

Une déclaration du comité consultatif (DCC) Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI)

Directives sur les doses de rappel du vaccin contre la COVID-19 : Premières considérations pour 2023

Publié le 20 janvier 2023

PROTÉGER LES CANADIENS ET LES AIDER À AMÉLIORER LEUR SANTÉ



Agence de la santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Canada

PROMOUVOIR ET PROTÉGER LA SANTÉ DES CANADIENS GRÂCE AU LEADERSHIP, AUX PARTENARIATS, À L'INNOVATION ET AUX INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE.

— Agence de la santé publique du Canada

Also available in English under the title:

Guidance on COVID-19 vaccine booster doses: Initial considerations for 2023

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Agence de la santé publique du Canada

Indice de l'adresse 0900C2

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Tél. : 613-957-2991

Sans frais : 1-866-225-0709

Télééc. : 613-941-5366

ATS : 1-800-465-7735

Courriel : publications-publications@hc-sc.gc.ca

© Sa Majesté le Roi du chef du Canada, représenté par le ministre de la Santé, 2023

Date de publication : janvier 2023

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Cat. : HP5-152/1-2023F-PDF

ISBN : 978-0-660-47072-6

Pub. : 220697

PRÉAMBULE

Le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) et un organisme consultatif externe qui donne à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) des conseils indépendants, continus et à jour dans le domaine de la médecine, des sciences et de la santé publique liés aux questions de l'ASPC concernant l'immunisation.

L'ASPC a élargi le mandat du CCNI de façon à inclure, en plus de l'impact des maladies et des caractéristiques vaccinales, l'étude systématique des facteurs liés aux programmes dans la formulation de ses recommandations fondées sur les données probantes afin de favoriser la prise de décisions opportunes concernant les programmes de vaccination financés par le secteur public à l'échelle provinciale et territoriale. Cette initiative devrait aider le CCNI à prendre des décisions en temps opportun en ce qui a trait aux programmes de vaccination financés par les fonds publics à échelle provinciale et territoriale.

Les nouveaux facteurs que le CCNI devra examiner de façon systématique sont les suivants : économie, équité, éthique, acceptabilité et faisabilité. Les déclarations du CCNI ne nécessiteront pas toutes une analyse approfondie de l'ensemble des facteurs programmatiques. Même si l'étude systématique des facteurs liés aux programmes sera effectuée à l'aide d'outils fondés sur des données probantes afin de cerner les problèmes distincts susceptibles d'avoir une incidence sur la prise de décision pour l'élaboration des recommandations, seuls les problèmes distincts considérés comme étant propres au vaccin ou à la maladie pouvant être prévenue par un vaccin seront inclus.

La présente déclaration contient les conseils indépendants et les recommandations du CCNI, qui reposent sur les connaissances scientifiques les plus récentes et diffuse ce document à des fins d'information. Les personnes qui administrent le vaccin devraient également connaître le contenu de la monographie de produit pertinente. Les recommandations d'utilisation et les autres renseignements qui figurent dans le présent document peuvent différer du contenu de la monographie de produit rédigée par le fabricant du vaccin au Canada. Les fabricants ont fait homologuer les vaccins et ont démontré leur innocuité et leur efficacité potentielle lorsqu'ils sont utilisés conformément à la monographie de produit uniquement. Les membres du CCNI et les membres de liaison doivent se conformer à la politique de l'ASPC régissant les conflits d'intérêts, notamment déclarer chaque année les conflits d'intérêts possibles.

Contexte

Le variant Omicron du virus SRAS-CoV-2 a été détecté pour la première fois en novembre 2021 et ses sous-variantes continuent à circuler au Canada et dans le monde, plus d'un an après. L'épidémiologie de la COVID-19 devrait continuer à évoluer. Il existe encore une grande incertitude quant à la probabilité, au moment et à la sévérité de futures vagues de la COVID-19. À ce jour, aucune donnée probante solide du caractère saisonnier de la COVID-19 n'est apparue. Il reste à déterminer si l'incidence des infections par le virus du SRAS-CoV-2 sera analogue à celle d'autres virus respiratoires qui augmentent au cours des saisons d'automne et d'hiver, ce qui alourdirait la charge des systèmes de santé pendant cette période.

Depuis septembre 2021, le CCNI élabore et met à jour des directives sur l'utilisation des doses de rappel contre la COVID-19 fondées sur un [cadre décisionnel](#) qui évalue la nécessité et les avantages de doses supplémentaires de vaccins contre la COVID-19 dans diverses populations. Les décisions prises s'appuient sur les principes de la vaccination ainsi que sur les données probantes disponibles.

Les [Orientations provisoires sur des considérations relatives à la planification d'un programme de rappel de vaccins contre la COVID-19 pour l'automne 2022 au Canada](#) du CCNI (29 juin 2022) ont fourni aux administrations des conseils sur la planification d'un programme de doses de rappel, advenant une recrudescence de COVID-19 au Canada, au cours des mois d'automne et d'hiver. Ces directives comprenaient aussi la mise à jour du cadre décisionnel sur les doses de rappel. Des directives plus précises sur les recommandations de vaccination pour l'automne 2022 notamment, concernant les doses de rappel chez les enfants de 5 à 11 ans et l'utilisation des vaccins à ARNm bivalents contre la COVID-19 contenant Omicron, ont été fournies dans les déclarations suivantes du CCNI :

- [Recommandations sur l'utilisation d'une première dose de rappel du vaccin Comirnaty de Pfizer-BioNTech contre la COVID-19 chez les enfants de 5 à 11 ans](#) (19 août 2022)
- [Recommandations sur l'utilisation des vaccins à ARNm bivalents contre la COVID-19 contenant Omicron](#) (1^{er} septembre 2022)
- [Directives mises à jour sur les doses de rappel du vaccin contre la COVID-19 au Canada](#) (7 octobre 2022)
- [Recommandations mises à jour sur l'utilisation des doses de rappel du vaccin contre la COVID-19 chez les enfants de 5 à 11 ans et sur l'administration concomitante de vaccins](#) (9 décembre 2022)

Depuis, d'autres directives du CCNI ont été requises à mesure que les provinces et territoires commencent à établir leur planification pour 2023.

