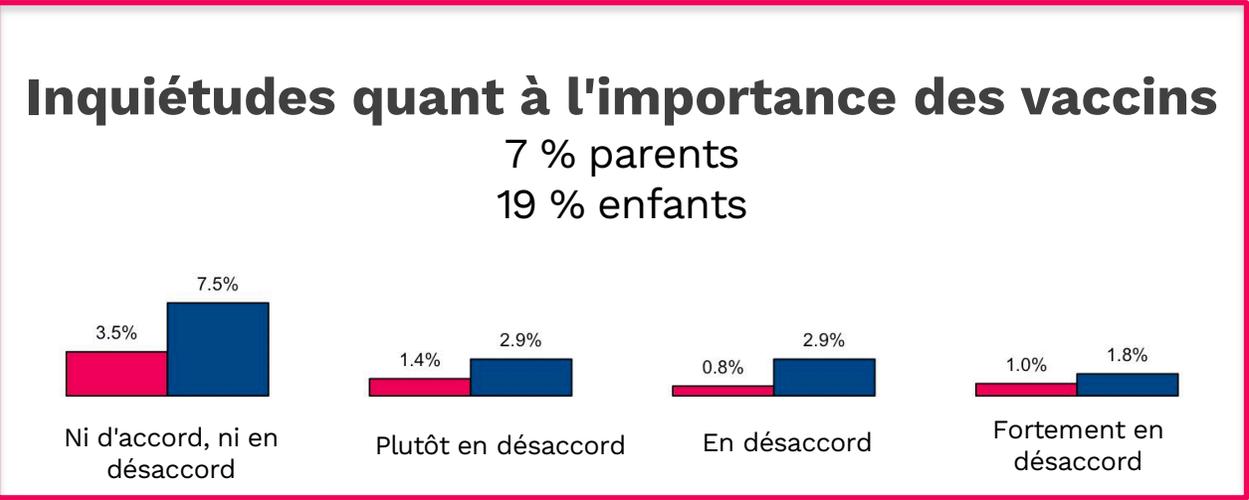
Avertissement : Résultats non publiés

Hésitation à se faire vacciner

« Je suis convaincu de l'importance des vaccins COVID-19. »



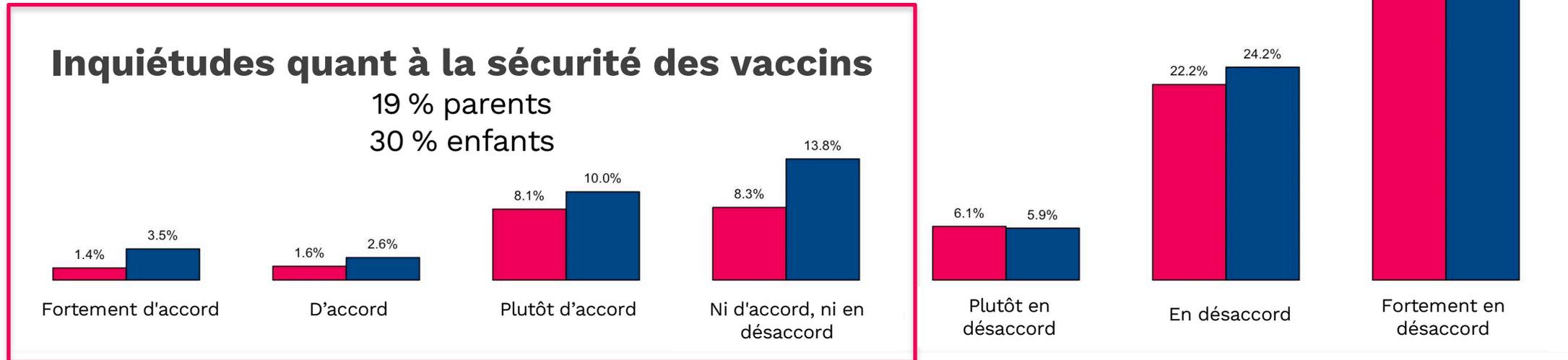
■ Réponses des parents pour eux-mêmes
■ Réponses des parents pour leur(s) enfant(s)



Hésitation à se faire vacciner

« Je crains que les vaccins contre la COVID-19 fassent plus de mal que de bien. »

