

Ces conseils s'adressent aux professionnels de la santé; nous ne pouvons pas répondre aux questions individuelles de patients. Les personnes souhaitant obtenir de plus amples informations sont priées de s'adresser à leur médecin, qui est le mieux placé pour répondre à des questions spécifiques.

## Information et conseils de la SCT pour les professionnels de la santé respiratoire sur la vaccination contre la COVID-19

### Introduction

Ce document de la Société canadienne de thoracologie (SCT) offre aux professionnels de la santé respiratoire des conseils et des informations pertinentes sur la vaccination contre la COVID-19 au Canada. En raison du caractère limité des données, il existe des domaines d'incertitude qui ont incité la SCT (et plusieurs autres sociétés de spécialité nationales et internationales) à fournir des conseils de vaccination fondés sur les données probantes et l'expertise disponibles. Nous présentons ces informations importantes dans ce document. La section des Questions fréquemment posées aborde certaines préoccupations pouvant émerger de discussions avec des patients immunodéprimés, recevant une thérapie biologique ou des stéroïdes à long terme, en stade pré- ou post-greffe, etc. Nous comptons mettre à jour ces conseils à mesure que de nouvelles informations seront disponibles; nous recommandons aux lecteurs de surveiller périodiquement les mises à jour sur le site Web de la Société canadienne de thoracologie (<https://cts-sct.ca/covid-19/?lang=fr>).

Les connaissances sur le taux de vaccination des patients atteints de maladies respiratoires au Canada sont lacunaires. Par contre, il ressort clairement des études canadiennes<sup>1-6</sup> sur l'utilisation des vaccins que les taux de vaccination contre la grippe saisonnière et l'infection pneumococcique sont inférieurs au seuil idéal de 80 %.<sup>7</sup> Le fait d'avoir été en contact (rendez-vous) avec un professionnel de la santé ou d'avoir reçu une recommandation de sa part a été identifié dans plusieurs études<sup>2,8,9</sup> comme un important prédicteur de la décision d'une personne de se faire vacciner. L'étude de Bourbeau et coll.<sup>2</sup> a révélé que les patients en MPOC du Québec et de l'Ontario qui étaient régulièrement en contact avec leur médecin avaient un taux de vaccination contre la grippe saisonnière de 80 %, tel que déclaré par leur médecin de soins primaires. Dans l'étude de Boerner et coll.,<sup>8</sup> les participants ont mentionné la recommandation d'un médecin et leur confiance en celui-ci comme étant des facteurs clés dans leur décision de se faire vacciner.

Par conséquent, le rôle que les médecins, les professionnels de la santé respiratoire et les éducateurs peuvent exercer en tant que promoteurs de la vaccination ainsi qu'un message cohérent sur la vaccination contre la COVID-19 seront probablement des facteurs efficaces pour améliorer les taux de vaccination dans cette population vulnérable.

### Quel est le meilleur vaccin contre la COVID-19?

Il n'y a pas de « meilleur » choix de vaccin, car les recherches ne sont pas encore assez nombreuses pour confirmer quoi que ce soit à ce sujet. **Les vaccins ne sont pas une solution miracle, d'autant plus que la pandémie se poursuit. Ils doivent être associés à d'autres mesures de santé publique pour réduire le risque de transmission du virus, notamment le lavage fréquent des mains ou l'utilisation de désinfectants pour les mains à base d'alcool, le port de masques faciaux et le maintien d'une distance physique.** Ces mesures sont particulièrement importantes pour les personnes atteintes de maladies chroniques. Quel que soit le vaccin contre la COVID-19 qui vous sera offert en premier, vous pouvez avoir confiance en sa capacité de vous protéger, pour autant que vous continuiez à être prudent jusqu'à ce que le nombre de cas positifs, d'hospitalisations et de décès soit significativement réduit dans l'ensemble du pays. Les fabricants travaillent à mettre au point des vaccins qui offriront une meilleure protection contre les nouveaux variants du SRAS-CoV-2. Pour qu'un vaccin puisse être vendu au Canada, il doit être autorisé par Santé Canada. La Direction des médicaments biologiques et radiopharmaceutiques de Santé Canada examine les données contenues dans la

demande d'homologation du vaccin. Un avis de conformité et un numéro d'identification de médicament sont émis après l'examen, à condition que les avantages du vaccin l'emportent sur les risques identifiés. Après l'autorisation d'un vaccin, le fabricant ou les professionnels de la santé continuent de produire des données post-commercialisation sur ses effets indésirables et/ou de nouvelles données modifiant ses utilisations ou appuyant des utilisations supplémentaires.

### **Médicaments et vaccins contre la COVID-19 autorisés par Santé Canada ou en cours d'examen**

- [Liste des drogues et vaccins autorisés et des drogues à indication supplémentaire contre la COVID-19](#)
- [Vaccin de Pfizer-BioNTech contre la COVID-19 : Ce que vous devez savoir](#)
- [Vaccin de Moderna contre la COVID-19 : Ce que vous devez savoir](#)
- [Vaccin d'AstraZeneca contre la COVID-19 : Ce que vous devez savoir](#)
- [Vaccin de Janssen contre la COVID-19 : Ce que vous devez savoir](#)

### **Sommaire de l'efficacité et de l'innocuité des vaccins approuvés par Santé Canada (voir le Tableau sommaire à la page 7)**

#### **Vaccins contre la COVID-19 de Pfizer-BioNTech et de Moderna :**

Les deux premiers vaccins contre la COVID-19 dont l'utilisation a été approuvée par Santé Canada ([Pfizer-BioNTech](#)<sup>10</sup> et [Moderna](#)<sup>11</sup>) **ont montré une efficacité de plus de 80 %** pour la prévention de la maladie symptomatique et grave. La durée du suivi a été limitée à entre 2 et 4 mois.

