

# Une déclaration d'un comité consultatif (DCC) Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI)

Directives sur l'administration d'une dose supplémentaire de vaccins contre la COVID-19 au printemps 2024 pour les personnes exposées à un risque élevé de maladie sévère en raison de la COVID-19

Publié le 12 janvier 2024

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:

Updated guidance on the use of COVID-19 vaccines in individuals who have not previously been vaccinated against COVID-19

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  
Télec. : 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 : 12 janvier 2024.

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. : HP5-176/1-2024F-PDF  
ISBN : 978-0-660-69267-8  
Pub. : 230642

2 Directives sur l'administration d'une dose supplémentaire de vaccins contre la COVID-19 au printemps 2024 pour les personnes exposées à un risque élevé de maladie sévère en raison de la COVID-19

## 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 11 juillet 2023, le Comité consultatif national de l'immunisation a fourni des [directives sur l'utilisation des vaccins contre la COVID-19 à l'automne 2023](#), avec un [addenda](#) publié le 12 septembre 2023. L'avis indiquait que des recommandations sur le calendrier des doses de rappel ultérieures seraient formulées, le cas échéant, étant donné que la saisonnalité du SRAS-CoV-2 n'a pas été établie et que la nécessité de programmes systématiques n'est toujours pas claire. Le CCNI a déjà recommandé un programme de vaccination au cours de l'automne et de l'hiver et au printemps en fonction d'une évaluation de la nécessité et des avantages potentiels de doses supplémentaires dans certaines populations; le programme au printemps est plus petit et plus ciblé pour les personnes exposées à un risque plus élevé de maladie sévère en raison de la COVID-19.
- Étant donné que les provinces et les territoires ont repris d'autres programmes et activités de santé publique, les directives du CCNI sont fournies à l'avance afin de faciliter la planification d'un éventuel programme au printemps.
- Les recommandations du CCNI continuent de s'aligner sur les objectifs de [la lutte du Canada contre la pandémie de COVID-19](#) (14 février 2022) :
- Réduire au minimum les maladies graves et les décès tout en minimisant les perturbations sociales découlant de la pandémie de COVID-19
- Passer de la phase de crise à une approche plus durable de la gestion à long terme de la COVID-19

## Méthodologie

Les 17 et 31 octobre 2023, le groupe de travail (GT) sur la COVID-19 du CCNI a examiné les renseignements disponibles sur l'épidémiologie et la séroprévalence du SRAS-CoV-2, l'efficacité réelle (ER) des vaccins bivalents, y compris la durée de protection du vaccin, et l'impact de l'immunité hybride. Les estimations préliminaires du rapport coût/efficacité d'une campagne au printemps 2024 ont également été explorées.

Le 15 novembre 2023, le CCNI a examiné les données probantes présentées à son GT sur la COVID-19, ainsi que les commentaires des provinces et des territoires sur leur expérience avec le programme de vaccination contre la COVID-19 du printemps 2023. Le CCNI est parvenu à un consensus sur les recommandations proposées et a approuvé la Déclaration le 11 décembre 2023. Les 23 et 30 novembre 2023, le Comité a fourni une première séance d'information sur les recommandations aux provinces et aux territoires.

Pour de plus amples renseignements sur les recommandations du CCNI concernant l'utilisation des vaccins contre la COVID-19, voir la page [CCNI : Déclarations et publications](#) et le [chapitre sur le vaccin contre la COVID-19 du Guide canadien d'immunisation \(GCI\)](#).

De plus amples renseignements sur les [méthodes et processus du CCNI](#) sont disponibles ailleurs <sup>(1, 2)</sup>.

4 Directives sur l'administration d'une dose supplémentaire de vaccins contre la COVID-19 au printemps 2024 pour les personnes exposées à un risque élevé de maladie sévère en raison de la COVID-19

# Aperçu des données probantes

Les renseignements disponibles au 15 novembre 2023 sont résumés ci-dessous :