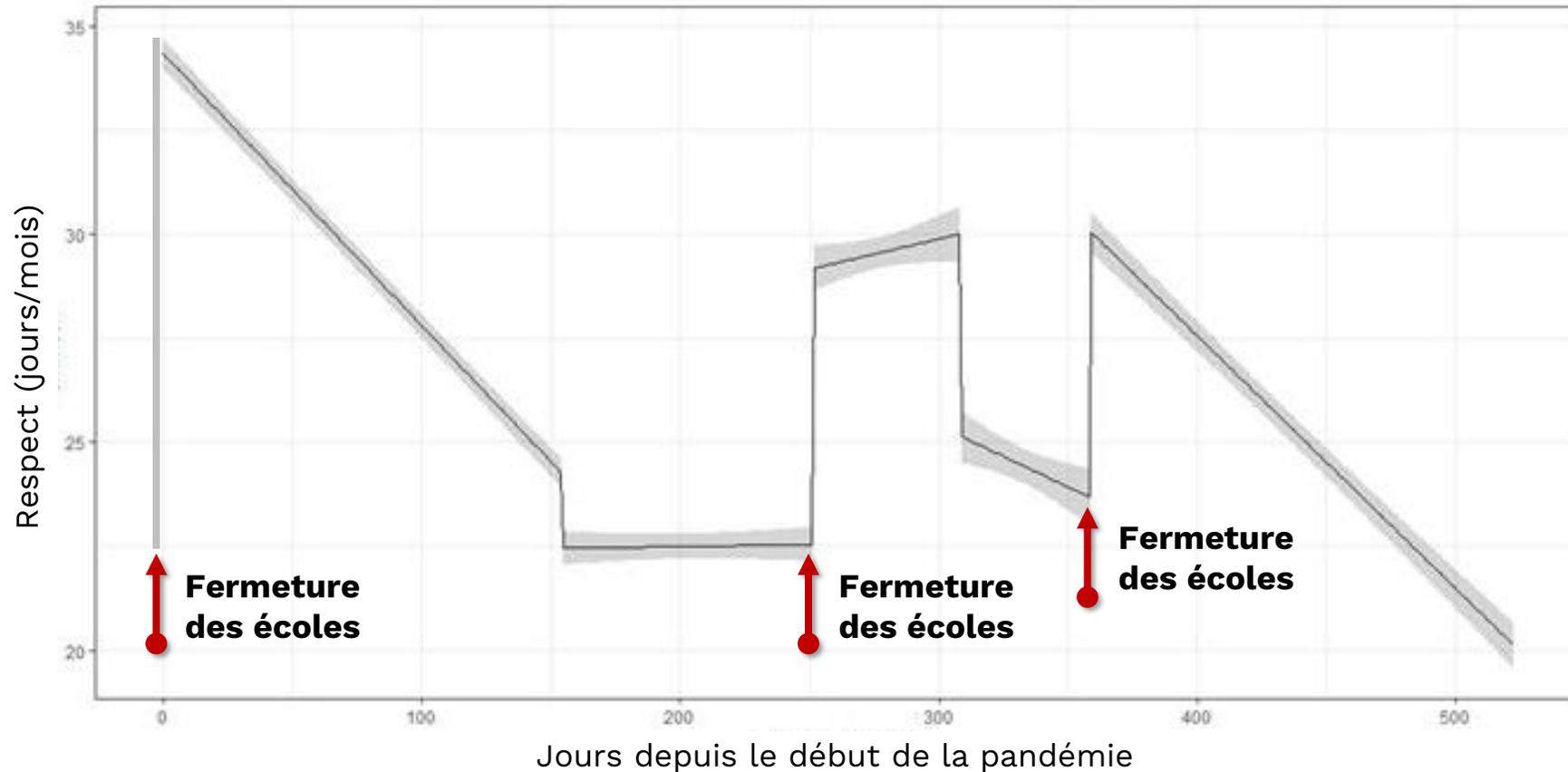
■ Réponses des parents pour eux-mêmes
■ Réponses des parents pour leur(s) enfant(s)



Hésitation à se faire vacciner

- Les croyances des parents sur l'importance et la sécurité des vaccins contre la COVID-19 étaient associées à des croyances similaires sur l'importance et la sécurité des vaccins contre la COVID-19 pour les enfants dans environ 70 % des cas ($p < 0,001$).
- Un revenu familial plus faible était associé à :
 - ▶ Une probabilité 3 fois plus élevée que les parents croient que les vaccins anti-COVID-19 ne sont pas sûrs pour eux-mêmes et leurs enfants ($p < 0,001$).
 - ▶ Une probabilité 4 fois plus élevée que les parents pensent que les vaccins anti-COVID-19 sont importants et sûrs pour eux-mêmes, mais pas pour leurs enfants ($p < 0,001$).
- Formation non universitaire associée à :
 - ▶ Une probabilité 3 à 4 fois plus élevée que les parents croient que les vaccins anti-COVID-19 ne sont pas importants ($p = 0,002$) et pas sûrs ($p < 0,001$) pour eux-mêmes et pour leurs enfants.