#### **Vaccin contre la COVID-19 d'Oxford-AstraZeneca :**

La récente approbation de l'utilisation du vaccin contre la COVID-19 d'[Oxford-AstraZeneca](#)<sup>12</sup> au Canada a fait état d'une efficacité d'environ 62 % à prévenir la maladie symptomatique à partir de deux semaines après la deuxième dose. Pour que le vaccin soit le plus efficace possible, deux doses sont requises : une dose initiale, puis une seconde après 4 à 12 semaines. La durée médiane du suivi était de 105 jours après la première dose et de 62 jours après la deuxième dose. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour comprendre la protection potentielle à plus long terme après une seule dose.

#### **Vaccin contre la COVID-19 de Janssen (Johnson & Johnson) :**

Le vaccin contre la COVID-19 de [Janssen](#)<sup>13</sup> est un vaccin à dose unique dont l'efficacité est de 72 % pour prévenir la maladie symptomatique à partir de deux semaines après la vaccination. Dans l'étude COV3001, en date du 22 janvier 2021, 54,6 % des individus avaient été suivis pendant huit semaines. La durée médiane du suivi pour tous les individus était de 58 jours.

De nouvelles données sont régulièrement publiées concernant l'efficacité des différents vaccins contre les variants. Toutefois, il est encore trop tôt pour savoir si les nouveaux variants peuvent affecter l'efficacité des vaccins, et de quelle façon. D'après les essais cliniques, tous les vaccins **sont sûrs**. Les effets indésirables graves sont rares et sont habituellement autolimités. Les effets secondaires locaux et systémiques sont conformes aux effets secondaires connus associés aux vaccins et sont généralement autolimités. Les effets secondaires à long terme sont très peu probables. Pour ce qui est de l'anaphylaxie, Moderna a déclaré 2,5 cas par million (*en date du 10 janvier 2021* : [MMWR January 29, 2021/670 \(4\): 125-129](#)) et Pfizer, 11 cas par million (*en date du 23 décembre 2020* : [MMWR January 15, 2021/ 70 \(2\): 46-51](#)). La majorité des cas concernait des patients ayant des allergies ou des réactions allergiques documentées/reconnues; et entre un tiers et la moitié avaient des antécédents d'anaphylaxie. Des effets indésirables graves, excluant ceux liés à la COVID-19 confirmée, ont été signalés par 0,4 % (n=83) des personnes ayant reçu le vaccin contre la COVID-19 de Janssen (N=21 895) et par 0,4 % (n=96) des personnes ayant reçu un placebo (N=21 888).

En ce qui a trait au vaccin d'Oxford-AstraZeneca, selon le [système de surveillance de l'innocuité Yellow Card Scheme du Royaume-Uni \(R.-U.\)](#), environ 4 000 doses sur un million administrées entraînent des effets indésirables. Dans les essais cliniques, les effets secondaires suivant l'administration du vaccin étaient légers ou modérés. Il s'agissait notamment de douleurs au point d'injection, de frissons, de fatigue et de fièvre. La [Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency](#) du R.-U. surveille de près les rapports de réactions anaphylactiques ou anaphylactoïdes au vaccin d'AstraZeneca. Celles-ci surviennent moins fréquemment qu'avec le vaccin Pfizer/BioNTech (105 réactions indésirables spontanées anaphylactiques ou anaphylactoïdes déclarées au R.-U.) et sont très rares. En date du 10 mars 2021, le Comité pour l'évaluation des risques en matière de pharmacovigilance de l'Agence européenne des médicaments examine le problème potentiel des événements thromboemboliques; il étudie les cas signalés avec le lot, de même que tous les autres cas d'événements thromboemboliques et d'autres affections liées à des caillots sanguins signalés après la vaccination. Les informations disponibles à ce jour indiquent que le nombre d'événements thromboemboliques chez les personnes vaccinées n'est pas plus élevé que celui observé dans la population générale.

### **Recommandations sur l'utilisation des vaccins contre la COVID-19 au Canada**

Le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) donne à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) des conseils indépendants, continus et à jour dans le domaine de la médecine, des sciences et de la santé publique liés aux questions de l'ASPC concernant l'immunisation. Le CCNI a fourni des avis d'experts indépendants concernant les populations prioritaires pour la vaccination précoce.

#### **Stade 1**

**Le CCNI recommande que les doses initiales de vaccins autorisés contre la COVID-19 soient proposées aux personnes sans contre-indications dans les populations suivantes :**

- Résidents et personnel des milieux de vie collectifs qui fournissent des soins aux personnes âgées
- Adultes de 70 ans et plus, en commençant par les adultes de 80 ans et plus, puis en diminuant la limite d'âge par tranches de 5 ans jusqu'à 70 ans au fur et à mesure de l'approvisionnement
- Travailleurs de la santé (y compris tous ceux qui travaillent dans les milieux de soins de santé et les préposés aux services de soutien à la personne dont le travail requiert un contact direct avec les patients)
- Adultes dans les communautés autochtones où l'infection peut avoir des conséquences disproportionnées

#### **Stade 2**

**À mesure que des stocks supplémentaires de vaccins contre la COVID-19 seront disponibles et qu'ils seront suffisants pour vacciner les populations susmentionnées, les vaccins autorisés contre la COVID-19 devraient être proposés aux personnes sans contre-indications dans les populations suivantes :**

- Travailleurs de la santé non compris dans le déploiement initial
- Résidents et personnel de tous les autres milieux de vie collectifs (p. ex. les logements pour travailleurs migrants, les établissements pénitentiaires, les refuges pour les personnes itinérantes)
- Travailleurs essentiels

### **Priorité aux Canadiens qui ont une maladie pulmonaire, dans le déploiement de la vaccination**

La Table ronde du milieu respiratoire sur la COVID-19 dirigée par la SCT a publié en janvier un [énoncé de position conjoint](#) exhortant les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à prioriser, dans le déploiement de la vaccination, les personnes atteintes de maladies pulmonaires présentant un risque plus élevé de complications plus graves liées à la COVID-19.

