7 octobre 2026

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC),
en partenariat avec le Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses (CCNMI),
présente :

Mises à jour sur l'immunisation contre les virus respiratoires pour la saison 2026-2027

© Sa Majesté le Roi du chef du Canada, représenté par l'Agence de la santé publique du Canada, 2026.

Reconnaissance des terres et appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada

Information utiles

- Veuillez utiliser l'onglet Questions et Réponses pour poser des questions à la conférencière.
  - Les questions doivent porter sur le contenu de la présentation.
  - « Aimer » les questions des autres pour les faire remonter dans l'ordre de priorités.
  - La boîte de dialogue a été désactivée pour les participants. Elle sera utilisée par les hôtes pour partager des informations supplémentaires.
- Pour les questions techniques et de dépannage, veuillez contacter : nccid@umanitoba.ca.
- Vous trouverez l'enregistrement du webinaire et le diaporama sur le site ccnmi.ca.

Présentations et déclarations de conflits d'intérêts (CI)

Modérateur :

- **Dr Willy Dunbar,** MD, Ph. D.
  - Chef de projet d'application des connaissances et gestionnaire du Centre de mobilisation des connaissances au CCNMI; pas de conflit d'intérêts.

Conférencière :

- **Dre Joseline Zafack,** M.P.H., Ph. D.
  - Coordinatrice principale de projets scientifiques au secrétariat du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI); pas de conflit d'intérêts.

Objectifs du webinaire

À la fin de ce webinaire, les participants seront en mesure de :

- Résumer l'épidémiologie de la COVID-19, de la grippe saisonnière et du virus respiratoire syncytial (VRS).
- Décrire les produits immunisants disponibles et les recommandations actuelles du CCNI.
- Utiliser les principales ressources relatives à ces virus respiratoires, notamment les déclarations du CCNI et le Guide canadien d’immunisation (GCI).

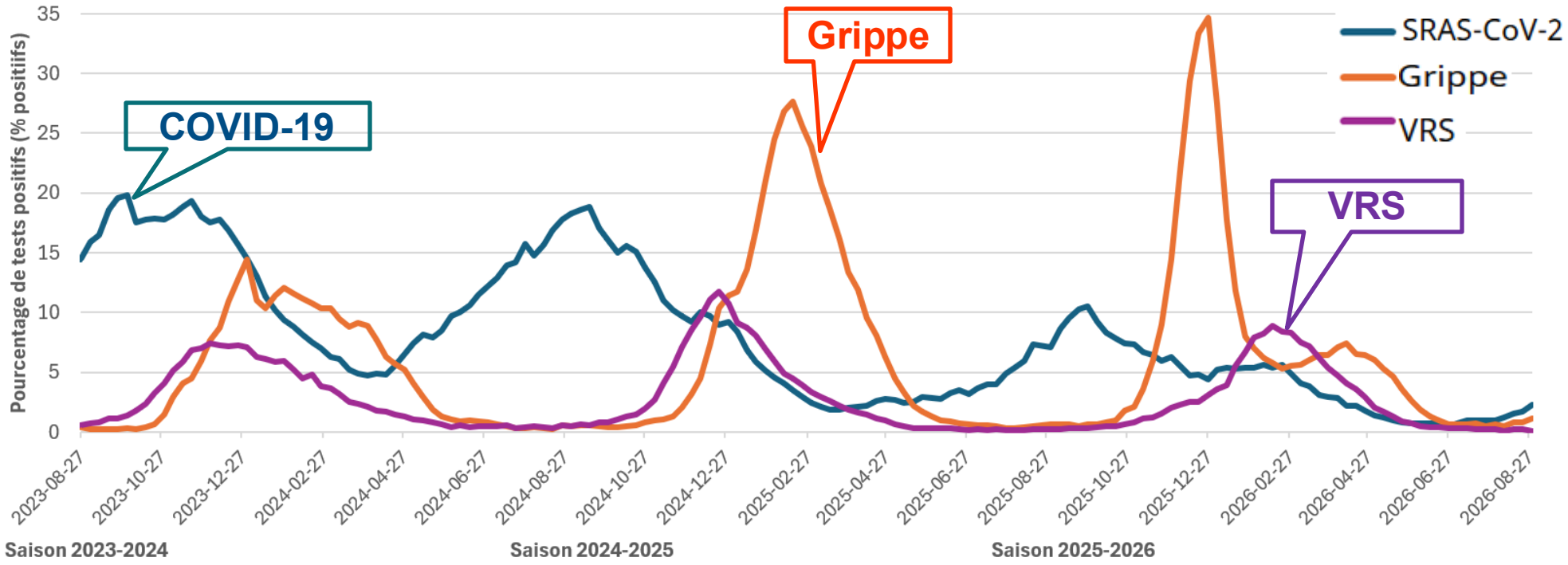
Le CCNI et le GCI sont des ressources canadiennes en matière d'immunisation

- **Santé Canada** évalue si un vaccin ou un produit immunisant répond aux exigences en matière de sécurité, d'efficacité et de qualité pour être autorisé au Canada.
- Le **Comité consultatif national de l'immunisation** (CCNI)
  - Formule des recommandations concernant l'utilisation des vaccins actuellement ou nouvellement approuvés pour l'utilisation chez les humains au Canada.
  - Les recommandations visent à éclairer les décisions relatives aux programmes d'immunisation ainsi qu'aux décisions individuelles en matière d'immunisation.
  - Les recommandations du CCNI peuvent être plus larges ou plus étroites que les conditions d'utilisation approuvées par Santé Canada.
- **Les provinces et les territoires** sont responsables de leurs politiques de vaccination et de leurs programmes d'immunisation.
- Le **Guide canadien d'immunisation** (GCI)
  - Une ressource pour les professionnels de la santé, les décideurs des programmes de vaccination et d'autres personnes ou organisations qui travaillent à l'appui de l'immunisation.
  - Élaboré par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) sur la base des recommandations de l'ASPC et des déclarations de comités consultatifs d'experts, comme le CCNI et le Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages (CCMTMV).

Guide canadien d'immunisation
Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) : Composition et représentation
Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages (CCMTMV) : Déclarations et publications

La grippe et le VRS ont une activité saisonnière ; aucune saisonnalité établie pour la COVID-19

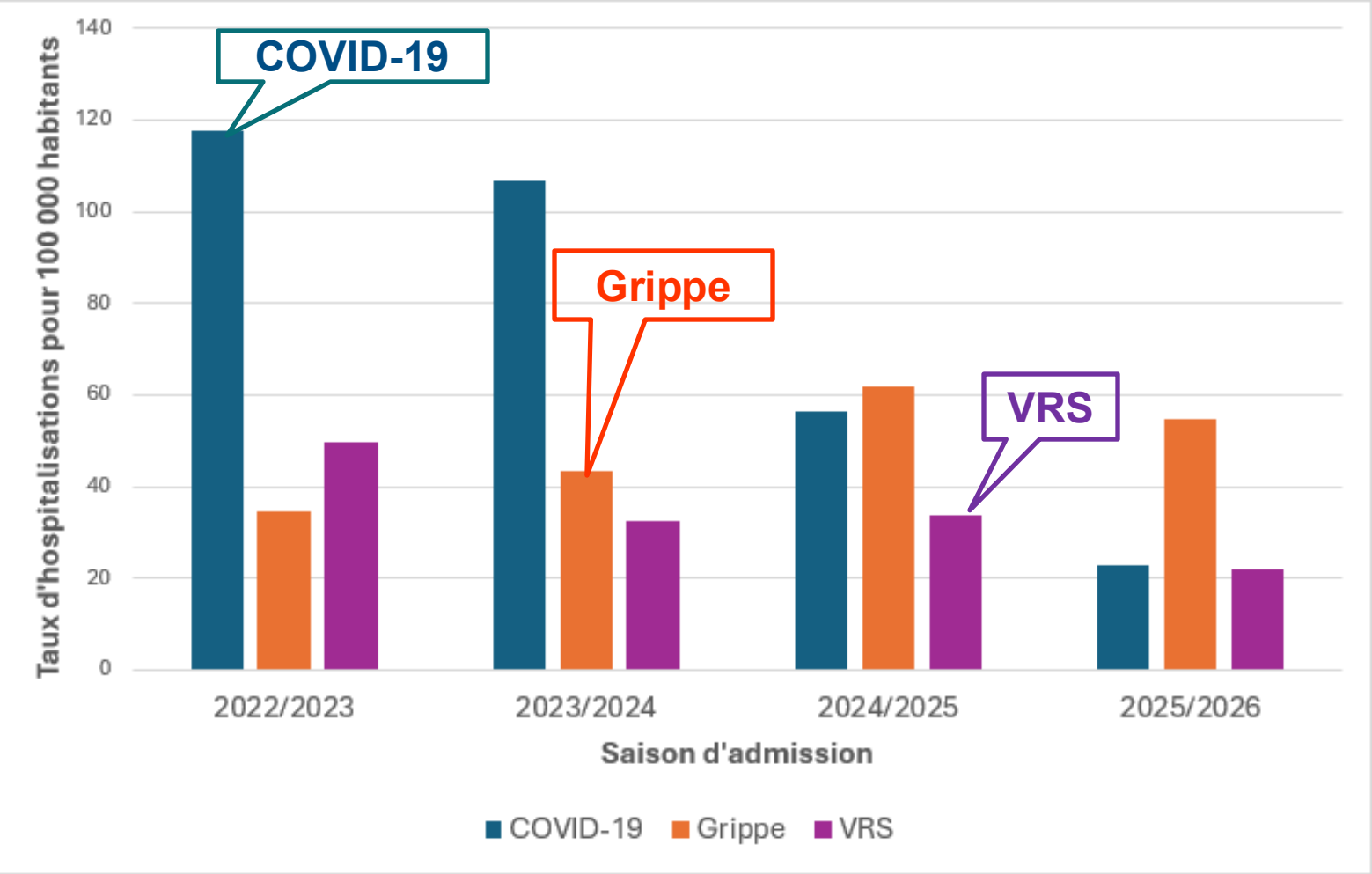
Pourcentage de tests positifs pour la COVID-19, la grippe saisonnière et le VRS, Canada, 2023-2024 à 2025-2026