## Épidémiologie

- La trajectoire évolutive du SRAS-CoV-2 reste incertaine et la saisonnalité du SRAS-CoV-2 n'a pas été établie.
- Des sous-lignées recombinantes XBB\* du SRAS-CoV-2 continuent de circuler au Canada et à l'échelle internationale. D'après les données de séquençage recueillies jusqu'à la semaine du 22 octobre 2023, HV.1\* et d'autres sous-lignées XBB\* représentaient la quasi-totalité des cas positifs séquencés dans l'ensemble du Canada <sup>(3)</sup>.
- Les adultes plus âgés continuent d'être les plus à risque d'une issue sévère et sont moins susceptibles d'avoir déjà été infectés par le SRAS-CoV-2 comparativement à d'autres groupes d'âge.
  - Des études séroépidémiologiques ont mis en évidence des niveaux élevés de séroprévalence acquise par l'infection dans la population adulte canadienne, qui diminuent avec l'âge, les personnes plus âgées ayant des niveaux d'immunité plus élevés provenant de la vaccination seule. En septembre 2023, environ 30 % des donneurs de sang adultes de 60 ans et plus n'avaient pas reçu de séroprévalence acquise par l'infection <sup>(4)</sup>.
  - Selon les données sur la séroprévalence de juillet 2023 d'une étude publiée récemment en Colombie-Britannique (C.-B.), environ 40 % des adultes de 70 à 79 ans et de 80 ans et plus présentaient aucun signe d'infection antérieure par le SRAS-CoV-2 <sup>(5)</sup>.
  - En juillet 2022, 80 % de la population admissible du Lower Mainland, en C.-B., avait reçu 2 doses de vaccin contre la COVID-19, et plus de 85 % des personnes de 75 ans et plus avaient reçu 3 doses. De juillet à décembre 2022, l'étude de la C.-B. a estimé qu'un (1) adulte sur 30, un (1) sur 100 et un (1) adulte sur 600 nouvellement infecté âgé de 80 ans et plus, âgé de 70 à 79 ans et de 60 à 69 ans, respectivement, seraient hospitalisés, dans cette population hautement vaccinée <sup>(5)</sup>.

## Protection vaccinale et immunité hybride

- Au fur et à mesure que le programme de vaccination d'automne se poursuivra avec les vaccins XBB.1.5 et que la couverture augmentera, les estimations de l'EV deviendront disponibles. Les données précliniques et cliniques ont montré une neutralisation croisée des vaccins XBB.1.5 par rapport aux sous-variants circulants plus récents qui sont des descendants de la sous-lignée XBB. La sous-lignée HV.1 est antigéniquement similaire aux sous-lignées XBB précédentes, toutefois aucune donnée de neutralisation croisée du vaccin XBB.1.5 contre HV.1 n'était disponible au moment de la réunion du Comité. À ce jour, aucun

---

\* Comprend toutes les lignées descendantes, sauf indication contraire.

problème d'innocuité n'a été identifié concernant l'utilisation des vaccins XBB.1.5 à ARNm contre la COVID-19.

- L'immunité hybride résulte d'au moins une (1) exposition à la vaccination et d'au moins une (1) exposition à l'infection par le SRAS-CoV-2 (avant ou après la vaccination). Les déclarations antérieures du CCNI ont résumé les données probantes démontrant qu'une infection antérieure et une vaccination peuvent fournir une protection supérieure contre les variants préoccupants, y compris Omicron, par rapport à la vaccination seule, ou à une infection antérieure par le SRAS-CoV-2 sans vaccination <sup>(6-14)</sup>. Toutefois, même dans le contexte de l'immunité hybride, il a été démontré que la protection conférée par la vaccination et par une infection antérieure diminue au fil du temps.
- Des données probantes provenant du Canada (examinées précédemment par le CCNI) <sup>(15-17)</sup> et des États-Unis, dont la population a une prévalence élevée d'immunité induite par l'infection, montrent que les vaccins à ARNm bivalents contenant Omicron ont aidé à prévenir l'hospitalisation des adultes en raison de la COVID-19 mais que leur ER a diminué sur une période de 6 mois <sup>(18)</sup>. Les données sur les personnes qui sont immunodéprimées ont montré une plus grande variabilité <sup>(18)</sup> mais en général cette population présente un risque accru de complications de l'infection par le SRAS-CoV-2 et peut enregistrer une ER de vaccin plus faible.