En février, le CCNI a publié des [recommandations sur la priorisation des principales populations pour l'immunisation contre la COVID-19](#), qui incluent la maladie pulmonaire chronique comme facteur de risque de mauvais résultats de santé. [Document PDF](#) (*Personnes susceptibles de présenter une forme grave de la maladie ou des complications si elles contractent la COVID-19*)

### **Plans de déploiement de la vaccination dans les provinces et territoires**

Le CCNI fournit des conseils sur les priorités en matière de vaccination, mais les plans spécifiques de déploiement de la vaccination relèvent de chaque province et territoire. Pour les plus récents plans détaillés de vaccination, visitez ce site Web et cliquez sur le lien concernant votre province ou territoire :

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/prevention-risques/covid-19-vaccins-traitements/deploiement-vaccin.html#a3>

**Recommandations du CCNI sur l'utilisation des vaccins contre la COVID-19**<sup>14</sup> (recommandations mises à jour le 16 mars 2021)

**Les recommandations du CCNI sont à présent qualifiées par les verbes « devrait » (recommandation forte) ou « peut » (recommandation facultative).**

- Une **recommandation forte** s'applique à la plupart des populations/personnes et devrait être suivie à moins qu'il n'existe une justification claire et convaincante d'utiliser une autre approche.
- Une **recommandation facultative** peut être offerte pour certaines populations/personnes dans certaines circonstances.

**Recommandation 1** : Une série complète de vaccins contre la COVID-19 actuellement autorisés **devrait être** proposée :

- aux personnes appartenant au groupe d'âge autorisé sans contre-indications au vaccin. Dans le contexte d'un approvisionnement limité en vaccins, les doses initiales du vaccin à ARNm contre la COVID-19 devraient être administrées en priorité aux populations clés décrites dans le document [Orientations sur l'établissement de l'ordre de priorité des principales populations à immuniser contre la COVID-19](#) du CCNI qui inclut à présent la [maladie pulmonaire chronique](#) comme facteur de risque de mauvais résultats de santé.
  - a. En raison de l'efficacité supérieure suggérée, le vaccin à ARNm contre la COVID-19 est recommandé, de préférence, dans le cadre de la priorité de vaccination précoce, aux personnes appartenant au groupe d'âge autorisé sans contre-indications, en particulier aux personnes présentant le plus grand risque de maladie grave et de décès et le plus grand risque d'exposition à la COVID-19.
  - b. Dans le contexte d'un approvisionnement en vaccins limité, le vaccin contre la COVID-19 d'Oxford-AstraZeneca peut être proposé aux personnes âgées de 18 ans et plus sans contre-indications si :
    - i. les avantages d'une vaccination précoce l'emportent sur les limitations d'une vaccination avec un vaccin moins efficace;
    - ii. la facilité du transport, de l'entreposage et de la manipulation de ce vaccin assure l'accès à la vaccination qui peut être autrement difficile; et
    - iii. le consentement éclairé comprend une discussion sur les options actuellement disponibles et sur le calendrier des futurs vaccins.

**Recommandation 2** : Sur la base des nouvelles données probantes sur la protection conférée par la première dose d'une série de deux doses de vaccins contre la COVID-19 actuellement autorisée au Canada, le CCNI recommande que, dans le contexte de l'offre limitée de vaccins contre la COVID-19 et d'une pandémie en cours, les autorités compétentes maximisent le nombre de personnes recevant la première dose de vaccin en

**prolongeant la deuxième dose de vaccin contre la COVID-19 jusqu'à quatre mois après la première.** Le CCNI continuera à surveiller les données probantes sur l'efficacité d'un intervalle de dose prolongé et adaptera ses recommandations en conséquence.

- En plus des nouvelles données liées à la population cette recommandation se fonde sur l'avis d'experts et sur les principes de santé publique d'équité, d'éthique, d'accessibilité, de faisabilité, les principes des vaccins immunologiques et la perspective selon laquelle, dans un contexte de pandémie mondiale, la réduction du risque d'apparition de maladies graves au niveau de la population aura le plus grand impact. Les données probantes actuelles indiquent une efficacité élevée des vaccins contre les maladies symptomatiques et l'hospitalisation pendant plusieurs semaines après la première dose, y compris chez les populations plus âgées.
- Cette recommandation s'applique à tous les vaccins contre la COVID-19 dont l'utilisation est actuellement autorisée au Canada.
- Dans les cas où le consentement éclairé comprenait des hypothèses sur le moment d'administration de la deuxième dose, les autorités peuvent envisager d'administrer les deuxièmes doses à des intervalles plus courts pour ceux qui ont donné leur consentement pour la série de vaccin avant cette recommandation.
- L'efficacité de la première dose des vaccins sera surveillée de près et la décision de retarder la deuxième dose sera évaluée en permanence sur la base des données de surveillance et d'efficacité et des plans d'étude post-implantation. L'efficacité par rapport aux variants préoccupants sera également surveillée de près, et les recommandations pourraient devoir être révisées.

Lorsque l'on considère à quels groupes offrir le vaccin contre la COVID-19 d'Oxford-AstraZeneca si un vaccin à ARNm contre la COVID-19 autorisé n'est pas disponible ni accessible, cette évaluation peut varier selon les administrations et les groupes, et elle dépendra des éléments suivants :

- **Conditions locales d'épidémie de COVID-19** (par exemple, envisager de proposer le vaccin contre la COVID-19 d'Oxford-AstraZeneca dans les régions à forte transmission épidémique où une protection immédiate est nécessaire pour prévenir les maladies symptomatiques et préserver la capacité du système de santé; en considérant soigneusement le potentiel de la transmission locale de variants viraux préoccupants et l'efficacité réelle anticipée contre ces derniers)
- **Approvisionnement local en vaccins** (par exemple, considérer combien de temps un groupe devra attendre pour se voir proposer un vaccin à ARNm en fonction de l'approvisionnement en vaccins disponible et prévu)
- **Risque de maladie grave et de décès** (par exemple, envisager de proposer le vaccin contre la COVID-19 d'Oxford-AstraZeneca disponible aux groupes à faible risque de maladie grave et de décès qui devront attendre pour recevoir le vaccin à ARNm)
- **Risque d'exposition** (par exemple, envisager de proposer le vaccin contre la COVID-19 d'Oxford-AstraZeneca disponible aux groupes à risque d'exposition au SRAS-CoV-2 qui devront attendre pour recevoir le vaccin à ARNm)
- **Considérations logistiques** (par exemple, envisager de proposer le vaccin contre la COVID-19 d'Oxford-AstraZeneca disponible aux groupes qui ne seraient pas autrement vaccinés en raison d'obstacles personnels pour se rendre aux sites de vaccination à ARNm en dépit des efforts des administrations pour y accroître l'accès. En raison de la facilité de transport, d'entreposage et de manipulation du vaccin d'Oxford-AstraZeneca, divers autres sites de vaccination pourraient faciliter les conditions de vaccination et réduire l'hésitation à se faire vacciner)