Les recommandations du CCNI restent harmonisées aux objectifs actuels de l'intervention canadienne en cas de pandémie de la COVID-19 (en date du 14 février 2022) :

- Réduire au minimum les maladies graves et les décès tout en réduisant le plus possible les perturbations dans la société découlant de la pandémie de la COVID-19
- Passer de la phase de crise à une approche plus durable de la gestion à long terme de la COVID-19

Pour plus d'informations sur les recommandations du CCNI concernant l'utilisation des vaccins contre la COVID-19, voir le site du CCNI : [Déclarations et publications](#) et le chapitre [Vaccin contre la COVID-19](#) dans le [Guide canadien d'immunisation](#) (GCI).

Méthodologie

Les 29 novembre et 13 décembre 2022, le groupe de travail sur la COVID-19 du CCNI et l'ensemble des membres du CCNI ont, respectivement, examiné les données disponibles sur l'épidémiologie et la protection de vaccins, ainsi que des considérations de planification pour les prochaines étapes du programme des doses de rappel contre la COVID-19 (dont l'éthique, l'équité, la faisabilité et l'acceptabilité). Le CCNI a également recommandé de continuer à appliquer le cadre décisionnel existant sur les doses de rappel. Il a approuvé ses recommandations le 6 janvier 2023.

Des informations complémentaires sur les [méthodes et processus du CCNI](#) sont disponibles ailleurs ^(1, 2).

Considérations prioritaires concernant les décisions relatives aux doses de rappel

Les sections suivantes décrivent les principales considérations à surveiller au fil du temps, sur les futures recommandations des doses de rappel, telles qu'elles ressortent du [cadre décisionnel](#) du CCNI [relatif aux doses de rappel](#). Les informations disponibles au 19 décembre 2022 sont résumées ci-dessous.

Épidémiologie

- Les vagues précédentes de SRAS-CoV-2 au Canada sont survenues au cours des mois du printemps, de l'été, de l'automne et de l'hiver et ont présenté une certaine variabilité régionale. Sa trajectoire évolutive, y compris l'émergence de nouveaux variants préoccupants (VP), reste incertaine, et le caractère saisonnier du SRAS-CoV-2 n'a pas été établi.
- Les cas d'hospitalisation, d'admission à l'unité de soins intensifs (USI) et de décès dus à la COVID-19 se produisent à une fréquence de base plus élevée depuis l'apparition du variant Omicron à la fin de l'année 2021, par rapport à la période avant l'apparition de ce variant.
- Certaines populations sont à risque accru de complications sévères dues à la COVID-19 en raison de facteurs biologiques (p. ex., âge avancé, [problèmes de santé sous-jacents](#), grossesse) et de facteurs sociaux (p. ex., statut socio-économique, appartenance à une population racialisée) qui sont susceptibles de se combiner. Cependant, l'âge reste le facteur à haut risque le plus important de telles complications. Les personnes âgées sont les plus susceptibles d'être atteintes d'une maladie sévère; à preuve : les taux d'hospitalisation, d'admission à l'USI et de décès sont le plus élevés chez les personnes de 80 ans et plus, et les taux d'admission à l'USI sont également élevés chez les personnes de 70 à 79 ans (voir la [mise à jour sur l'épidémiologie de la COVID-19](#) de l'ASPC).

- Les sous-lignées BA.5.2 et BA.5.2.1 d'Omicron, qui étaient dominantes, sont en diminution, tandis que des sous-lignées plus immuno-évasives sont en hausse (p. ex., BQ.1, BQ.1.1 et BF.7).

Durée de la protection des doses de rappel contre les complications sévères dues à la COVID-19

- Jusqu'ici, il a été démontré que la protection conférée par le vaccin s'estompe avec le temps, la protection contre les complications sévères persistant plus longtemps que celle contre la maladie symptomatique.
- La durée de la protection contre des complications dues à la maladie sévère telles que l'hospitalisation est restée élevée pour les sous-lignées BA.1 et BA.2 d'Omicron, la plupart des estimations étant supérieures à 70 % jusqu'à 26 semaines après la réception d'une dose de rappel du vaccin d'origine (non bivalent) contre la COVID-19 ⁽³⁻¹⁶⁾.
- La durée de la protection contre la maladie sévère causée par les variantes plus récentes et les nouvelles formulations vaccinales ne sont pas connues à ce moment-ci et demeurent sous surveillance.
- Lors de la mise en œuvre des programmes de vaccination, les données sur la durée de protection vaccinale sont souvent absentes; on a donc recours à une surveillance continue pour déterminer si et à quelle fréquence la population a besoin de doses de rappel (p. ex., doses de rappel contre la coqueluche pour adolescents et adultes, mais aucune dose de rappel pour les vaccins contre le VPH ou l'hépatite B).

Immunité hybride

- Les données probantes à ce jour montrent que l'efficacité réelle (ER) contre les sous-lignées BA.1 et BA.2 d'Omicron est plus élevée chez les personnes qui ont été à la fois infectées par le SRAS-CoV-2 et vaccinées (c.-à-d. chez les personnes qui ont développé une immunité hybride contre le SRAS-CoV-2) que chez les personnes qui ont été uniquement infectées ou vaccinées ⁽⁴⁻¹⁰⁾. La durée de la protection conférée par l'immunité hybride n'a pas encore été entièrement caractérisée, mais peut avoir une incidence sur la détermination du moment et de la nécessité d'administrer des doses de rappel supplémentaires.
- Au Canada, le profil d'immunité hybride diffère selon la catégorie d'âge. Par rapport aux personnes plus jeunes, une plus grande proportion de personnes âgées sont uniquement protégées par la vaccination, mais n'ont pas été infectées. Les adolescents et les jeunes adultes présentent la plus forte proportion d'immunité hybride. Une grande partie des enfants ont été infectés, mais n'ont pas été vaccinés ⁽¹⁷⁾.
- La protection potentielle conférée par la vaccination et/ou l'infection contre les complications sévères dues à l'infection ou à la réinfection par les sous-lignées émergentes d'Omicron n'a pas encore été déterminée, et l'impact des différents profils d'immunité sur la protection contre les futurs VP demeure inconnu.
- Des données canadiennes suggèrent que la protection vaccinale pourrait atteindre un plateau chez les adultes qui présentent une immunité hybride et que les avantages de doses de rappel supplémentaires du vaccin à ARNm contre la COVID-19 pourraient être marginaux ⁽¹⁸⁾. Cette étude a évalué l'ER du vaccin à ARNm d'origine contre la COVID-19 pour la sous-lignée BA.2 chez les travailleurs de la santé; mais il reste à déterminer si ces résultats s'appliquent largement à d'autres vaccins contre la COVID-19 (c.-à-d. les vaccins à ARNm bivalents contenant Omicron) à d'autres VP et à d'autres populations.

