

# Vaccination contre le virus respiratoire syncytial chez les adultes ayant une immunodépression

AVIS SCIENTIFIQUE – COMITÉ SUR L'IMMUNISATION DU QUÉBEC

AVIS ET RECOMMANDATIONS

OCTOBRE 2024

## SOMMAIRE

Faits saillants	2
Introduction	2
Revue de littérature	2
Recommandations du CIQ	6
Références	7

## 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.

Cet avis scientifique présente les recommandations du Comité sur l'immunisation du Québec relatives à la vaccination contre le virus respiratoire syncytial chez certains groupes de personnes immunodéprimées.

Ce document s'adresse au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ainsi qu'à ses partenaires, de même qu'aux professionnel(le)s et gestionnaires des équipes de vaccination des établissements de santé.

## FAITS SAILLANTS

- Parmi les personnes immunodéprimées, celles qui ont reçu une greffe pulmonaire ou une greffe de cellules souches hématopoïétiques récente sont particulièrement à risque de complications dues à une infection par le virus respiratoire syncytial (VRS).
- Les vaccins contre le VRS utilisés au Canada sont autorisés chez les individus de 60 ans et plus et ont montré un bon profil d'efficacité et de sécurité dans cette population.
- Les personnes immunodéprimées ont été exclues des études pivots ayant mené à l'autorisation des vaccins contre le VRS.
- Les données préliminaires sont rassurantes concernant l'immunogénicité et l'innocuité d'un vaccin contre le VRS chez des individus de 18 à 59 ans avec conditions chroniques, excluant l'immunodépression.
- Considérant les données disponibles quant au fardeau du VRS chez les personnes immunodéprimées, ainsi que les données d'immunogénicité, de sécurité et d'efficacité des vaccins disponibles au Canada pour la population générale, le Comité sur l'immunisation du Québec recommande que les adultes (18 ans et plus) ayant reçu soit une greffe de cellules souches hématopoïétiques dans les deux années précédentes OU une greffe pulmonaire, reçoivent une dose d'un des vaccins disponibles contre le VRS.

## 1 INTRODUCTION

À la suite de l'autorisation récente par Santé Canada de deux vaccins contre le virus respiratoire syncytial (VRS) destiné aux adultes, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) a demandé au Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ) de fournir des recommandations sur l'utilisation de ces vaccins. Un avis général sur la question a été récemment produit par le CIQ (1). Par ailleurs, les personnes immunodéprimées sont un groupe spécifique de la population plus à risque d'infections graves dues au VRS. Le présent avis vise donc à émettre des recommandations sur l'utilisation spécifique des vaccins contre le VRS chez les adultes immunodéprimés, en complément de l'avis antérieur qui visait la population générale. Il a été produit en révisant la littérature sur le fardeau du VRS chez les personnes immunodéprimées et en révisant les données disponibles sur les vaccins contre le VRS autorisés au Canada.

## 2 REVUE DE LITTÉRATURE

### 2.2 Fardeau du VRS chez les personnes immunodéprimées

Les personnes immunodéprimées sont considérées comme étant à risque accru de complications dues au VRS. Deux sous-groupes sont cependant plus touchés : les personnes ayant reçu une greffe de cellules souches hématopoïétiques (GCSH) et celles ayant reçu une greffe pulmonaire (2).

**Chez les patients ayant reçu une GCSH**, jusqu'aux deux tiers des personnes avec une infection à VRS développeront une infection des voies respiratoires inférieures (IVRI) (3). Une revue de littérature a rapporté une létalité attribuable au VRS plus élevée au sein de cette population; la létalité était de 18 % parmi tous les patients infectés et de 32 % parmi ceux ayant une IVRI (4). Certaines études plus récentes ont montré une létalité un peu plus faible variant de 5 % à 16 % chez des patients hospitalisés traités avec de la ribavirine (5), un antiviral actuellement peu accessible et associé à de nombreux effets secondaires. Dans une revue systématique avec méta-analyse publiée en 2024, le taux d'incidence d'une infection à VRS chez des personnes avec GCSH était plus élevé que pour l'influenza (14,8 cas/1 000 personnes-année c. 10,5/1 000 personnes-année), avec une létalité attribuable au VRS de 7,3 % (6). Il est aussi important de noter que les infections acquises très précocement après la greffe (particulièrement au cours du premier mois (5, 7)) sont particulièrement à risque d'entraîner des complications par rapport aux infections plus tardives, mais que la période à risque d'infection grave persiste durant les deux années suivant la greffe (8, 9). Finalement, certaines données, quoique moins robustes, suggèrent que les patients avec cancers hématologiques sans GCSH sont aussi à haut risque de complications et de décès dus au VRS (8, 10).

