



# Résumé de la déclaration du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) sur la prévention du virus respiratoire syncytial (VRS) chez les nourrissons

April Killikelly<sup>1</sup>, Winnie Siu<sup>1,2</sup>, Nicholas Brousseau<sup>3</sup> au nom du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI)\*

## Résumé

**Contexte :** Depuis l'autorisation du palivizumab en 2002, des programmes de vaccination pour la prévention du virus respiratoire syncytial (VRS) chez les nourrissons ont été mis en place au Canada. Toutefois, ils ont été limités aux nourrissons présentant le risque le plus élevé de maladie grave due au VRS. L'autorisation de nouveaux produits d'immunisation passive pour prévenir le VRS, notamment un nouvel anticorps monoclonal (nirsevimab) et un vaccin administré pendant la grossesse (protéine F stabilisée en conformation préfusion contre le VRS [VRSPréF]), offre la possibilité de prévenir le VRS chez un plus grand nombre de nourrissons canadiens. L'objectif de cet article est de résumer les recommandations du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) sur la prévention du VRS chez les nourrissons.

**Méthodes :** Le CCNI a défini des questions clés relatives à ses politiques et a procédé à un examen et à une synthèse des données probantes. Et il a formulé des recommandations fondées sur des données probantes en tenant compte de la charge de morbidité à prévenir, de la sécurité et de l'efficacité des nouveaux produits d'immunisation, des données économiques et de l'éthique, de l'équité, de la faisabilité et de l'acceptabilité.

**Résultats :** Le nirsevimab et le VRSPréF protègent contre les conséquences graves de la maladie à VRS, en permettant d'éviter l'hospitalisation et l'admission en unité de soins intensifs. La protection offerte par le nirsevimab peut être légèrement plus élevée et durer plus longtemps que celle offerte par le VRSPréF. Le nirsevimab et le VRSPréF présentent également une fréquence comparable d'effets indésirables chez les personnes enceintes et les nourrissons. Le vaccin VRSPréF peut augmenter le risque d'effets indésirables locaux graves par rapport au placebo chez les récipiendaires enceintes. Lors des essais cliniques du VRSPréF, on a observé un déséquilibre dans les naissances prématurées tardives entre les receveurs du vaccin et ceux du placebo. On ne sait pas s'il existe une relation de cause à effet avec le vaccin; les données actuellement disponibles ne sont pas concluantes.

**Conclusion :** Sur la base de nouvelles données, le CCNI recommande de mettre en place un programme universel de vaccination contre le VRS pour tous les nourrissons. Actuellement, le nirsevimab est préféré au VRSPréF. Le programme peut être introduit par étapes en fonction de l'accès à l'offre, de la rentabilité et de l'accessibilité financière des options disponibles.

**Citation proposée :** Killikelly A, Siu W, Brousseau N au nom du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI). Résumé de la déclaration du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) sur la prévention du virus respiratoire syncytial (VRS) chez les nourrissons. *Relevé des maladies transmissibles au Canada* 2025;51(4):121–6. <https://doi.org/10.14745/ccdr.v51i04a01f>

**Mots-clés :** Comité consultatif national de l'immunisation, VRS, Canada, nourrissons, nirsevimab/BEYFORTUS, VRSPréF/ABRYSVO, directives vaccinales, immunisation passive, anticorps monoclonal

Cette oeuvre est mise à la disposition selon les termes de la licence internationale Creative Commons Attribution 4.0



## Affiliations

<sup>1</sup> Agence de la santé publique du Canada, Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses, Ottawa, ON

<sup>2</sup> École d'épidémiologie et de santé publique, Département de médecine, Université d'Ottawa, ON

<sup>3</sup> Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université Laval, Québec, QC

## \*Correspondance :

[naci-ccni@phac-aspc.gc.ca](mailto:naci-ccni@phac-aspc.gc.ca)



## Introduction

Le virus respiratoire syncytial (VRS) est l'un des virus respiratoires les plus fréquents chez les nourrissons et les jeunes enfants, dont la quasi-totalité est infectée avant l'âge de deux ans. Le VRS peut provoquer des maladies respiratoires graves chez les nourrissons, les jeunes enfants et les adultes plus âgés. Environ 1 % à 2 % des nourrissons seront hospitalisés au cours de leur première année de vie (1). Le VRS présente un profil d'activité saisonnier, les infections étant généralement plus fréquentes en hiver; on observe des variations dans le moment et l'ampleur du pic. Avant la pandémie de COVID-19, la saison du VRS dans la plupart du Canada s'étendait généralement de novembre à avril.

