

Vaccination contre la COVID-19 : Recommandations pour l'automne 2024

AVIS SCIENTIFIQUE INTÉRIMAIRE – COMITÉ SUR L'IMMUNISATION DU QUÉBEC

AVIS ET RECOMMANDATIONS

MAI 2024

SOMMAIRE

Contexte et objectifs	3
Fardeau des hospitalisations et des décès attribuables à la COVID-19	4
Efficacité des vaccins contre la COVID-19	5
Coût-efficacité des campagnes de vaccination contre la COVID-19	6
Innocuité des doses de rappel de vaccin contre la COVID-19	6
Acceptabilité de doses de vaccin additionnelles contre la COVID-19	7
Conformité avec les recommandations nationales et internationales	8
Autorisation du vaccin à protéines recombinantes Nuvaxovid XBB.1.5	8
Recommandations	9
Références	11

AVANT-PROPOS

L'Institut national de santé publique du Québec est le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux dans sa mission de santé publique. L'Institut a également comme mission, dans la mesure déterminée par le mandat que lui confie le ministre, de soutenir Santé Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et les établissements, dans l'exercice de leur mission de santé publique.

La collection *Avis et recommandations* rassemble sous une même bannière une variété de productions scientifiques qui apprécient les meilleures connaissances scientifiques disponibles et y ajoutent une analyse contextualisée recourant à divers critères et à des délibérations pour formuler des recommandations.

Le présent avis scientifique porte sur la vaccination contre la COVID-19. Il fournit des recommandations sur la vaccination à l'automne 2024 et met à jour les recommandations pour le vaccin à protéines recombinantes Nuvaxovid. Il a été élaboré par le Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ).

Ce document s'adresse au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, de même qu'aux professionnels et gestionnaires des équipes de vaccination des établissements de santé.

FAITS SAILLANTS

- Le présent avis vise à émettre des recommandations sur la vaccination contre la COVID-19 à l'automne 2024 au Québec et de mettre à jour les recommandations concernant l'utilisation du vaccin à protéines recombinantes Nuvaxovid.
- La probabilité de faire une COVID-19 grave menant à l'hospitalisation est beaucoup plus élevée chez les personnes plus âgées. La présence de certaines maladies chroniques augmente aussi ce risque.
- Au Québec, des analyses préliminaires ont évalué l'efficacité du vaccin XBB.1.5 administré durant la campagne d'automne 2023 chez les personnes de 60 ans et plus. Ces dernières avaient une protection relative de 43 % par rapport aux personnes ayant uniquement reçu une dose de rappel du vaccin monovalent ou bivalent durant la campagne d'automne 2022.
- **Le Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ) recommande une dose de vaccin contre la COVID-19 à l'automne 2024 pour les mêmes groupes ayant fait l'objet d'une recommandation de vaccination l'année précédente (automne 2023) :**
 - Personnes résidant en CHSLD, en RPA ou vivant dans d'autres milieux collectifs comportant une proportion élevée de personnes âgées et vulnérables;
 - Personnes âgées de 60 ans et plus;
 - Personnes immunodéprimées, dialysées ou vivant avec une maladie chronique âgées de six mois ou plus;
 - Personnes enceintes;
 - Travailleurs de la santé;
 - Adultes vivant en région éloignée ou isolée, après discussion avec les autorités de santé publique et les représentants des communautés.
- **Pour cette campagne de vaccination de l'automne 2024, le CIQ recommande également :**
 - d'attendre la disponibilité d'un vaccin mieux adapté aux souches en circulation et de considérer offrir la vaccination contre la COVID-19 en même temps que celle contre la grippe;
 - de retirer la recommandation préférentielle pour les vaccins à ARN messager par rapport au vaccin Nuvaxovid à protéines recombinantes. Les deux types de vaccin pourraient être offerts. Le CIQ recommande cependant de choisir le vaccin offrant une protection contre les variants les plus près de ceux en circulation;
 - d'utiliser le même calendrier pour le vaccin Nuvaxovid et pour les vaccins à ARNm, incluant pour la série primaire.

1 CONTEXTE ET OBJECTIFS

Depuis l'arrivée des vaccins visant à combattre la pandémie de COVID-19 causée par le virus SRAS-CoV-2, l'objectif premier du programme de vaccination a été de réduire les hospitalisations et les décès dus à cette maladie et de protéger le fonctionnement du système de santé(1). À la suite de la vaccination initiale contre la COVID-19 qui a principalement eu lieu au début de l'année 2021, des doses additionnelles de vaccin ont été recommandées à certains groupes à risque élevé de complications puisque la protection vaccinale contre les infections graves s'effritait avec le temps. La pertinence de telles doses additionnelles est évaluée périodiquement, car la saisonnalité du SRAS-CoV-2 n'est pas bien comprise et la pertinence d'un programme de routine à intervalles réguliers n'est pas clairement établie.