Voir le [Tableau des options de prise en charge selon les types de vaccins contre la COVID-19 dont l'utilisation est approuvée au Canada](#) pour un résumé des données probantes et des facteurs que les administrations devraient prendre en compte lors de la mise en œuvre des programmes de vaccination contre la COVID-19.

**Recommandation 3** : Une série complète de vaccins contre la COVID-19 actuellement autorisés **peut être** proposée :

- aux personnes appartenant au groupe d'âge autorisé, sans contre-indications au vaccin, qui ont déjà eu une infection par le SRAS-CoV-2 confirmée par réaction de polymérisation en chaîne (PCR). Dans le contexte d'un approvisionnement limité en vaccins, les premières doses peuvent être réservées en priorité aux personnes qui n'ont pas eu d'infection antérieure par le SRAS-CoV-2 confirmée par PCR. Il n'est pas nécessaire de procéder à un test de dépistage d'une infection antérieure au SRAS-CoV-2 avant la vaccination contre la COVID-19.

En ce qui concerne **certaines populations spécifiques** qui ont été exclues des essais cliniques ou représentées par un moindre nombre de participants, le vaccin peut être proposé à certaines personnes de ces populations dans des circonstances particulières, au cas par cas, après une analyse risques-bénéfices (lorsque les risques associés à l'exposition et les risques de subir de graves conséquences de la COVID-19 l'emportent sur le risque de la vaccination) et en faisant preuve de transparence en ce qui concerne l'insuffisance de données probantes. La préférence pour le vaccin à ARNm contre la COVID-19 (comme indiqué dans la recommandation n°1 ci-dessus), si disponible, s'applique également aux populations décrites ci-dessous :

- les personnes immunodéprimées en raison d'une maladie ou d'un traitement
- les personnes souffrant d'un trouble auto-immun
- les femmes enceintes ou qui allaitent.

Ces recommandations peuvent changer à mesure que de nouvelles données sur la sécurité ou l'efficacité dans ces populations seront disponibles. La liste complète des recommandations du CCNI est accessible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/immunisation/comite-consultatif-national-immunisation-ccni/recommandations-utilisation-vaccins-covid-19.html#a7>

### **Contre-indications**

Les **vaccins contre la COVID-19 approuvés par Santé Canada sont contre-indiqués chez les personnes ayant des antécédents d'anaphylaxie après l'administration antérieure du vaccin.** Ils sont également contre-indiqués chez les personnes présentant une hypersensibilité immédiate ou anaphylactique avérée à l'un des composants du vaccin ou à son contenant. Les essais cliniques des vaccins contre la COVID-19 autorisés excluaient les personnes ayant des antécédents de réactions indésirables graves associés à un vaccin ou de réaction allergique grave (par exemple, anaphylaxie) à l'un ou l'autre des composants du vaccin.

**Les personnes ayant des antécédents de réaction allergique grave à un composant du vaccin contre la COVID-19 ne devraient pas recevoir ce vaccin.**

**Les patients devraient faire l'objet d'un tri avant de recevoir chaque dose du vaccin.** Voici à titre d'exemple la liste de vérification pré-vaccination contre la COVID-19 des Centers for Disease Control and Prevention des É.-U. : <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/downloads/pre-vaccination-screening-form.pdf>

Pour obtenir une liste complète des composants de chaque vaccin contre la COVID-19 autorisé et de son contenant, veuillez consulter le dépliant du produit correspondant ou les informations contenues dans la

monographie du produit, disponible dans la [Base de données sur les produits pharmaceutiques de Santé Canada](#).

### **Conseils pour des populations spécifiques**

Pour faciliter le choix du vaccin à proposer aux différents groupes ou populations, une comparaison des mérites relatifs des deux types de vaccins est résumée dans le [Tableau 4 : Options de prise en charge selon les types de vaccins contre la COVID-19 dont l'utilisation est approuvée au Canada](#).

#### **Enfants de moins de 16 ans**

Le vaccin contre la COVID-19 de Pfizer-BioNTech est actuellement approuvé pour les personnes de 16 ans et plus, et ceux de Moderna, d'Oxford-AstraZeneca et de Janssen, pour les personnes de 18 ans et plus. Les vaccins contre la COVID-19 **ne devraient pas être proposés** aux personnes qui ne font pas partie du groupe d'âge autorisé. Des essais cliniques sont en cours sur l'efficacité et l'innocuité du vaccin chez les enfants de 12 ans et plus; des données supplémentaires seront disponibles au cours des prochains mois.