**Parmi les personnes ayant reçu une greffe d'organe solide (GOS)**, les personnes ayant reçu une greffe pulmonaire sont celles pour qui le fardeau du VRS est le plus important et le mieux décrit (11). Par exemple, dans une étude rétrospective de 424 personnes avec greffe pulmonaire, 77 infections à VRS ont été confirmées sur une période de 9 ans, 65 % des infections se sont compliquées en trachéobronchite et 31 % en pneumonie. Dans cette série, 70 % des patients infectés ont nécessité une hospitalisation (12). Certaines études ont montré une augmentation du risque de maladie grave lorsque l'infection est acquise précocement après la greffe ou après une majoration du traitement immunodépresseur (13). La létalité attribuable au VRS dans cette population varie de 10 à 20 % (14). De plus, une association claire existe entre l'infection par le VRS et le développement de rejet chronique et de bronchiolite oblitérante en greffe pulmonaire (12). Bien que certaines études aient montré un risque d'hospitalisation et de complications élevé en GOS autre que pulmonaire (15-17), le fardeau du VRS pour ces patients est moins bien décrit. On s'attend à un fardeau plus élevé pour les greffes pulmonaires puisqu'il s'agit spécifiquement de l'organe atteint lors d'une infection à VRS.

**Les données concernant le fardeau du VRS chez des personnes immunodéprimées autres que celles décrites ci-haut sont plus limitées.** Au Canada, une étude réalisée auprès de 7 797 patients hospitalisés entre 2012 et 2015 pour infection aiguë des voies respiratoires, pour qui un PCR multiplex respiratoire a été réalisé, démontrait que 26,8 % des patients hospitalisés avec VRS confirmé étaient immunodéprimés (18). Ce pourcentage était similaire à la proportion de sujets infectés par l'influenza A (27,2 %), par l'influenza B (28,7 %), par un autre virus respiratoire (29,2 %) et à ceux dont le PCR viral était négatif (27,3 %). Une revue systématique publiée en 2023 présentait plusieurs études montrant un risque plus élevé d'hospitalisation et de mortalité associé au VRS chez les patients immunodéprimés. Plusieurs des études citées concernaient les groupes dont nous avons déjà discuté ci-haut (cancers hématologiques, GOS, GCSH), mais d'autres facteurs de risque, notamment les cancers solides et les maladies rhumatologiques sous traitement immunodépresseur, ont aussi été identifiés (19). À noter que les risques relatifs associés à ces conditions d'immunodépression sont, en général, plus faibles que ceux associés à d'autres comorbidités augmentant le risque de complications du VRS telles que le diabète ou la maladie pulmonaire obstructive chronique (20).

En somme, la littérature suggère que les patients immunodéprimés sont à risque accru de complications dues au VRS. Parmi ceux-ci, les patients avec GCSH et ceux avec greffe pulmonaire sont les plus touchés, avec une morbidité et une mortalité importante et nettement plus élevée comparativement à la population générale (1). Il est important de noter que les études disponibles concernant le fardeau du VRS chez les immunodéprimés sont généralement des études rétrospectives de faible qualité, avec des devis et des issues hétérogènes, et sont à risque élevé de biais de sélection (par exemple, le VRS risque d'être recherché plus souvent chez des patients à risque accru de complications ou chez ceux avec une maladie plus grave), ce qui en limite l'interprétation. On peut notamment suspecter que les patients plus à risque et ceux qui ont une maladie plus grave sont testés plus souvent par rapport aux autres.

### **2.2.1 Vaccination contre le VRS chez les personnes immunodéprimées**

Les deux vaccins sous-unitaires homologués au Canada, Arexvy<sup>MD</sup> et Abrysvo<sup>MD</sup>, ont été autorisés chez les personnes âgées de 60 ans et plus. Un vaccin à ARN messager, mRNA-1345, est par ailleurs en cours d'évaluation par Santé Canada. Les caractéristiques de ces vaccins ont été révisées en détail dans un avis récent du CIQ (1).