Plus spécifiquement, une première dose de rappel avec un vaccin à ARN messager (ARNm) a été recommandée à la fin de l'année 2021, à la suite de l'émergence du variant Omicron BA.1(2). Un second rappel a été proposé au printemps 2022 lors de la circulation du variant BA.2. À l'automne 2022, lors de la circulation du variant BA.4/5, une nouvelle dose de vaccin a été proposée. Pour cette dernière, des vaccins bivalents à ARNm contenant la souche ancestrale (Wuhan) et une souche Omicron étaient alors disponibles. Une autre dose a été offerte au printemps 2023, avec le même vaccin bivalent, lors de la circulation du variant XBB.1.5(3). Par la suite, un vaccin monovalent à ARNm ciblant la souche XBB.1.5 a été développé puis autorisé par Santé Canada, et ce produit a été offert lors de la campagne de l'automne 2023 alors que des descendants de ce variant étaient en circulation (EG.5 et HV.1), puis remplacés par le variant JN.1(4). Une campagne plus ciblée avec ce même vaccin XBB.1.5 a été recommandée au printemps 2024(5). Il est anticipé qu'un vaccin mieux adapté aux souches de SRAS-CoV-2 en circulation soit approuvé d'ici l'automne 2024, ce qui rend nécessaire l'élaboration de recommandations concernant son utilisation.

Par ailleurs, une version du vaccin à protéines recombinantes Nuvaxovid (Novavax) ciblant la souche XBB.1.5 a été développée, puis autorisée le 5 décembre 2023 pour les personnes de 12 ans et plus. La disponibilité d'un vaccin à protéines recombinantes mieux adapté aux souches de SRAS-CoV-2 en circulation implique de mettre à jour les recommandations concernant l'utilisation de ce vaccin.

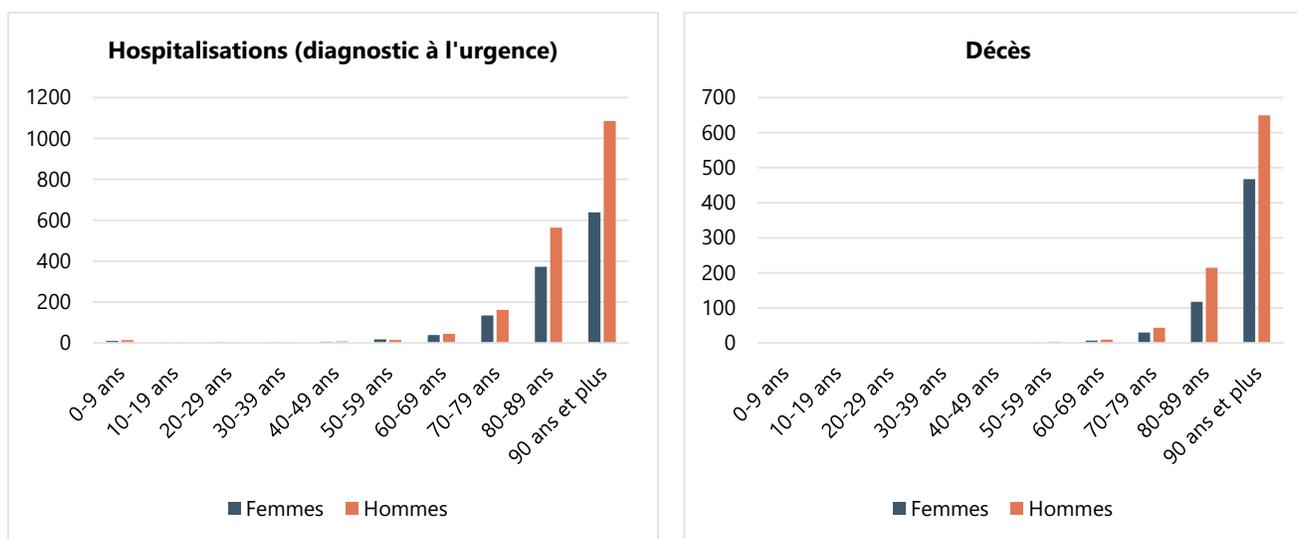
Le présent avis vise à émettre des recommandations sur la vaccination contre la COVID-19 à l'automne 2024 et de mettre à jour les recommandations concernant l'utilisation du vaccin à protéines recombinantes Nuvaxovid. Il a été élaboré notamment à partir des données québécoises sur le fardeau de la COVID-19, l'efficacité des vaccins utilisés et les couvertures vaccinales (CV) lors de la dernière campagne automnale, de même que des synthèses de la littérature fournies par différents groupes d'experts en vaccination.

2 FARDEAU DES HOSPITALISATIONS ET DES DÉCÈS ATTRIBUABLES À LA COVID-19

La probabilité de faire une COVID-19 grave menant à l'hospitalisation est beaucoup plus élevée chez les personnes plus âgées. Cela est lié non seulement au fait que leur risque de base est accru, mais aussi qu'elles sont plus nombreuses à ne jamais avoir fait la COVID-19. En décembre 2023, plus de 80 % des Britanno-Colombiens avaient des d'anticorps contre une infection à SRAS-CoV-2, mais cette proportion était plus faible à 69 % chez les personnes de 70 à 79 ans et à 66 % chez les personnes de 80 ans et plus(6). Les personnes n'ayant jamais fait la COVID-19 sont plus susceptibles de développer des complications à la suite de leur première infection par le SRAS-CoV-2, et ce, malgré une bonne couverture vaccinale puisque l'efficacité du vaccin tend à diminuer après un certain nombre de mois, en particulier lorsque de nouveaux variants plus éloignés de la souche vaccinale émergent.

Durant la saison 2023-2024 au Québec, comme pour les saisons précédentes, le taux de décès liés à la COVID-19 s'accroissait de façon exponentielle avec l'âge. Une augmentation était observée à partir de l'âge de 60 ans alors que la mortalité devenait élevée à partir de l'âge de 80 ans (figure 1)(7). Le taux d'hospitalisation augmentait aussi de façon exponentielle à partir de l'âge de 60 ans et était très élevé chez les personnes de 80 ans et plus (figure 1).