#### **Conseils pour les femmes enceintes et qui allaitent**

Veillez consulter les conseils publiés sur le site Web de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) :

- [Déclaration de la SOGC sur la vaccination contre la COVID-19 pendant la grossesse](#)

#### **Conseils pour les receveurs de greffe**

Veillez consulter les conseils publiés sur le site Web de la Société canadienne de transplantation :

- [Orientations du consensus national sur les greffes concernant le vaccin COVID-19](#)

#### **Conseils pour les patients atteints de maladies rhumatismales à haut risque**

Veillez consulter les conseils publiés sur le site Web de la Société canadienne de rhumatologie (SCR) :

- [Recommandation de la SCR au sujet de la vaccination contre la COVID-19 chez les personnes atteintes de maladies rhumatismales auto-immunes](#)

#### **Conseils pour les personnes atteintes de déficit en alpha-1 antitrypsine**

- [What Alphas need to know by Dr. Ken Chapman](#) – Janvier 2021



## Comparaison des vaccins contre la COVID-19 dont l'utilisation est approuvée au Canada (en date du 27 février 2021)

| Vaccin                      | Type                                | Dose                               | Âge    | Efficacité contre la « COVID-19 symptomatique » |         | Effets secondaires  | Entreposage  | Variants   |
|-----------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------|---|---------|---|--|--|
|                             |                                     |                                    |        | Légère  | Grave** |   |  |  |
| Pfizer-BioNTech*            | ARNm                                | 2♦<br>21 jours d'intervalle        | 16 (+) | 95 %<br>(aucune différence chez les ≥65 ans)    | 100 %   | Frissons, maux de tête, douleurs, fatigue et/ou rougeur et enflure au point d'injection, disparaissant généralement en un jour ou deux.<br>Réaction anaphylactique*   | À -70°C  | Des données de laboratoire indiquent une efficacité contre les variants du Royaume-Uni, de l'Afrique du Sud et de l'Amérique latine. |
| Moderna                     | ARNm                                | 2♦<br>28 jours d'intervalle        | 18 (+) | 94,1 %<br>(86 % chez les ≥65 ans)               | 100 %   | Similaires au vaccin de Pfizer<br>Réaction anaphylactique*  | À 2°C pendant jusqu'à 30 jours<br>Entre -25° et -15°C pendant jusqu'à 6 mois | Efficacité similaire au vaccin de Pfizer   |
| Oxford-Astra-Zeneca&        | À base d'adénovirus (vecteur viral) | 2♦<br>4 à 12 semaines d'intervalle | 18 (+) | 62 %  | 85 %    | Sensibilité, douleur, chaleur, rougeur, démangeaison, enflure et ecchymose au point d'injection, disparaissant généralement en un jour ou deux.                       | Entre 2° et 8°C pendant au moins 6 mois                                      | Semble plus efficace contre la mutation ayant émergé en Grande-Bretagne que contre le variant d'Afrique du Sud.                      |
| Janssen (Johnson & Johnson) | À base d'adénovirus (vecteur viral) | 1                                  | 18 (+) | 72 %  | 85 %    | Fatigue, fièvre, maux de tête, douleur au point d'injection ou myalgie (douleur dans un muscle ou groupe de muscles), disparaissant généralement en un jour ou deux.# | Entre 2° et 8°C pendant au moins 3 mois                                      | Efficacité (FDA) de 64 % en général contre le variant B.1.1.7 et de 82 % contre la maladie grave en Afrique du Sud (variant B.1.351) |

\*\* L'efficacité contre la COVID-19 symptomatique GRAVE peut être définie différemment d'une étude à l'autre. Par exemple, dans les ECR des vaccins d'AZ ou de Johnson, la COVID-19 grave incluait l'hospitalisation et le décès, mais cela n'était pas spécifiquement le cas dans les ECR de Pfizer et de Moderna.

♦ Sur la base des nouvelles données probantes sur la protection conférée par la première dose d'une série de deux doses de vaccins contre la COVID-19 actuellement autorisée au Canada, le CCNI recommande que, dans le contexte de l'offre limitée de vaccins contre la COVID-19, les autorités compétentes maximisent le nombre de personnes recevant la première dose de vaccin en prolongeant la deuxième dose de vaccin contre la COVID-19 jusqu'à quatre mois après la première.

\* Pfizer-BioNTech poursuit ses essais du vaccin chez des enfants de 12 à 15 ans et des femmes enceintes. À la mi-février, la société a soumis à la FDA de nouvelles données démontrant la stabilité du vaccin à des températures plus répandues pour les réfrigérateurs et congélateurs pharmaceutiques. Une approbation faciliterait la distribution de ce vaccin.

† Du 14 décembre 2020 au 18 janvier 2021, au total 9 943 247 doses du vaccin de Pfizer-BioNTech et 7 581 429 doses du vaccin de Moderna ont été déclarées comme administrées aux États-Unis (données inédites des CDC, février 2021). Les CDC ont identifié 66 rapports de cas reçus par le VAERS qui correspondaient aux critères de définition de l'anaphylaxie (niveau 1, 2 ou 3) selon la Brighton Collaboration : 47 après le vaccin de Pfizer-BioNTech, soit un taux déclaré de 4,7 cas/million de doses administrées, et 19 après le vaccin de Moderna, soit un taux déclaré de 2,5 cas/million de doses administrées. **Vingt et un (32 %) des 66 rapports de cas ont noté un épisode antérieur d'anaphylaxie dû à d'autres expositions.** Sept patients ont été admis aux soins intensifs; 7 de ceux qui ont été intubés ont reçu de l'épinéphrine, 6 des corticostéroïdes et 5 des antihistaminiques; un angioedème du visage, de la langue ou du larynx était présent chez 4 de ces patients; l'hospitalisation a duré de 1 à 3 jours. Aucun décès dû à l'anaphylaxie n'a été signalé après la vaccination avec l'un ou l'autre des produits.

& Comme le vaccin de Johnson & Johnson, il s'agit d'un vaccin à vecteur viral, fabriqué à partir d'une version modifiée d'un adénovirus inoffensif. L'analyse a également révélé que le vaccin pouvait réduire de jusqu'à 67 % la transmission asymptomatique du virus.

# Effet secondaire plus léger qu'avec les vaccins de Pfizer et de Moderna. Un seul cas de réaction anaphylactique a été signalé. Il faudra du temps pour parvenir à une estimation précise de la fréquence de cet effet secondaire.



**Conseils pour les personnes qui suivent un traitement contre la tuberculose (TB) ou l'infection à TB latente**  
<http://www.bccdc.ca/health-info/diseases-conditions/covid-19/priority-populations/tuberculosis-and-covid-19>

Pratiquement tout le monde pourra recevoir le vaccin contre la COVID-19 en toute sécurité, mais un très petit nombre de personnes pourrait devoir l'éviter en raison d'allergies graves à certains composants.