- **La grippe** présente des épidémies saisonnières qui se produisent de la fin de **l'automne au printemps** (novembre à avril).
  - Généralement caractérisée par une vague de grippe A avec un sous-type dominant (H3 ou H1), puis une vague de grippe B.
- **Le VRS** circule généralement à peu près au même moment que la grippe, mais commence souvent un peu plus tôt.
- **La COVID-19** n'a pas de schéma saisonnier établi, son activité ne correspond pas à celle de la grippe.

Données de laboratoire de Surveillance d'ÉpiGrippe+, 2023-2024, 2024-2025

Taux d'hospitalisations associées à la COVID-19, à la grippe et au VRS par saison



- Les hospitalisations associées à la COVID-19 sont en baisse constante depuis la saison 2022-2023
- Au cours de la dernière saison (2025-2026), le taux d'hospitalisations associées à la grippe était plus élevé que celui de la COVID-19

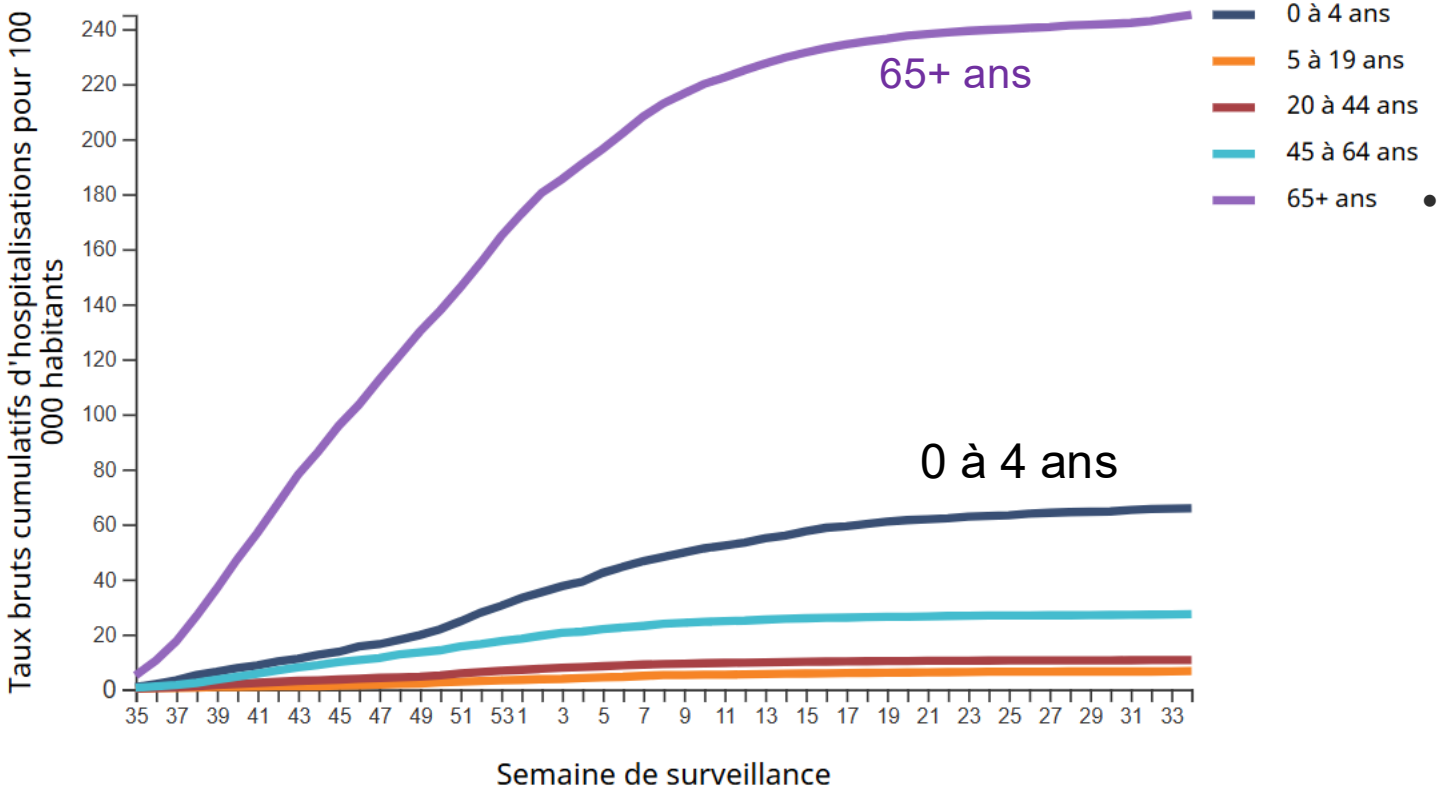
Données sur les hospitalisations extraites de la Base de données sur les congés des patients (BDCP) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), données de toutes les provinces et de tous les territoires (sauf le Québec). Les données sont disponibles jusqu'à la fin de juin 2025.

Hospital burden of influenza, respiratory syncytial virus, and other respiratory viruses in Canada, seasons 2010/2011 to 2018/2019 | Canadian Journal of Public Health (en anglais seulement)

Sommaire de la COVID-19

Les hospitalisations associées à la COVID-19 étaient les plus nombreuses chez les personnes de 65 ans et plus, suivies par les enfants de 4 ans et moins

Taux hebdomadaires cumulatifs (pour 100 000 habitants) d'hospitalisations associées à la COVID-19 par groupe d'âge et par semaine, Canada, 2025-2026



Au cours de la saison 2025-26 au Canada :

- 33 755 hospitalisations et 2 315 décès associés à la COVID-19 ont été signalés.
- **Les adultes âgés de 65 ans et +** représentaient la majorité des hospitalisations (79 %) et des décès (93 %) déclarés.
- Les taux cumulatifs d'hospitalisations les plus élevés ont été observés chez les **adultes de 65 ans et +**, suivis des **enfants de moins de 5 ans**.
  - Les taux pour tous les âges étaient inférieurs à ceux de la saison 2024-25.
  - Diminution drastique chez les adultes âgés de 65 ans et + (507 pour 100 000 en 2024-25 comparé à 239 pour 100 000 en 2025-26)

Rapport canadien de surveillance des virus respiratoires

Recommandations du CCNI concernant une dose annuelle de vaccin contre la COVID-19 à partir de l'automne 2026

- La vaccination annuelle contre la COVID-19 est fortement recommandée pour les personnes présentant un risque accru d'exposition au SRAS-CoV-2 ou de maladie sévère due à la COVID-19
- Cela comprend tous les adultes de 65 ans et plus, ainsi que les personnes de 6 mois et plus qui sont :
  - Les résidents d'établissements de soins de longue durée et d'autres milieux de vie collectifs pour personnes âgées;
  - Les personnes souffrent d'affections sous-jacentes qui les exposent à un risque accru de COVID-19 sévère, y compris les enfants ayant des besoins de santé complexes;
  - Les femmes enceintes et les personnes enceintes;
  - Personnes appartenant à des communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis;
  - Travailleurs de la santé et autres fournisseurs de soins dans les établissements et dans les milieux communautaires; et
  - Membres de communautés racisées et d’autres communautés en quête d’équité.