La maladie sévère à VRS est la plus fréquente chez les jeunes nourrissons au cours des premiers mois de leur vie. Bien que le risque de maladie grave à VRS soit plus élevé chez les nourrissons présentant certaines affections médicales, notamment celles liées à la prématurité, les nourrissons nés à terme représentent le plus grand nombre de nourrissons atteints d'une maladie grave à VRS. Les nourrissons souffrant de certaines affections médicales restent exposés au risque de maladie grave à VRS au cours de leur deuxième saison du virus.

Des programmes de vaccination pour la prévention du VRS chez les nourrissons sont disponibles au Canada depuis l'autorisation du palivizumab en 2002 (2,3); cependant, ces programmes sont limités aux nourrissons présentant le risque le plus élevé de maladie grave à VRS. Santé Canada a récemment autorisé deux vaccins, tous deux basés sur la protéine F stabilisée en conformation de préfusion contre le VRS (vaccin VRSpréf), pour protéger les adultes contre le VRS : Le nirsevimab (BEYFORTUS<sup>MC</sup>, Sanofi) est un anticorps monoclonal autorisé avec l'indication de protéger directement tous les nourrissons au cours de leur première saison de VRS et les enfants qui restent vulnérables à la maladie sévère causée par le VRS au cours de leur deuxième saison de VRS. Le vaccin VRSpréf (ABRYSVO<sup>MC</sup>, Pfizer) est un vaccin autorisé avec l'indication de protéger les nourrissons lors de leur première saison de VRS par le transfert passif d'anticorps maternels au fœtus par l'immunisation active d'une femme enceinte ou d'une personne enceinte entre 32 et 36 semaines de gestation.

Le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) fournit à l'Agence de la santé publique du Canada (l'Agence) des recommandations (4) concernant l'utilisation des vaccins et des produits d'immunisation contre le VRS, qui reflètent les données les plus récentes sur l'épidémiologie du VRS, les pratiques d'immunisation, ainsi que l'autorisation et la disponibilité des produits au Canada. Les recommandations tiennent également compte de l'éthique, de l'équité, des considérations de faisabilité et d'acceptabilité, ainsi que de l'analyse économique. Le CCNI a mis à jour ses conseils sur la prévention du VRS chez les nourrissons, à la suite de l'autorisation de nouveaux produits destinés à protéger les nourrissons contre le VRS. Ce travail a été

mené par le groupe de travail sur le VRS (GT VRS) et a impliqué une analyse et une évaluation approfondies de la littérature, ainsi que des discussions et des débats au niveau scientifique et au niveau de la pratique clinique.

## Méthodes

Le groupe de travail du CCNI sur le VRS a examiné les questions clés avant de procéder à l'examen et à la synthèse des données probantes. En tenant compte de la charge de morbidité à prévenir, de la charge de morbidité, de la sécurité, de l'efficacité, de l'éthique, de l'équité, de l'acceptabilité, de la faisabilité et des facteurs économiques, le GT VRS a proposé au CCNI des recommandations relatives à l'utilisation du vaccin. Toutes les preuves ont été examinées selon la méthodologie GRADE (*Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation*) et résumées dans des tableaux de preuves. Le CCNI a approuvé des recommandations spécifiques fondées sur des données probantes et a résumé le raisonnement et les considérations pertinentes dans la déclaration.

## Résultats

### Efficacité potentielle

Les données issues de trois essais contrôlés randomisés (ECR) (5–8) suggèrent que le nirsevimab permet de réduire les admissions en unité de soins intensifs (USI), les hospitalisations et les infections des voies respiratoires (IVR), toutes liées au VRS, et suivies médicalement chez les nourrissons qui entament leur première saison d'infection par ce virus. Chez les nourrissons considérés comme présentant un risque élevé et entrant dans leur première et deuxième saison de VRS, les données suggèrent que le nirsevimab entraîne probablement une réduction des admissions en USI associées au VRS, des hospitalisations associées au VRS et des IVR liées au VRS ayant fait l'objet d'une prise en charge médicale, par rapport au palivizumab. Cependant, les preuves de l'effet du nirsevimab sur la mortalité due au VRS chez les nourrissons étaient limitées.