Figure 1 Taux d'hospitalisation et de mortalité (pour 100 000) liés à la COVID-19 au Québec selon le groupe d'âge, 27 août 2023 au 13 mars 2024(8)



Bien que l'âge soit le principal facteur de risque de complications de la COVID-19, la présence de certaines maladies chroniques augmente aussi ce risque. Dans une étude québécoise, le taux de décès dus à la COVID-19 était trois à neuf fois plus élevé chez une personne avec au moins une maladie chronique comparativement à une personne du même âge sans maladie chronique(9).

3 EFFICACITÉ DES VACCINS CONTRE LA COVID-19

Les études publiées sur l'efficacité des vaccins ciblant le variant XBB.1.5, utilisés depuis l'automne 2023, incluent uniquement des personnes suivies durant une courte période après leur vaccination contre la COVID-19 (< 4 mois). Il est encore trop tôt pour tirer des conclusions définitives sur la durée d'efficacité de cette vaccination et sur l'impact des variants émergents. Les données disponibles montrent cependant une bonne protection à court terme à la suite de la vaccination. Au Canada, le réseau *Sentinel Practitioner Surveillance Network* (SPSN) a estimé que les vaccins à ARNm XBB.1.5 réduisaient de 47 % le risque de consultation médicale due à la COVID-19(10). La réduction relative du risque était plus élevée (67 %) chez les personnes ayant rapporté une infection au SRAS-CoV-2 dans le passé. Aux États-Unis, une protection semblable d'environ 50 % contre la maladie symptomatique ou les consultations à l'urgence a été estimée(11,12).

En ce qui concerne l'efficacité des vaccins XBB.1.5 contre une hospitalisation liée à la COVID-19, des études initiales provenant du Danemark, des Pays-Bas et des États-Unis, avec une durée de suivi très brève, l'ont estimée à environ 70 % à court terme(13–15). Des études cas-témoins récentes aux États-Unis (*IVY Network* et *VISION Network*, septembre 2023 à janvier 2024), ont quant à elles conclu à une efficacité d'environ 50 % du vaccin monovalent XBB.1.5 à prévenir une hospitalisation causée par la COVID-19 chez les personnes de 65 ans et plus(16).

Au Québec, des analyses préliminaires (non publiées) ont évalué l'efficacité du vaccin XBB.1.5 administré durant la campagne d'automne 2023 chez les personnes de 60 ans et plus. Une étude cas-témoins test négatif a comparé le statut vaccinal des personnes qui ont eu une hospitalisation liée à la COVID-19 avec celles qui ont eu un test négatif dans un milieu de soins aigu en raison de symptômes compatibles avec la COVID-19. Les personnes de 60 ans et plus vaccinées avec une dose de rappel XBB.1.5 avaient une protection relative de 43 % (IC à 95 %, 37-49) par rapport aux personnes ayant uniquement reçu une dose de rappel du vaccin monovalent ou bivalent durant la campagne d'automne 2022 (entre juillet et décembre). L'efficacité était de 57 % (IC à 95 %, 47-65) dans la période de circulation des variants XBB.1.5 / EG.5 (semaines 44 à 48/2023) et diminuait à 29 % (IC à 95 %, 18-39) dans la période de circulation dominante de JN.1 (semaines 52/2023 à 9/2004). L'analyse selon le temps depuis la vaccination XBB.1.5 n'a pas montré une perte de protection avec le temps pendant les deux mois de suivi dans la période XBB.1.5 / EG.5 (57 % 7-29 jours après la vaccination et 56 % 30-59 jours après la vaccination) ou pendant les quatre mois de suivi dans la période JN.1 (36 % moins d'un mois après la vaccination et 33 % trois mois après la vaccination). Des analyses restreintes aux personnes ayant des épisodes documentés d'infection antérieure par le SRAS-CoV-2 ont aussi montré une efficacité relative avec la vaccination (46 %; IC à 95 %, 32-56), mais avec une diminution de cette protection relative durant la période JN.1 (22 %). Aucune efficacité n'était observée si le vaccin était administré moins de six mois après une infection par le SRAS-CoV-2 (-14 %; IC à 95 %, -87-31).

Il est par ailleurs d'intérêt de documenter la protection conférée par une infection antérieure au SRAS-CoV-2 dans le contexte de circulation de nouveaux variants. Au Qatar, une étude récente s'est penchée sur la protection associée à une infection récente au SRAS-CoV-2 contre une réinfection par le variant JN.1, entre décembre 2023 et février 2024. Une infection au SRAS-CoV-2 il y a 3 à 5 mois était très efficace contre une réinfection à JN.1 (82 %; IC95 %, 41-95), mais la protection diminuait rapidement lorsque le délai depuis l'infection antérieure dépassait 6 mois (6-8 mois, 51 %; 9-11 mois 18 %)(17).

D'ici l'automne 2024, il est prévu que de nouvelles versions des vaccins contre la COVID-19, ciblant une ou des souches plus près de celles actuellement en circulation, soient développées et autorisées. Il reste impossible de prédire le niveau d'efficacité qu'auront ces futurs vaccins. L'évolution du SRAS-CoV-2 est imprévisible et le niveau d'efficacité des vaccins dépendra notamment de l'évolution du SRAS-CoV-2 d'ici l'automne 2024 et l'hiver 2025. En date du 13 mars 2024, le variant JN.1 était largement majoritaire au Québec et au Canada(7).