Recommandations du CCNI concernant une dose annuelle de vaccin contre la COVID-19 à partir de l'automne 2026

- Toutes les autres personnes âgées de 6 mois et plus peuvent se voir proposer un vaccin contre la COVID-19
  - Comme pour les autres programmes de vaccination, les provinces et les territoires déterminent quelles populations recevront les vaccins contre la COVID-19 financés par les fonds publics en fonction de plusieurs facteurs tels que l'épidémiologie, le rapport coût-efficacité et la faisabilité de la prestation du programme.
  - Les personnes peuvent choisir de recevoir le vaccin en fonction de leur évaluation ou de leurs préférences individuelles à l'égard de la COVID-19.
  - Pour ceux qui ne sont pas inclus dans les programmes de lutte contre la COVID-19 financés par les provinces et les territoires, les vaccins peuvent être achetés dans les pharmacies.

Recommandations du CCNI concernant l'administration d'une deuxième dose de vaccin contre la COVID-19 par année à partir de l'automne 2026

- Une deuxième dose de vaccin contre la COVID-19 par année est fortement recommandée pour les groupes suivants (au moins 3 mois d'intervalle de la dose précédente) :
  - Adultes de 80 ans ou plus;
  - Les résidents d'établissements de soins de longue durée et d'autres milieux de vie collectifs pour personnes âgées;
  - Les personnes âgées de 6 mois et plus qui sont modérément à sévèrement immunodéprimées (en raison d'une affection sous-jacente ou d'un traitement); et
  - **NOUVEAU** : Adultes âgés de 65 à 79 ans atteintes d'affections sous-jacentes qui les exposent à un risque accru de COVID-19 sévère.
- Tous les autres adultes âgés de 65 à 79 ans peuvent se voir offrir une deuxième dose de vaccin contre la COVID-19 par année, au moins 3 mois d'intervalle de la dose précédente.

Principales considérations des directives actuelles du CCNI sur les vaccins contre la COVID-19

- Les personnes les plus à risque de complications graves liées à la COVID-19, y compris l'hospitalisation, l'admission aux soins intensifs et le décès, bénéficient le plus de la vaccination contre la COVID-19.
  - L'âge demeure le facteur de risque le plus important de maladie grave causée par la COVID-19.
  - Les adultes âgés de 65 ans et plus sont les plus à risque d'hospitalisation en raison de la COVID-19, et les adultes de 80 ans et plus sont les plus à risque de contracter une forme grave de la COVID-19, y compris le décès.
- D'autres personnes qui ne sont pas considérées comme à haut risque peuvent choisir de recevoir une dose annuelle de vaccin contre la COVID-19.
- Les personnes qui ne présentent pas de contre-indications peuvent recevoir un vaccin à ARNm ou à sous-unité protéique contre la COVID-19, selon l'âge et la disponibilité du vaccin.

Options de vaccins contre la COVID-19, financés par les fonds publics, pour l'automne 2026 (en date de juillet 2026)

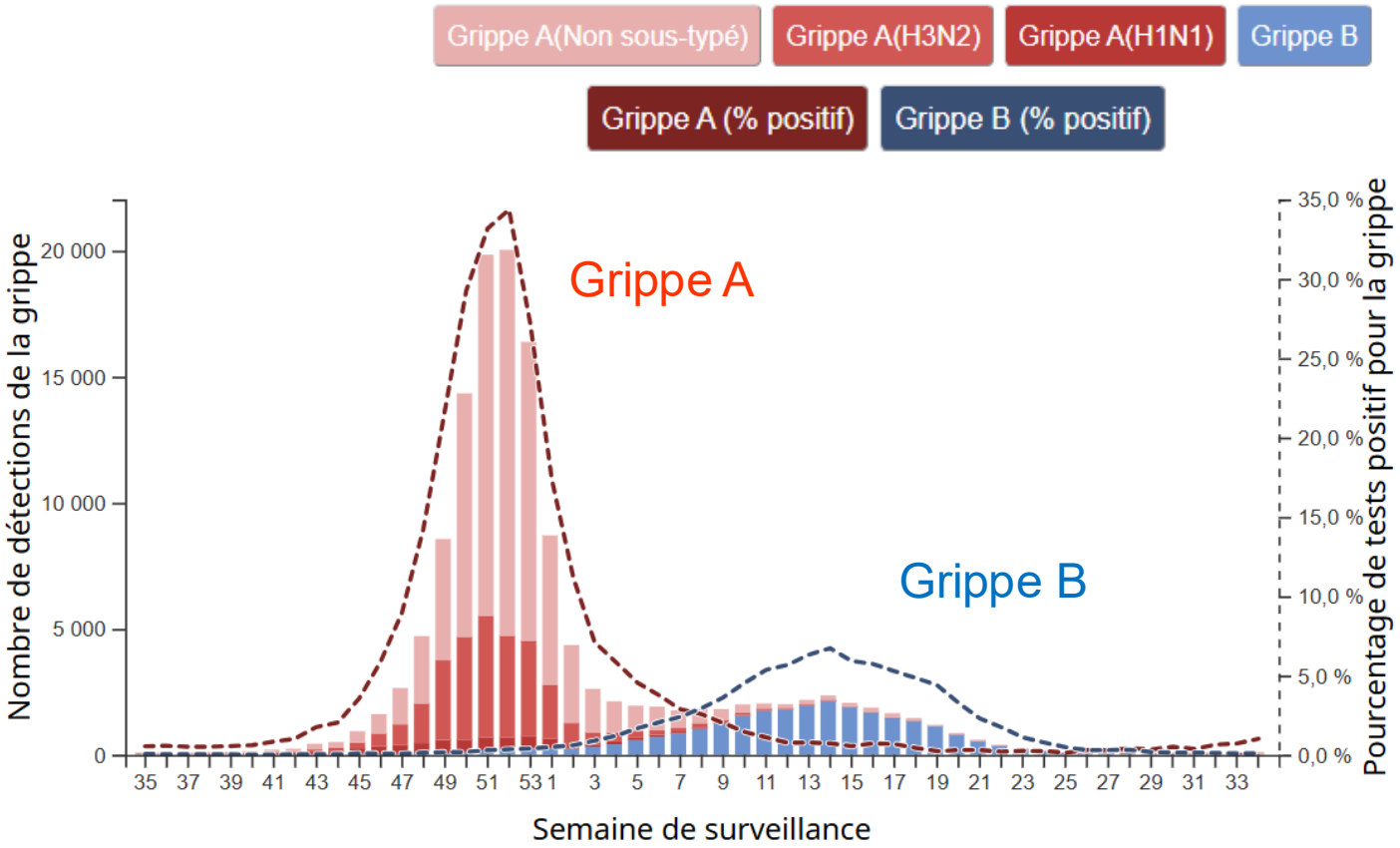
Produit*	Type de vaccin et souche	Vaccins disponibles par groupe d'âge
Vaccin Spikevax (Moderna)	ARNm, monovalent, XFG	6 mois et plus
Comirnaty (Pfizer-BioNTech)	ARNm, monovalent, XFG	5 ans et plus
Nuvaxovid (Sanofi)	À base de protéines, monovalent, XFG	12 ans et plus

*La disponibilité des produits et l'admissibilité à la vaccination contre la COVID-19 financée par les fonds publics peuvent varier d'une province et d'un territoire à l'autre. Consultez votre province ou territoire ou les autorités locales de santé publique pour obtenir de plus amples renseignements.