## Économie

- Les provinces et les territoires canadiens continuent d'avoir accès à l'approvisionnement en vaccins qui ont été achetés dans le cadre des investissements fédéraux liés à la pandémie. Par conséquent, le gouvernement du Canada a assumé le coût des produits. Cette offre devrait être disponible gratuitement pour les provinces et les territoires au printemps 2024. Toutefois, ces derniers continuent d'assumer les coûts associés à la prestation du programme de vaccination.
- Des analyses de modélisation et de rentabilité sont en cours pour éclairer les décisions futures du programme de vaccination contre la COVID-19. On s'attend à ce que ces facteurs prennent de plus en plus d'importance à mesure que les programmes passent aux voies d'approvisionnement traditionnelles, sous l'impulsion des exigences des programmes provinciaux et territoriaux et des évaluations budgétaires.

## Éthique, équité, faisabilité et acceptabilité (EEFA)

- Les premiers conseils pour un programme de vaccination contre la COVID-19 au printemps tiennent compte à la fois de la nécessité d'obtenir des directives pour faciliter la planification du programme et des facteurs inconnus qui pourraient avoir une incidence sur les avantages et le besoin d'un programme au printemps. Compte tenu de l'expérience et des connaissances acquises pendant la pandémie, y compris le programme de vaccination contre la COVID-19 au printemps 2023, et de la pertinence continue du [cadre décisionnel](#) du CCNI utilisé précédemment pour les doses de rappel, les principaux facteurs à prendre en considération pour influencer sur la nécessité d'un programme au printemps comprennent :

6 Directives sur l'administration d'une dose supplémentaire de vaccins contre la COVID-19 au printemps 2024 pour les personnes exposées à un risque élevé de maladie sévère en raison de la COVID-19

- l'épidémiologie de la COVID-19 (p. ex., émergence de nouveaux variants d'évasion, niveaux de circulation locale de la maladie)
  - l'immunité cumulative et la couverture vaccinale au niveau de la population, ainsi que le moment de la récente infection et de la vaccination
  - les caractéristiques du vaccin dans différents groupes contre les souches en circulation (c.-à-d. l'ER du vaccin XBB.1.5 et la durée de la protection vaccinale).
- Un programme ciblé de vaccination contre la COVID-19 au printemps peut favoriser le bien-être et réduire au minimum le risque de préjudice pour les personnes exposées à un risque élevé de maladie sévère en raison de la COVID-19. Le gouvernement fédéral a déjà acheté une quantité suffisante de vaccins XBB.1.5, qui devrait être disponible pour appuyer une campagne au printemps 2024. Toutefois, un programme au printemps nécessiterait des ressources supplémentaires pour la mise en œuvre, comparativement à un programme à l'automne, qui peut tirer parti de l'infrastructure du programme de vaccination contre la grippe établi depuis longtemps. Les ressources nécessaires pour organiser une campagne au printemps peuvent représenter un coût d'opportunité, ce qui pourrait réduire les ressources consacrées à la prestation d'autres programmes importants de vaccination ou de services de santé publique.
  - Dans l'ensemble, le taux de vaccination a diminué à chaque campagne supplémentaire mais il continue d'être plus élevé chez les adultes plus âgés (en particulier ceux de 80 ans et plus). La couverture vaccinale nationale entre le 1<sup>er</sup> avril et le 18 juin 2023 (c.-à-d. au printemps 2023) a été estimée à environ 11 % chez les adultes de 65 ans et plus <sup>(19)</sup> mais il y avait une variabilité dans l'ampleur de la promotion d'une campagne printanière par les provinces et les territoires. Les estimations de la couverture vaccinale pour le programme de vaccination contre la COVID-19 de l'automne 2023 n'étaient pas disponibles, car il est en cours. On ne sait pas si le public acceptera les prochaines vaccinations et quelles stratégies mèneraient à la plus forte participation. L'acceptabilité des vaccins contre la COVID-19 risque d'être affectée si un programme est fortement recommandé pour le printemps 2024 et que l'acceptation est faible ou que la circulation de la maladie est limitée au printemps.

## Recommandations

Voir le Tableau 1 pour une explication des recommandations fortes et des recommandations discrétionnaires du CCNI.