4 COÛT-EFFICACITÉ DES CAMPAGNES DE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

En Angleterre, une étude de coût-efficacité a été faite pour orienter les recommandations liées à la campagne de vaccination contre la COVID-19 de l'automne 2023(18). Il a été conclu qu'une campagne automnale serait coût-efficace pour les personnes de 65 ans et plus, les personnes de 45 ans et plus vivant avec une maladie chronique et les personnes de 15 ans et plus immunodéprimées. Une étude de coût-efficacité a également été produite aux États-Unis en amont de la campagne de l'automne 2023. Un programme de vaccination était jugé coût-efficace pour les personnes de 65 ans et plus et celles de 50 à 64 ans, mais pas pour les personnes de moins de 50 ans(19). Il est à noter que seule une analyse par groupe d'âge était disponible pour l'étude américaine, sans stratification pour la présence ou non de maladies chroniques au sein d'un même groupe d'âge.

Au niveau canadien, il est attendu que les doses de vaccin contre la COVID-19 soient fournies par le gouvernement fédéral jusqu'à la fin de 2024, ce qui inclut la campagne de vaccination à venir. Il est prévu que chaque province ait à acheter ses propres vaccins contre la COVID-19 à partir de 2025.

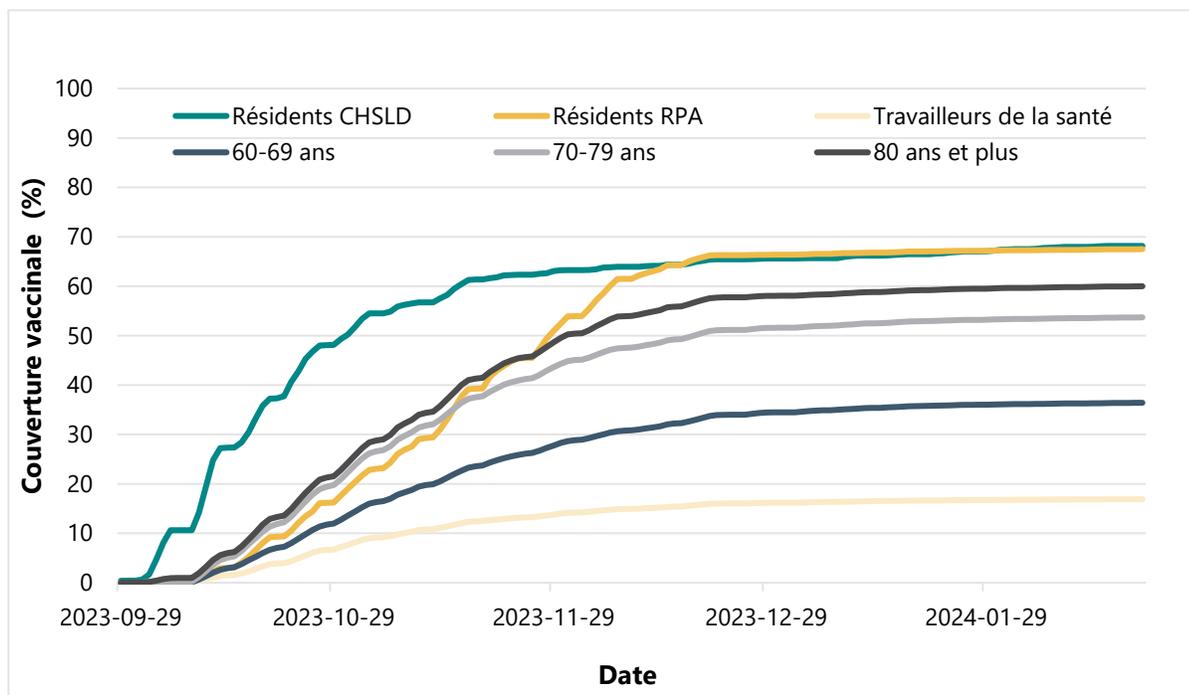
5 INNOCUITÉ DES DOSES DE RAPPEL DE VACCIN CONTRE LA COVID-19

Jusqu'à présent, le profil d'innocuité des doses de rappel de vaccins contre la COVID-19 est très favorable. Aucun nouvel enjeu de sécurité n'a été identifié lors de la présente campagne d'immunisation utilisant les vaccins à ARNm XBB.1.5. La surveillance en continu de l'innocuité des vaccins contre la COVID-19 se poursuit au Québec et ailleurs dans le monde, avec des systèmes de surveillance variés.

6 ACCEPTABILITÉ DE DOSES DE VACCIN ADDITIONNELLES CONTRE LA COVID-19

L'analyse de la CV dans le cadre de la campagne de vaccination de l'automne 2023 peut être utile à l'évaluation de l'acceptabilité d'une éventuelle campagne à l'automne 2024. Pour l'automne 2023, le CIQ a recommandé une dose de vaccin à ARNm monovalent XBB.1.5 contre la COVID-19 pour toutes les personnes à risque élevé de complications, incluant les résidents de Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et de Résidences pour aînés (RPA), les personnes de 60 ans et plus et les personnes plus jeunes vivant avec une maladie chronique, ainsi que pour les travailleurs de la santé, indépendamment des antécédents d'infection au SRAS-CoV-2. La campagne de vaccination a officiellement débuté au Québec le 2 octobre 2023 en CHSLD et le 10 octobre 2023 pour la population générale. En date du 20 février 2024, la CV avec au moins une dose de vaccin monovalent XBB 1.5 a été estimée à environ 68 % autant pour les résidents en CHSLD que ceux en RPA. Les CV étaient de 37 % chez les 60-69 ans, 54 % chez les 70-79 ans et 60 % chez les 80 ans et plus. On remarque une CV plus élevée au sein des groupes les plus à risque de complications de la COVID-19. Par ailleurs, l'intervalle recommandé entre cette vaccination et la dose précédente ou l'infection a pu influencer le nombre de personnes admissibles à cette vaccination, ce qui entraîne une sous-estimation du niveau de protection réelle.