Sommaire de la grippe saisonnière

Le virus A(H3N2) était le sous-type dominant pour la saison grippale 2025-2026

Figure 2 : Le nombre de détections et le pourcentage de tests positifs de la grippe, par type, sous-type, et semaine de surveillance, Canada, période de surveillance 2025-2026



Grippe : Rapport canadien de surveillance des virus respiratoires

Aperçu de la saison grippale 2025-2026

- La sous-clade K de la grippe A(H3N2) inadaptée au vaccin est apparue et a prédominé
- Pic bref, mais extraordinaire de cas positifs et d'hospitalisations ; saison globale dans les limites historiques
- Fardeau d'hospitalisation le plus élevé : 65 ans et +
- Activité typique de la grippe B, de la fin de l'hiver au printemps
- Estimations provisoires de l'efficacité du vaccin contre l'infection nécessitant des soins médicaux :
  - H3N2 : 40 %; Sous-clade K : 37 %
  - H1N1 : 31 %

Quoi de neuf : Examen des données probantes du CCNI sur le moment optimal pour la vaccination contre la grippe saisonnière

- **Élément déclencheur :** Question des programmes provinciaux et territoriaux sur le moment optimal des programmes de lutte contre la grippe saisonnière, compte tenu du caractère saisonnier de la grippe au Canada et de la baisse intrasaisonnière de l'immunité
- **Principales constatations :**
  - **Niveaux d'anticorps et EV :** Les niveaux d'anticorps atteignent généralement un pic dans le mois suivant la vaccination et diminuent au cours des six mois suivants, tout en restant supérieurs aux niveaux d'avant la vaccination. L'efficacité vaccinale suit une tendance similaire, la protection la plus élevée ayant été observée au cours des 2 à 3 premiers mois suivant la vaccination, puis diminuant progressivement.
  - **Le déclin varie selon l'hôte ou les facteurs viraux :** Le taux et l'ampleur du déclin de la protection varient selon l'hôte et les facteurs viraux, y compris l'âge et les antécédents de vaccination.
  - **Vaccination au début de l'automne :** Offre une protection soutenue pendant la majeure partie de la saison ; les données actuelles sont insuffisantes pour établir le moment optimal pour certaines populations.
  - **Calendrier du programme :** Compte tenu de la variabilité saisonnière de l'activité grippale et des contraintes opérationnelles, des changements importants au calendrier des programmes annuels de vaccination antigrippale existants ne sont actuellement ni justifiés ni réalisables.
  - **Point à retenir :** L'atteinte d 'une couverture élevée demeure le facteur le plus déterminant de la réussite du programme.

Les recommandations du CCNI en matière de vaccination contre la grippe saisonnière demeurent inchangées pour 2026-2027

- Vaccination antigrippale annuelle pour toutes les personnes âgées de 6 mois et plus.
  - 1 dose pour les 9 ans + et ceux de 6 mois à moins de 9 ans vaccinés au cours d'une saison précédente
  - 2 doses pour les personnes âgées de 6 mois à moins de 9 ans qui n'ont jamais été vaccinés

- Pour les personnes **de 65 ans et +** : les vaccins antigrippaux à **forte dose**, **avec adjuvant** ou **recombinant** devraient être offerts plutôt que d'autres vaccins ; si un produit privilégié n'est pas disponible, tout vaccin antigrippal adapté à l'âge devrait être utilisé.

- La vaccination contre la grippe est particulièrement importante pour :
  - les personnes présentant un risque élevé de complications ou d'hospitalisation liées à la grippe
  - personnes qui pourraient transmettre la grippe à des sujets à risque élevé
  - les personnes qui fournissent des services communautaires essentiels
  - personnes présentant un risque accru d'exposition aux virus de l'influenza aviaire A (p. ex. H5N1)

Prochaine étape pour les vaccins contre la grippe saisonnière

- **Méthode d'administration supplémentaire pour le VVAI (FluMist®)** :
  - 0,2 ml par voie intranasale (0,1 ml/narine), de 2 à 59 ans, traditionnellement par un professionnel de la santé
  - **nouvellement autorisé (juin 2026)** : auto-administration ou administration par un aidant sous la supervision directe d'un professionnel de la santé (les enfants âgés de 2 à 18 ans ne peuvent pas s'auto-administrer)
- **Nouveaux vaccins antigrippaux de nouvelle génération :**
  - ARNm-1010 : influenza seulement (Moderna)
  - ARNm-1083 : combinaison influenza/COVID-19 (Moderna)
  - aTIVc : vaccin antigrippal à base de culture cellulaire contenant un adjuvant MF59 et contenant une dose plus élevée d'antigène (Seqirus)

Virus respiratoire syncytial (VRS)

Le VRS infecte presque tous les enfants à l'âge de 2 ans et peut causer des maladies graves

- **Symptômes typiques** : durent environ 1 à 2 semaines et comprennent une congestion nasale, une toux, une faible fièvre et une perte d'appétit.

- **Chez les nourrissons et les jeunes enfants,** le VRS est :
  - La cause la plus fréquente de bronchiolite et de pneumonie.
  - Troisième cause de mortalité des voies respiratoires inférieures chez les enfants de moins de 5 ans dans le monde.

- **Chez les personnes âgées et les adultes à haut risque**, le VRS peut provoquer une maladie respiratoire grave.

- **Le** VRS se transmet d'une personne à l'autre par :
  - Particules infectieuses qui atterrissent dans les yeux, le nez ou la bouche ou qui sont inhalées.
  - Les mains peuvent être contaminées en touchant une personne infectée ou une surface ou un objet contaminé.

- **La période d'incubation** est de 2 à 8 jours.
- **Aucun traitement spécifique** pour la maladie du VRS.

Virus respiratoire syncytial (VRS) : Symptômes et traitement
Virus respiratoire syncytial (VRS) : Guide canadien d'immunisation
CCNI : Déclaration sur la prévention de la maladie respiratoire syncytial chez les nourrissons
CCNI : Déclaration sur la prévention de la maladie respiratoire syncytial chez les personnes âgées

Certaines affections augmentent le risque de maladie grave causée par le VRS

Nourrissons/enfants dans les 1re et 2e saisons de VRS

- Prématurité
- Maladie cardiorespiratoire
- Immunodépression
- Anomalies congénitales des voies respiratoires et maladies neuromusculaires entravant l'évacuation des sécrétions respiratoires
- Syndrome de Down

Adultes

- Âge avancé
- Maladie cardiorespiratoire
- Immunodépression
- Problèmes neurologiques ou neurodéveloppementaux
- Diabète sucré/maladies métaboliques
- Maladie rénale ou hépatique chronique
- Obésité de classe 3
- *Résidents des établissements de soins de longue durée**
- *Greffe de cellules souches ou de poumons**
- *Oxygène à domicile ou à longue terme**
- *Recevoir la dialyse**

**Risque le plus élevé dans la population adulte*

HP40-401-2026-fra.pdf
HP40-402-2026-fra.pdf

Protection des nourrissons et des adultes contre le VRS grâce à l'immunisation passive et active

Protection des nourrissons (immunisation passive)		Protection des adultes (immunisation active)
Anticorps monoclonaux (AcM) : • Beyfortus/nirsevimab (Sanofi) • Enflonsia/Clesrovimab (Merck)	**Vaccins utilisés pendant la grossesse pour protéger le nourrisson :** • Abrysvo/RSVpreF (Pfizer)	**Vaccins pour les personnes âgées et à haut risque :** • Arexvy/RSVPreF3 (GSK) • Abrysvo/RSVpreF (Pfizer) • mResvia/ARNm-1345 (Moderna)

Immunisation passive :

- Anticorps spécifiques au VRS administrés soit directement au nourrisson par injection, soit transmis par voie transplacentaire par vaccination pendant la grossesse.
- La protection conférée par l'immunisation passive est temporaire.
- La protection passive ne peut pas être renforcée. Pour une protection continue, des doses subséquentes doivent être administrées.

Immunisation active :

- Les adultes ont déjà été infectés par le VRS, mais en raison de la baisse de l'immunité, ils peuvent subir des infections répétées.
- Les vaccins renforcent l'immunité acquise lors d'infections antérieures.
- On ne sait toujours pas si la vaccination répétée peut renforcer la protection.

Préparations pour la protection des nourrissons et des jeunes enfants contre le VRS*

	Beyfortus (Nirsevimab)	Enflonsia (Clesrovimab)	Abrysvo (RSVpreF)
Date de l'autorisation de Santé Canada	19/04/2023	22/02/2026	21/12/2023
Produit	AcM	AcM	Vaccin à sous-unitaire stabilisées
Utilisation recommandée par le CCNI*	Nourrissons jusqu'à 24 mois (une dose au cours de la deuxième saison du VRS est recommandée pour les groupes à risque accru continu).	Nourrissons pendant leur première saison de VRS et ceux qui présentent un risque accru pendant leur deuxième saison de VRS.	Pendant la grossesse, entre 28 et 36 semaines de gestation. À l'heure actuelle, une dose à vie est recommandée.
Calendrier*	1 dose par saison de VRS.	1 dose par saison de VRS.	Pendant la grossesse, 1 dose entre 28 et 36 semaines de gestation.