À ce jour, il n'y a pas de données disponibles concernant l'immunogénicité, la sécurité ou l'efficacité de ces vaccins chez des patients immunodéprimés, ceux-ci ayant été exclus des études de phase 3. Trois études sont en cours pour obtenir des données à ce sujet. Un essai clinique randomisé vise à étudier l'immunogénicité et la sécurité d'un schéma à 1 ou 2 doses du vaccin Arexvy chez des greffés rénaux ou pulmonaires âgés de 18 ans ou plus (21). Un autre essai clinique vise à étudier l'immunogénicité et la sécurité du vaccin Abrysvo chez des participants de 18 ans et plus à risque d'infection grave au VRS (22). Des données préliminaires de la sous-étude A ont été présentées lors de la rencontre de l'Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) de juin 2024. Le vaccin Abrysvo a démontré un bon profil d'immunogénicité et d'innocuité dans la population 18-59 ans avec conditions chroniques qui n'inclut pas l'immunodépression (23). La sous-étude B est une étude ouverte non randomisée qui évalue un schéma à 2 doses spécifiquement chez les individus immunodéprimés âgés de 18 ans et plus (population qui inclut des personnes avec cancer du poumon avancé, dialyse, maladie inflammatoire/auto-immune sous traitement immunodépresseur et greffe d'organe solide). Les données ne sont pas encore disponibles pour cette sous-étude. Finalement, un essai clinique est en cours pour évaluer l'immunogénicité et la sécurité du vaccin mRNA-1345 chez des participants âgés de 18 ans et plus à haut risque de complications dues au VRS, y compris des participants avec GOS (rein, poumon ou foie) (24).

Rappelons que de façon générale, l'immunogénicité et l'efficacité de la vaccination sont moindres chez les patients immunodéprimés que pour la population générale. Le même phénomène risque d'être observé pour les vaccins contre le VRS.

Certains auteurs ont déjà émis l'hypothèse que la vaccination, particulièrement avec des vaccins adjuvantés, puisse augmenter le risque de rejet en GOS ou de maladie du greffon contre l'hôte en GCSH par l'induction d'une réponse inflammatoire non spécifique. Durant la pandémie d'influenza A (H1N1) de 2009, le développement d'anticorps anti-HLA a été plus élevé qu'attendu dans une cohorte de personnes avec greffe rénale ayant reçu le vaccin Pandemrix qui utilise le système d'adjuvant AS03 (11), soulevant des enjeux de sécurité de la vaccination en contexte post-greffe. Toutefois, ces anticorps n'étaient généralement pas spécifiques au donneur, ils étaient présents à bas niveau et disparaissaient dans les mois suivant la vaccination. Par ailleurs, dans des études de cohorte, aucun signal d'augmentation du risque de rejet n'a été observé après l'utilisation de ce vaccin chez des personnes avec GOS (11, 25). Le vaccin sous-unitaire contre le zona (Shingrix) utilise le système d'adjuvant AS01B et a été démontré comme étant sécuritaire chez des personnes âgées de 18 ans et plus après une GOS (26) ou une GCSH (27) sans signal d'augmentation du risque de rejet ou de maladie du greffon contre l'hôte. Le vaccin Arexvy utilise l'adjuvant AS01E, soit le même adjuvant qu'utilisé dans le Shingrix, mais à la moitié de la dose. On peut donc s'attendre à un profil de sécurité similaire.

Les deux vaccins actuellement autorisés ont démontré un bon profil d'innocuité dans les études de phase 3 (28, 29). Cependant, en raison de la survenue de rares cas de syndrome de Guillain-Barré (SGB) dans ces études, la *Food and Drug Administration* a exigé que des études post-commercialisation soient menées pour évaluer le risque de SGB. Une étude réalisée avec le système de surveillance passive *Vaccine Adverse Event Reporting System* aux États-Unis suggère un taux plus élevé qu'attendu de SGB après la vaccination chez les personnes âgées de 60 ans et plus avec le vaccin Arexvy (1,5 cas par million de doses administrées) et le vaccin Abrysvo (5 cas par million de doses administrées) (30). Lors de la rencontre de l'Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) du 26 juin 2024, la *Food and Drug Administration* a fait une mise à jour des données à ce sujet et conclut que les analyses des données disponibles ne permettent actuellement pas de conclure qu'il y a un risque accru de SGB après la vaccination, quoique ce risque ne puisse être exclu (31). Il n'y a pas de données disponibles pour le risque de SGB après la vaccination contre le VRS chez des personnes plus jeunes ou immunodéprimées.

