



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

April Killikelly¹, Winnie Siu^{1,2}, Elissa M Abrams^{1,3,4}, Nicholas Brousseau⁵ au nom du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI)*

Résumé

Contexte : Le virus respiratoire syncytial (VRS) est un virus respiratoire courant. Outre les nourrissons, les personnes âgées ont un risque accru d'issues graves associées au VRS, en particulier les personnes d'âge avancé et celles souffrant de maladies chroniques. L'autorisation de trois vaccins, un pour les adultes de 50 ans et plus (Arexvy) et deux pour les adultes de 60 ans et plus (Abrysvo et mRESVIA), offre une protection contre le VRS pour les personnes âgées du Canada. Cet article résume les directives du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) sur la prévention du VRS chez les personnes âgées.

Méthodes : Le CCNI a défini des questions clés et a procédé à un examen et à une synthèse des données probantes pour trois nouveaux vaccins. En tenant compte du fardeau de la maladie à prévenir, de l'innocuité et de l'efficacité potentielle des nouveaux produits d'immunisation, des données probantes économiques et de l'éthique, de l'équité, de la faisabilité et de l'acceptabilité, le CCNI a formulé des recommandations fondées sur les données probantes.

Résultats : Les trois vaccins contre le VRS pourraient permettre une réduction comparable des hospitalisations liées au VRS et des infections des voies respiratoires (IVR) par le VRS avec consultation médicale chez les adultes de 60 ans et plus. Cependant, les données probantes sont limitées pour d'autres issues. Ces vaccins ont été bien tolérés dans les études cliniques, avec un profil d'innocuité acceptable chez les personnes âgées. La durée de la protection offerte par le vaccin contre le VRS n'est pas encore connue, et on ignore si la protection offerte par la vaccination peut être renforcée par des doses ultérieures de vaccin.

Conclusion : Selon les données probantes disponibles, le CCNI recommande des programmes de vaccination contre le VRS pour les adultes de 75 ans et plus, en particulier pour les personnes âgées souffrant de maladies chroniques et présentant un risque accru de maladie grave due au VRS. Le CCNI recommande également des programmes de vaccination contre le VRS pour les adultes de 60 ans et plus qui résident dans des maisons de retraite ou d'autres établissements de soins de courte durée. Le CCNI recommande que les vaccins contre le VRS soient envisagés comme une décision individuelle par les adultes de 50 à 74 ans, en consultation avec leur professionnel de la santé.

Citation proposée : Killikelly A, Siu W, Abrams EM, 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 personnes âgées. *Relevé des maladies transmissibles au Canada* 2025;51(8):316–21. <https://doi.org/10.14745/ccdr.v51i08a01f>

Mots-clés : Comité consultatif national de l'immunisation, VRS, personnes âgées, VRSpreF3/Arexvy, VRSpreF/Abrysvo, ARNm-1345/mRESVIA, vaccin

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



Affiliations

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

² École d'épidémiologie et de santé publique, Département de médecine, Université d'Ottawa, Ottawa, ON

³ Département de pédiatrie et de santé infantile, Département de pédiatrie; section sur les allergies et l'immunologie, Université du Manitoba, Winnipeg, MB

⁴ Département de pédiatrie, Division sur les allergies, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, BC

⁵ Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université Laval, Québec, QC

*Correspondance :

naci-ccni@phac-aspc.gc.ca



Introduction

Le virus respiratoire syncytial (VRS) est un virus respiratoire courant. Outre les nourrissons, les personnes âgées, en particulier celles d'un âge avancé et celles souffrant de maladies chroniques, telles que les maladies cardio-pulmonaires et l'immunodépression, présentent un risque plus élevé d'issues graves dues au VRS (1). Les patients qui résident dans des unités pour les maladies chroniques présentent un risque plus élevé d'issues cliniques graves, y compris le décès, que les patients vivant dans d'autres conditions au moment de leur admission à l'hôpital. L'infection primaire ne confère pas d'immunité protectrice contre les réinfections, qui se répètent tout au long de la vie et s'aggravent avec l'âge chez les personnes âgées. De plus, les adultes peuvent être exposés à un risque accru de maladie grave due au VRS en raison de facteurs qui se recoupent avec les déterminants sociaux de la santé.

Le VRS présente un profil d'activité saisonnier, les infections étant généralement plus fréquentes en hiver, avec des variations dans le moment et l'ampleur du pic. Avant la pandémie de COVID-19, la saison du VRS dans la majeure partie du Canada s'étendait généralement de novembre à avril.