AcM = anticorps monoclonal
* : Selon les recommandations du CCNI concernant les calendriers et les indications

Déclaration sur la prévention de la maladie respiratoire syncytial chez les nourrissons
HP40-402-2026-fra.pdf

Le clesrovimab est le plus récent anticorps monoclonal autorisé en février 2026

- **Efficacité :**
  - Efficace pour prévenir les complications graves
    - Réduction de 60,4 % du VRS nécessitant des soins médicaux
    - Réduction de 84,2 % des admissions à l'hôpital associées au VRS
    - Réduction de 100 % des admissions aux USI associées au VRS
  - Il existe peu de données probantes sur l'efficacité du clesrovimab pour prévenir les décès dus à l'infection par le VRS chez les nourrissons au cours de leur première saison de VRS.

Efficacité et innocuité du nirsevimab et du RSVpreF

Efficacité :

- Plusieurs études démontrent que le nirsevimab et la vaccination maternelle RSVpreF offrent une protection substantielle contre les complications graves du VRS chez les nourrissons.
  - Nirsevimab : réduction de 83 % des hospitalisations
  - RSVpreF : réduction de 57 à 82 % des hospitalisations
  - Peu d'études comparant directement l'efficacité reelle à ce jour

Sécurité :

- Tous les produits sont bien tolérés avec un bon profil de sécurité. Faible risque d'effet indésirable systémique associé à tout produit d'immunisation actuel.
- RSVpreF :
  - La surveillance après la mise en marché n'a pas montré de risque accru de naissance prématurée.
  - Un risque accru de troubles hypertensifs et de rupture prématurée des membranes avant terme a été observé de façon inconstante. D'autres analyses sont prévues.

HP40-402-2026-fra.pdf

Efficacité de la vaccination au nirsevimab après la naissance par rapport à la vaccination maternelle RSVpreF dans la prévention des hospitalisations liées au VRS chez les nourrissons : une étude de cohorte rétrospective basée sur la population - The Lancet Child & Adolescent Health

Recommandations du CCNI sur l'immunisation contre le VRS – Nourrissons et jeunes enfants

- **Le CCNI recommande fortement des programmes universels d'immunisation contre le VRS pour protéger les nourrissons, en utilisant une administration saisonnière.**
- **Le CCNI recommande fortement aux juridictions de mettre en œuvre un programme de vaccination contre le VRS saisonnier, en fonction du contexte local, de la faisabilité et des priorités du programme :**
  - **Programme d'anticorps monoclonaux pour nourrissons**
    - Offrir le nirsevimab ou le clesrovimab à tous les nourrissons pendant leur première saison de VRS et aux nourrissons à haut risque pendant leur deuxième saison de VRS.
  - **Programme combiné de vaccins pendant la grossesse et d'anticorps monoclonaux pour nourrissons**
    - Offrir **RSVpreF pendant la grossesse** pour protéger les nourrissons nés pendant la saison du VRS.
    - Offrir le nirsevimab ou le clesrovimab aux nourrissons qui présentent un risque accru de **maladie grave par le VRS**, y compris les nourrissons nés de femmes ou de personnes ayant reçu le vaccin RSVpreF pendant la grossesse.
    - Offrir le nirsevimab ou le clesrovimab aux nourrissons nés **de femmes ou de personnes qui n'ont pas reçu le vaccin RSVpreF pendant la grossesse**, quel que soit leur statut de risque sous-jacent, ou qui sont nés moins de 2 semaines après l'administration du RSVpreF.

Considérations relatives aux recommandations du CCNI concernant le VRS pour les nourrissons

- **Calendrier :** Pour le nirsevimab et le clesrovimab, l'administration doit commencer au début de la saison du VRS. Pour l'administration du RSVpreF, il faut tenir compte du moment de la gestation et du début de la saison du VRS, en prévoyant au moins deux semaines avant l'accouchement.
- **Administration concomitante :** Le nirsevimab ou le clesrovimab peuvent être administrés le même jour, ou à tout moment avant ou après les vaccins de routine pour enfants. L'administration concomitante du RSVpreF aux femmes enceintes et aux personnes enceintes avec d'autres vaccins recommandés peut être envisagée selon les principes de base de la vaccination.
- **Pas de vaccination RSVpreF répétée :** En raison d'un manque de données, le CCNI n'a actuellement aucune recommandation pour une administration répétée de RSVpreF pour les grossesses subséquentes. Pour assurer une protection contre le VRS aux nourrissons nés lors de grossesses subséquentes, l'administration d'un anticorps monoclonal au nourrisson après la naissance doit être envisagée.

Recommandations du CCNI sur le VRS pour nourrissons et jeunes enfants

Tableau 2. Tableau des recommandations cliniques d'anticorps monoclonaux par caractéristiques des nourrissons

Âge du nourrisson	**Présence d'une affection figurant à la liste 1** (y compris la prématurité de moins de 32 semaines d'âge gestationnel)	**Statut d'immunisation pendant la grossesse (RSVpreF)**	**Recommandation pour le nirsevimab ou le clesrovimab**
Moins de 8 mois *Première saison du VRS*	Oui	N'importe quel	Oui
	Non	Oui	Non
		Non	Oui[1,2]
8 à 19 mois *Deuxième saison du VRS*	Oui	N'importe quel	Oui
	Non		Non

[1]Les nourrissons nés pendant la saison du VRS devraient être priorisés. Les plus jeunes nourrissons au début de la saison du VRS (c.-à-d. âgés de ≤ 3 à 6 mois) pourraient aussi être priorisés pour l'administration d'un AcM, étant donné que le rapport coût/efficacité diminue à mesure que l'âge du nourrisson augmente au début de la saison du VRS.

[2]Le CCNI recommande de préférence un AcM pour tous les nourrissons qui amorcent leur première saison du VRS, lorsque le transport requis pour le traitement d'une maladie grave causée par le VRS est complexe ou lorsque le risque de maladie grave causée par le VRS recoupe des déterminants sociaux et structurels de la santé établis, comme ceux qui touchent certaines personnes vivant dans les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis ou provenant de ces communautés.

Sondage interactif - Nourrissons et VRS : Choix multiples

D'après les plus récentes recommandations du CCNI sur l'immunisation contre le VRS, laquelle des recommandations suivantes reflète les recommandations du CCNI pour protéger les nourrissons contre le VRS? (Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.)

A**)** Le RSVpreF **et** un anticorps monoclonal doivent être administrés aux nourrissons

B) Les anticorps monoclonaux **ne doivent** être proposés que si le RSVpreF n'a pas été administré pendant la grossesse

C) Le RSVpreF pendant la grossesse **ou** un anticorps monoclonal peut être utilisé (les nourrissons à haut risque recevant des anticorps monoclonaux même si le RSVpreF a été administré pendant la grossesse)

Sondage interactif - Nourrissons et VRS : Choix multiples

D'après les plus récentes recommandations du CCNI sur l'immunisation contre le VRS, laquelle des recommandations suivantes reflète les recommandations du CCNI pour protéger les nourrissons contre le VRS ? (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)? La bonne réponse est C

A) Le RSVpreF et un anticorps monoclonal doivent être administrés aux nourrissons
Seuls les anticorps monoclonaux sont administrés aux nourrissons.

B) Les anticorps monoclonaux ne doivent être offerts que si le RSVpreF n'a pas été administré pendant la grossesse.
Bien que l'absence de RSVpreF au cours de la grossesse est une indication pour les anticorps monoclonaux, ils sont également recommandés si le RSVpreF est administré au cours des deux dernières semaines de grossesse ou si le nourrisson présente un risque accru

C) Le RSVpreF pendant la grossesse ou un anticorps monoclonal peut être utilisé (les nourrissons a haut risque recevant des anticorps monoclonaux, même si le RSVpreF a été administré pendant la grossesse).
Le CCNI recommande un programme d'immunisation universel utilisant soit des anticorps monoclonaux pour le nourrisson, soit le RSVpreF pendant la grossesse, mais si les nourrissons présentent un risque accru, des anticorps monoclonaux devraient être administrés, que le RSVpreF ait été administré ou non pendant la grossesse.