### 2.2.2 Recommandations dans d'autres juridictions

Aux États-Unis, l'ACIP a recommandé le vaccin contre le VRS chez les adultes âgés de 60 ans et plus, incluant les personnes avec immunodépression modérée à grave, après une discussion avec un professionnel de la santé et décision partagée de se faire vacciner (*shared clinical decision-making* (32)). Au Canada, le Comité consultatif national de l'immunisation a récemment recommandé la vaccination des personnes âgées de 75 ans et plus, en particulier celles à risque plus élevé d'infection grave, notamment les personnes immunodéprimées. En Ontario, un programme de vaccination contre le VRS a été instauré en 2023 pour les personnes âgées de 60 ans et plus à haut risque de maladie grave, notamment les personnes avec GOS ou GCSH (33). En France, le comité d'immunisation (STIKO) n'a pas encore émis de recommandation pour le vaccin VRS. La Société allemande d'hématologie et d'oncologie a cependant émis une recommandation de vaccination de certains groupes de personnes immunodéprimées âgées de 18 ans et plus, notamment celles avec cancers hématologiques, celles sous thérapie myélosuppressive et celles avec GCSH (34). À notre connaissance, il s'agit de la seule organisation ayant proposé une vaccination pour certaines personnes âgées de moins de 60 ans.

Finalement, au Québec, une recommandation de vaccination a été formulée pour les personnes âgées de 75 ans et plus vivant avec une ou plusieurs maladies chroniques, incluant les personnes immunodéprimées (1).

### **3 RECOMMANDATIONS DU CIQ**

Considérant les données disponibles quant au fardeau du VRS chez les adultes immunodéprimés, ainsi que les données d'immunogénicité, de sécurité et d'efficacité des vaccins disponibles au Canada pour la population générale, le CIQ recommande que les personnes âgées de 18 ans et plus ayant reçu soit :

- une greffe de cellules souches hématopoïétiques (GCSH) dans les deux années précédentes  
OU
- une greffe pulmonaire

reçoivent une dose d'un des vaccins disponibles contre le VRS, idéalement à l'automne ou durant la saison du VRS.

Le CIQ recommande l'administration d'une première dose de vaccin contre le VRS. La décision quant à la nécessité de doses supplémentaires sera prise lorsque les résultats des essais cliniques en cours seront disponibles. Pour le moment, il ne semble pas y avoir d'avantage associé à l'administration d'une dose de rappel. Le CIQ suivra de près les données qui émergeront de ces études en cours et ajustera ses recommandations au besoin.

## RÉFÉRENCES

1. Comité sur l'immunisation du Québec. Utilisation du vaccin contre le virus respiratoire syncytial (VRS) chez les personnes âgées de 60 ans et plus dans le Programme québécois d'immunisation. 2024.
2. Nam HH, Ison MG. Respiratory syncytial virus infection in adults. *BMJ*. 2019;366:l5021.
3. Abbas S, Raybould JE, Sastry S, de la Cruz O. Respiratory viruses in transplant recipients : more than just a cold. Clinical syndromes and infection prevention principles. *Int J Infect Dis*. 2017;62:86-93.
4. Khanna N, Widmer AF, Decker M, Steffen I, Halter J, Heim D, *et al*. Respiratory Syncytial virus infection in patients with hematological diseases: single-center study and review of the literature. *Clin Infect Dis*. 2008;46(3):402-12.
5. Paulsen GC, Danziger-Isakov L. Respiratory Viral Infections in Solid Organ and Hematopoietic Stem Cell Transplantation. *Clin Chest Med*. 2017;38(4):707-26.
6. Ricco M, Parisi S, Corrado S, Marchesi F, Bottazzoli M, Gori D. Respiratory syncytial virus infections in recipients of bone marrow transplants: a systematic review and meta-analysis. *Infect Dis Rep*. 2024;16(2):317-55.
7. Shah DP, Ghantaji SS, Ariza-Heredia EJ, Shah JN, El Taoum KK, Shah PK *et al*. Immunodeficiency scoring index to predict poor outcomes in hematopoietic cell transplant recipients with RSV infections. *Blood*. 2014;123(21):3263-8.
8. Khawaja F, Chemaly RF. Respiratory syncytial virus in hematopoietic cell transplant recipients and patients with hematologic malignancies. *Haematologica*. 2019;104(7):1322-31.
9. Samad SA, Jethani J, Kumar L, Choudhary A, Brijwal M, Dar L. Respiratory syncytial virus infection among adults after hematopoietic stem cell transplantation. *J Glob Infect Dis*. 2022 ;14(3) :112-6.
10. Vakil E, Sheshadri A, Faiz SA, Shah DP, Zhu Y, Li L *et al*. Risk factors for mortality after respiratory syncytial virus lower respiratory tract infection in adults with hematologic malignancies. *Transpl Infect Dis*. 2018;20(6):e12994.
11. Trubin P, Azar MM, Kotton CN. The respiratory syncytial virus vaccines are here : Implications for solid organ transplantation. *Am J Transplant*. 2024 ;24(6) :897-904.
12. Testaert H, Bouet M, Valour F, Gigandon A, Lafon ME, Philit F, *et al*. Incidence, management and outcome of respiratory syncytial virus infection in adult lung transplant recipients : a 9-year retrospective multicentre study. *Clin Microbiol Infect*. 2021;27(6):897-903.
13. Manuel O, Estabrook M, American Society of Transplantation Infectious Diseases Community of P. RNA respiratory viral infections in solid organ transplant recipients : Guidelines from the American Society of transplantation infectious diseases community of practice. *Clin Transplant*. 2019;33(9):e13511.
14. Weigt SS, Gregson AL, Deng JC, Lynch JP, 3<sup>rd</sup>, Belperio JA. Respiratory viral infections in hematopoietic stem cell and solid organ transplant recipients. *Semin Respir Crit Care Med*. 2011;32(4):471-93.
15. Ariza-Heredia EJ, Fishman JE, Cleary T, Smith L, Razonable RR, Abbo L. Clinical and radiological features of respiratory syncytial virus in solid organ transplant recipients : a single-center experience. *Transpl Infect Dis*. 2012;14(1):64-71.