Immunogénicité et efficacité réelle des doses de rappel du vaccin à ARNm bivalent contre la COVID-19 contenant Omicron

- Les essais cliniques démontrent qu'une dose de rappel de vaccin à ARNm bivalent contre la COVID-19 contenant Omicron produit des réponses d'anticorps neutralisants contre les sous-lignées d'Omicron plus élevées que les vaccins d'origine, bien que les résultats préliminaires de petites études en situation réelle aient été quelque peu variables. La réponse immunitaire contre la souche ancestrale est similaire après une dose de rappel du vaccin d'origine ou du vaccin à ARNm bivalent contre la COVID-19 contenant Omicron.
- La neutralisation des sous-lignées d'Omicron plus récentes, comme la sous-lignée BQ.1, est réduite par rapport à la neutralisation des sous-lignées Omicron plus anciennes, comme les sous-lignées BA.1 ou BA.5, après une vaccination de rappel avec un vaccin bivalent d'origine ou contenant Omicron ⁽¹⁹⁻²⁵⁾.
- Les données préliminaires de l'Ontario montrent que l'ER vaccinale à court terme (moins de 90 jours) contre les complications sévères chez les adultes de 50 ans et plus vivant en communauté était similaire entre les doses de rappel du vaccin à ARNm bivalent et d'origine contre la COVID-19 et entre les produits vaccinaux disponibles (Moderna ou Pfizer-BioNTech) pendant une période où BA.5 était la sous-lignée d'Omicron prédominante et où la sous-lignée BQ.1 émergeait ⁽²⁶⁾.
- Une étude menée aux États-Unis chez des adultes ayant reçu au moins 2 doses d'un vaccin à ARNm d'origine contre la COVID-19 a montré une meilleure ER vaccinale contre l'infection symptomatique par le SRAS-CoV-2 après une dose de rappel ultérieure de vaccin à ARNm bivalent BA.4/5 par rapport aux adultes n'ayant pas reçu de vaccin à ARNm bivalent contre la COVID-19 contenant Omicron ⁽²⁷⁾. En outre, l'augmentation relative de l'ER était plus importante chez les personnes dont l'intervalle entre la réception de la dose initiale précédente était plus long. Une tendance similaire a été observée en ce qui concerne la protection contre les hospitalisations et les consultations dans les services d'urgence et de soins d'urgence dus à la COVID-19 ⁽²⁸⁾.
- Selon les premières estimations de l'ER vaccinale contre l'hospitalisation chez les adultes immunocompétents de 65 ans et plus aux États-Unis, une dose de rappel avec un vaccin à ARNm bivalent BA.4/5 contre la COVID-19 contenant Omicron confère une protection supplémentaire de 73 % contre l'hospitalisation due à la COVID-19 par rapport à une vaccination antérieure avec les anciens vaccins à ARNm d'origine contre la COVID-19 (2 doses ou plus administrées au moins 2 mois auparavant) ⁽²⁹⁾. Comme l'utilisation des vaccins à ARNm d'origine n'est plus autorisée aux États-Unis, il n'a pas été possible de comparer l'ER des vaccins bivalents par rapport aux vaccins d'origine lorsqu'utilisés comme doses de rappel au cours de la même période. Il convient de noter que les études en provenance des États-Unis sur l'ER vaccinale ont été publiées après les délibérations du CCNI et n'ont donc pas été incluses dans la prise de décision ^(28, 29).

Éthique, équité, faisabilité et acceptabilité

- Bien que l'âge soit le plus grand facteur de risque pour les complications sévères dues à la COVID-19, des facteurs intersectionnels d'équité continuent à représenter un risque disproportionné pour certaines populations importantes. À l'avenir, tout programme de rappel devra continuer à réduire les répercussions sur les personnes les plus exposées à la maladie sévère.
- Au Canada, le nombre de vaccinations contre la COVID-19 a été le plus élevé dans les catégories de personnes plus âgées, mais il diminue avec les catégories d'âge plus jeune et avec chaque dose subséquente. Au 4 décembre 2022, moins de 50 % des personnes

de 65 ans et plus ont reçu un vaccin contre la COVID-19 au cours des 6 derniers mois, ce qui inclut la période du programme de rappel pour l'automne 2022. ([Vaccination contre la COVID-19 au Canada de l'ASPC](#))

- Compte tenu des incertitudes entourant le contexte épidémiologique dans le futur, la planification d'un prochain programme de rappel de vaccins contre la COVID-19 doit se montrer flexible. Les tendances épidémiologiques émergentes pourraient provoquer des changements dans la planification de tout programme de rappel de vaccins, ce qui entraînerait un déploiement plus précoce ou plus tardif. La surveillance et l'évaluation opportunes, minutieuses et continues des données nationales et internationales seront nécessaires.
- La planification vaccinale advenant une future vague de la COVID-19 pourrait faciliter l'accès aux vaccins, réduire les inégalités et diminuer la charge sur les systèmes de santé. Or, il est impossible de savoir quand pourrait survenir une nouvelle vague pandémique.
- Pour toutes les catégories d'âge actuellement autorisées à recevoir des vaccins (c.-à-d. les personnes de 6 mois et plus), l'administration concomitante de toutes doses d'un vaccin contre la COVID-19 et d'autres types de vaccins (p. ex., le vaccin inactivé contre la grippe saisonnière) pourrait augmenter l'efficacité du programme de vaccination et les taux d'immunisation.
- La manière dont les provinces, territoires et communautés évaluent le risque et répondent aux besoins de leur compétence respective pourrait varier, l'accent étant mis sur la protection des personnes les plus exposées aux complications graves liées à la COVID-19.