Préparatifs pour la protection des personnes âgées et des adultes à risque contre le VRS

	Arexvy (RSVPreF3)	Abrysvo (RSVpreF)	MResvia (ARNm-1345)
Date de l'autorisation	09/04/2023; Indication mise à jour 01/11/2024	12/21/2023; Indication mise à jour 17/10/2025	06/11/2024; Indication mise à jour 14/01/2026
Produit	Vaccin sous-unitaire stabilisé	Vaccin sous-unitaire stabilisé	Vaccin à base d'ARNm
Autorisation	• Adultes de 60 ans et plus • Adultes de 50 à 59 ans présentent un risque accru	• Adultes de 60 ans et plus • Personnes de 18 à 59 ans présentant un risque accru • Durant la grossesse	• Adultes de 60 ans et plus • Adultes de 50 à 59 ans présentent un risque accru
Calendrier	Actuellement une dose à vie	Actuellement une dose à vie	Actuellement une dose à vie

Préparations pour la protection des personnes âgées et adultes à risque accru

Immunogénicité :

- Chez les adultes de 18 à 59 ans présentant un risque plus élevé, les trois vaccins ont déclenché une forte réponse immunitaire
- Le type de problèmes de santé chroniques sous-jacents évalués variait d'une étude à l'autre, et un nombre limité d'adultes de moins de 60 ans ont été inclus.

Efficacité :

- Aucune étude chez les adultes <60 ans
- ≥60 ans : une dose de l'un des trois vaccins a fourni une bonne protection contre le VRS et l'hospitalisation nécessitant une visite médicale; données limitées sur les admissions aux USI et les décès

Efficacité réelle:

- Aucune donnée du monde réel pour l'ARNm-1345
- Une dose de RSVpreF ou RSVPreF3 offre une bonne protection contre les complications graves
- Lorsqu'ils sont disponibles, les résultats sont similaires chez les adultes de 80 ans et plus et chez les adultes immunodéprimés

Vaccins contre le VRS pour les personnes âgées et les adultes à risque accru
Durabilité, capacité de renforcement et sécurité

- **Durabilité :** Les données probantes disponibles démontrent qu'une dose unique de vaccin contre le VRS confère une certaine protection contre le VRS pendant au moins trois ans.
- **Capacité de renforcement :** On ne sait pas encore si les réponses à ces vaccins peuvent être renforcées par d'autres doses.
- **Sécurité :**
  - La plupart des effets indésirables locaux et systémiques étaient légers à modérés.
  - Chez les adultes âgés de 65 ans et plus, les données cliniques et de surveillance préliminaires montrent un risque accru de syndrome de Guillain-Barré (SGB) après RSVpreF et RSVPreF3. Cependant, les avantages de la prévention des infections graves par le VRS dans ce groupe sont considérés comme supérieurs au risque très rare de SGB, d'autant plus que la maladie à VRS elle-même peut augmenter le risque de SGB.

Recommandations du CCNI sur le vaccin contre le VRS : Personnes âgées et adultes à risque élevé

- **Le CCNI continue de recommander fortement des programmes de vaccination contre le VRS pour les adultes de 75 ans et plus**

- **Le CCNI recommande fortement des programmes d'immunisation contre le VRS pour les adultes de 65 à 74 ans présentant un risque accru de maladie grave par le VRS**

    - Maladie cardiopulmonaire
    - Diabète sucré et autres maladies métaboliques
    - Immunodéficience modérée ou grave
    - Maladie rénale ou hépatique chronique
    - Problèmes neurologiques ou neurodéveloppementaux
    - Obésité de classe 3

Recommandations du CCNI sur le vaccin contre le VRS : Personnes âgées et adultes à risque élevé

- **Le CCNI recommande fortement que les programmes de vaccination contre le VRS incluent les adultes de 18 ans et plus qui :**
  - résident dans des maisons de soins et d'autres établissements de soins de longue durée;
  - ont subi une greffe pulmonaire;
  - ont subi une greffe de cellules souches hématopoïétiques (lorsque la greffe a été effectuée au cours des deux années précédentes ou que le traitement immunosuppresseur se poursuit);
  - utilisent de l'oxygène à domicile ou nécessitent une oxygénothérapie à long terme, peu importe s'ils vivent à la maison ou ailleurs;
  - reçoivent la dialyse
- **Pour les autres adultes qui pourraient demander à se faire vacciner en dehors d'un programme de santé publique, le CCNI recommande que les vaccins contre le VRS soient envisagés par les adultes présentant un risque accru de maladie grave à VRS selon une décision individuelle éclairée par une discussion avec leur fournisseur de soins de santé. Une évaluation minutieuse des avantages par rapport aux inconvénients potentiels est importante, car la plupart des jeunes adultes peuvent bénéficier davantage de la vaccination à un âge avancé ou s'ils développent une maladie qui augmente leur risque de maladie grave par le VRS.**

Questions et réponses du webinaire et évaluation

Veuillez répondre à notre court sondage d'évaluation du webinaire (~5 minutes) – vos commentaires sont importants pour nous et éclaireront le prochain webinaire afin qu'il réponde à vos besoins.

Vous trouverez l'enregistrement du webinaire et le diaporama sur le site **ccnmi.ca**

Utilisez l'appareil photo de votre téléphone pour balayer le code QR afin d'accéder au sondage d'évaluation.

Questions-réponses du webinaire

Remerciements et évaluation du webinaire :

Veuillez répondre à notre court sondage d'évaluation du webinaire (~5 minutes) – vos commentaires sont importants pour nous et éclaireront le prochain webinaire afin qu'il réponde à vos besoins.

Vous trouverez l'enregistrement du webinaire et le diaporama sur le site **ccnmi.ca**

Utilisez l'appareil photo de votre téléphone pour balayer le code QR afin d'accéder au sondage d'évaluation.

Diapositives supplémentaires

Diapositives supplémentaires – Table des matières

- COVID-19 : diapositive 43
- Grippe saisonnière : diapositive 44
- VRS : diapositive 45
- Maladies respiratoires : diapositive 46
- Surveillance et épidémiologie : diapositives 47 à 49
- Remerciements du CCNI : diapositives 50 à 55

COVID-19

Directives du CCNI :

- Juin 2026 : Directives sur l'utilisation des vaccins contre la COVID-19 à partir de l'automne 2026

Guide canadien d'immunisation :

- Vaccins contre la COVID-19 : Guide canadien d'immunisation

Ressources fédérales et certaines ressources supplémentaires :

- COVID-19 : Symptômes, traitement, ce que vous devez faire si vous vous sentez malade
- Maladie à coronavirus (COVID-19) : Pour les professionnels de la santé
- Surveillance des virus respiratoires au Canada
- OMS : Flambée de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19)

Grippe saisonnière

Directives du CCNI :

- Mai 2026 : Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 2026–2027

Guide canadien d'immunisation :

- Vaccins antigrippaux : Guide canadien d'immunisation

Ressources fédérales et certaines ressources supplémentaires :

- Grippe (influenza saisonnière) : Symptômes et traitement
- Grippe (influenza saisonnière) : Pour les professionnels de la santé
- Grippe (influenza saisonnière) : Surveillance
- Surveillance des virus respiratoires au Canada
- Rapport annuel national sur la grippe 2023–2024 : accent sur la grippe B
- Surveillance internationale: World Health Organization's FluNet (en anglais seulement)
- Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2026-2027 northern hemisphere influenza season (en anglais seulement)
- AMMI Canada 2023 update on influenza: Management and emerging issues (en anglais seulement)

VRS

Directives du CCNI :

- Le 10 avril 2026 : Recommandations mises à jour sur les vaccins contre le virus respiratoire syncytial (VRS) chez les adultes âgés et les adultes à risque élevé de maladie grave liée au VRS
- Le 10 avril 2026 : Recommandations mises à jour pour protéger les nourrissons et les enfants contre la maladie causée par le virus respiratoire syncytial (VRS) : Utilisation d'anticorps monoclonaux (nirsévimab et clesrovimab) et du vaccin RSVpreF

Guide canadien d'immunisation :

- Vaccins contre le virus respiratoire syncytial (VRS) : Guide canadien d'immunisation

Ressources fédérales et certaines ressources supplémentaires :

- Virus respiratoire syncytial (VRS) : Symptômes et traitement
- Virus respiratoire syncytial (VRS) : Pour les professionnels de la santé
- Surveillance des virus respiratoires au Canada
- Fardeau de la maladie du virus respiratoire syncytial chez les personnes âgées
- Fardeau de la maladie du VRS chez les nourrissons, les enfants et les femmes et les personnes enceintes
- Evaluation of a monoclonal antibody against respiratory syncytial virus, clesrovimab, in infants and children: Comprehensive rationale and study design for the late-stage clinical trials (en anglais seulement)
- Clesrovimab in Infants and Children at Increased Risk for Severe RSV Disease (en anglais seulement)
- Clesrovimab for Prevention of RSV Disease in Healthy Infants (en anglais seuelement)
- WHO: Respiratory Syncytial Virus (RSV) disease (en anglais seulement)