Les résultats de deux ECR (9,10) suggèrent que le vaccin VRSpréf administré aux femmes et personnes enceintes entraîne une réduction des admissions en USI associées au VRS, des hospitalisations associées au VRS et des IVR liées au VRS et suivies médicalement chez les nourrissons qui entament leur première saison de VRS. Toutefois, les données disponibles sur l'effet du vaccin VRSpréf sur la mortalité due au VRS chez les nourrissons sont limitées. Aucune donnée n'est disponible sur l'efficacité ou l'innocuité de doses supplémentaires de VRSpréf administrées au cours de grossesses ultérieures.



Par rapport au palivizumab, le nirsevimab a une demi-vie plus longue et une efficacité protectrice comparable, voire meilleure (lorsque le nirsevimab a été comparé au palivizumab, l'efficacité potentielle du vaccin [EV] était de 53 %; [IC à 95 % : -279 %-94 %] à 150 jours pour l'infection des voies respiratoires attribuables au VRS avec hospitalisation). En outre, l'augmentation de la demi-vie prédite peut signifier que le nirsevimab doit être administré une fois par saison, alors que le palivizumab doit être administré une fois par mois.

Comparé au VRSPréF, le nirsevimab peut être légèrement plus efficace et offrir une durée de protection plus longue. L'examen des données disponibles issues des essais cliniques a démontré l'efficacité du virus VRSPréF pour la prévention de la maladie grave à VRS chez un nourrisson au cours des premiers mois de sa vie (EV de 57 %; IC de 99,17 % : 10 %-81 % à 180 jours pour les IVR attribuables au VRS avec hospitalisation). Les données disponibles pour le nirsevimab démontrent une efficacité vaccinale plus élevée pour une période potentiellement plus longue (EV de 81 %; IC à 95 % : 64 %-91 % à 150 jours pour les IVR attribuables au VRS avec hospitalisation).

### Innocuité

Les données suggèrent que chez les nourrissons qui entament leur première saison de VRS, le nirsevimab, à la suite de l'administration, n'est pas susceptible d'augmenter le risque de manifestations cliniques inhabituelles (MCI) systémiques et locales graves par rapport au placebo. Chez les nourrissons considérés comme présentant un risque élevé et entrant dans leur première et deuxième saison de VRS, le nirsevimab n'est pas susceptible d'augmenter le risque de MCI systémiques et locales graves par rapport au palivizumab. En outre, aucune différence significative n'a été observée en termes de MCI graves lorsque le nirsevimab a été comparé à un placebo ou au palivizumab.

Chez les femmes enceintes et personnes enceintes, le vaccin VRSPréF peut ne pas entraîner une augmentation des de MCI systémiques graves, mais peut augmenter le risque d'effets indésirables locaux graves par rapport au placebo. En ce qui concerne les effets potentiels sur le fœtus, lorsque VRSPréF est administré pendant la grossesse, le reçu n'entraîne pas d'augmentation des MCI systémiques graves par rapport au placebo chez les nourrissons qui entament leur première saison de VRS. Lorsque le VRSPréF est administré pendant la grossesse, la fréquence des MCI graves était comparable chez les femmes enceintes, ainsi que chez les nourrissons, qu'ils aient reçu le VRSPréF ou le placebo. Cependant, un déséquilibre a été observé dans les naissances prématurées entre les bénéficiaires du VRSPréF et ceux du placebo. On ne sait pas s'il existe une relation de cause à effet avec le vaccin; les données actuellement disponibles ne sont pas concluantes. Limiter l'administration du vaccin aux intervalles approuvés par Santé Canada entre 32 et 36 semaines d'âge gestationnel réduira le risque d'accouchement prématuré. Le CCNI continuera à surveiller les

données relatives à l'innocuité du vaccin VRSPréF et mettra à jour sa recommandation si nécessaire.