Recommandations

Pour l'instant, le CCNI renforce les recommandations existantes concernant les vaccins contre la COVID-19, y compris le moment suggéré pour l'administration des doses après une infection antérieure par le SRAS-CoV-2. Le programme de rappel pour l'automne 2022 sert de point de référence pour consolider les directives relatives aux rappels de vaccins publiées à ce jour. Un résumé des recommandations pour la série primaire et les doses de rappel est également fourni dans le [Tableau 1](#).

Il est à noter que la date de début du programme de rappel pour l'automne 2022 a varié, s'étendant d'août à septembre 2022, selon la province ou le territoire.

Voir le [Tableau 2](#) pour une explication des recommandations fortes par rapport aux recommandations discrétionnaires du CCNI.

Le CCNI continue de recommander une série primaire du vaccin contre la COVID-19 comme suit :

- 1) Les personnes de 5 ans et plus devraient être vaccinées avec une série primaire d'un vaccin à ARNm autorisé. (*Forte recommandation du CCNI*)**
- 2) Les enfants de 6 mois à moins de 5 ans peuvent être vaccinés par une série primaire d'un vaccin ARNm autorisé. (*Recommandation discrétionnaire du CCNI*)**

Des détails supplémentaires, portant notamment sur des produits vaccinaux de remplacement, sont disponibles dans le chapitre [Vaccin contre la COVID-19](#) du GCI et dans les [déclarations et publications du CCNI](#).

Le CCNI continue de recommander des doses de rappel du vaccin contre la COVID-19 comme suit :

- 3) Tous les adultes de 18 ans et plus et adolescents de 12 à 17 ans qui présentent un risque accru de maladie sévère devraient se voir proposer au moins une dose de rappel. (*Forte recommandation du CCNI*)**
 - Cette recommandation a précédé les directives publiées à l'automne 2022. Les personnes énumérées ci-haut qui n'ont pas encore reçu une dose de rappel devraient en recevoir une.

- 4) Tous les adultes de 65 ans et plus et les personnes de 5 à 64 ans qui présentent un risque accru de maladie sévère en raison de la COVID-19 devraient avoir reçu une dose de rappel depuis le début de l'automne 2022. Pour les personnes qui n'ont pas encore reçu une telle dose, elle devrait leur être proposée selon les intervalles recommandés (voir la recommandation n° 7). (*Forte recommandation du CCNI*)**
 - Les personnes de 12 ans et plus considérées comme à risque accru de maladie sévère en raison de la COVID-19 comprennent celles qui souffrent de [maladies sous-jacentes](#) (y compris les personnes [modérément à sévèrement immunodéprimées qui, de ce fait, devraient avoir](#) reçu une série primaire de 3 doses) et les populations racialisées ou marginalisées, touchées de manière disproportionnée en raison d'un certain nombre de facteurs d'équité intersectionnels. D'autres groupes considérés comme à risque accru sont définis dans les [Orientations provisoires sur des considérations relatives à la planification d'un programme de rappel de vaccins contre la COVID-19 pour l'automne 2022 au Canada, du CCNI](#).
 - Il existe peu de données probantes sur les facteurs de risque clinique de complications sévères dues à la COVID-19 dans les populations d'enfants de moins de 12 ans. Les enfants présentant un risque accru de complications sévères peuvent comprendre les enfants en surpoids, médicalement fragiles ou aux prises avec des complexités médicales, des comorbidités, des troubles neurologiques, le syndrome de Down ou des problèmes d'immunodépression.

- 5) De plus, une dose de rappel peut être proposée aux personnes de 5 à 64 ans qui ne présentent pas de facteur de risque de maladie sévère due à la COVID-19 si une telle dose n'a pas encore été reçue depuis le début de l'automne 2022. Pour les personnes qui n'ont pas encore reçu une dose de rappel introduite à l'automne 2022, une telle dose peut leur être proposée, selon les intervalles recommandés (voir la recommandation n° 7). (*Recommandation discrétionnaire du CCNI*)**

- 6) En ce moment, il n'y a pas de produits autorisés pour l'administration de dose de vaccin de rappel pour les enfants de 6 mois à moins de 5 ans. Le CCNI n'a pas émis de recommandations concernant des doses de rappel pour cette catégorie d'âge.**

- 7) Lorsque des doses de rappel du vaccin contre la COVID-19 sont proposées, elles doivent être administrées selon l'intervalle recommandé d'au moins 6 mois après une dose précédente du vaccin contre la COVID-19 ou une infection par le SRAS-CoV-2 (la durée la plus longue étant retenue), puisqu'un délai plus long entre les expositions au vaccin ou à l'infection pourrait stimuler la réponse immunitaire.
- 8) Les vaccins à ARNm bivalents contre la COVID-19 contenant Omicron sont les produits de rappel privilégiés pour toutes les personnes de 5 ans et plus.
- Depuis octobre 2022, le CCNI recommande les vaccins à ARNm bivalents contre la COVID-19 contenant Omicron comme produits de rappel à préférer pour les catégories d'âge autorisées (à ce moment-là, le vaccin bivalent était autorisé pour les personnes de 12 ans et plus). Cette autorisation a été étendue à toutes les personnes de 5 ans et plus par suite de l'approbation par Santé Canada, en décembre 2022, du vaccin Comirnaty (10 microgrammes) à ARNm bivalent de Pfizer-BioNTech pour les enfants de 5 à 11 ans.
 - Le premier programme de dose de rappel pour les enfants de 5 à 11 ans a coïncidé avec la campagne de dose de rappel d'automne qui ciblait les personnes de 12 ans et plus. Dans le but d'intégrer les directives concernant la dose de rappel pour ces deux catégories d'âge, le [Tableau 1](#) résume les recommandations actuelles sur la dose de rappel pour les personnes de 5 ans et plus. À ce moment-ci, pour les enfants de 5 à 11 ans, le CCNI ne recommande qu'une (1) seule dose de rappel. Toutefois, à la discrétion du vaccinateur, une dose de rappel supplémentaire avec un vaccin bivalent (selon l'intervalle recommandé – voir la recommandation n° 7) pourrait être proposée aux enfants considérés comme étant à haut risque d'une maladie sévère due à la COVID-19 qui ont déjà reçu une dose de rappel à l'automne avec le vaccin Comirnaty à ARNm d'origine de Pfizer-BioNTech.