Respect des mesures de santé publique



Résumé

- La séropositivité des enfants est inférieure à celle des parents en raison de taux de vaccination plus faibles ou d'un nombre d'infections moins important.
- La fermeture des écoles a été associée à un plus grand respect des mesures de santé publique, qui a diminué avec le temps.
- 19 % des parents avaient des inquiétudes quant à l'importance des vaccins et 30 % en avaient quant à la sécurité des vaccins pour les enfants.



JAMES D. KELLNER

Divulgations

Subventions de recherche et contrats d'essais cliniques

Tous les fonds sont gérés par l'Université de Calgary et lui sont versés afin de financer les activités de recherche; aucun financement personnel pour le chercheur.

Organismes subventionnaires : IRSC, Genome Alberta, Fondation de l'Hôpital pour enfants de l'Alberta

Sociétés pharmaceutiques : Moderna (essai clinique du vaccin contre la COVID-19), Pfizer (subvention pour la surveillance des pneumocoques), Merck (essai clinique du vaccin contre les pneumocoques), GSK (essais cliniques du vaccin contre le rotavirus et le méningocoque)

Autres affiliations influentes

Groupe de travail sur l'immunité face à la COVID-19 (GTIC)

Alberta Advisory Committee on Immunizations

Comité de surveillance de la sécurité des données de VIDO-InterVac, Essais de vaccins contre la COVID-19

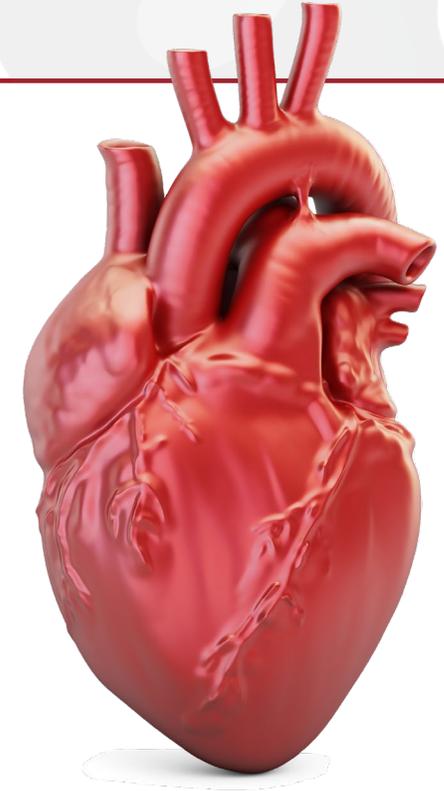
Chercheur principal de l'étude Alberta Childhood COVID-19 Cohort (AB3C)

Sécurité des vaccins contre la COVID-19 chez les enfants

- La sécurité des vaccins sera le thème principal du webinaire du mois prochain avec l'examen de données canadiennes et internationales (voir covid19immunitytaskforce.ca/fr/evenements/)
- En général, les effets indésirables après la vaccination chez les enfants sont peu fréquents et similaires à ceux des adultes.
 - ▶ Plus fréquents après la deuxième dose, mais moins fréquents dans l'ensemble
 - ▶ Le plus souvent, symptômes locaux temporaires au point d'injection : rougeur, gonflement, douleur
 - ▶ Symptômes généralisés : symptômes semblables à ceux de la grippe, maux de tête, fièvre, nausées, vomissements, diarrhée
 - ▶ Réactions graves comme l'anaphylaxie très rares ~5 cas/million de doses, tous âges confondus
- Passez en revue la myocardite/péricardite aujourd'hui