- Si vous suivez un traitement contre la TB ou l'infection à TB latente, il est sécuritaire de recevoir le vaccin contre la COVID-19 lorsqu'il vous sera proposé.
- Si vous ne tolérez pas votre traitement contre la TB, vous devriez attendre que votre traitement soit stable avant de recevoir le vaccin contre la COVID-19. Il ne s'agit pas d'une question de sécurité, mais il est important de distinguer entre des effets secondaires de votre traitement contre la TB et un effet secondaire potentiel du vaccin contre la COVID-19.

**NOTE concernant les interactions médicamenteuses<sup>14</sup>**

Test cutané à la tuberculine ou test de libération d'interféron gamma (TLIG)

Il existe un risque théorique que les vaccins à ARNm ou à vecteur viral puissent affecter temporairement l'immunité à médiation cellulaire, entraînant des résultats faussement négatifs au test cutané à la tuberculine (TCT) ou au test de libération d'interféron gamma (TLIG). Si un TCT ou un TLIG est nécessaire, il devrait être réalisé avant la vaccination ou au moins 4 semaines après la réception du vaccin. Les vaccins contre la COVID-19 peuvent être administrés à tout moment après l'administration du TCT.

Dans les cas où une occasion de réaliser le TCT ou le TLIG pourrait être manquée, le test ne devrait pas être retardé, car il s'agit de considérations théoriques. Toutefois, il peut être prudent de refaire les tests (au moins 4 semaines après la vaccination) des personnes dont les résultats sont négatifs et pour lesquelles il existe une suspicion élevée d'infection tuberculeuse, afin d'éviter de manquer des cas en raison de résultats potentiellement faux négatifs.

**Conseils pour les personnes immunodéprimées, y compris celles qui reçoivent un traitement immunosuppresseur**

Selon la recommandation du CCNI, une série complète de vaccins contre la COVID-19 **peut être** proposée aux personnes immunodéprimées en raison d'une maladie ou d'un traitement et appartenant au groupe d'âge autorisé si une évaluation des risques révèle que les avantages l'emportent sur les risques. **Le consentement éclairé avant la vaccination devrait comprendre une discussion sur l'absence de données probantes concernant l'utilisation des vaccins contre la COVID-19 dans cette population.**

- Il n'existe actuellement aucune donnée sur la vaccination contre la COVID-19 chez les personnes immunodéprimées. Les participants aux essais cliniques sur le vaccin à ARNm contre la COVID-19 comprenaient uniquement des personnes qui n'étaient pas immunodéprimées et qui ne recevaient pas de traitement immunosuppresseur pendant l'essai.
- En général, **les vaccins non vivants peuvent être administrés aux personnes immunodéprimées, car les antigènes du vaccin ne peuvent pas se répliquer.** Toutefois, la portée et la durée de l'immunité acquise par une vaccination sont souvent réduites. On ignore actuellement si les individus immunodéprimés seront capables de développer une réponse immunitaire aux vaccins à ARNm.
- Le degré relatif d'immunodéficience chez les personnes qui sont immunodéprimées varie en fonction de l'affection sous-jacente, de l'évolution de la maladie et de l'utilisation de médicaments qui suppriment la fonction immunitaire. Dans ces circonstances, l'équilibre entre les bienfaits et les risques doit être établi au cas par cas.
- Les personnes immunodéprimées, y compris celles qui reçoivent un traitement immunosuppresseur, peuvent présenter une réponse immunitaire réduite au vaccin.

- Même si les vaccins inactivés peuvent être administrés sans danger à tout moment avant, pendant ou après un traitement immunosuppresseur, les vaccins inactivés doivent être administrés au moins 14 jours avant le début du traitement immunosuppresseur afin d’optimiser l’immunogénicité.<sup>15</sup>
- Il est fortement encouragé d’exercer une surveillance active de ces sujets vaccinés.
- Le CCNI et la SCT suivront l’évolution des données probantes et mettront à jour ces recommandations, s’il y a lieu.

### **Conseils pour les personnes qui reçoivent une thérapie biologique contre l’asthme**

Les deux grands essais contrôlés randomisés (ECR) des vaccins à ARNm publiés dans le NEJM ([Pfizer-BioNTech](#) et [Moderna](#)) et les études sur les [vaccins à base de vecteurs viraux](#) ([Oxford-AstraZeneca](#)) présentées dans The Lancet et dans le sommaire de décision réglementaire de Santé Canada ([Janssen](#)) n’incluaient pas de participants sous thérapie biologique (asthme). Aucune considération biologique n’indique que les thérapies anti-IgE, anti-IL5, anti-IL5R ou même anti-IL4/13 puissent exposer les patients à un risque plus élevé d’événements indésirables. Bien entendu, plusieurs de ces patients ont **AUSSI** des antécédents d’allergie grave et d’anaphylaxie. Les ECR du vaccin contre la COVID-19 ont généralement exclu ces patients, mais dans le cadre d’une autorisation d’utilisation post-urgence, l’incidence de l’anaphylaxie a été d’environ 1/100 000 contre 1/1 000 000 pour les autres vaccins. À notre connaissance, aucun cas n’a été fatal et tous ont bien répondu à l’Epi-Pen et/ou à une brève prise en charge aux urgences.

Par conséquent, il convient d’informer les patients asthmatiques qui reçoivent une thérapie biologique que :

- 1) Les risques sont tels que décrits ci-dessus, mais les avantages l’emportent sur ceux-ci;
- 2) **Calendrier** : Le vaccin ne devrait pas être administré le même jour qu’une thérapie biologique; si possible, il faut prévoir de se faire vacciner entre deux doses de la thérapie biologique, dans un site disposant d’un service d’urgence et d’un médecin sur place;
- 3) Les personnes ayant des antécédents d’allergies devraient en informer le personnel chargé de la vaccination et avoir leur Epi-Pen (le cas échéant) avec elles, non périmé, visible sur la table.