Tableau 1. Résumé des recommandations concernant le vaccin à ARNm contre la COVID-19 selon la catégorie d'âge

Population selon l'âge	Recommandation du CCNI	
	Série primaire	Dose(s) de rappel ^{a,b}
Personnes âgées de 65 ans et plus	Devrait être proposée ^c	Au moins une (1) dose de rappel est toujours recommandée pour tous les adultes de 18 ans et plus. Indépendamment des doses de rappel antérieures, un rappel depuis le début de l'automne 2022 devrait être proposé, selon l'intervalle recommandé ^b , si une telle dose n'a pas encore été reçue.

<p>Adultes de 18 à 64 ans</p>	<p>Devrait être proposée^c</p>	<p>Personnes présentant un risque accru de maladie sévère due à la COVID-19 :</p> <p>Au moins une (1) dose de rappel est toujours recommandée pour tous les adultes de 18 ans et plus.</p> <p>Indépendamment des doses de rappel antérieures, un rappel depuis le début de l'automne 2022 devrait être proposé, selon l'intervalle recommandé^b, si une telle dose n'a pas encore été reçue.</p> <p>Personnes NE présentant PAS un risque accru de maladie sévère due à la COVID-19 :</p> <p>Au moins une (1) dose de rappel est toujours recommandée pour tous les adultes de 18 ans et plus.</p> <p>Une dose de rappel depuis le début de l'automne 2022 peut être proposée, selon l'intervalle recommandé^b, si une telle dose n'a pas encore été reçue.</p>
<p>Adolescents de 12 à 17 ans</p>	<p>Devrait être proposée^c</p>	<p>Personnes présentant un risque accru de maladie sévère due à la COVID-19 :</p> <p>Au moins une (1) dose de rappel est toujours recommandée pour adolescents de 12 à 17 ans qui présentent un risque accru de maladie sévère due à la COVID-19.</p> <p>Indépendamment des doses de rappel antérieures, un rappel depuis le début de l'automne 2022 devrait être proposé, selon l'intervalle recommandé^b, si une telle dose n'a pas encore été reçue^d.</p> <p>Personnes NE présentant PAS un risque accru de maladie sévère due à la COVID-19 :</p> <p>Une dose de rappel depuis le début de l'automne 2022 peut être proposée, selon l'intervalle recommandé^b, si une telle dose n'a pas encore été reçue.</p>

Enfants de 5 à 11 ans	Devrait être proposée ^c	<p>Personnes présentant un risque accru de maladie sévère due à la COVID-19 :</p> <p>Une dose de rappel depuis le début de l'automne 2022 devrait être proposée, selon l'intervalle recommandé^b, si une telle dose n'a pas encore été reçue^d.</p> <p>Personnes NE présentant PAS un risque accru de maladie sévère due à la COVID-19 :</p> <p>Une dose de rappel depuis le début de l'automne 2022 peut être proposée, selon l'intervalle recommandé^b, si une telle dose n'a pas encore été reçue.</p>
Enfants de 6 mois à moins de 5 ans	Peut être offerte ^c	Aucun produit autorisé; non recommandé
<p>a. Les produits bivalents contenant Omicron sont à préférer pour les doses de rappel dans les catégories d'âge autorisées.</p> <p>b. L'intervalle recommandé entre une dose de vaccin antérieure contre la COVID-19 (dose de rappel antérieure ou achèvement de la série primaire) et une dose de rappel est de 6 mois; et entre une infection à la COVID-19 et une dose de rappel, l'intervalle est également de 6 mois (la durée la plus longue étant retenue). Un intervalle plus court, d'au moins 3 mois, peut toutefois être envisagé, notamment dans le contexte d'un risque épidémiologique accru, de l'évolution de l'épidémiologie du SRAS-COV-2, ainsi que de considérations opérationnelles pour le déploiement efficace du programme de vaccination.</p> <p>c. Il est recommandé aux personnes qui sont <u>modérément ou sévèrement immunodéprimées</u> de recevoir une dose supplémentaire dans la série primaire.</p> <p>d. Il n'est pas recommandé aux enfants de 5 à 11 ans qui ont déjà reçu une dose de rappel avec un vaccin à ARNm d'origine contre la COVID-19 de recevoir un rappel d'un vaccin bivalent contenant Omicron. Cependant, à la discrétion du vaccinateur, une dose de rappel bivalente (selon l'intervalle recommandé^b) pourrait être proposée aux enfants considérés comme présentant un risque élevé de COVID-19 sévère et ayant déjà reçu une dose de rappel avec le vaccin à ARNm Comirnaty d'origine de Pfizer-BioNTech.</p>		

Des détails supplémentaires sont disponibles dans le [chapitre sur le vaccin contre la COVID-19](#) du GCI et dans les [déclarations et publications](#) du CCNI.

Considérations concernant la planification d'éventuels programmes de rappel

Compte tenu des incertitudes inhérentes à l'évolution de la pandémie, il est difficile de déterminer le moment où des doses de rappel supplémentaires du vaccin contre la COVID-19 seront nécessaires et, le cas échéant, à qui de telles doses devraient être proposées. Le CCNI continuera de surveiller les données probantes, notamment l'épidémiologie du SRAS-CoV-2 et la durée de la protection conférée par les vaccins, tout particulièrement en ce qui concerne les complications sévères, au cours des prochains mois. Le cas échéant, le CCNI formulera des recommandations quant au moment de l'administration des doses de rappel ultérieures des vaccins. Les options de produits destinés aux doses de rappel pourraient comprendre des vaccins supplémentaires selon leur disponibilité.