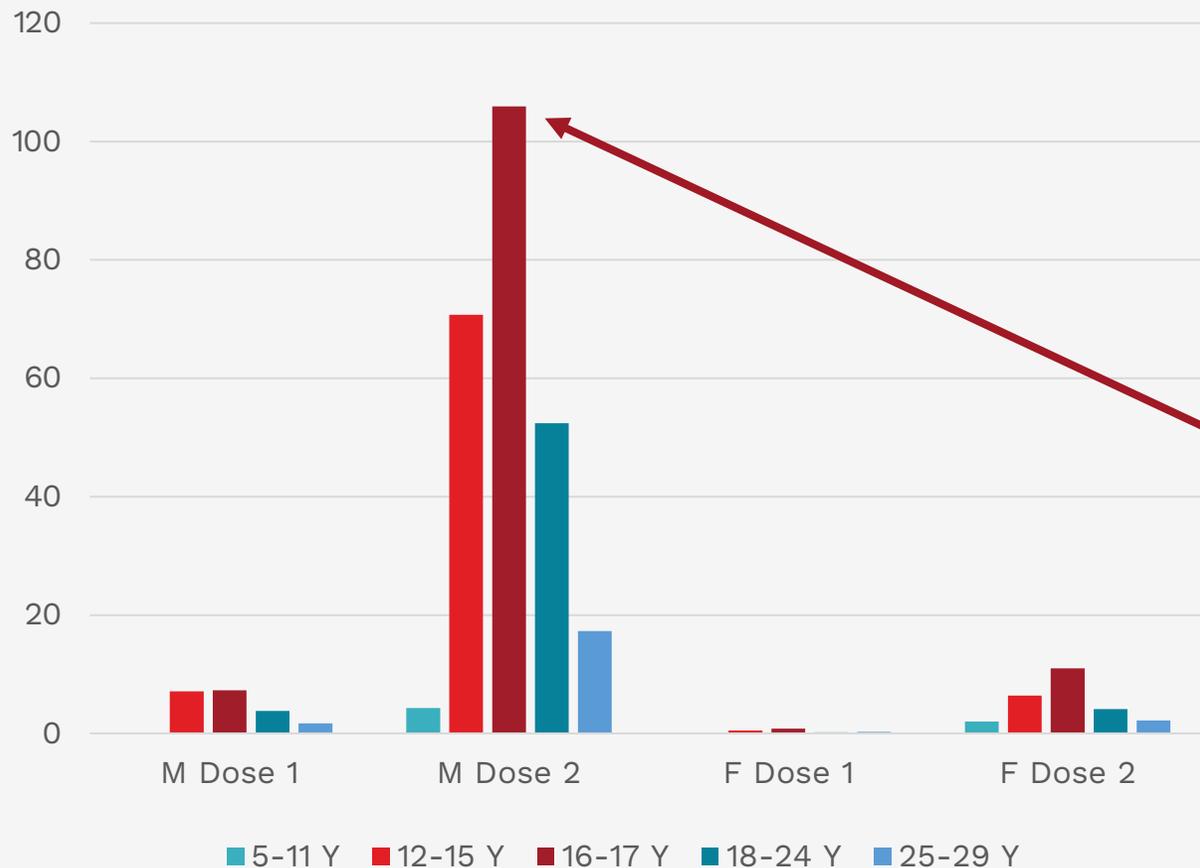
Myocardite/péricardite après un vaccin contre la COVID-19

- Cas post-vaccinaux généralement bénins (par rapport aux cas après la COVID-19 ou d'autres infections)
 - ▶ Douleurs thoraciques aiguës, essoufflement, palpitations, généralement un à trois jours après le vaccin
- Jusqu'à présent, fondamentalement associés aux vaccins à ARNm.
 - ▶ Moderna (100 µg), Pfizer (30 µg)
- Plus fréquents :
 - ▶ Adolescents et jeunes adultes
 - ▶ Hommes vs femmes ~5 X
 - ▶ Après la 2^e dose ~6 à12 X
 - ▶ Après infection par la COVID-19 plutôt que vaccination ~6 X



CANVAS-COVID.ca,
[Canada.ca Vaccine Safety](https://Canada.ca/VaccineSafety),
JAMA 2022;327(4):331-340.
doi:10.1001/jama.2021.24110

Incidence de myocardite/péricardite par million de doses, É.-U. (Pfizer seulement)