Santé Canada a récemment autorisé trois produits immunisants contre le VRS basés sur la protéine F stabilisée en conformation de préfusion (vaccin VRSpreF). Un vaccin sans adjuvant, VRSpreF (Abrysvo, Pfizer), est autorisé avec une indication pour tous les adultes de 60 ans et plus. Cette formulation est également autorisée pour les femmes enceintes et les personnes enceintes ayant entre 32 et 36 semaines d'âge gestationnel (AG), afin de protéger les nourrissons contre le VRS. Un vaccin avec adjuvant AS01E, VRSpreF3 (Arexvy, GSK), est autorisé avec une indication pour tous les adultes de 60 ans et plus et pour les adultes à haut risque de VRS âgés de 50 à 59 ans. Autorisé pour tous les adultes de 60 ans et plus, le ARNm-1345 (mRESVIA, Moderna) délivre la protéine preF par le biais d'une plateforme d'ARNm.

Le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) fournit à l'Agence de la santé publique du Canada (l'Agence) des recommandations (2,3) concernant l'utilisation des vaccins et des produits d'immunisation contre le VRS, qui reflètent les données probantes les plus récentes sur l'épidémiologie du VRS, les issues cliniques (telles que l'immunogénicité, l'efficacité potentielle, l'efficacité réelle et l'innocuité), 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. L'élaboration de ces directives a été déclenchée par l'autorisation de nouveaux vaccins destinés à protéger les personnes âgées contre le VRS. Ce travail a été mené par le Groupe de travail (GT) sur le VRS du CCNI et impliquait 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 GT sur le VRS du CCNI a examiné les questions clés avant de procéder à l'examen et à la synthèse des données probantes. Le GT a proposé au CCNI des recommandations sur l'utilisation des vaccins en tenant compte du fardeau de la maladie à prévenir, de l'innocuité, de l'efficacité potentielle, de l'éthique, de l'équité, de l'acceptabilité, de la faisabilité et de l'économie. Toutes les données probantes ont été examinées selon la méthodologie GRADE (*Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation*) et résumées dans des tableaux de données probantes. Le CCNI a approuvé les recommandations fondées sur des données probantes et a résumé la justification et les considérations pertinentes dans la déclaration.

Résultats

Efficacité potentielle

Les données probantes suggèrent que les vaccins VRSpreF, VRSpreF3 et ARNm-1345 peuvent entraîner des réductions comparables des hospitalisations associées au VRS et des infections des voies respiratoires par le VRS avec consultation médicale chez les adultes de 60 ans et plus. Toutefois, les données probantes de l'effet de ces vaccins sur la mortalité attribuable au VRS et sur l'admission en unité de soins intensifs (USI) associée au VRS étaient limitées. Des populations plus importantes pourraient être nécessaires pour observer et évaluer ces issues cliniques graves. Comme il n'existe actuellement aucun essai comparatif entre ces produits, la comparaison entre les essais de vaccins contre le VRS pour différents produits présente des limites importantes en raison des différences dans la conception des essais, notamment en ce qui concerne les critères d'évaluation clinique et la durée du suivi.

Chez les adultes de 75 ans et plus, la protection contre l'infection des voies respiratoires liée au VRS avec consultation médicale allait de 49 % à 78 % environ (4,5). Chez les adultes de 75 ans et plus, la protection contre le décès, l'admission en USI et l'hospitalisation n'a pas pu être estimée en raison du manque de données provenant d'essais cliniques.

Chez les adultes de 60 ans et plus, la protection contre l'infection des voies respiratoires liée au VRS avec consultation médicale allait de 66 % à 86 % environ. Les limites des données n'ont pas permis d'estimer la protection contre le décès et l'admission en USI pour les adultes de 60 ans et plus. Notamment, les essais de vaccins ont été menés pendant les saisons du VRS où des mesures de santé publique étaient en place en raison de la pandémie de COVID-19. Ces mesures ont réduit la transmission des virus respiratoires, ce qui pourrait expliquer le faible taux de résultats associés au VRS observé dans les essais.

Les données des études suivant la mise en marché ont également montré l'efficacité réelle du VRSpreF3 et du VRSpreF



dans les études de phase IV. Les données d'efficacité réelle indiquent que la vaccination contre le VRS offre une protection contre les formes graves de la maladie. L'efficacité réelle du vaccin était comparable aux résultats des essais de la phase III, et aucune différence substantielle n'a été observée entre les produits.

La durée de la protection conférée par le vaccin contre le VRS est encore inconnue, et on ignore si des doses ultérieures de vaccin peuvent renforcer cette protection.