1. **À compter du printemps 2024, le CCNI recommande que les personnes suivantes, exposées à un risque accru de maladie sévère en raison de la COVID-19, puissent recevoir une dose supplémentaire du vaccin XBB.1.5 contre la COVID-19 :**
  - **Les adultes de 65 ans et plus**
  - **Les résidents adultes de foyers de soins de longue durée et d'autres milieux de vie collectifs pour aînés**
  - **Les personnes de 6 mois et plus qui sont modérément à sévèrement immunodéprimées (en raison d'une affection sous-jacente ou d'un traitement)**

*(Recommandation discrétionnaire du CCNI)*

7 Directives sur l'administration d'une dose supplémentaire de vaccins contre la COVID-19 au printemps 2024 pour les personnes exposées à un risque élevé de maladie sévère en raison de la COVID-19

- L'avantage supplémentaire d'un programme de vaccination contre la COVID-19 au printemps dépendra d'un certain nombre de facteurs; les renseignements sur certains de ces derniers ne sont pas encore disponibles et peuvent également varier selon l'administration. Le Tableau 2 présente les facteurs à l'appui d'un programme au printemps et les facteurs actuellement inconnus.

### **Considérations :**

- L'âge et le milieu sont utilisés comme indicateurs de la fragilité chez les adultes plus âgés, car ils sont plus faciles à mesurer et à opérationnaliser. Le risque de maladie sévère est le plus élevé chez les adultes de 80 ans et plus mais les adultes de 65 ans et plus sont inclus dans la recommandation pour reconnaître que le risque de maladie sévère existe le long d'un gradient chez les adultes plus âgés et pour favoriser l'uniformité des messages dans l'ensemble des programmes de vaccination contre la COVID-19 et d'autres programmes de vaccination.
- Selon les directives mises à jour du CCNI sur l'utilisation des vaccins contre la COVID-19 chez les personnes qui n'ont jamais été vaccinées, il est recommandé aux personnes non vaccinées qui sont modérément à sévèrement immunodéprimées de commencer leur série primaire (2 doses) avec un vaccin XBB.1.5 à 4 à 8 semaines d'intervalle si l'âge est de 5 ans et plus, et 3 ou 4 doses si l'âge est de 6 mois à moins de 5 ans (selon le produit reçu). Pour ces personnes qui présentent un risque accru de développer une forme sévère de la COVID-19, une dose supplémentaire de vaccin contre la COVID-19 au printemps 2024 pourrait améliorer ou stimuler davantage la réponse immunitaire.
  - Un large éventail d'affections et de médicaments peuvent être immunodépressifs, y compris ceux qui peuvent entraîner une immunodépression sévère (p. ex., patients greffés, telles que les greffes de cellules souches hématopoïétiques). Le degré d'immunodépression peut varier au fil du temps et d'une personne à l'autre atteinte de la même affection. Des consultations plus approfondies auprès d'un professionnel de la santé peuvent aider à offrir des conseils plus personnalisés sur la vaccination contre la COVID-19 pour cette population de patients hétérogènes.
- Il est particulièrement important de recevoir un vaccin contre la COVID-19 au printemps pour les personnes exposées à un risque accru de maladie sévère en raison de la COVID-19 qui n'ont pas reçu de dose du vaccin XBB.1.5 contre la COVID-19 pendant le programme d'automne.
- L'intervalle recommandé est de 6 mois à partir de la dernière dose de vaccin contre la COVID-19. Toutefois, un intervalle plus court d'au moins 3 mois (c.-à-d. un intervalle minimal de 3 mois) peut être utilisé pour appuyer la mise en œuvre (y compris le calendrier de la campagne du printemps par rapport aux campagnes d'automne précédentes et futures).
  - Les personnes ne sauront probablement pas ou ne sauront pas si elles ont été récemment infectées par le SRAS-CoV-2, car elles peuvent ne présenter aucun symptôme ou des symptômes légers, et peuvent ne pas se faire tester, ce qui est maintenant généralement moins disponible. Les



personnes qui ont contracté une infection récente par le SRAS-CoV-2 confirmée par un test peuvent envisager de retarder le vaccin contre la COVID-19 selon les intervalles indiqués ci-dessus.

- S'il faut une campagne à l'automne 2024, les administrations pourraient envisager une date de fin de la campagne au printemps 2024 afin d'appuyer l'admissibilité à la campagne à l'automne 2024 en fonction de l'intervalle recommandé.

Le CCNI continuera à surveiller les données probantes, y compris l'épidémiologie du SRAS-CoV-2, l'ER des vaccins XBB.1.5 et la durée de la protection vaccinale, particulièrement en ce qui a trait aux issues sévères, et à fournir des recommandations sur le calendrier des doses subséquentes, s'il y a lieu.