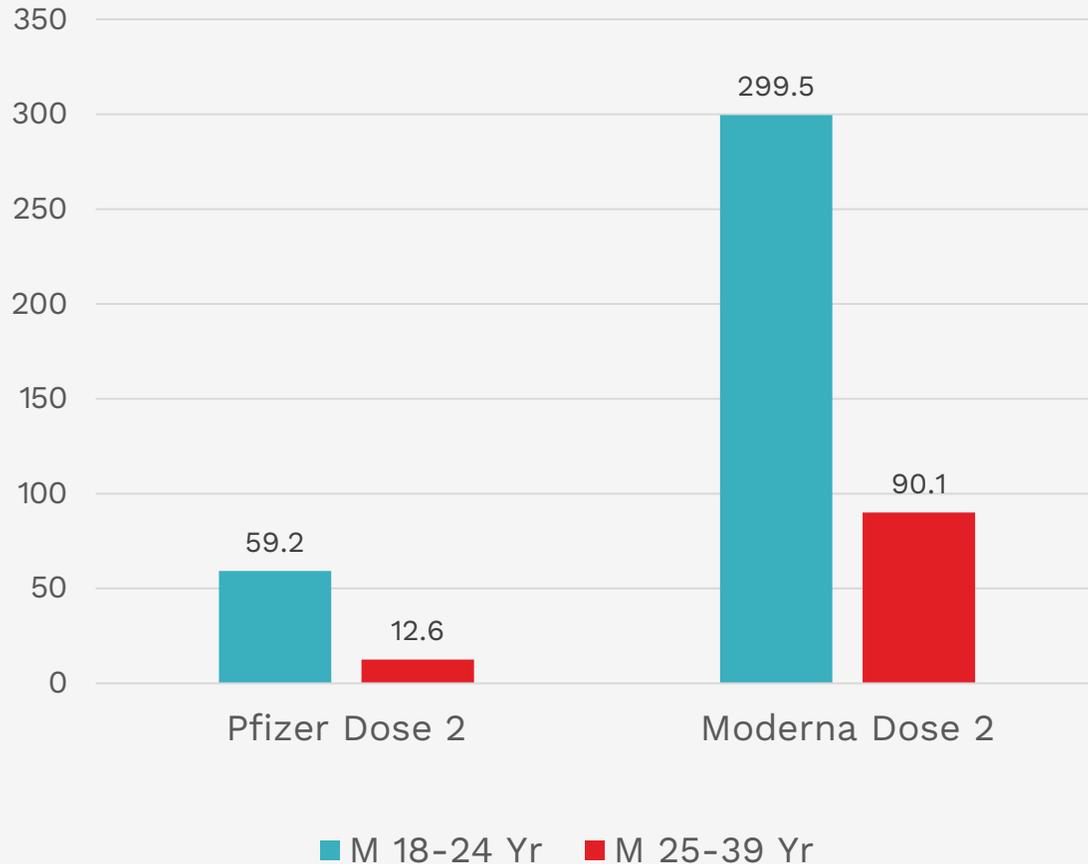


L'incidence de myocardite/ péricardite atteint son maximum à la fin de l'adolescence

- É.-U., données sélectionnés par VAERS (*Vaccine Adverse Event Reporting System*) évaluées.
- Données récentes pour les enfants de 5 à 11 ans
- **Pic à la fin de l'adolescence, dose n° 2, plus faible chez les personnes plus jeunes et plus âgées**
 - ▶ Reflète la distribution par âge et par sexe de la myocardite après une infection virale

JAMA 2022;327(4):331-340. Doi:10.1001/jama.2021.24110, [Présentation du CDC à la réunion de l'ACIP le 5 janv. 2022 \(diapo 13\)](#)