16. Krinzman S, Basgoz N, Kradin R, Shepard JA, Flieder DB, Wright CD, *et al.* Respiratory syncytial virus-associated infections in adult recipients of solid organ transplants. *J Heart Lung Transplant.* 1998 ;17(2) :202-10.
17. Mendoza MA, Mootoa G, Raja MA, Frattaroli P, Fernandez A, Anjan S *et al.* Difference between SARS-CoV-2, seasonal coronavirus, influenza, and respiratory syncytial virus infection in solid organ transplant recipients. *Transpl Infect Dis.* 2023;25(1):e13998.
18. ElSherif M, Andrew MK, Ye L, Ambrose A, Boivin G, Bowie W *et al.* Leveraging influenza virus surveillance from 2012 to 2015 to characterize the burden of respiratory syncytial virus disease in 8anadian adults >/=50 years of age hospitalized with acute respiratory illness. *Open Forum Infect Dis.* 2023;10(7):ofad315.
19. Chatzis O, Darbre S, Pasquier J, Meylan P, Manuel O, Aubert JD *et al.* Burden of severe RSV disease among immunocompromised children and adults: a 10 year retrospective study. *BMC Infect Dis.* 2018;18(1):111.
20. Njue A, Nuabor W, Lyall M, Margulis A, Maukopf J, Curcio D *et al.* Systematic literature review of risk factors for poor outcomes among adults with respiratory syncytial virus infection in high-income countries. *Open Forum Infect Dis.* 2023;10(11):ofad513.
21. ClinicalTrials.gov. A study on the immune response and safety of an RSV vaccine when given to adults 18 years of age and above who received lung or kidney transplant and are at an increased risk of respiratory syncytial virus lower respiratory tract disease and compared to healthy adults 50 years of age and above (RSV OA=ADJ-023) NCT05921903 [23 June 2024].
22. ClinicalTrials.gov. A study to assess the safety, tolerability, and immunogenicity of RSVpreF in adults at high risk of severe RSV disease (MONET) NCT05842967 [23 June 2024].
23. Pfizer. RSVpreF adult clinical development update [27 juin 2024]. Available from: <https://www.cdc.gov/acip/downloads/slides-2024-06-26-28/02-RSV-Adult-Munjaj-508.pdf>
24. ClinicalTrials.gov. A study to investigate the immunogenicity and safety of mRNA-1345, an mRNA vaccine targeting respiratory syncytial virus, in high-risk adults NCT06067230 [23 June 2024].
25. Dos Santos G, Seifert HA, Bauchau V, Shinde V, Barbeau DM, Cohet C. Adjuvanted (AS03) A/H1N1 2009 pandemic influenza vaccines and solid organ transplant rejection: systematic signal evaluation and lessons learnt. *Drug Saf.* 2017;40(8):693-702.
26. Vink P, Ramon Torrell JM, Sanchez Fructuoso A, Kim SJ, Kim SI, Zaltzman J *et al.* Immunogenicity and safety of the adjuvanted recombinant Zoster vaccine in chronically immunosuppressed adults following renal transplant: a phase 3, randomized clinical trial. *Clin Infect Dis.* 2020;70(2) :181-90.
27. Baumrin E, Izaguirre NE, Bausk B, Feeley MM, Bay CP, Yang Q *et al.* Safety and reactogenicity of the recombinant zoster vaccine after allogeneic hematopoietic cell transplantation. *Blood Adv.* 2021;5(6):1585-93.
28. Papi A, Ison MG, Langley JM, Lee DG, Leroux-Roels I, Martinon-Torres F *et al.* Respiratory syncytial virus prefusion f protein vaccine in older adults. *N Engl J Med.* 2023;388(7):595-608.
29. Walsh EE, Perez Marc G, Zareba AM, Falsey AR, Jiang Q, Patton M *et al.* Efficacy and Safety of a Bivalent RSV Prefusion F Vaccine in Older Adults. *N Engl J Med.* 2023;388(16):1465-77.
30. Hause A, Moro P, Baggs J *et al.* Early Safety Findings Among Persons Aged ≥60 Years Who Received a Respiratory Syncytial Virus Vaccine — United States, May 3, 2023–April 14, 2024 Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7321a3>.