**Tableau 1. Force des recommandations du CCNI**

<b>Force de la recommandation du CCNI</b> Fondée sur des facteurs qui ne se limitent pas à la force des données probantes (p.ex., besoin en santé publique)	<b>Forte</b>	<b>Discretionnaire</b>
<b>Libellé</b>	« devrait/ne devrait pas être réalisée »	« peut/peut ne pas être réalisée »
<b>Justifications</b>	Les avantages connus/attendus l'emportent sur les inconvénients connus/attendus (« devrait »); <b>ou</b> 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 <b>ou</b> les données probantes n'indiquent pas avec certitude les avantages et les inconvénients.

**Tableau 2. Facteurs à l'appui d'un programme de vaccination contre la COVID-19 au printemps 2024 et facteurs inconnus actuels**

	<b>Facteurs à l'appui d'un programme de vaccination contre la COVID-19 au printemps 2024</b>	<b>Facteurs inconnus actuels</b>
Épidémiologie de la COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les variants circulant récemment continuent d'être antigéniquement apparentés à la sous-lignée XBB*</li> <li>• Les personnes plus âgées continuent d'être à risque accru de contracter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Souches en circulation et étendue de la circulation du SARS-CoV-2 au printemps et à l'été 2024</li> </ul>

9 Directives sur l'administration d'une dose supplémentaire de vaccins contre la COVID-19 au printemps 2024 pour les personnes exposées à un risque élevé de maladie sévère en raison de la COVID-19

	une maladie sévère en raison de la COVID-19	
Immunité cumulative et couverture vaccinale au niveau de la population	<ul style="list-style-type: none"> <li>Certaines personnes n'ont pas d'immunité hybride (c.-à-d. qu'elles n'ont jamais été infectées) et comptent sur l'immunité induite par la vaccination (30 à 40 % des personnes de 65 ans et plus n'ont peut-être pas été infectées par le SRAS-CoV-2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adoption du vaccin XBB.1.5 contre la COVID-19 au cours de l'automne et de l'hiver 2023-2024</li> </ul>
Caractéristiques des vaccins contre les souches en circulation dans différents groupes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Même dans le contexte de l'immunité hybride, la protection contre les infections et les maladies sévères découlant des vaccins et/ou des infections antérieures diminue avec le temps, bien que la protection soit plus soutenue contre la maladie sévère en raison de la COVID-19 que contre l'infection par le SRAS-CoV-2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ER du vaccin et durée de protection du vaccin XBB.1.5 contre la COVID-19</li> </ul>

## Priorités de recherche

- Suivi continu des données relatives à l'innocuité, à l'immunogénicité, à l'efficacité potentielle et à l'ER des vaccins contre la COVID-19, y compris avec les nouvelles formulations, par l'entremise d'essais cliniques et d'études en situation réelle, y compris le degré et la durée de la protection conférée contre les variants en circulation. La recherche devrait également prendre en compte les implications cliniques d'une infection antérieure par le SRAS-CoV-2, d'une immunisation répétée et des issues après l'infection, comme le syndrome post-COVID-19.
- Surveillance continue de l'épidémiologie de la COVID-19 et de l'ER vaccinale dans des populations particulières présentant un risque élevé d'issues sévères et sur les issues à long terme de l'infection par le SRAS-CoV-2.
- De nouvelles évaluations de l'innocuité, de l'immunogénicité et de l'ER de l'administration concomitante des vaccins contre la COVID-19 et d'autres vaccins dans différents groupes d'âge, y compris l'administration concomitante d'un vaccin antigrippal à haute dose ou avec adjuvant.
- Suivi continu de l'acceptation et de la couverture vaccinale au Canada, pour les vaccins contre la COVID-19 et d'autres vaccins systématiques, y compris l'examen des mesures susceptibles de réduire le risque de disparités dans la confiance envers les vaccins et leur acceptation dans différentes sous-populations
- Surveillance continue de l'épidémiologie de la COVID-19, y compris des variants du SRAS-CoV-2 et des tendances saisonnières, afin d'éclairer les programmes futurs.

10 Directives sur l'administration d'une dose supplémentaire de vaccins contre la COVID-19 au printemps 2024 pour les personnes exposées à un risque élevé de maladie sévère en raison de la COVID-19

# Remerciements

**La présente déclaration a été préparée par :** E. Wong, B. Warshawsky, R. Krishnan, N. Islam, K. Young, M. Tunis, R. Harrison, S. Wilson, et S. Deeks, pour le compte du CCNI.