Plusieurs options sont possibles pour déterminer le calendrier des éventuelles doses de rappel si des doses de rappel supplémentaires sont nécessaires, notamment les suivantes :

- Proposer des rappels supplémentaires à un intervalle fixe à partir de la dose de rappel antérieure

- Proposer des doses de rappel supplémentaires à une ou plusieurs périodes fixes de l'année
- Proposer des doses de rappel supplémentaires en fonction de l'évolution épidémiologique
- Une combinaison des éléments ci-dessus

Outre la surveillance de l'épidémiologie, de la durée de protection après les doses de rappel actuelles et une infection antérieure, ainsi que de l'innocuité, de l'immunogénicité et de l'ER des vaccins bivalents contenant Omicron ou des produits vaccinaux de remplacement, les décisions futures concernant les doses de rappel devraient prendre en considération l'éthique, l'équité, et l'acceptabilité de futures recommandations de doses de rappel, de même que la faisabilité des campagnes de vaccination de rappel. Le CCNI reconnaît qu'une préparation considérable s'impose chaque année pour la campagne antigrippale saisonnière, et il s'efforcera de fournir plus d'information sur une éventuelle intégration de la vaccination contre la COVID-19 en prévision de l'automne 2023.

PRIORITÉS DE RECHERCHE

1. Suivi continu des données sur l'innocuité, l'immunogénicité, l'efficacité potentielle et l'ER des vaccins contre la COVID-19, y compris les doses de rappel, par des essais cliniques et des études en situation réelle, y compris le degré et la durée de protection induite par chaque dose de rappel contre les variants en circulation. La recherche devrait également prendre en compte les implications cliniques des éléments suivants : une infection antérieure au SRAS-CoV-2; une vaccination répétée; des issues par suite de toute infection telles qu'un syndrome inflammatoire multisystémique chez les enfants (SIM-E), le syndrome post-COVID-19 ou encore une myocardite et/ou péricardite induite par une infection dans les populations adultes, adolescentes et pédiatriques.
2. D'autres évaluations de l'intervalle optimal entre l'administration des doses de rappel, ainsi que d'autres évaluations de l'intervalle optimal entre une infection antérieure par le SRAS-CoV-2 et l'administration d'une dose de vaccin.
3. Surveillance et signalement vigilants des événements indésirables d'intérêt particulier, notamment les myocardites et/ou les péricardites, afin d'informer avec précision des risques associés à un futur rappel. La collaboration mondiale devrait être prioritaire pour permettre le partage des données afin que les décideurs du monde entier puissent évaluer les avantages et les risques de doses de rappel supplémentaires de vaccins contre la COVID-19.
4. Surveillance continue de l'épidémiologie de la COVID-19 et de l'ER vaccinale dans des populations particulières à haut risque d'issues sévères ou de conséquences à long terme d'une infection à la COVID-19.
5. Poursuite de l'évaluation du moment optimal et de l'élément déclencheur pour la formulation d'éventuelles recommandations de doses de rappel, ainsi que de l'évaluation des risques associés à l'administration de doses de rappel plus tôt que nécessaire.
6. Surveillance continue de la couverture vaccinale au Canada, tant pour les vaccins contre la COVID-19 que pour d'autres vaccins systémiques, en particulier dans le contexte des doses de rappel contre la COVID-19, y compris l'examen des mesures qui pourraient réduire le risque de disparités dans la confiance et l'acceptation du vaccin dans différentes sous-populations.

Tableau 2. Force des recommandations du CCNI

Force de la recommandation du CCNI Fondée sur des facteurs qui ne se limitent pas à la force des données probantes (p. ex., besoin en santé publique)	Forte	Discretionnaire
Libellé	« devrait/ne devrait pas être réalisée »	« peut/peut ne pas être réalisée »
Justifications	Les avantages connus/attendus l'emportent sur les inconvénients connus/attendus (« devrait »); ou les inconvénients connus/attendus l'emportent sur les avantages connus/attendus (« ne devrait pas »).	Les avantages connus/attendus sont à peu près équivalents aux inconvénients connus/attendus ou les données probantes n'indiquent pas avec certitude les avantages et les inconvénients.
Conséquence	Une recommandation forte s'applique à la plupart des populations/personnes et devrait être suivie, à moins qu'il n'existe une justification claire et convaincante d'utiliser une autre approche.	Une recommandation discretionnaire peut être offerte ou non pour certaines populations/personnes dans certaines circonstances. D'autres approches peuvent être acceptables.

REMERCIEMENTS

La présente déclaration a été préparée par : E. Wong, B. Warshawsky, S. J. Ismail, M. C. Tunis, R. Harrison, S. Wilson et S. Deeks pour le compte du CCNI.

Le CCNI remercie vivement les personnes suivantes pour leur contribution : K. Ramotar, C. Mauviel, M. Salvadori, J. Zafack, N. Forbes, R. Krishnan, J. Montroy, A. Killikelly, E. Tice et le Secrétariat du CCNI.

Membres du CCNI : S. Deeks (présidente), R. Harrison (vice-présidente), M. Andrew, J. Bettinger, N. Brousseau, H. Decaluwe, P. De Wals, E. Dubé, V. Dubey, K. Hildebrand, K. Klein, M. O'Driscoll, J. Papenburg, A. Pham-Huy, B. Sander, et S. Wilson.

Représentants de liaison : L. Bill/ N. Nowgesic (Canadian Indigenous Nurses Association), L. M. Bucci (Association canadienne de santé publique), E. Castillo (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada), J. MacNeil (Center for Disease Control and Prevention, É.-U.), J. Comeau (l'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada), M. Osmack (Indigenous Physicians Association of Canada), J. Hu (Collège des médecins de famille du Canada), M. Lavoie (Conseil des médecins hygiénistes en chef), D. Moore (Société canadienne de pédiatrie), M. Naus (Comité canadien sur l'immunisation) et A. Ung (Association des pharmaciens du Canada).