Figure 2 Couverture vaccinale, au moins une dose de vaccin monovalent XBB.1.15 contre la COVID-19 reçue depuis le 29 septembre 2023, en date du 20 février 2024



Source : Registre de vaccination du Québec.

Il est à noter qu'au Québec et ailleurs, les campagnes de vaccination automnales contre la COVID-19 ciblent une population plus large que les campagnes printanières. Cela s'explique notamment par le fait qu'un nouveau vaccin est normalement disponible à l'automne (ex. vaccin monovalent XBB.1.5 à l'automne 2023). De plus, la vaccination de l'automne permet d'offrir une protection en vue des mois où le SRAS-CoV-2 est susceptible de circuler plus largement et où le risque d'infection est plus élevé, comme pour les autres virus respiratoires.

7 CONFORMITÉ AVEC LES RECOMMANDATIONS NATIONALES ET INTERNATIONALES

Aucune juridiction n'a fourni, à notre connaissance, ses recommandations spécifiques pour la vaccination de l'automne 2024. Pour la vaccination de l'automne 2023, plusieurs organisations ont proposé un programme ciblant les personnes à risque élevé, le plus souvent les personnes de 65 ans et plus ainsi que les personnes vivant avec une maladie chronique(18). Ces juridictions incluent entre autres le Royaume-Uni, la France, l'Allemagne, la Norvège, la Suède et le Danemark. Aux États-Unis, à l'automne 2023 une dose de vaccin a été recommandée à toute la population de six mois ou plus(20). Au Canada, le Comité consultatif national de l'immunisation a aussi recommandé une dose de rappel à tous, mais a spécifié que cette vaccination était particulièrement importante pour les personnes de 65 ans et plus et les personnes vivant avec une maladie chronique(21).

8 AUTORISATION DU VACCIN À PROTÉINES RECOMBINANTES NUVAXOVID XBB.1.5

Le 5 décembre 2023, une version du vaccin à protéines recombinantes Nuvaxovid ciblant le variant XBB.1.5 a été autorisée, par Santé Canada, pour les personnes de 12 ans et plus(22). Avant cette date, seul le vaccin Nuvaxovid d'origine ciblant la souche initiale de SRAS-CoV-2 était disponible.

Une particularité de cette autorisation concerne le calendrier à utiliser pour les personnes non vaccinées. Santé Canada, tout comme la *Food and Drug Administration* aux États-Unis, a autorisé le Nuvaxovid XBB.1.5 avec un calendrier à deux doses chez les non-vaccinés, ce qui diffère du calendrier des vaccins à ARNm qui prévoit une seule dose pour les personnes non vaccinées. Cela est en lien avec une étude de non-infériorité comparant l'administration de deux doses de la version originale du Nuvaxovid chez des personnes sans infection antérieure avec l'administration d'une dose chez des personnes avec infection antérieure au SRAS-CoV-2. Dans cette étude, les concentrations moyennes géométriques étaient plus élevées après deux doses de vaccin chez les personnes sans infection antérieure qu'après une seule dose chez des personnes avec infection antérieure. Cependant, dans les deux groupes, l'augmentation des concentrations d'anticorps était très élevée par rapport aux concentrations avant la vaccination.

Des travaux menés par la compagnie Novavax, incluant la conversion des titres obtenus pour les comparer à d'autres vaccins, ont mené à la conclusion qu'une seule dose de Nuvaxovid induisait des titres d'anticorps comparables à ceux obtenus après une seule dose du vaccin à ARNm Spikevax^{MD} chez les personnes avec infection antérieure au SRAS-CoV-2(23). La conclusion était la même pour les personnes sans infection antérieure ayant reçu deux doses de Spikevax^{MD} ou de Nuvaxovid. Dans ce

contexte, d'autres organismes de réglementation comme le *European Medicines Agency* ont autorisé le Nuvaxovid XBB.1.5 avec un calendrier à une seule dose en série primaire, ce qui est identique au calendrier de vaccination pour les vaccins à ARNm.

Par ailleurs, l'autorisation d'un vaccin à protéines recombinantes ciblant le même variant que les vaccins à ARNm remet en question la recommandation préférentielle pour ces derniers vaccins. Dans certains pays d'Europe et aux États-Unis, il n'y a plus de recommandation préférentielle pour les vaccins à ARNm par rapport au Nuvaxovid, les deux types de produits étant recommandés.