31. Lloyd P. Evaluation of Guillain-Barré Syndrome (GBS) following Respiratory Syncytial Virus (RSV) Vaccination among adults 65 years and older 2024 [27 Juin 2024]. Available from: <https://www.cdc.gov/acip/downloads/slides-2024-06-26-28/06-RSV-Adult-Lloyd-508.pdf>
32. Melgar M, Britton A, Roper LE, Talbot HK, Long SS, Kotton CN *et al.* Use of Respiratory Syncytial Virus vaccines in older adults : recommendations of the advisory committee on immunization practices – United States, 2023. *Am J Transplant.* 2023;23(10):1631-40.
33. Ontario Ministry of Health. Respiratory syncytial virus (RSV) prevention programs 2024 [23 June 2024]. Available from : <https://www.ontario.ca/page/respiratory-syncytial-virus-rsv-prevention-programs>
34. Addo M, Cornely O, Denkinger M, Ertl G, Herold S, Pletz M *et al.* RSV vaccination strategies for high-risk patients 2023: a collaborative position paper by leading German medical societies and organizations. *Infection.* 2024;52(1) :285-8

## 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  
Marilou Kiely  
Rodica Gilca  
Étienne Racine  
Chantal Sauvageau  
Direction des risques biologiques

Michaël Desjardins  
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Louis Marois  
Centre mère-enfant Soleil du CHU de Québec

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

Caroline Quach-Thanh, Présidente  
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

Stéphanie Dion  
Représentante de la Direction des opérations, de la  
vaccination et du dépistage  
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

Alain Jutras  
Représentant des directeurs de vaccination

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

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 le virus respiratoire syncytial chez les personnes ayant une immunodépression

---

## AUTEURS ET AUTRICES

Comité sur l'immunisation du Québec  
Michaël Desjardins, microbiologiste-infectiologue  
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

## SOUS LA COORDINATION DE

Brigitte Paquette, cheffe d'unité scientifique  
Direction des risques biologiques

## COLLABORATION

Caroline Quach-Thanh, microbiologiste-infectiologue  
Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Louis Marois, pédiatre immuno-allergologue  
Centre mère-enfant Soleil du CHU de Québec,  
Université Laval

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

Nicholas Brousseau, médecin-conseil  
Direction des risques biologiques

## RÉVISION

Julie Morisset, pneumologue  
Centre hospitalier de l'Université de Montréal  
Imran Ahmad, hématologue  
Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Les réviseur(-euse)s ont été conviés à apporter des commentaires sur la version préfinale de ce document et en conséquence, n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

Les auteur(-trice)s ainsi que les membres du comité scientifique et les réviseur(-euse)s 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-Cloé Lépine, agente administrative  
Direction du développement des individus et des communautés

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 ou en écrivant un courriel à : [droits.dauteur.inspq@inspq.qc.ca](mailto:droits.dauteur.inspq@inspq.qc.ca).*

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

Dépôt légal – 4<sup>e</sup> trimestre 2024  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
ISBN : 978-2-550-99050-5 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2024)

N<sup>o</sup> de publication : 3580