Représentants d'office : V. Beswick-Escanlar (Défense nationale et Forces armées canadiennes), E. Henry (Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses [CIMRI], ASPC), M. Lacroix (Groupe consultatif en matière d'éthique en santé publique, ASPC), P. Fandja (Direction des produits de santé commercialisés, SC), D. MacDonald (COVID-19 Épidémiologie et surveillance, ASPC), S. Ogunnaike-Cooke (CIMRI, ASPC), C. Pham (Direction des médicaments biologiques et radiopharmaceutiques, SC), M. Routledge (Laboratoire national de microbiologie, ASPC) et T. Wong (Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Services autochtones Canada).

Groupe de travail du CCNI sur les vaccins contre la COVID-19

Membres : S. Wilson (présidente), M. Adurogbangba, M. Andrew, Y.-G. Bui, H. Decaluwe, P. De Wals, V. Dubey, S. Hosseini-Moghaddam, M. Miller, D. Moore, S. Oliver et E. Twentyman.

Participants à l'ASPC : N. K. Abraham, O. Baclic, L. Coward, P. Doyon-Plourde, N. Forbes, M. Hersi, N. Islam, S. J. Ismail, C. Jensen, C. Y. Jeong, F. Khan, A. Killikelly, R. Krishnan, S. H. Lim, N. Mohamed, J. Montroy, S. Pierre, R. Pless, M. Salvadori, A. Stevens, E. Tice, A. Tuite, M. C. Tunis, E. Wong, R. Ximenes, M. W. Yeung et J. Zafack.

RÉFÉRENCES

1. Ismail SJ, Langley JM, Harris TM, Warshawsky BF, Desai S, FarhangMehr M. Canada's National Advisory Committee on Immunization (NACI): Evidence-based decision-making on vaccines and immunization. *Vaccine*. 2010;28:A58,63. doi: 10.1016/j.vaccine.2010.02.035.
2. Ismail SJ, Hardy K, Tunis MC, Young K, Sicard N, Quach C. A framework for the systematic consideration of ethics, equity, feasibility, and acceptability in vaccine program recommendations. *Vaccine*. 2020 Aug 10;38(36):5861,5876. doi: 10.1016/j.vaccine.2020.05.051.
3. Grewal R, Nguyen L, Buchan SA, Wilson SE, Nasreen S, Austin PC, et al. Effectiveness of mRNA COVID-19 vaccine booster doses against Omicron severe outcomes. medRxiv. 01 novembre 2022. <https://doi.org/10.1101/2022.10.31.22281766>.
4. Altarawneh HN, Chemaitelly H, Ayoub HH, Tang P, Hasan MR, Yassine HM, et al. Effects of Previous Infection and Vaccination on Symptomatic Omicron Infections. *N Engl J Med*. 7 juillet 2022;387(1):21,34. doi: 10.1056/NEJMoa2203965.
5. Carazo S, Skowronski DM, Brisson M, Barkati S, Sauvageau C, Brousseau N, et al. Protection against Omicron BA.2 reinfection conferred by primary Omicron or pre-Omicron infection with and without mRNA vaccination. medRxiv. 27 juin 2022. <https://doi.org/10.1101/2022.06.23.22276824>.
6. Cerqueira-Silva T, de Araujo Oliveira V, Paixão ES, Florentino PTV, Penna GO, Pearce N, et al. Vaccination plus previous infection: protection during the omicron wave in Brazil. *Lancet Infect Dis*. 16 mai 2022. doi: 10.1016/S1473-3099(22)00288-2.
7. Chin ET, Leidner D, Lamson L, Lucas K, Studdert DM, Goldhaber-Fiebert JD, et al. Protection against Omicron from Vaccination and Previous Infection in a Prison System. *N Engl J Med*. 10 novembre 2022;387(19):1770,1782. doi: 10.1056/NEJMoa2207082.
8. Lind ML, Robertson AJ, Silva J, Warner F, Coppi AC, Price N, et al. Effectiveness of Primary and Booster COVID-19 mRNA Vaccination against Omicron Variant SARS-CoV-2 Infection in People with a Prior SARS-CoV-2 Infection. medRxiv. 25 avril 2022. <https://doi.org/10.1101/2022.04.19.22274056>.
9. Spreco A, Dahlström Ö, Jöud A, Nordvall D, Fagerström C, Blomqvist E, et al. Effectiveness of the BNT162b2 mRNA Vaccine Compared with Hybrid Immunity in Populations Prioritized and Non-Prioritized for COVID-19 Vaccination in 2021-2022: A Naturalistic Case-Control Study in Sweden. *Vaccines (Basel)*. 7 août 2022;10(8):1273. doi: 10.3390/vaccines10081273.
10. Vicentini M, Venturelli F, Mancuso P, Bisaccia E, Zerbini A, Massari M, et al. Risk of SARS-CoV-2 Reinfection by Vaccination Status, Predominant Variant, and Time from Previous Infection: A Cohort Study in Italy. SSRN. 09 juin 2022. doi: 10.2139/ssrn.4132329.
11. Veneti L, Berild JD, Wattle SV, Starrfelt J, Greve-Isdahl M, Langlete P, et al. Vaccine effectiveness with BNT162b2 (Comirnaty, Pfizer-BioNTech) vaccine against reported SARS-

CoV-2 Delta and Omicron infection among adolescents, Norway, August 2021 to January 2022. medRxiv. 25 mars 2022. <https://doi.org/10.1101/2022.03.24.22272854>.

12. Gram MA, Emborg H, Schelde AB, Friis NU, Nielsen KF, Moustsen-Helms IR, et al. Vaccine effectiveness against SARS-CoV-2 infection or COVID-19 hospitalization with the Alpha, Delta, or Omicron SARS-CoV-2 variant: A nationwide Danish cohort study. PLoS Med. 1^{er} septembre 2022;19(9):e1003992. doi: 10.1371/journal.pmed.1003992.

13. De Serres G, Febriani Y, Ouakki M, Talbot D, Gilca R, Deceuninck G, et al. Efficacité du vaccin contre la COVID-19 causée par le variant Omicron au Québec Résultats Préliminaires. INSPQ. 16 février 2022. <https://www.inspq.gc.ca/covid-19/vaccination/efficacite-omicron>.