Maladies respiratoires

Trousse de communications

Aidez à réduire la transmission des maladies respiratoires infectieuses (affiche)

Maladies infectieuses respiratoires : Briser la chaîne de l'infection

Maladies respiratoires infectieuses : Réduisez votre risque

Maladies respiratoires infectieuses : Utilisation du masque pour réduire la propagation

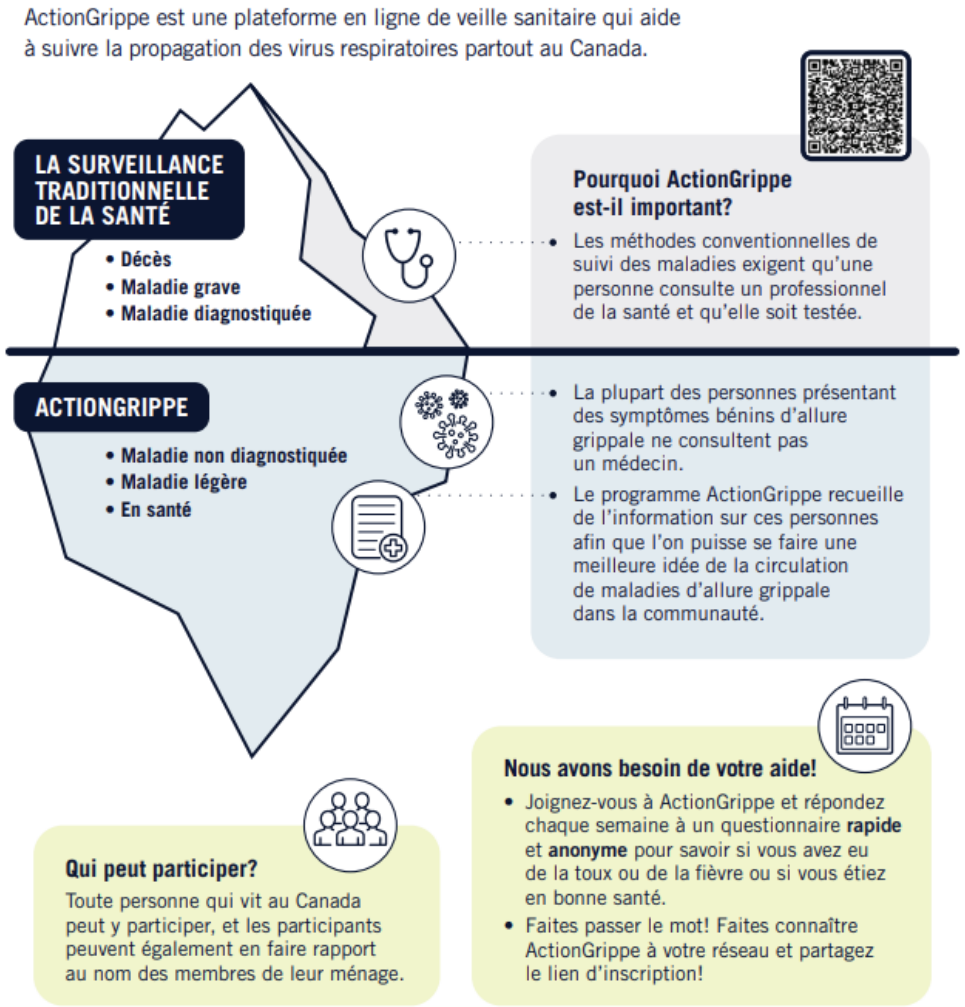
Lavez-vous les mains pour réduire la transmission des maladies infectieuses

Surveillance

- Depuis l'automne 2024, la surveillance des virus respiratoires au Canada (COVID-19, VRS et grippe) est intégrée à Surveillance ÉpiGrippe+.
- La surveillance de ces virus à l'aide d'indicateurs de surveillance similaires permet d'obtenir une vue d'ensemble des tendances et des répercussions des virus sur la population, tout en permettant un suivi détaillé de chaque virus.
- Les tendances nationales hebdomadaires sont présentées dans le Rapport de surveillance des virus respiratoires au Canada.

Rapport canadien de surveillance des virus respiratoires

Qu’est-ce qu’ActionGrippe



Cherche "ActionGrippe" pour plus d'informations et pour s'inscrire !

Surveillance IRAS

- Les professionnels de la santé doivent signaler les infections respiratoires aiguës sévères (IRAS) à leur unité locale de santé publique en suivant le protocole IRAS.
- Les alertes IRAS doivent inciter les cliniciens à “Penser, Dire et Tester".
- Le formulaire de déclaration des cas est facilement disponible en ligne
- Tenir compte des antécédents d'exposition aux animaux et aux voyages des personnes présentant un syndrome grippal.
- La surveillance de l’IRAS a été utilisée en 2024 pour la détection de la grippe aviaire chez l’humain en Colombie-Britannique.

Protocole d’enquête microbiologique concernant les Infections Respiratoires Aiguës Sévères (IRAS)

Épidémiologie et fardeau de la maladie

Messages à retenir :

COVID-19	Grippe	VRS
• Les conséquences graves associées à la COVID-19 diminuent par rapport aux saisons précédentes. • Les taux d'hospitalisation les plus élevés sont observés chez les personnes âgées. • Le caractère saisonnier de la COVID-19 n'a toujours pas été établi.	• L'activité grippale est revenue à son niveau d'avant la pandémie. • La circulation de l'influenza A continue de dominer après la pandémie, et B/Yamagata n'a pas été détecté depuis mars 2020 au Canada ou dans le monde. • Les taux d'hospitalisation les plus élevés demeurent chez les personnes âgées, suivies des jeunes enfants.	• L'activité du VRS commence un peu plus tôt que celle de la grippe à l'automne. • L'activité du VRS commence chez les jeunes nourrissons au début de l'automne et les adultes plus âgés sont touchés plus tard dans la saison. • Les taux d'hospitalisation les plus élevés sont observés chez les nourrissons. • Surveillance des effets des nouvelles interventions sur les taux d'hospitalisation chez les nourrissons et les personnes âgées.
Le suivi de ces trois virus à l'aide de méthodes de surveillance similaires permet aux décideurs de voir l'ensemble de l'impact et du fardeau des virus respiratoires sur la population et souligne l'importance de la vaccination et d'autres mesures de santé publique pour atténuer le fardeau de ces maladies sur les ressources de santé. Rapport canadien de surveillance des virus respiratoires		

Remerciements du CCNI

Remerciements – Membres du CCNI :

Membres du CCNI : V Dubey (président), S Wilson (vice-président), M Andrew, N Brousseau, A Buchan, H Decaluwe, E Dubé, K Hildebrand, K Klein, M O'Driscoll, J Papenburg, A Pham-Huy, E Rafferty, T Ramsey et K Top.

Représentants de liaison : L. Bill (Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada), S. Buchan (Association canadienne pour la recherche, l'évaluation et l'éducation en immunisation), E. Castillo (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada), J. Comeau (Association pour la microbiologie médicale et le contrôle des maladies infectieuses), M. Lavoie (Conseil des médecins hygiénistes en chef), VACANT (Centre pour le contrôle et la prévention des maladies), M. McIntyre (Association des infirmières et infirmiers du Canada), VACANT (Société canadienne de pédiatrie), M. Osmack (Association des médecins autochtones du Canada), J. Potter (Collège des médecins de famille du Canada), A. Pucci (Association canadienne de santé publique), D. Singh (Comité canadien d'immunisation) et E. Zannis (Association des pharmaciens du Canada).

Représentants d'office : K. Barnes (ministère de la Défense nationale et des Forces armées canadiennes), P. Fandja (Direction des produits de santé commercialisés, Santé Canada), K. Franklin (Centre de prévention des infections émergentes et respiratoires et de la préparation aux pandémies, ASPC), E. Henry (Centre de la surveillance et des programmes de l'immunisation [CSPI], ASPC), J. Kosche (Centre de la surveillance et des programmes d'immunisation [PSIC], ASPC), M. Lacroix (Groupe consultatif sur l'éthique en santé publique, ASPC), T. Stothart (Surveillance de l'innocuité des vaccins, Centre de la surveillance et des programmes de l'immunisation [CSPI], ASPC), C. Pham (Direction des médicaments biologiques et radiopharmaceutiques, Santé Canada), M. Routledge (Laboratoire national de microbiologie, ASPC) et T. Wong (Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Services aux Autochtones Canada).