Discussion

Innocuité

Les vaccins contre le virus respiratoire syncytial ont été bien tolérés, avec un profil d'innocuité acceptable chez les personnes âgées. Dans les essais contrôlés randomisés, la plupart (plus de 95 %) des événements indésirables (ÉI) signalés étaient légers ou modérés. Les données probantes disponibles suggèrent que le vaccin VRSpreF peut entraîner une légère augmentation des ÉI locaux graves, et peu ou pas de différence dans les ÉI systémiques graves par rapport au placebo. Pour les vaccins VRSpreF3 et ARNm-1345, les données suggèrent que la vaccination entraîne une légère augmentation des ÉI locaux et systémiques graves par rapport au placebo.

Les premières données d'innocuité suivant la mise sur le marché provenant des États-Unis suggèrent une augmentation potentielle du taux de syndrome de Guillain-Barré (SGB) chez les adultes de 60 ans et plus après l'administration des vaccins VRSpreF ou VRSpreF3 (6,7). Toutefois, les données préliminaires actuellement disponibles sont sujettes à des limitations. Des analyses supplémentaires sont prévues pour mieux évaluer ce risque accru potentiel de SGB.

Éthique, équité, faisabilité et acceptabilité

Le CCNI a pris en compte les recommandations de vaccination contre le VRS basées sur l'âge, ainsi que sur le risque médical et social pour les personnes âgées. Une recommandation basée sur l'âge améliorerait à la fois l'équité et la faisabilité, car elle réduirait les obstacles à l'accès, par exemple en permettant la vaccination dans un plus grand nombre de contextes et en facilitant la détermination de l'admissibilité. Une recommandation basée sur l'âge permettrait également de prendre en compte les personnes dont l'affection médicale les expose à un risque accru de maladie grave causée par le VRS et qui n'ont pas été diagnostiquées. Toutefois, l'équité pourrait également être renforcée par une recommandation basée sur le risque, donnant ainsi la priorité aux personnes âgées présentant un risque accru de maladie grave.

Lors de l'interprétation des tendances épidémiologiques pour guider les recommandations, il faut tenir compte des considérations d'équité, notamment la reconnaissance du

fait que les données probantes 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 (urbains, ruraux, sur les réserves, hors des réserves) sont un exemple de contextes diversifiés qui peuvent s'appliquer.

Le CCNI reconnaît les problèmes de faisabilité liés à la différence de température de stockage du ARNm-1345, et soutient les administrations pour qu'elles prennent en compte ce facteur, ainsi que d'autres caractéristiques du vaccin, lors de la sélection des produits et de la conception des programmes.

Économie

Afin d'étayer la prise de décision concernant l'utilisation des vaccins pour la prévention du VRS chez les adultes, le CCNI a procédé à un examen systématique de la littérature (8), élaboré une évaluation économique fondée sur un nouveau modèle (9) et effectué une comparaison multimodèles (10). L'examen systématique a montré qu'en général, sans une réduction substantielle du prix des vaccins, l'utilisation des vaccins contre le VRS chez tous les adultes de 60 ans et plus ou de 65 ans et plus n'était pas susceptible d'être rentable aux seuils de coût/efficacité couramment utilisés. L'analyse économique fondée sur un modèle a montré que les stratégies de vaccination basées sur le risque médical pouvaient être rentables, l'âge limite pour une telle politique dépendant des hypothèses du modèle. Les stratégies de vaccination basées sur l'âge pourraient offrir un bénéfice net positif pour la santé par rapport à l'absence de vaccination. Toutefois, elles ne sont pas efficaces en termes de ressources par rapport aux stratégies basées sur le risque médical. Les résultats de la comparaison multimodèles étaient cohérents avec l'évaluation économique fondée sur le nouveau modèle. Sur la base des données d'efficacité potentielle du vaccin actuellement disponibles, le ARNm-1345 pourrait être moins rentable que d'autres vaccins autorisés contre le VRS. Si l'hypothèse d'une efficacité potentielle moins élevée pour le ARNm-1345 par rapport aux vaccins à sous-unités protéiques est exacte, un prix du vaccin moins élevé pour le ARNm-1345 réduirait la différence de rapport coût/efficacité. Cependant, les différences réelles d'efficacité potentielle restent incertaines.

Pour les personnes susceptibles de se faire vacciner en dehors d'un programme de santé publique, le CCNI recommande que les vaccins contre le VRS soient envisagés comme une décision individuelle par les adultes de 50 à 74 ans, en consultation avec leur professionnel de la santé. On ignore s'il y aura des doses de rappel ultérieures pour ces vaccins. Par conséquent, les personnes en bonne santé de moins de 75 ans peuvent envisager de discuter avec leur professionnel de la santé sur le report de la vaccination à un moment où elles pourraient être plus à risque. Si une personne de plus de 75 ans ne fait pas partie d'un programme financé par le secteur public, le CCNI



recommande la vaccination de ces personnes, en particulier pour les adultes présentant un risque accru de maladie grave causée par le VRS.