Incidence de myocardite/péricardite par million de doses, Ontario

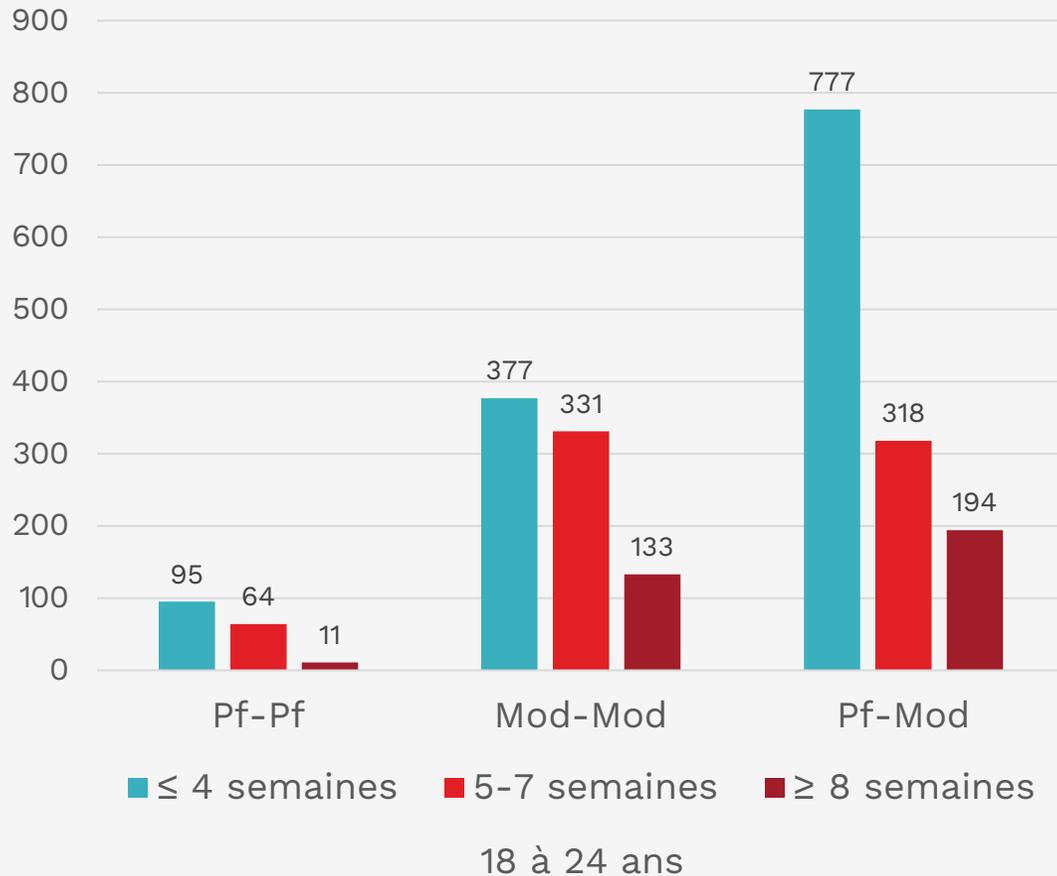


Le risque de myocardite est plus élevé après une dose plus élevée du vaccin Moderna

- Ontario – hommes, 2^e dose seulement
 - ▶ Moderna non administré <18 ans
 - ▶ Limites de la petite taille des échantillons et donc des grands intervalles de confiance
- Différence de taux après Moderna vs Pfizer
 - ▶ 18 à 24 ans **5,1 X**
 - ▶ 25 à 39 ans : **7,2 X**

Buchan et al. Prépublication medRxiv Déc. 2021 doi.org/10.1101/2021.12.02.21267156

Incidence de myocardite/péricardite par million de doses, Ontario



Le risque de myocardite est plus faible après un intervalle de dose plus long

- ▶ Quel que soit le vaccin utilisé, le risque de myocardite/péricardite était entre 65 % et 88 % plus faible lorsque la 2^e dose était administrée 8 semaines après la 1^{re} dose que lorsqu'elle était administrée 3 à 4 semaines plus tard.
- ▶ Le risque de myocardite est plus élevé avec Moderna qu'avec Pfizer.

Buchan et al. Prépublication medRxiv Déc. 2021 doi.org/10.1101/2021.12.02.21267156

Moyens de réduire le risque de myocardite

- ▶ Surveillance et suivi continus des cas de myocardite/péricardite
- ▶ **Vaccin Pfizer préféré pour les moins de 30 ans, y compris une formulation à plus faible dose pour les moins de 12 ans**
 - ▶ Dose adulte de 30 µg pour les 12 à 29 ans
 - ▶ Dose pédiatrique de 10 µg pour les 5 à 11 ans
- ▶ **Il est préférable d'augmenter (plus de 8 semaines) l'intervalle entre les deux premières doses (par rapport à 21 jours) à tous les âges.**
- ▶ Possibilité future d'utilisation de différents vaccins



La COVID-19 chez les enfants : L'étude SPRING

Nom	Institut
Manish Sadarangani (chercheur principal)	Vaccine Evaluation Center (VEC), BC Children's Hospital (BCCH) Département de pédiatrie, Université de la Colombie-Britannique (UBC)
Bahaa Abu-Raya	
Julie Bettinger	
Adriana Cabrera	
Vivek Gill	
Laura Sauve	
Sarah Silverberg	
David Goldfarb	Département de pathologie et de médecine de laboratoire, BCCH; UBC
Sofia Bartlett	Laboratoire de santé publique, BC Centre for Disease Control (BCCDC)
Agatha Jassem	
Mel Krajden	
Muhammad Morshed	
Inna Sekirov	
Danuta Skowronski	Directrice, Grippe et agents pathogènes des voies respiratoires émergents, BCCDC
Daniel Coombs	Département de mathématiques, UBC
Soren Gantt	VEC, BCCH; Centre de recherche du CHU Sainte-Justine, Montréal