Remerciements – Membres du GT sur les vaccins contre la COVID-19 du CCNI :

Membres du CCNI : M Andrew (président), A Buchan, H Decaluwe, P De Wals, D Moore, B Sander, S Wilson, Y-G Bui, M Miller, D Singh, L Roper, L Panagiotakopoulos et M Willcott.

Représentants d'office : K. Barnes, P. Fandja, K. Franklin, E. Henry, M. Lacroix, T. Stothart, J. Kosche, C. Pham, M. Routledge et T. Wong.

La déclaration sur les lignes directrices sur l'utilisation des vaccins contre la COVID-19 à partir de l'automne 2026 a été préparée par : N Forbes, M Salvadori, A Tuite, R Krishnan, B Warshawsky, K Young, M Tunis et M Andrew, au nom du CCNI.

Le CCNI tient à remercier : J. Daniel, E. Wong, Nguyen, R.R. Tazinya, M. Lan, A. Howarth et le secrétariat du CCNI pour leur contribution.

Remerciements – Membres du groupe de travail sur l'influenza du CCNI :

Membres du CCNI : J. Papenburg (président), M. Andrew, P. De Wals, I. Gemmill, J. Langley, A. McGeer et T. Ramsey.

Ancien membre : D Moore

Anciens représentants de liaison : L Grohskopf (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], États-Unis).

Représentants d'office : N. Bastien, K. Daly, L. Lee, A. Weeks et M. Willcott/G. Coleman

La déclaration sur les vaccins contre la grippe saisonnière pour 2026-2027 a été préparée par : A . Sinilaite, W. Siu et J. Papenburg au nom du Groupe de travail sur la grippe du CCNI et a été approuvée par le CCNI.

Le CCNI tient à remercier : E Abrams, O Baclic, A Deuters, P Doyon-Plourde, A Gil, N Forbes, C Lazarescu, A Nunn, R Pless, N Sicard, F Tadount, C Tremblay, M Tunis, M Ursu, B Warshawsky, K Young et J Zafack.

Remerciements – Membres du GT sur les VRS du CCNI : Nourrissons et jeunes enfants

Cette déclaration a été préparée par : A. Killikelly, E. Abrams, W. Siu, A. Tuite, G. Gebretekle, N. Brousseau et V. Dubey, au nom du groupe de travail du CCNI sur le VRS, et approuvée par le CCNI.

Le CCNI tient à remercier : J. Daniel, A. Gil, J. Montroy, S. CortésKaplan, A. Howarth, M. Salvadori, J. Zafack, M. Xi, M. Lan, A. Nwosu, R. Ximenes, S. Mitchell, N. Forbes, K. Young, C. Jensen, O. Baclic, K. Wilkinson et M. Tunis.

Le CCNI remercie le groupe de travail sur la santé des Autochtones du CCNI pour appuyer l'élaboration des recommandations.

Membres du groupe de travail sur le VRS du CCNI : N Brousseau (président), M Andrew, A Britton, T Bogler, S Buchan, M Cao, J Jones, S McNeil, D Money, D Moore, D Moulia, J Papenburg, E Rafferty, J Robinson, S Buckrell, M Cao, L Lee et F Schwarz.

Membres du CCNI : V. Dubey (président), S. Wilson (vice-président), M. Andrew, N. Brousseau, A. Buchan, H. Decaluwe, E. Dubé, K. Hildebrand, K. Klein, M. O'Driscoll, J. Papenburg, A. Pham-Huy et E. Rafferty.

Anciens membres du CCNI : R Harrison (président).

Représentants de liaison : L. Bill/M. Nowgesic (Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada), S. Buchan (Association canadienne pour la recherche, l'évaluation et l'éducation en immunisation), E. Castillo (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada), J. Comeau (Association pour la microbiologie médicale et le contrôle des maladies infectieuses), M. Lavoie (Conseil des médecins hygiénistes en chef), J. MacNeil (Center for Disease Control and Prevention), M. McIntyre (Association des infirmières et infirmiers du Canada), D. Moore (Société canadienne de pédiatrie), M. Osmack (Association des médecins autochtones du Canada), J. Potter (Collège des médecins de famille du Canada), A. Pucci (Association canadienne de santé publique), D. Singh (Comité canadien d'immunisation) et E. Zannis (Association des pharmaciens du Canada).

Représentants d'office : K. Barnes (ministère de la Défense nationale et des Forces armées canadiennes), P. Fandja (Direction des produits de santé commercialisés, Santé Canada), K. Franklin (Centre de prévention des infections émergentes et respiratoires et de la préparation aux pandémies, ASPC), E. Henry (Centre de la surveillance et des programmes de l'immunisation [PSIC], ASPC), M. Lacroix (Groupe consultatif sur l'éthique en santé publique, ASPC), T. Stothart (Surveillance de l'innocuité des vaccins, Centre de la surveillance et des programmes de l'immunisation) (CISP), ASPC), J. Kosche (Centre de préparation vaccinale et thérapeutique [CVTR], ASPC), C Pham (Direction des médicaments biologiques et radiopharmaceutiques, Santé Canada), M. Routledge (Laboratoire national de microbiologie, ASPC) et T. Wong (Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Services aux Autochtones Canada).

Remerciements – Membres du GT sur le VRS du CCNI : Adultes

Cette déclaration a été préparée par : J. Zafack, E. Abrams, J. Montroy, A. Tuite, A. Howarth, N. Brousseau, V. Dubey au nom du Groupe de travail sur le VRS du CCNI et approuvée par le CCNA**I.**

Le CCNI tient à remercier : J. Daniel, A. Gil, A. Killikelly, S. Cortés-Kaplan, M. Salvadori, W. Siu, M. Xi, G. Gebretekle, R. Ximenes, N. Forbes, K. Young et M. Tunis.

Le CCNI remercie : le groupe de travail sur la santé des Autochtones du CCNI pour appuyer l'élaboration des recommandations.

Membres : N. Brousseau (président), M. Andrew, A. Britton, T. Bogler, S. Buchan, M. Cao, J. Jones, S. McNeil, D. Money, D. Moore, D. Moulia, J. Papenburg, E. Rafferty, J. Robinson, S. Buckrell, M. Cao, L. Lee et F. Schwarz.

Membres du CCNI : V Dubey (président), S Wilson (vice-président), M Andrew, N Brousseau, A Buchan, H Decaluwe, E Dubé, K Hildebrand, K Klein, M O'Driscoll, J Papenburg, A Pham-Huy, E Rafferty, T Ramsey et K Top.

Ancien président du CCNI : R Harrison.

Représentants de liaison : L. Bill/M. Nowgesic (Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada), S. Buchan (Association canadienne pour la recherche, l'évaluation et l'éducation en immunisation), E. Castillo (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada), J. Comeau (Association pour la microbiologie médicale et le contrôle des maladies infectieuses), M. Lavoie (Conseil des médecins hygiénistes en chef), J. MacNeil (Center for Disease Control and Prevention), M. McIntyre (Association des infirmières et infirmiers du Canada), D. Moore (Société canadienne de pédiatrie), M. Osmack (Association des médecins autochtones du Canada), J. Potter (Collège des médecins de famille du Canada), A. Pucci (Association canadienne de santé publique), D. Singh (Comité canadien d'immunisation) et E. Zannis (Association des pharmaciens du Canada).

Représentants d'office : K. Barnes (Défense nationale et Forces armées canadiennes), P. Fandja (Direction des produits de santé commercialisés, Santé Canada), K. Franklin (Centre de prévention des maladies émergentes et respiratoires et de la préparation aux pandémies, ASPC), E. Henry (Centre de la surveillance et des programmes de l'immunisation [PSIC], ASPC), M. Lacroix (Groupe consultatif sur l'éthique en santé publique, ASPC), T. Stothart (Surveillance de l'innocuité des vaccins, Centre de la surveillance et des programmes de l'immunisation [CISP], ASPC), J. Kosche (Centre de préparation vaccinale et thérapeutique [CVTR], ASPC), C. Pham (Direction des médicaments biologiques et radiopharmaceutiques, Santé Canada), M. Routledge (Laboratoire national de microbiologie, ASPC) et T. Wong (Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Services aux Autochtones Canada).