Le vaccin contre le VRS est administré de manière optimale juste avant le début de la saison du VRS. Les administrations sont encouragées à définir la saison du VRS et à administrer des vaccins contre le virus en fonction de l'épidémiologie locale (avant la pandémie de COVID-19, la saison du VRS s'étendait généralement de novembre à avril).

Limites

Les personnes âgées devant être protégées contre plusieurs maladies évitables par la vaccination, dont certaines sont saisonnières, l'administration concomitante d'un vaccin contre le VRS et d'autres vaccins pour adultes est acceptable et soutenue. Si possible, le vaccin contre le VRS doit être administré au moins six semaines avant ou après les vaccins non saisonniers, par exemple les vaccins contre le zona ou la diphtérie et le tétanos, afin d'éviter d'attribuer par inadvertance un EI d'un autre vaccin à celui contre le VRS ou l'inverse.

Recommandations

Le CCNI recommande des programmes de vaccination contre le VRS pour les adultes de 75 ans et plus, en particulier pour les personnes âgées souffrant de maladies chroniques et présentant un risque accru de maladie grave due au VRS. Les adultes souffrant de maladies chroniques et présentant un risque médical accru de maladie grave due au VRS sont indiqués dans la **liste 1**. Les populations autochtones peuvent être confrontées à un fardeau de la maladie disproportionné en raison de facteurs sociaux, environnementaux et économiques, enracinés dans l'histoire de la colonisation et du racisme systémique (i.e. l'iniquité structurelle). Dans les communautés des Premières Nations, des Métis et des Inuits, les décisions autonomes devraient être prises par les peuples autochtones avec le soutien des partenaires des soins de santé et de la santé publique.

Le CCNI recommande également des programmes de vaccination contre le VRS pour les adultes de 60 ans et plus qui résident dans des maisons de retraite ou d'autres établissements de soins de courte durée.

Conclusion

Le Comité consultatif national de l'immunisation recommande la vaccination contre le VRS aux adultes de 75 ans et plus et aux adultes de 60 ans et plus vivant dans des établissements de soins de longue durée. La vaccination contre le virus respiratoire syncytial est particulièrement recommandée pour les adultes présentant un risque accru d'infection à VRS. Le CCNI poursuivra la surveillance des données probantes supplémentaires, suivant leur disponibilité, sur le fardeau de la maladie du VRS et sur l'efficacité potentielle et l'innocuité du vaccin contre le VRS dans les groupes d'âge plus jeunes.

Liste 1 : Affections médicales chroniques importantes d'un point de vue clinique et pour lesquelles la vaccination contre le virus syncytial respiratoire est particulièrement importante

- Troubles cardiaques ou pulmonaires (y compris la maladie respiratoire obstructive, l'asthme, la fibrose kystique et les affections ayant une incidence sur la capacité à éliminer les sécrétions des voies respiratoires)
- Diabète sucré et autres maladies métaboliques
- Déficit immunitaire modéré et sévère (voir la [liste des états d'immunodépression établie pour la COVID-19](#))
- Maladie rénale chronique
- Maladie hépatique chronique
- Affections neurologiques ou neurodéveloppementales (y compris les affections neuromusculaires, neurovasculaires, neurodégénératives [e.g., la démence], neurodéveloppementales et les troubles épileptiques, à l'exclusion des migraines et des affections psychiatriques sans affections neurologiques)
- Obésité de classe 3 (définie par un IMC de 40 kg/m² et plus)

Abréviation : IMC, Indice de masse corporelle

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

E. A. — Rédaction, révision et édition

N. B. — Rédaction, révision et édition

Intérêts concurrents

Aucun.

Identifiants ORCID

April Killikelly — [0009-0001-1842-2338](#)

Winnie Siu — [0009-0001-5772-1509](#)

Elissa M Abrams — [0000-0003-3433-1986](#)

Nicholas Brousseau — [0000-0001-6042-3177](#)

Remerciements

Le CCNI remercie vivement 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 et le Groupe de travail sur les maladies évitables par la vaccination de Services aux Autochtones Canada.



Membres du Groupe de travail sur le VRS du CCNI :

N. Brousseau (président), 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.), D. Moulia (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 (présidente), V. Dubey (vice-présidente), 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 (présidente).