**Le CCNI remercie vivement les personnes suivantes pour leur contribution :** J. Daniel, C. Mauviel, SH. Lim, B. Lowe, P. Luth, 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), S. Buchan (Association canadienne pour la recherche et l'évaluation en immunisation), E. Castillo (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada), J. Comeau (Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada), M. Lavoie (Conseil des médecins hygiénistes en chef), J. MacNeil (Center for Disease Control and Prevention, É.-U.), D. Moore (Société canadienne de pédiatrie), M. Naus (Comité canadien sur l'immunisation), M. Osmack (Association des médecins autochtones du Canada), J. Potter (Collège des médecins de famille du Canada), 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), M. Su (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, M. Baca-Estrada, Y.-G. Bui, H. Decaluwe, P. De Wals, V. Dubey, S. Hosseini-Moghaddam, M. Miller, D. Moore, M. Wallace et J. Regan.

**Participants à l'ASPC :** N. Islam, C. Jensen, R. Krishnan, SH. Lim, R. Neves Miranda, M. Salvadori, A. Tuite, MC. Tunis, B. Warshawsky, E. Wong, R. Ximenes, K. Young, et J. Zafack.

## Références

1. Ismail SJ, Langley JM, Harris TM, Warshawsky BF, Desai S, FarhangMehr M. Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) du Canada : Prise de décision fondée sur des données probantes concernant les vaccins et l'immunisation. *Vaccine*. 2010 avril 19;28:58. Disponible en anglais : <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2010.02.035>.
2. Ismail SJ, Hardy K, Tunis MC, Young K, Sicard N, Quach C. Un cadre pour la prise en compte systématique de l'éthique, de l'équité, de la faisabilité et de l'acceptabilité dans les recommandations des programmes de vaccination. *Vaccine*. 2020 août 10;38(36):5861,5876. Disponible en anglais : <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.05.051>.
3. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Le point quotidien sur l'épidémiologie de COVID-19 : tests et variantes. Date limite des données 2023 22 octobre [Internet]. Ottawa, ON : Gouvernement du Canada ; 2023 dec 12 [cité le 12 décembre 2023]. Disponible à l'adresse : [Mise à jour sur l'épidémiologie de la COVID-19 : Dépistage et variants — Canada.ca](https://www.canada.ca/fr/santecanada/actualites/2023/12/12-mise-a-jour-sur-l-epidemiologie-de-la-covid-19-d-epidemiologie-et-variants.html)
4. Groupe de travail sur l'immunité COVID-19 (CITF). Séroprévalence au Canada. Date limite des données 2023 30 septembre [Internet]. Montréal (QC) : Groupe de travail sur l'immunité COVID-19 (CITF) : Groupe de travail sur l'immunité COVID-19 ; 2023 sept 30 [cité 2023 dec 07]. Disponible à l'adresse : [Séroprévalence au Canada - Groupe de travail sur l'immunité face à la COVID-19 \(covid19immunitytaskforce.ca\)](https://www.covid19immunitytaskforce.ca/fr/seroprevalence-au-canada)
5. Skowronski DM, Kaweski SE, Irvine MA, Chuang ESY, Kim S, Sabaiduc S, et al. Risque d'admission à l'hôpital et de décès à la suite d'une première infection par le SRAS-CoV-2 par groupe d'âge pendant les périodes Delta et Omicron en Colombie-Britannique, au Canada. *CMAJ*. 2023 -10-30;195(42):E1427-39. Disponible en anglais : <https://doi.org/10.1503/cmaj.230721>.
6. Altarawneh HN, Chemaitelly H, Ayoub HH, Tang P, Hasan MR, Yassine HM, et al. Effets d'une infection antérieure et de la vaccination sur les infections symptomatiques à Omicron. *N Engl J Med*. 2022 juillet 7;387(1):21-34. Disponible en anglais : <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2203965>.
7. Bobrovitz N, Ware H, Ma X, Li Z, Hosseini R, Cao C, et al. Efficacité protectrice d'une infection antérieure au SRAS-CoV-2 et d'une immunité hybride contre la variante omicron et la maladie grave : une revue systématique et une méta-régression. *Lancet Infect Dis*. 2023 mai;23(5). Disponible en anglais : [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00801-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00801-5).
8. Carazo S, Skowronski DM, Brisson M, Barkati S, Sauvageau C, Brousseau N, et al. Protection contre la réinfection omicron (B.1.1.529) BA.2 conférée par l'infection primaire omicron BA.1 ou préomicron SARS-CoV-2 chez les travailleurs de la santé avec et sans vaccination ARNm : une étude cas-témoins test-négative. *Lancet Infect Dis*. 2023 jan;23(1):45-55. Disponible en anglais : [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00578-3](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00578-3).
- 12 Directives sur l'administration d'une dose supplémentaire de vaccins contre la COVID-19 au printemps 2024 pour les personnes exposées à un risque élevé de maladie sévère en raison de la COVID-19