14. Link-Gelles R, Levy ME, Gaglani M, Irving SA, Stockwell M, Dascomb K, et al. Effectiveness of 2, 3, and 4 COVID-19 mRNA Vaccine Doses Among Immunocompetent Adults During Periods when SARS-CoV-2 Omicron BA.1 and BA.2/BA.2.12.1 Sublineages Predominated - VISION Network, 10 States, December 2021-June 2022. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 22 juillet 2022;71(29):931,939. doi: 10.15585/mmwr.mm7129e1.

15. Ferdinands JM, Rao S, Dixon BE, Mitchell PK, DeSilva MB, Irving SA, et al. Waning 2-Dose and 3-Dose Effectiveness of mRNA Vaccines Against COVID-19-Associated Emergency Department and Urgent Care Encounters and Hospitalizations Among Adults During Periods of Delta and Omicron Variant Predominance - VISION Network, 10 States, August 2021-January 2022. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 18 février 2022;71(7):255,263. doi: 10.15585/mmwr.mm7107e2.

16. Stowe J, Andrews N, Kirsebom F, Ramsay M, Bernal JL. Effectiveness of COVID-19 vaccines against Omicron and Delta hospitalisation, a test negative case-control study. Nat Commun. 30 septembre 2022;13(1):5736. doi: 10.1038/s41467-022-33378-7.

17. La séroprévalence contre le SRAS-CoV-2 attribuable à l'infection au Canada [Internet]. Ottawa (Ontario): Groupe de travail sur l'immunité face à la COVID-19; 05 juillet 2022 [cité 19 décembre 2022]. Disponible à: https://www.covid19immunitytaskforce.ca/wp-content/uploads/2022/07/CITF_Bespoke-report_Omicron-tsunami_2022_FINAL_FR.pdf.

18. Carazo S, Skowronski DM, Brisson M, Barkati S, Sauvageau C, Brousseau N, et al. Protection against omicron (B.1.1.529) BA.2 reinfection conferred by primary omicron BA.1 or pre-omicron SARS-CoV-2 infection among health-care workers with and without mRNA vaccination: a test-negative case-control study. Lancet Infect Dis. Janvier 2023;23(1):45,55. doi: 10.1016/S1473-3099(22)00578-3.

19. Wang Q, Bowen A, Valdez R, Gherasim C, Gordon A, Liu L, et al. Antibody responses to Omicron BA.4/BA.5 bivalent mRNA vaccine booster shot. bioRxiv. 24 octobre 2022. <https://doi.org/10.1101/2022.10.22.513349>.

20. Collier AY, Miller J, Hachmann NP, McMahan K, Liu J, Bondzie EA, et al. Immunogenicity of the BA.5 Bivalent mRNA Vaccine Boosters. bioRxiv. 25 octobre 2022. <https://doi.org/10.1101/2022.10.24.513619>.

21. Kurhade C, Zou J, Xia H, Liu M, Chang HC, Ren P, et al. Low neutralization of SARS-CoV-2 Omicron BA.2.75.2, BQ.1.1 and XBB.1 by parental mRNA vaccine or a BA.5 bivalent booster. *Nat Med*. 6 décembre 2022. doi: 10.1038/s41591-022-02162-x.
22. Davis-Gardner M, Lai L, Wali B, Samaha H, Solis D, Lee M, et al. mRNA bivalent booster enhances neutralization against BA.2.75.2 and BQ.1.1. *bioRxiv*. 1 novembre 2022. <https://doi.org/10.1101/2022.10.31.514636>.
23. Wang Q, Iketani S, Li Z, Liu L, Guo Y, Huang Y, et al. Alarming antibody evasion properties of rising SARS-CoV-2 BQ and XBB subvariants. *bioRxiv*. 28 novembre 2022. <https://doi.org/10.1101/2022.11.23.517532>.
24. Chalkias S, Harper C, Vrbicky K, Walsh SR, Essink B, Brosz A, et al. A Bivalent Omicron-Containing Booster Vaccine against Covid-19. *N Engl J Med*. 06 octobre 2022;387:1279,1291. doi: 10.1056/NEJMoa2208343.
25. Zou J, Kurhade C, Patel S, Kitchin N, Tompkins K, Cutler M, et al. Improved Neutralization of Omicron BA.4/5, BA.4.6, BA.2.75.2, BQ.1.1, and XBB.1 with Bivalent BA.4/5 Vaccine. *bioRxiv*. 17 novembre 2022. <https://doi.org/10.1101/2022.11.17.516898>.
26. Kwong J, CIRN PCN Ontario team. Communication personnelle. Effectiveness of monovalent and bivalent mRNA COVID-19 vaccine booster doses against Omicron severe outcomes. 12 décembre 2022.
27. Link-Gelles R, Ciesla AA, Fleming-Dutra KE, Smith ZR, Britton A, Wiegand RE, et al. Effectiveness of Bivalent mRNA Vaccines in Preventing Symptomatic SARS-CoV-2 Infection — Increasing Community Access to Testing Program, United States, September–November 2022. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*. 2 décembre 2022;71(48):1526,1530. doi: 10.15585/mmwr.mm7148e1.
28. Tenforde MW, Weber ZA, Natarajan K, Klein NP, Kharbanda AB, Stenehjem E, et al. Early Estimates of Bivalent mRNA Vaccine Effectiveness in Preventing COVID-19-Associated Emergency Department or Urgent Care Encounters and Hospitalizations Among Immunocompetent Adults - VISION Network, Nine States, September-November 2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 30 décembre 2022;71(5152):1616,1624. doi: 10.15585/mmwr.mm715152e1.
29. Surie D, DeCuir J, Zhu Y, Gaglani M, Ginde AA, Douin DJ, et al. Early Estimates of Bivalent mRNA Vaccine Effectiveness in Preventing COVID-19-Associated Hospitalization Among Immunocompetent Adults Aged ≥65 Years - IVY Network, 18 States, September 8-November 30, 2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 30 décembre 2022;71(5152):1625,1630. doi: 10.15585/mmwr.mm715152e2.