Merci



msadarangani@bcchr.ubc.ca



bcchr.ca/vec



[@manishs_](https://twitter.com/manishs_) [@VEC_ubc](https://twitter.com/VEC_ubc)



TARGetKids!
The Applied Research Group

Remerciements

TARGet Kids! Directeurs

D^{re} Catherine Birken
D^r Jonathon Maguire

Chercheurs sur le site :

D^{re} Nada Abdel-Malek
D^{re} Jillian Baker
D^r Tony Barozzino
D^r Nicholas Blanchette
D^r Joey Bonifacio
D^{re} Caroline Calpin
D^r Douglas Campbell
D^r Sohail Cheema
D^r Brian Chisamore
D^{re} Evelyn Constantine
D^{re} Karoon Danayan
D^r Paul Das
D^{re} Mary Beth Derocher
D^{re} Anh Do
D^r Michael Dorey
D^{re} Sloane Freeman
D^r Keewai Fung
D^{re} Donna Goldenberg
D^r Charlie Guiang
D^r Curtis Handford
D^{re} Leah Harrington
D^{re} Hailey Hatch
D^{re} Sheila Jacobson
D^r Lukasz Jagiello
D^r Paul Kadar
D^{re} Tara Kiran
D^{re} Holly Knowles
D^r Bruce Kwok
D^{re} Sheila Lakhoo

D^{re} Margarita Lam-Antoniades
D^r Eddy Lau
D^{re} Patricia Li
D^r Fok-Han Leung
D^{re} Jennifer Loo
D^{re} Sarah Mahmood
D^r Aleks Meret
D^{re} Rosemary Moodie
D^{re} Julia Morinis
D^{re} Sharon Naymark
D^{re} Patricia Neelands
D^r James Owen
D^r Michael Peer
D^r Marty Perlmutter
D^r Nav Persaud
D^r Andrew Pinto
D^{re} Michelle Porepa
D^{re} Nasreen Ramji
D^{re} Noor Ramji
D^{re} Alana Rosenthal
D^{re} Janet Saunderson
D^r Rahul Saxena
D^r Michael Sgro
D^r Hafiz Shuja
D^{re} Susan Shepherd
D^{re} Barbara Smiltnieks
D^{re} Carolyn Taylor
D^{re} Fatima Uddin
D^{re} Joanne Vaughan
D^{re} Thea Weisdors
D^{re} Sheila Wijayasinghe
D^r Peter Wong
D^{re} Ethel Ying
D^{re} Elizabeth Young
D^r Michael Zajdman

Directeurs de recherche :

Christine Kowal
Dalah Mason

Coordonnateur de recherche :

Frank Ong

Assistants de recherche :

Marivic Bustos
Dharma Dalwadi
Mateenah Jaleel
Tarandeep Malhi
Ataat Malick
Rejina Rejandran
Sharon Thadani
Julia Thompson
Laurie Thompson

Applied Health Research Centre :

D^r Peter Juni
D^r Gerald Lebovic
Karen Pope
Kevin Thorpe

Biostatisticien :

D^r Charlie Keown-Stoneman

Mount Sinai Services Lab :

D^{re} Rita Kandel
Michelle Rodrigues

Comité consultatif :

D^r Ronald Cohn
D^r Eddy Lau
D^r Andreas Laupacis
D^{re} Patricia Parkin
D^r Michael Salter
D^r Peter Szatmari
Shannon Weir

Comité d'examen scientifique :

D^{re} Laura Anderson
D^{re} Cornelia Borkhoff
D^{re} Patricia Li
D^{re} Patricia Parkin
D^r Nav Persaud
D^r Peter Wong

Équipe du projet :

Mary Aglipay
D^{re} Sarah Carsley
D^{re} Katherine Cost
D^{re} Laura Kinlin
D^{re} Jessica Omand
D^{re} Meta van den Heuvel
D^{re} Leigh Vanderloo

**Merci à toutes les familles
participantes pour leur temps et
leur implication dans TARGet Kids!**



ÉTUDE

encore Remerciements

STUDY

Enfants et parents, garderies, écoles et conseils scolaires EnCORE



ÉTUDE

encore
STUDY

Laura Pierce
Katia Charland
Adrien Saucier
Islem Cheriet
Margot Barbosa Da Torre
Carla Benea

Co-chercheurs

Britt McKinnon
Caroline Quach (co-PI)
Jesse Papenburg
Guy Boivin
Gaston De Serres
Marie-Ève Hamlin
Patricia Conrod
Monica Zahreddine
Nancy Haley