9. Carazo S, Skowronski DM, Brisson M, Sauvageau C, Brousseau N, Fafard J, et al. Prior infection- et/ou vaccine-induced protection against Omicron BA.1, BA.2 and BA.4/BA.5-related hospitalisations in older adults : a test-negative case-control study in Quebec, Canada. medRxiv. 2022 dec 27. Disponible en anglais : <https://doi.org/10.1101/2022.12.21.22283740>.

10. Cerqueira-Silva T, de Araujo Oliveira V, Paixão ES, Florentino PTV, Penna GO, Pearce N, et al. Vaccination plus infection antérieure : protection pendant la vague omicron au Brésil. Lancet Infect Dis. 2022 mai 16. Disponible en anglais : [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00288-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00288-2).

11. Chin ET, Leidner D, Lamson L, Lucas K, Studdert DM, Goldhaber-Fiebert JD, et al. Protection contre Omicron grâce à la vaccination et à une infection antérieure dans un système carcéral. N Engl J Med. 2022 nov 10;387(19):1770-82. Disponible en anglais : <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2207082>.

12. Spreco A, Dahlström Ö, Jöud A, Nordvall D, Fagerström C, Blomqvist E, et al. Efficacité du vaccin à ARNm BNT162b2 comparée à l'immunité hybride dans les populations prioritaires et non prioritaires pour la vaccination COVID-19 en 2021-2022 : une étude cas-témoins naturaliste en Suède. Vaccines (Bâle). 2022 août 7;10(8):1273. Disponible en anglais : <https://doi.org/10.3390/vaccines10081273>.

13. 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. 2022 juin 09. Disponible en anglais : <https://doi.org/10.2139/ssrn.4132329>.

14. 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. 2022 avril 25. Disponible en anglais : <https://doi.org/10.1101/2022.04.19.22274056>.

15. Carazo S, Skowronski DM, Brisson PM, Sauvageau C, Brousseau N, Fafard J, et al. Efficacité de la protection induite par une infection antérieure et induite par le vaccin contre l'hospitalisation due aux sous-variants omicron BA chez les adultes plus âgés : une étude test-négative, cas-témoins au Québec, Canada. The Lancet Health Longevity. 2023 août 2;4(8):e409-20. Disponible en anglais : [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(23\)00099-5](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(23)00099-5).

16. Kwong J, CIRN PCN Ontario Team. Communication personnelle. Efficacité des doses de rappel du vaccin monovalent et bivalent à ARNm COVID-19 contre les issues graves Omicron. 2022 dec 12.

17. Grewal, Buchan, Nguyen, Nasreen, Austin, Brown, et al. Efficacité des doses de rappel du vaccin monovalent et bivalent à ARNm COVID-19 contre les conséquences graves de l'Omicron chez les adultes âgés de ≥50 ans en Ontario, au Canada. medRxiv. 2023 avril 11. Disponible en anglais : <https://doi.org/10.1101/2023.04.11.23288403>.

13 Directives sur l'administration d'une dose supplémentaire de vaccins contre la COVID-19 au printemps 2024 pour les personnes exposées à un risque élevé de maladie sévère en raison de la COVID-19

18. Link-Gelles R. Mises à jour de l'efficacité du vaccin COVID-19 (VE) aux États-Unis [diapositives présentées lors de la réunion du Comité consultatif sur les pratiques de vaccination (ACIP) le 12 septembre 2023]. [Internet]. Atlanta (GA) : CDC ; 2023 sep 12 Disponible en anglais : <https://www.cdc.gov/vaccines/acip/meetings/downloads/slides-2023-09-12/05-COVID-Link-Gelles-508.pdf>.

19. Équipe de couverture vaccinale de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Communication personnelle. Tableau 1. % de personnes ayant reçu une dose entre le 1er avril et le 18 juin 2023. 2023 oct 12.