À l'heure actuelle au Québec, les vaccins à ARNm font l'objet d'une recommandation préférentielle et le Nuvaxovid n'est offert qu'aux personnes avec une contre-indication aux vaccins à ARNm ou à celles qui les refusent. Au niveau de l'immunogénicité, le vaccin Nuvaxovid produit une réponse immunitaire forte qui cible maintenant le variant XBB.1.5 de la COVID-19. Au niveau de l'innocuité, de rares cas de péricardite et de myocardite ont été rapportés avec le Nuvaxovid tout comme pour les vaccins à ARNm. L'incidence de myocardites après l'administration du Nuvaxovid apparaît semblable à celle des vaccins à ARNm. En Corée du Sud, les taux de myocardite recensés pour chacun des vaccins disponibles étaient les suivants : Comirnaty^{MD}, 0,5/100 000 doses; Spikevax^{MD}, 0,7/100 000 doses; Nuvaxovid, 0,4/100 000 doses(24). Près de 100 000 doses de Nuvaxovid ont été utilisées dans ce pays. Par contre, dans la majorité des autres juridictions, le faible nombre de doses de Nuvaxovid administrées ne permettait pas de comparer le risque de myocardite avec d'autres produits. Au Canada, environ 35 000 doses de Nuvaxovid ont été administrées et un seul cas de myocardite ou de péricardite a été rapporté(24). Par ailleurs, moins de données sont disponibles pour le vaccin Nuvaxovid que les vaccins à ARNm en ce qui concerne son efficacité et son innocuité chez les personnes enceintes et les personnes immunodéprimées(25).

9 RECOMMANDATIONS

Vaccination de l'automne 2024

À la lumière des informations disponibles et discutées, le CIQ recommande une dose de vaccin contre la COVID-19 à l'automne 2024 pour les mêmes groupes ayant fait l'objet d'une recommandation de vaccination l'année précédente (automne 2023). Ces groupes sont les suivants :

- Personnes résidant en CHSLD, en RPA ou vivant dans d'autres milieux collectifs comportant une proportion élevée de personnes âgées et vulnérables;
- Personnes âgées de 60 ans et plus;
- Personnes immunodéprimées, dialysées ou vivant avec une maladie chronique âgées de six mois ou plus;
- Personnes enceintes;
- Travailleurs de la santé;
- Adultes vivant en région éloignée ou isolée, après discussion avec les autorités de santé publique et les représentants des communautés.

Pour les autres groupes tels que les jeunes adultes en bonne santé, une dose pourrait être offerte. Toutefois, le CIQ considère que les bénéfices d'une telle dose seront mineurs, étant donné le très faible risque de complications de la COVID-19 dans cette population.

Pour cette campagne de l'automne 2024, le CIQ recommande d'attendre la disponibilité d'un vaccin mieux adapté aux souches en circulation et de considérer offrir la vaccination contre la COVID-19 en même temps que celle contre la grippe.

Le CIQ recommande un intervalle de six mois ou plus depuis la dernière dose de vaccin ou depuis une infection confirmée au SRAS-CoV-2, avec un intervalle minimal de trois mois dans les deux cas. Cette flexibilité vise à faciliter la vaccination de l'automne 2024 et permettre à une personne ciblée de recevoir une dose lors de cette campagne même si elle a été vaccinée tardivement lors de la campagne précédente. Elle ne vise pas à permettre l'offre d'une dose de vaccin chaque trois mois. Une personne ciblée ne devrait pas recevoir plus de deux doses de rappel sur une période de 12 mois.

Utilisation du vaccin Nuvaxovid et calendriers de vaccination

Le CIQ recommande de retirer la recommandation préférentielle pour les vaccins à ARNm par rapport au vaccin Nuvaxovid à protéines recombinantes. Les deux types de vaccin pourraient être offerts. Le CIQ recommande cependant de choisir le vaccin le mieux adapté aux variants en circulation. À l'heure actuelle, les vaccins ciblant le variant XBB.1.5 sont les plus à jour, mais un vaccin mieux adapté aux souches en circulation devrait être autorisé d'ici la campagne de l'automne 2024.

Le CIQ recommande d'utiliser le même calendrier pour le vaccin Nuvaxovid XBB.1.5 et pour les vaccins à ARNm, incluant pour la série primaire. Le Nuvaxovid étant autorisé pour les personnes de 12 ans et plus, cela implique l'administration d'une seule dose pour les personnes non vaccinées de 12 ans et plus. Les personnes immunodéprimées devraient toutefois recevoir deux doses de Nuvaxovid, tout comme pour les vaccins à ARNm, en série primaire. Il est à noter que pour les personnes gravement immunodéprimées, c'est-à-dire les personnes ayant eu une greffe de cellules souches hématopoïétiques ou une immunothérapie anticancéreuse par cellules CAR-T, une revaccination avec trois doses de vaccin contre la COVID-19 pourrait être offerte.

Surveillance

La situation de la COVID-19 est en constante évolution. Le CIQ continuera à suivre l'épidémiologie de cette maladie et les connaissances scientifiques les plus récentes sur la vaccination contre la COVID-19, qui évolueront d'ici l'automne 2024. Les recommandations vaccinales seront révisées si nécessaire en amont ou durant la campagne de vaccination, le cas échéant.