### Éthique, équité, faisabilité et acceptabilité

Lors de l'interprétation des tendances épidémiologiques pour éclairer les recommandations, il faut tenir compte des considérations d'équité, notamment la reconnaissance du fait que les preuves disponibles pour certaines populations sont limitées et peuvent être biaisées, par exemple, en raison de limitations systémiques dans les données disponibles pour les groupes racisés. Il convient de prendre en considération les divers contextes des communautés concernées par l'équité. Les groupes autochtones dans différents contextes (e.g., urbains, ruraux, dans les réserves, hors des réserves) sont un exemple de contextes diversifiés qui peuvent s'appliquer. Les transports médicaux complexes pour le traitement du VRS peuvent avoir une incidence disproportionnée sur la santé des nourrissons et perturber la communauté. Les situations de transport complexes comprennent des situations où la distance de transport peut être très longue (e.g., transport par ambulance terrestre sur plusieurs heures), mais aussi des distances plus courtes qui nécessitent un transport aérien ou d'autres transports ou stratégies complexes.

### Facteurs économiques

Le secrétariat du CCNI a procédé à des examens systématiques (11) et à une évaluation fondée sur de nouveaux modèles économiques (12) afin d'étayer la prise de décision concernant l'utilisation du nirsevimab et du VRSPréF pour la prévention du VRS chez les nourrissons. Les analyses économiques fondées sur des modèles ont montré qu'un programme de nirsevimab pour tous les nourrissons et un programme de VRSPréF pour toutes les femmes et personnes enceintes n'étaient pas rentables aux seuils de rentabilité couramment utilisés, même avec une durée de protection modélisée plus longue. Toutefois, les programmes qui limitent l'utilisation du nirsevimab aux personnes présentant un risque médical accru dû au VRS (défini comme une prématurité inférieure ou égale à 36<sup>6/7</sup> semaines d'âge gestationnel dans l'analyse économique) ou vivant dans des environnements où le taux d'hospitalisation pour cause de VRS et les coûts de santé sont plus élevés, ont été jugés rentables à un seuil de rentabilité de 50 000 dollars par année de survie ajustées pour la qualité de vie. L'administration de VRSPréF à toutes les femmes enceintes et aux personnes enceintes, associée à un programme de nirsevimab pour les personnes à haut risque, pourrait s'avérer rentable dans les régions où les taux d'hospitalisation pour cause de VRS et les coûts des soins de santé sont élevés.

## Discussion

### Recommandations

Compte tenu de la charge de morbidité importante que représente le VRS pour tous les nourrissons et de l'incidence du



VRS sur le système de santé canadien, le CCNI recommande de mettre en place un programme universel de vaccination contre le VRS pour tous les nourrissons. Actuellement, le nirsevimab est préféré au palivizumab et au vaccin VRSpréF. Le programme pourrait être déployé par étapes, en fonction de l'accès à l'offre, de la rentabilité et du caractère abordable des options disponibles.

Le CCNI recommande aux programmes de vaccination contre le VRS d'utiliser le nirsevimab pour prévenir les maladies graves dues au VRS. Les programmes peuvent se développer et s'étendre au fil du temps en fonction de l'accès à l'offre, de la rentabilité et de l'abordabilité des options disponibles. Le nirsevimab doit être utilisé en priorité chez les nourrissons dans le cas suivants.

### Priorité 1

- Aux nourrissons qui entament leur première saison du VRS ou qui sont nés au cours de celle-ci et qui présentent un risque accru de maladie sévère liée au VRS, notamment ceux qui sont nés à moins de 37 semaines d'âge gestationnel (tableau 1).
- Aux nourrissons qui entament leur deuxième saison du VRS ou qui sont nés au cours de celle-ci et qui présentent un risque accru de maladie sévère liée au VRS (tableau 1).
- Aux nourrissons qui entament leur première saison du VRS ou naissent au cours de celle-ci et dont le transport pour le traitement de la maladie sévère liée au VRS est complexe, ou dont le risque de maladie sévère liée au VRS concerne des déterminants sociaux et structurels de la santé comme ceux que connaissent certaines communautés autochtones parmi les populations des Premières Nations, des Métis et des Inuits.

### Priorité 2

- Si le prix du nirsevimab permet de rentabiliser ces programmes, le CCNI recommande d'envisager l'utilisation du nirsevimab pour tous les nourrissons de moins de 8 mois qui entament leur première saison d'infection par le VRS ou qui sont nés au cours de cette saison, dans le cadre de programmes de vaccination universelle visant à prévenir l'infection grave par le VRS.