### **Conseils pour les personnes atteintes d’une maladie auto-immune**

Selon le CCNI, une série complète de vaccins contre la COVID-19 **peut être** proposée aux personnes atteintes d’une maladie auto-immune et appartenant au groupe d’âge autorisé si une évaluation des risques révèle que les avantages l’emportent sur les risques en ce qui concerne la personne, et si le consentement éclairé comprend une discussion sur l’absence de données probantes concernant l’utilisation des vaccins contre la COVID-19 dans cette population.

### **Réponses aux questions fréquemment posées par les patients**

Ces conseils s’adressent aux professionnels de la santé; nous ne pouvons pas répondre aux questions individuelles de patients. Les personnes souhaitant obtenir de plus amples informations sont priées de s’adresser à leur médecin, qui est le mieux placé pour répondre à des questions spécifiques.

#### **1) Est-ce que je peux recevoir un vaccin contre la grippe ou le pneumocoque en même temps qu’un vaccin contre la COVID-19?**

**Le CCNI recommande que les vaccins contre la COVID-19 ne soient pas administrés simultanément avec d’autres vaccins (vivants ou inactivés).** À l’heure actuelle, il n’existe aucune donnée sur l’administration simultanée du vaccin contre la COVID-19 et d’autres vaccins. En l’absence de données probantes, il convient d’éviter l’administration simultanée afin de maximiser les avantages de la vaccination contre la COVID-19 tout en réduisant au minimum les risques de préjudice, y compris le potentiel d’interférence immunitaire ou l’attribution erronée d’une manifestation clinique inhabituelle à un vaccin particulier. Toutefois, si un vaccin

contre la COVID-19 est administré par inadvertance en même temps qu'un autre vaccin, aucune des deux doses ne devrait être répétée.

En l'absence de données probantes, il serait prudent d'attendre au moins 28 jours après l'administration de la série complète de deux doses d'un vaccin à ARNm contre la COVID-19 avant d'administrer un autre vaccin (sauf dans le cas où un autre vaccin est nécessaire pour la prophylaxie post-exposition) en raison du déclenchement d'une réponse des cytokines pro-inflammatoires.<sup>14</sup> Il serait prudent d'attendre au moins 14 jours après l'injection d'un autre vaccin avant d'administrer celui contre la COVID-19 afin d'éviter l'attribution erronée d'une manifestation clinique inhabituelle à un vaccin particulier.<sup>14</sup>

Veuillez consulter les sections [Administration simultanée d'autres vaccins](#)<sup>14</sup> et [Calendrier d'administration des vaccins : Guide canadien d'immunisation, Partie 1 – Information clé sur l'immunisation](#) pour des renseignements supplémentaires sur l'administration simultanée d'autres vaccins en général.

## **2) Quel vaccin contre la COVID devrais-je recevoir?**

Les vaccins qui sont actuellement approuvés par Santé Canada sont efficaces et sûrs. Toutefois, de nombreux autres vaccins seront approuvés au fil du temps. Nous en apprendrons davantage sur les différences entre les profils d'efficacité et d'innocuité de chacun. Sur la base des connaissances actualisées qui émergeront des essais cliniques et de la vaccination réelle d'une large population, il est possible que Santé Canada apporte des modifications et que les autorités de santé publique envisagent de faire des recommandations sur l'utilisation préférable de certains vaccins par groupes d'âge ou pour des populations présentant des affections médicales précises. En raison de l'efficacité supérieure suggérée, le vaccin à ARNm contre la COVID-19 est recommandé, de préférence, dans le cadre de la priorité de vaccination précoce, aux personnes appartenant au groupe d'âge autorisé sans contre-indications, en particulier aux personnes présentant le plus grand risque de maladie grave et de décès et le plus grand risque d'exposition à la COVID-19.

## **3) Devrais-je recevoir le vaccin si je suis immunodéprimé, et sera-t-il efficace?**

Les vaccins non vivants peuvent être administrés aux personnes immunodéprimées, car les antigènes du vaccin ne peuvent pas se répliquer. Toutefois, la portée et la durée de l'immunité acquise par une vaccination sont souvent réduites. On ignore actuellement si les individus immunodéprimés seront capables de développer une réponse immunitaire aux vaccins à ARNm.

## **4) Est-ce que je devrais arrêter de prendre certains médicaments (comme les immunosuppresseurs) pour m'assurer que le vaccin fasse effet?**

N'arrêtez pas de prendre vos médicaments. Les personnes immunodéprimées, y compris celles qui reçoivent un traitement immunosuppresseur, peuvent présenter une réponse immunitaire réduite au vaccin. Selon le Guide canadien d'immunisation, les vaccins inactivés doivent être administrés au moins 14 jours avant le début du traitement immunosuppresseur afin d'optimiser l'immunogénicité.

## **5) J'ai la « COVID de longue durée » – est-ce que ça signifie que je ne devrais pas recevoir le vaccin?**

Il est possible qu'une infection antérieure par le SRAS-CoV-2 ne pas confère pas une protection suffisante contre la réinfection; c'est pourquoi la vaccination contre la COVID-19 est recommandée. Toutefois, dans le contexte d'un approvisionnement limité en vaccins, les premières doses peuvent être réservées en priorité aux personnes qui n'ont pas eu d'infection antérieure par le SRAS-CoV-2 confirmée par PCR.

## 6) Quelles raisons justifient la modification de l'intervalle entre la première dose et la seconde?

La déclaration du CCNI sur l'administration des vaccins et le calendrier de vaccination est accessible à :

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/immunisation/comite-consultatif-national-immunisation-ccni/recommandations-utilisation-vaccins-covid-19.html#b4>

### Liens utiles

#### **Société canadienne de thoracologie**



- [COVID-19 : Information pour les professionnels de la santé et la communauté des soins respiratoires](#)
- [Informations sur la vaccination contre la COVID-19 pour les professionnels de la santé respiratoire](#)

#### **AMMI Canada (Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada)**

Webinaires éducatifs : <https://www.ammi.ca/?ID=183&Language=ENG>

#### **American Thoracic Society**

[COVID-19 vaccination materials for professionals](#)

#### **British Thoracic Society**

[COVID-19 information for the respiratory community](#)

#### **Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS)**

[COVID-19 mRNA Vaccines for People with Cancer](#)

#### **Société canadienne du cancer**

[Le cancer et la COVID-19](#)

#### **Association des pharmaciens du Canada**

[COVID-19 : Information et ressources](#)

#### **Société canadienne d'allergie et d'immunologie clinique**

<https://csaci.ca/covid19-resources/>

#### **Société canadienne de pédiatrie**

Module de formation médicale continue en ligne : [Une dose pour la vie contre la COVID-19 : Surmonter la réticence face à la vaccination en 2021](#)

Le module couvre tous les âges et est agréé pour les spécialistes.