RÉFÉRENCES

1. Comité sur l'immunisation du Québec, Brousseau N, De Serres G, Quach-Thanh C, Bui YG, Sauvageau C, *et al.* Vaccination de base contre la COVID-19 et consolidation périodique de l'immunité [Internet]. Québec: Institut national de santé publique du Québec; 2022 [cité 16 janv 2023] p. 1-13. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/publications/3220-vaccination-covid-consolidation>
2. Comité sur l'immunisation du Québec, De Wals P, Gilca R, Kiely M, De Serres G, Dubé È, *et al.* Pertinence d'une dose de rappel d'un vaccin contre la COVID 19 pour les différentes catégories d'adultes au Québec [Internet]. Québec: Institut national de santé publique du Québec; 2021 [cité 16 janv 2024] p. 1-18. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/publications/3184-dose-rappel-vaccin-covid19-adultes>
3. Comité sur l'immunisation du Québec, De Serres G. Administration de doses de rappel du vaccin contre la COVID-19: recommandations pour l'hiver et le printemps 2023 [Internet]. Québec: Institut national de santé publique du Québec; 2023 [cité 16 janv 2024] p. 1-16. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/publications/3284-doses-rappel-vaccin-covid-19-hiver-printemps-2023>
4. Comité sur l'immunisation du Québec, Brousseau N, Racine É. Administration de doses de rappel du vaccin contre la COVID-19: recommandations pour l'automne 2023 [Internet]. Québec: Institut national de santé publique du Québec; 2023 [cité 16 janv 2024] p. 1-14. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/publications/3367>
5. Comité sur l'immunisation du Québec, Brousseau N, Kiely M, Defay F, Carazo Perez S. Vaccination contre la COVID-19: recommandations pour le printemps 2024 [Internet]. Québec: Institut national de santé publique du Québec; 2024 [cité 3 avr 2024] p. 1-12. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/publications/3471>
6. Skowronski DM. 2023/24 mid-season influenza and Omicron XBB.1.5 vaccine effectiveness estimates from the Canadian Sentinel Practitioner Surveillance Network (SPSN) [Internet]. BCCDC Grand Rounds; 2024 [cité 3 avr 2024]; Vancouver. Disponible sur: <https://nexuswebcast.mediasite.com/mediasite/Showcase/bc-cdc-showcase/Presentation/4b4862aa292143419e9a659442b694ae1d/Channel/b9433a1e75b149ff959b955ffb863c745f>
7. Institut national de santé publique du Québec. Données sur les variants du SRAS-CoV-2 au Québec [Internet]. 2023 [cité 16 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/variants>
8. Institut national de santé publique du Québec. Données COVID-19 par période selon l'âge et le sexe au Québec [Internet]. 2024 [cité 16 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/age-sexe>
9. Institut national de santé publique du Québec. Portrait des décès liés à la COVID-19 au Québec jusqu'à la 6^e vague [Internet]. 2022 [cité 16 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/epidemiologie/portrait-deces-6e-vague>
10. Skowronski DM, Zhan Y, Kaweski SE, Sabaiduc S, Khalid A, Olsha R, *et al.* 2023/24 mid-season influenza and Omicron XBB.1.5 vaccine effectiveness estimates from the Canadian Sentinel Practitioner Surveillance Network (SPSN). *Euro Surveill.* 2024;29(7):2400076.
11. Link-Gelles R, Ciesla AA, Mak J, Miller JD, Silk BJ, Lambrou AS, *et al.* Early Estimates of Updated 2023-2024 (Monovalent XBB.1.5) COVID-19 Vaccine Effectiveness Against Symptomatic SARS-CoV-2 Infection Attributable to Co-Circulating Omicron Variants Among Immunocompetent Adults - Increasing Community Access to Testing Program, United States, September 2023-January 2024. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2024;73(4):77-83.

12. Link-Gelles R. Vaccine effectiveness of updated (2023-2024) COVID-19 vaccines [Internet]. Advisory Committee on Immunization Practices; 2024 [cité 3 avr 2024]; Atlanta, USA. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/vaccines/acip/meetings/downloads/slides-2024-02-28-29/04-COVID-Link-Gelles-508.pdf>
13. Werkhoven CH van, Valk AW, Smagge B, Melker HE de, Knol MJ, Hahné SJM, *et al.* Early COVID-19 vaccine effectiveness of XBB.1.5 vaccine against hospitalization and ICU admission, the Netherlands, 9 October - 5 December 2023 [Internet]. medRxiv; 2023 [cité 17 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2023.12.12.23299855v1>
14. Tartof SY, Slezak JM, Frankland TB, Puzniak L, Hong V, Ackerson BK, *et al.* BNT162b2 XBB1.5-adapted Vaccine and COVID-19 Hospital Admissions and Ambulatory Visits in US Adults [Internet]. 2023 [cité 3 avr 2024]. Disponible sur: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2023.12.24.23300512>
15. Hansen CH, Moustsen-Helms IR, Rasmussen M, Søborg B, Ullum H, Valentiner-Branth P. Short-term effectiveness of the XBB.1.5 updated COVID-19 vaccine against hospitalisation in Denmark: a national cohort study. *Lancet Infect Dis.* 2024;24(2):e73-4.
16. Link-Gelles R. Updates to COVID-19 vaccine effectiveness (VE) in the U.S [Internet]. Advisory Committee on Immunization Practices; 2023 [cité 16 janv 2024]; Centers for Disease Control and Prevention. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/vaccines/acip/meetings/downloads/slides-2023-09-12/05-COVID-Link-Gelles-508.pdf>
17. Chemaitelly H, Coyle P, Kacem MAB, Ayoub HH, Tang P, Hasan MR, *et al.* Protection of natural infection against reinfection with SARS-CoV-2 JN.1 variant [Internet]. medRxiv; 2024 [cité 3 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2024.02.22.24303193v1>
18. Joint Committee on Vaccination and Immunisation (JCVI). JCVI statement on the COVID-19 vaccination programme for autumn 2023, 26 May 2023 [Internet]. London, England: Department of health and Social Care; 2023 [cité 4 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-autumn-2023-vaccination-programme-jcvi-advice-26-may-2023/jcvi-statement-on-the-covid-19-vaccination-programme-for-autumn-2023-26-may-2023>
19. Prosser LA. Economic Analysis of Vaccination with mRNA Booster Dose against COVID-19 Among Adults [Internet]. Advisory Committee on Immunization Practices; 2023 [cité 4 mars 2024]; Atlanta, USA. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/vaccines/acip/meetings/downloads/slides-2023-09-12/06-COVID-Prosser-508.pdf>
20. Regan JJ, Moulia DL, Link-Gelles R, Godfrey M, Mak J, Najdowski M, *et al.* Use of Updated COVID-19 Vaccines 2023-2024 Formula for Persons Aged ≥6 Months: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices - United States, September 2023. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 20 oct 2023;72(42):1140-6.
21. National Advisory Committee on Immunization. Guidance on the use of COVID-19 vaccines in the fall of 2023 [Internet]. Ottawa, Canada: Public Health Agency of Canada; [cité 4 mars 2024] p. 1-20. Disponible sur: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/vaccines-immunization/national-advisory-committee-immunization-guidance-use-covid-19-vaccines-fall-2023.html>