Le CCNI recommande également de considérer le VRSpréF comme une décision individuelle prise par une femme enceinte ou personne enceinte, avec des renseignements provenant de son fournisseur de soins de grossesse, avant ou pendant : la saison du VRS, afin de prévenir la maladie grave du VRS chez leur nourrisson. À l'heure actuelle, le CCNI ne recommande pas de programme du vaccin VRSpréF. De nouvelles données et informations devraient apparaître au fil du temps et le CCNI réexaminera cette recommandation à l'avenir.

Pour l'administration du vaccin VRSpréF, il convient de tenir compte du moment de la gestation et du début de la saison du VRS. Par exemple, le VRSpréF pourrait être administré à partir de septembre pour protéger les nourrissons qui devraient naître pendant la saison du VRS en novembre, à condition que l'âge gestationnel soit de 32 semaines ou plus au moment de la vaccination.

Les peuples autochtones subissent une forte charge de morbidité due à des facteurs sociaux, environnementaux et économiques, enracinés dans l'histoire de la colonisation et du racisme systémique (i.e., l'iniquité structurelle); cette recommandation en faveur de l'administration du nirsevimab pour les nourrissons autochtones vise à remédier aux graves iniquités sanitaires existantes et à donner la priorité à une intervention pour les personnes qui ont été historiquement marginalisées et qui continuent de l'être. Les transports médicaux complexes pour le traitement du VRS peuvent avoir une incidence disproportionnée sur la santé des nourrissons et

**Tableau 1 : Définition des nourrissons présentant un risque accru de maladie sévère liée au VRS**

| Terme                                                                                                               | Définition                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nourrissons présentant un risque accru de maladie sévère liée au VRS durant leur première saison d'infection du VRS | Tous les enfants prématurés (i.e., nés à moins de 37 sAG)<br>Maladie pulmonaire chronique, y compris dysplasie broncho-pulmonaire, nécessitant une ventilation assistée continue, une oxygénothérapie ou un traitement pour maladie chronique au cours des 6 mois précédant le début de la saison du VRS<br>Fibrose kystique avec atteinte respiratoire et/ou retard de croissance<br>Cardiopathie chronique hémodynamiquement significative<br>Immunodéficience sévère<br>Anomalies congénitales sévères des voies respiratoires entravant l'évacuation des sécrétions respiratoires<br>Maladie neuromusculaire entravant l'évacuation des sécrétions respiratoires<br>Syndrome de Down |
| Nourrissons qui courent un risque accru continu de maladie sévère liée au VRS durant leur deuxième saison du VRS    | Toutes les personnes énumérées ci-dessus, à l'exception des nourrissons nés à moins de 37 sAG et des nourrissons atteints du syndrome de Down qui ne souffrent pas d'une autre maladie figurant sur cette liste                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

Abréviations : sAG, semaines d'âge gestationnel; VRS, virus respiratoire syncytial



perturber la communauté. Les situations de transport complexes comprennent celles où la distance de transport peut être très longue (e.g., transport par ambulance terrestre sur plusieurs heures), mais aussi des distances plus courtes qui nécessitent un transport aérien ou d'autres stratégies complexes.

### Limites

Les autorités sont encouragées à définir la saison du VRS et à administrer le nirsevimab en fonction de l'épidémiologie locale.

### Conclusion

Pour la prévention du VRS chez les nourrissons, le CCNI recommande de mettre en place un programme universel de vaccination contre le VRS pour tous les nourrissons. Le programme pourrait être déployé par étapes, en fonction de l'accès à l'offre, de la rentabilité et du caractère abordable des options disponibles. Le nirsevimab est préféré au palivizumab. Dans les contextes où la disponibilité du nirsevimab est limitée ou inexistante, le palivizumab doit être utilisé conformément aux recommandations du CCNI 2022 (3). Le nirsevimab est également préféré au VRSpréf. S'il est prévu que le nirsevimab soit administré à un nourrisson en bonne santé, il se peut que le VRSpréf pendant la grossesse n'apporte pas de bénéfice supplémentaire au nourrisson en bonne santé. Le CCNI réexaminera les preuves et les recommandations disponibles en cas de nouvelles données ou d'indications de produits.