#### **CANVAX**

[Réponses aux questions des professionnels de santé sur l'innocuité des vaccins contre la COVID-19](#)

[Ressources sur l'immunisation sur la COVID-19](#)

#### **Table ronde du milieu respiratoire sur la COVID-19**

Information pour les personnes vivant avec des maladies pulmonaires : <https://cts-sct.ca/wp-content/uploads/2021/02/COVID-19-Respiratory-Roundtable-Website-URLsv2.docx>

**Ce document a été préparé par les membres du Groupe de travail de la SCT sur la COVID-19 :**

Dina Brooks (présidente, SCT), Paul Hernandez (président désigné, SCT), Anne Van Dam (directrice de la mobilisation des connaissances, SCT), Janet Sutherland (directrice générale, SCT), Elizabeth French (présidente, Professionnels canadiens en santé respiratoire (PCSR)), Jean Bourbeau (président, Comité du développement des affaires, SCT), Sze Man Tse (présidente sortante, Assemblée pédiatrique), Brianna Workman (directrice des politiques gouvernementales, IMPACT Affaires publiques).

**Nous remercions les présidents d'assemblées, les membres du Comité exécutif de la SCT et les autres**

**experts suivants :** Asthme (Connie Yang), Interventions thoraciques (Christopher Hergott), MPOC (Mohit Bhutani et Gail Dechman), Maladie pulmonaire interstitielle (Martin Kolb), Pédiatrique (Tamizan Kherani), Maladies vasculaires pulmonaires (Andrew Hirsch), Tuberculose (Richard Menzies), Comité exécutif de la SCT (Richard Leigh et Mohit Bhutani) et Immunologiste (Dawn Bowdish).

**Références**

1. Baron G, Gosselin V, Petit G, et coll. Determinants of influenza vaccination among a large adult population in Quebec. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*. 2018 14(11): 2722-2727.
2. Bourbeau J, Sebaldt RJ, Day A, et coll. Practice patterns in the management of chronic obstructive pulmonary disease in primary practice : The CAGE study. *Can Respir J*. 2008;15(1):13-9.
3. Vozoris NT, Loughheed MD. Influenza vaccination among Canadians with chronic respiratory disease. *Respir Med*. 2009;103(1):50-8.
4. Krueger P, St. Amant O, Loeb M. Predictors of pneumococcal vaccination among older adults with pneumonia : findings from the Community Acquired Pneumonia Impact Study. *BMC Geriatr*. 2010;10:44.
5. Okapuu JM, Chétrit E, Lefebvre B. How many individuals with asthma need to be vaccinated to prevent one case of invasive pneumococcal disease? *Can J Infect Dis Med Microbiol*. 2014;25(3):147-50.
6. Parkins MD, McNeil SA, Laupland KB. Routine immunization of adults in Canada: Review of the epidemiology of vaccine-preventable diseases and current recommendations for primary prevention. *Can J Infect Dis Med Microbiol*. 2009;20(3):e81-90. 20(3).
7. Agence de la santé publique du Canada. Objectifs nationaux de couverture vaccinale et cibles nationales de réduction des maladies évitables par la vaccination d'ici 2025. Accessible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/priorites-immunization-et-vaccins/strategie-nationale-immunisation/vaccination-objectifs-nationaux-couverture-vaccinale-cibles-nationales-reduction-maladies-evitables-2025.html>. Consulté le 5 février 2021.
8. Boerner F, Keelan J, Winton L, et coll. Understanding the interplay of factors informing vaccination behavior in three Canadian provinces. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*. 2013;9(7):1477-1484.
9. Polisena J, Chen Y, Manuel D. The proportion of influenza vaccination in Ontario, Canada in 2007/2008 compared with other provinces. *Vaccine*. 2012;30(11):1981–1985.
10. Polack FP, Thomas SJ, Kitchin N, et coll. Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine. *N Engl J Med*. 2020; 383:2603-2615. DOI: 10.1056/NEJMoa2034577.
11. Baden LR, El Sahly HM, Essink B, et coll. Efficacy and Safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine. *N Engl J Med*. 2021; 384:403-416. DOI: 10.1056/NEJMoa2035389.
12. Voysey, Merryn Aban, Marites, et coll. Safety and efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (AZD1222) against SARS-CoV-2: an interim analysis of four randomised controlled trials in Brazil, South Africa, and the UK. *The Lancet*. 2020;397(10269):99-111. DOI:10.1016/S0140-6736(20)32661-1.

13. Gouvernement du Canada. Sommaire de décision réglementaire – Janssen COVID-19 Vaccine – Santé Canada. Accessible à : <https://covid-vaccine.canada.ca/info/sommaire-decision-reglementaire-detailTwo.html?linkID=RDS00779&pType=rds&lang=fr>. Consulté le 8 mars 2021.
14. Gouvernement du Canada. Comité consultatif national de l’immunisation (CCNI) : Déclarations et publications. Accessible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/immunisation/comite-consultatif-national-immunisation-ccni.html>. Consulté les 2 et 8 mars 2021.
15. Gouvernement du Canada. Immunisation des sujets immunodéprimés : Guide canadien d’immunisation. Accessible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-3-vaccination-populations-particulieres/page-8-immunisation-sujets-immunodeprimes.html#a27>. Consulté le 17 février 2021.