22. Santé Canada. Gouvernement du Canada. 2023 [cité 4 avr 2024]. Nuvaxovid XBB.1.5. Disponible sur: <https://vaccin-covid.canada.ca/nuvaxovid-xbb15/details-produit>
23. Huang Y, Borisov O, Kee JJ, Carpp LN, Wrin T, Cai S, *et al.* Calibration of two validated SARS-CoV-2 pseudovirus neutralization assays for COVID-19 vaccine evaluation. *Sci Rep.* 2021;11(1):23921.
24. National Advisory Committee on Immunization. Updated guidance on the use of protein subunit COVID19 vaccine (Novavax Nuvaxovid) [Internet]. Ottawa, Canada: Public Health Agency of Canada; 2024 [cité 4 avr 2024] p. 1-12. Disponible sur: <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/vaccines-immunization-national-advisory-committee-immunization-updated-guidance-use-protein-subunit-covid-19-vaccine-novavax-nuvaxovid/naci-statement-2024-03-08.pdf>
25. World Health Organization. The Novavax vaccine against COVID-19: What you need to know [Internet]. 2022 [cité 4 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/the-novavax-vaccine-against-covid-19-what-you-need-to-know>

Comité sur l'immunisation du Québec

MEMBRES ACTIFS

Sapha Barkati
Centre universitaire de santé McGill

Julie Bestman-Smith
Centre hospitalier universitaire de Québec, Hôpital de l'Enfant Jésus

Nicholas Brousseau
Philippe De Wals
Rodica Gilca
Marilou Kiely
Étienne Racine
Chantal Sauvageau
Direction des risques biologique
Institut national de santé publique du Québec

Michaël Desjardins
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Jesse Papenburg
Hôpital de Montréal pour enfants
Centre universitaire de santé McGill

Caroline Quach-Thanh, Présidente
Bruce Tapiéro
Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

MEMBRES DE LIAISON

Dominique Biron
Représentante de la Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

Ngoc Yen Giang Bui
Représentante du Comité consultatif québécois sur la
santé des voyageurs

Hélène Gagné
Représentante de la Table de concertation nationale en
maladies infectieuses

Catherine Guimond
Représentante du Réseau des responsables en
immunisation

Alain Jutras
Représentant des directeurs de vaccination

Monique Landry
Représentante du Groupe sur l'acte vaccinal du MSSS
(GAV)

Marc Lebel
Représentant de l'Association des pédiatres du Québec

Institut national de santé publique du Québec

Benoît Morin
Représentant de l'Association québécoise des pharmaciens
propriétaires

Annie Payette
Représentante de la Direction des opérations, de la
vaccination et du dépistage
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Lina Perron
Représentante de la Direction de la prévention et du
contrôle des maladies infectieuses
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Eveline Toth
Représentante de la Direction générale adjointe de la
protection de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MEMBRES D'OFFICE

Brigitte Paquette
Patricia Hudson
Direction des risques biologiques

Judith Fafard
Laboratoire de santé publique du Québec
Institut national de santé publique du Québec

Vaccination contre la COVID-19 : recommandations pour l'automne 2024

AUTEURS ET AUTRICES

Comité sur l'immunisation du Québec
Nicholas Brousseau, médecin-conseil
Marilou Kiely, conseillère scientifique spécialisée
Sara Carazo Perez, conseillère scientifique spécialisée
Direction des risques biologiques

RÉVISION

Noémie Savard, médecin-conseil
Direction des risques biologiques
Caroline Marcoux-Huard, médecin-conseil
Direction de santé publique du Centre intégré
universitaire de santé et de services sociaux de la
Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Les réviseuses ont été conviées à apporter des commentaires sur la version préfinale de cette production scientifique et en conséquence, n'en ont pas révisé, ni endossé le contenu final.

Les auteur(-trice)s ainsi que les membres du groupe scientifique ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

MISE EN PAGE

Marie-France Richard, agente administrative
Direction des risques biologiques

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 3^e trimestre 2024
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-98122-0 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2024)

N^o de publication : 3516