Collaborateurs

Cat Tuong Nguyen
Nathalie Ratté
Isabelle Laurin

Messages clés des experts sur les vaccins

- La séroprévalence acquise par l'infection a **augmenté** au fil du temps.
 - ▶ Difficile à interpréter en raison de la séroversion.
 - ▶ Association avec les quartiers à faible revenu et les ménages comptant plus de personnes par chambre.
- Hésitation à se faire vacciner:
 - ▶ Corrélation entre le statut vaccinal d'un parent et la probabilité qu'il fasse vacciner ses enfants.
 - ▶ Les études ont également montré qu'une plus grande hésitation à se faire vacciner était associée aux facteurs suivants :
 - un niveau d'éducation des parents plus faible
 - un revenu familial plus faible
 - aux groupes ethniques minoritaires



Messages clés des experts sur les vaccins (suite)

- Les vaccins **protègent globalement les enfants et les adolescents** contre les hospitalisations et les maladies graves.
- Les vaccins sont **sûrs** : aucun décès lié à la vaccination et peu de cas d'effets indésirables graves.
- Myocardite/péricardite :
 - ▶ Le risque est 5 fois plus faible chez les vaccinés que chez les non-vaccinés*.
 - ▶ Le vaccin ARNm à faible dose réduit le risque.
 - ▶ Des intervalles de dosage plus longs réduisent le risque.

*<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.23.21260998v2>

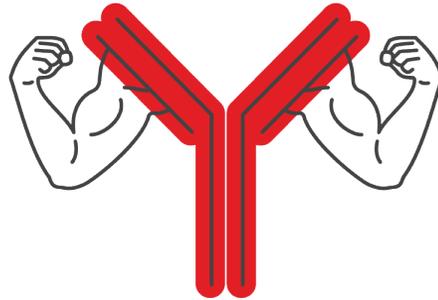


Messages clés des experts sur les vaccins (suite)

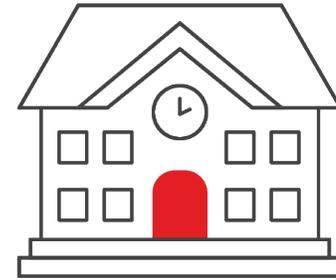
- Les vaccins présentent également d'autres avantages :



Protège contre les conséquences graves



Renforce de l'immunité chez les enfants ayant déjà été infectés par le SRAS-CoV-2



Permet une **normalité** qui favorise le développement sain de l'enfant

Discussion: Bien que la vaccination pédiatrique soit recommandée, des questions demeurent.

1. Sur quelles mesures d'efficacité/protection vaccinale devrions-nous nous concentrer?

- ▶ Éclosions infectieuses ou degré de la maladie (faible à sérieux)?
- ▶ Risques pour les contacts familiaux, c.-à-d. parents, grands-parents

2. Pour les moins de cinq ans, les vaccins seront-ils approuvés ou non?

3. Compte tenu du nombre d'enfants de moins de 12 ans non vaccinés ou partiellement vaccinés, pouvons-nous les protéger contre l'infection par le SRAS-CoV-2?

- ▶ 5 à 11 ans :
 - Enfants entièrement vaccinés : 36 %
 - Partiellement vaccinés : 21 %
 - Enfants non vaccinés : 43 %

4. Pour le groupe d'âge de 12 à 17 ans : couverture vaccinale élevée, une dose de rappel est-elle nécessaire et à quel moment?

- Entièrement vaccinés : 84 %, dont 11 % avec une dose de rappel
- Partiellement vaccinés : 4 %



Des questions?





COVID-19
IMMUNITY
TASK FORCE

GROUPE DE TRAVAIL
SUR L'IMMUNITÉ
FACE À LA COVID-19

Rapport sommaire n° 6

L'importance de
la vaccination pédiatrique

Vous trouverez sous
peu le résumé de
ce séminaire à

covid19immunitytaskforce.ca

Découvrez-nous!



@COVIDimmunityTF



@COVIDimmunityTF



@COVIDimmunitytaskforce



COVID-19 Immunity Task Force |
Groupe de travail sur l'immunité
face à la COVID-19



@CanCOVID



CanCOVID



CanCOVID

covid19immunitytaskforce.ca/fr

cancovid.ca/fr

A decorative graphic in the bottom right corner consisting of a central grey maple leaf shape with numerous thin grey lines radiating outwards to small grey circular nodes, resembling a network or data visualization.