Représentants de liaison : L. Bill (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.), M. McIntyre (Association des infirmières et infirmiers du Canada), D. Moore (Société canadienne de pédiatrie), M. Naus (Comité canadien d’immunisation), M. Nowgesic (Association canadienne des infirmières et infirmiers autochtones) 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, Agence de la santé publique du Canada [ASPC]), P. Fandja (Direction des produits de santé commercialisés, Santé Canada [SC]), M. Lacroix (Groupe consultatif en matière d’éthique en santé publique, ASPC), C. Pham (Direction des médicaments biologiques et radiopharmaceutiques, SC), S. Ogunnaike-Cooke (Centre pour la surveillance et les programmes d’immunisation, ASPC), 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 E, Doyon-Plourde P, Davis P, Lee L, Rahal A, Brousseau N. Burden of disease of respiratory syncytial virus in older adults and adults considered at high risk of severe infection. medRxiv. 2024. DOI PubMed
2. Agence de la santé publique du Canada. Comité consultatif national de l’immunisation. Déclaration sur la prévention de la maladie causée par le virus respiratoire syncytial chez les personnes âgées. Ottawa, ON : ASPC; 2024. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vaccins-immunisation/comite-consultatif-national-immunisation-declaration-prevention-maladie-vrs-personnes-agees.html>
3. Agence de la santé publique du Canada. Directives mises à jour sur les vaccins contre le virus respiratoire syncytial (VRS) chez les personnes âgées, y compris l’utilisation élargie du VRSPref3 chez les individus de 50 à 59 ans et l’utilisation du nouveau vaccin ARNm-1345. Ottawa, ON : ASPC; 2025. [Consulté le 6 mai 2025]. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vaccins-immunisation/comite-consultatif-national-immunisation-declaration-directives-mises-jour-vaccins-contre-vrs-personnes-agees-compris-utilisation-elargie-vrspref3-individus-50-59-ans-utilisation-nouveau-vaccin-arnm-1345.html>
4. Walsh EE, Pérez Marc G, Zareba AM, Falsey AR, Jiang Q, Patton M, Polack FP, Llapur C, Doreski PA, Ilangovan K, Rämets M, Fukushima Y, Hussen N, Bont LJ, Cardona J, DeHaan E, Castillo Villa G, Ingilizova M, Eiras D, Mikati T, Shah RN, Schneider K, Cooper D, Koury K, Lino MM, Anderson AS, Jansen KU, Swanson KA, Gurtman A, Gruber WC, Schmoele-Thoma B; RENOIR Clinical Trial Group. Efficacy and safety of a bivalent RSV prefusion F vaccine in older adults. N Engl J Med 2023;388(16):1465–77. DOI PubMed
5. Papi A, Ison MG, Langley JM, Lee DG, Leroux-Roels I, Martinon-Torres F, Schwarz TF, van Zyl-Smit RN, Campora L, Dezutter N, de Schrevel N, Fissette L, David MP, Van der Wielen M, Kostanyan L, Hulstrøm V; AReSVi-006 Study Group. Respiratory syncytial virus prefusion F protein vaccine in older adults. N Engl J Med 2023;388(7):595–608. DOI PubMed
6. Shimabukuro T, editor. Post-licensure safety monitoring of respiratory syncytial virus (RSV) vaccines in adults aged ≥60 years. Slides presented at the Advisory Committee on Immunization Practices meeting on February 29, 2024.



- Lloyd P, editor. Preliminary analysis of Guillain-Barré syndrome (GBS) following RSV vaccination among adults 65 years and older. Slides presented at the Advisory Committee on Immunization Practices meeting on February 29, 2024.
- Crawford R, Bailey S, Cornelissen T. CADTH health technology review: cost-effectiveness of respiratory syncytial virus vaccines for adults. Can J Health Technol 2024;4(2). [DOI](#)
- Tuite A, Simmons A, Rudd M, Cernat A, Gebretekle G, Yeung M. Respiratory syncytial virus vaccination strategies for older Canadian adults: a cost-utility analysis. medRxiv. 2024. [DOI PubMed](#)
- Rudd M, Simmons A, Gebretekle G, Tuite A. Cost-effectiveness of respiratory syncytial virus vaccination strategies for older Canadian adults: A multi-model comparison. medRxiv. 2024. [DOI](#)

Recevez le **RMTC** dans votre boîte courriel

- Connaître les tendances
- Recevoir les directives en matière de dépistage
- Être à l'affût des nouveaux vaccins
- Apprendre sur les infections émergentes
- Recevoir la table des matières directement dans votre boîte courriel

ABONNEZ-VOUS AUJOURD'HUI

Recherche web : RMTC+abonnez-vous