### Déclaration des auteurs

A. K. — Rédaction de la version originale, rédaction–révision et édition

W. S. — Rédaction de la version originale, rédaction–révision et édition

N. B. — Rédaction–révision et édition

La *Déclaration sur la prévention de la maladie causée par le virus respiratoire syncytial chez les nourrissons* a été préparée par A. Killikelly, W. Siu, P. Doyon-Plourde, P. Davis, E. Abrams, G. Gebretekle, M. Yeung, A. Tuite et N. Brousseau, au nom du groupe de travail du CCNI sur le VRS, et a été approuvée par le CCNI.

### Intérêts concurrents

Aucun.

### Identifiants ORCID

Aucun.

### Remerciements

Le CCNI tient à remercier les personnes suivantes pour leur contribution : F. Crane, A. Cernat, S. Cortes-Kaplan, A. Howarth, C. Jensen, S. Lim, A. Roselli, M. Rudd, A. Simmons, A. Stevens, M. Salvadori, M. Tunis, K. Wilkinson, R. Ximenes, R. Yorke, K. Young, L. Zhao, le groupe de travail sur l'innocuité des vaccins, le Groupe consultatif en matière d'éthique en santé publique de Services aux Autochtones Canada.

#### Membres du Groupe de travail du CCNI sur le VRS :

N. Brousseau (président du groupe de travail), M. Andrew, A. Britton (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], États-Unis [É.-U.]), T. Bogler, S. Buchan, K. Campbell, M. Cao, E. Castillio, K. Fleming-Dutra (CDC, É.-U.), J. Jones (CDC, É.-U.), S. McNeil, M. Melgar, D. Money, D. Moore, J. Papenburg, V. Poliquin, E. Rafferty, J. Robinson et F. Schwarz.

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

**Anciens membres du CCNI :** S. Deeks (président).

**Représentants de liaison :** L. Bill/M. Nowgesic (Association canadienne des infirmières et infirmiers autochtones), L. M. Bucci (Association canadienne de santé publique), S. Buchan (Association canadienne pour la recherche et l'évaluation en immunisation [CAIRE]), 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 (CDC, É.-U.), D. Moore (Société canadienne de pédiatrie), M. Naus (Comité canadien d'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 préparation à l'immunisation [CPI], ASPC), P. Fandja (Direction des produits de santé commercialisés, Santé Canada [SC]), M. Lacroix (Groupe consultatif en matière d'éthique en santé publique, ASPC), M. Maher (Centre de surveillance de l'immunisation, ASPC), C. Pham (Direction des médicaments biologiques et radiopharmaceutiques, SC), M. Routledge (Laboratoire national de microbiologie, ASPC), M. Su (Épidémiologie et surveillance de la COVID-19, ASPC) et T. Wong (Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Services aux Autochtones Canada).

### Financement

Le travail du CCNI a été soutenu par l'Agence de la santé publique du Canada.



## Références

1. Abrams EM, Doyon-Plourde P, Davis P, Brousseau N, Irwin A, Siu W, Killikelly A. Fardeau de la maladie du virus respiratoire syncytial chez les nourrissons, les jeunes enfants et les femmes et personnes enceintes. *Relevé des maladies transmissibles au Canada* 2024;50(1/2):1–15. [DOI](#)
2. Moore D, Sinilaite A, Killikelly A, au nom du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI). « Sommaire de la mise à jour de la déclaration du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) sur l'utilisation recommandée du palivizumab pour réduire les complications de l'infection par le virus respiratoire syncytial chez les nourrissons ». *Relevé des maladies transmissibles au Canada* 2022;48(7/8):399–402. [DOI](#)
3. Comité consultatif national de l'immunisation. Utilisation recommandée du palivizumab pour réduire les complications de l'infection par le virus respiratoire syncytial chez les nourrissons. Ottawa, ON : ASPC; 2022. [Consulté le 1<sup>er</sup> juin 2022]. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vaccins-immunisation/palivizumab-infection-virus-respiratoire-syncytial-nourrissons.html>
4. Comité consultatif national de l'immunisation. Déclaration sur la prévention de la maladie causée par le virus respiratoire syncytial chez les nourrissons. Ottawa, ON : ASPC; 2024. [Consulté le 17 mai 2024]. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vaccins-immunisation/comite-consultatif-national-immunisation-declaration-prevention-maladie-virus-respiratoire-syncytial-nourrissons.html>
5. Griffin MP, Yuan Y, Takas T, Domachowske JB, Madhi SA, Manzoni P, Simões EA, Esser MT, Khan AA, Dubovsky F, Villafana T, DeVincenzo JP; Nirsevimab Study Group. Single-Dose Nirsevimab for Prevention of RSV in Preterm Infants. *N Engl J Med* 2020;383(5):415–25. [DOI PubMed](#)
6. AstraZeneca. BEYFORTUS (Nirsevimab) for the prevention of RSV lower respiratory tract disease in infants and children [briefing document for Antimicrobial Drugs Advisory Committee Meeting June 8, 2023]. FDA 2023. Table 8, Analysis Populations – Trial 04 and Study Trial 03; p.51. <https://www.fda.gov/media/169228/download>
7. Muller WJ, Madhi SA, Seoane Nuñez B, Baca Cots M, Bosheva M, Dagan R, Hammitt LL, Llapur CJ, Novoa JM, Saez Llorens X, Grenham A, Kelly EJ, Mankad VS, Shroff M, Takas T, Leach A, Villafana T; MELODY Study Group. Nirsevimab for Prevention of RSV in Term and Late-Preterm Infants. *N Engl J Med* 2023;388(16):1533–4. [DOI PubMed](#)
8. Domachowske J, Madhi SA, Simões EA, Atanasova V, Cabañas F, Furuno K, Garcia-Garcia ML, Grantina I, Nguyen KA, Brooks D, Chang Y, Leach A, Takas T, Yuan Y, Griffin MP, Mankad VS, Villafana T; MEDLEY Study Group. Safety of Nirsevimab for RSV in Infants with Heart or Lung Disease or Prematurity. *N Engl J Med* 2022;386(9):892–4. [DOI PubMed](#)
9. Simões EA, Center KJ, Tita AT, Swanson KA, Radley D, Houghton J, McGrory SB, Gomme E, Anderson M, Roberts JP, Scott DA, Jansen KU, Gruber WC, Dormitzer PR, Gurtman AC. Prefusion F Protein-Based Respiratory Syncytial Virus Immunization in Pregnancy. *N Engl J Med* 2022;386(17):1615–26. [DOI PubMed](#)
10. Kampmann B, Madhi SA, Munjal I, Simões EA, Pahud BA, Llapur C, Baker J, Pérez Marc G, Radley D, Shittu E, Glanternik J, Snaggs H, Baber J, Zachariah P, Barnabas SL, Fausett M, Adam T, Perreras N, Van Houten MA, Kantele A, Huang LM, Bont LJ, Otsuki T, Vargas SL, Gullam J, Tapiero B, Stein RT, Polack FP, Zar HJ, Staerke NB, Duron Padilla M, Richmond PC, Koury K, Schneider K, Kalinina EV, Cooper D, Jansen KU, Anderson AS, Swanson KA, Gruber WC, Gurtman A; MATISSE Study Group. Bivalent Prefusion F Vaccine in Pregnancy to Prevent RSV Illness in Infants. *N Engl J Med* 2023;388(16):1451–64. [DOI PubMed](#)
11. Comité consultatif national de l'immunisation Déclaration sur la prévention de la maladie causée par le virus respiratoire syncytial chez les nourrissons : Examen systématique supplémentaire des données probantes économiques. Ottawa, ON : ASPC; 2024. [Consulté le 17 mai 2024]. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vaccins-immunisation/comite-consultatif-national-immunisation-declaration-prevention-maladie-virus-respiratoire-syncytial-nourrissons-examen-systematique-supplementaire-evaluations-economiques.html>
12. Gebretekle GB, Yeung MW, Ximenes R, Cernat A, Simmons AE, Killikelly A, Siu W, Rafferty E, Brousseau N, Tunis M, Tuite AR. Cost-effectiveness of RSVpreF vaccine and nirsevimab for the prevention of respiratory syncytial virus disease in Canadian infants. *Vaccine* 2024;42(21):126164. [DOI PubMed](#)