

Orientations préliminaires sur les principales populations à immuniser en priorité contre la COVID-19

Sur cette page

- [Préambule](#)
- [Sommaire de l'information contenue dans la présente déclaration du CCNI](#)
- [Introduction](#)
- [Méthodologie](#)
- [Vaccin\(s\)](#)
- [Facteurs d'éthique, d'équité, de faisabilité et d'acceptabilité \(ÉÉFA\) à prendre en considération](#)
- [Recommandations](#)
- [Priorités en matière de recherche](#)
- [Liste des abréviations](#)
- [Remerciements](#)
- [Annexe A : Algorithme décrivant le processus d'application du cadre ÉÉFA](#)
- [Annexe B : Filtre des dimensions éthiques fondamentales appliqué à la COVID-19](#)
- [Annexe C : Filtre des aspects éthiques au niveau des procédures appliqué à la COVID-19](#)
- [Annexe D : Matrice d'équité appliquée à la COVID-19 avec les données disponibles à ce jour](#)
- [Annexe E : Matrice de faisabilité appliquée à la COVID-19](#)
- [Annexe F : Matrice d'acceptabilité appliquée à la COVID-19](#)
- [Références](#)

Préambule

Le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) est un organisme consultatif externe qui donne à l'Agence de la santé publique du Canada (ci-après appelée ASPC) des conseils indépendants, continus et à jour en réponse aux questions de l'ASPC liés à l'immunisation dans le domaine de la médecine, des sciences et de la santé publique.

Outre le fardeau d'une maladie et les caractéristiques du vaccin, l'ASPC a élargi le mandat du CCNI pour inclure la prise en compte de facteurs programmatiques dans l'élaboration de recommandations fondées sur des données probantes afin de faciliter la prise de décisions opportunes concernant les programmes de vaccination financés par les fonds publics à l'échelle provinciale et territoriale.

Les autres facteurs que le CCNI doit prendre en compte sont l'économie, l'équité, l'éthique, l'acceptabilité et la faisabilité. Au cours des prochaines années, le CCNI peaufinera ses approches méthodologiques afin d'inclure ces facteurs. Les déclarations du CCNI ne nécessiteront pas toutes une analyse approfondie de tous les facteurs programmatiques. Alors que le CCNI travaille à la mise en œuvre complète de son mandat élargi, certaines déclarations incluront des analyses programmatiques à des degrés divers pour les programmes de santé publique.

Cette déclaration contient les conseils et recommandations indépendants du CCNI, qui reposent sur les connaissances scientifiques les plus récentes et diffuse ce document à des fins d'information. Les personnes qui administrent le vaccin doivent également connaître le contenu de la monographie de produit pertinente. Les recommandations d'utilisation et les autres renseignements qui figurent dans le présent document peuvent différer du contenu de la monographie de produit rédigée par le fabricant du vaccin au Canada. Les fabricants ont fait homologuer les vaccins et ont démontré leur innocuité et leur efficacité potentielle lorsqu'ils sont utilisés conformément à la monographie de produit uniquement. Les membres du CCNI et les agents de liaison doivent se conformer à la politique de l'ASPC régissant les conflits d'intérêts, notamment déclarer chaque année les conflits d'intérêts possibles.

Sommaire de l'information contenue dans la présente déclaration du CCNI

La présente déclaration d'un comité consultatif a pour objectif de fournir des orientations préliminaires pour la prise de décision au niveau des programmes de santé publique afin de planifier l'attribution efficace, utile et équitable d'un nouveau vaccin contre la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) une fois que son utilisation aura été autorisée au Canada, lorsque le stock initial limité de doses nécessitera d'immuniser en priorité certaines populations avant les autres. Ces recommandations visent donc à atteindre l'objectif du Canada en matière de réponse à la pandémie : « Réduire au minimum le risque de maladie grave et de décès en général tout en atténuant les perturbations sociales pouvant être subies par la population par suite de la pandémie de COVID-19 ». En raison des restrictions prévues au niveau de l'approvisionnement, les présentes recommandations du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) s'appliquent uniquement aux programmes d'immunisation provinciaux/territoriaux financés par des fonds publics, et non aux personnes souhaitant prévenir la COVID-19 à l'aide de vaccins non inclus dans ces programmes.

Les recommandations s'appuient sur les données disponibles au moment des délibérations du CCNI, notamment les résultats d'un examen rapide des facteurs de risque de COVID-19 grave,¹ une enquête auprès des experts concernés sur l'importance relative des stratégies d'immunisation contre la pandémie² et l'évaluation systématique des facteurs d'éthique, d'équité, de faisabilité et d'acceptabilité (ÉÉFA) à

prendre en considération à l'aide de ce cadre révisé par les pairs. ³ Le CCNI continuera à surveiller de près les données probantes relatives à la COVID-19 et au(x) vaccin(s) contre la maladie et mettra à jour ses recommandations si ces données évoluent.

Recommandations relatives à la prise de décision au niveau des programmes de santé publique

Étant donné l'arrivée des vaccins, on s'attend à ce qu'elle soit échelonnée sur plusieurs mois, le CCNI recommande que les principales populations chez lesquelles le vaccin est jugé efficace et sans danger d'après les données accessibles au moment de sa mise à disposition, soient prioritaires pour l'immunisation contre la COVID-19. Ces groupes ne sont pas mutuellement exclusifs et peuvent se chevaucher. Il n'est pas possible d'établir une approche séquentielle tant qu'on ne connaît pas les caractéristiques du vaccin, les résultats des essais cliniques et le nombre de doses disponibles. Les principales populations à immuniser peuvent changer au fur et à mesure de l'évolution de la base de données sur la COVID-19 (p. ex., épidémiologie, dynamique de transmission) et des caractéristiques du vaccin (p. ex., immunogénicité, innocuité, efficacités potentielles et réelles pour la prévention des formes graves de la maladie et l'interruption de la transmission dans différentes populations), ainsi que des données sur le stock de vaccins.

Le séquençage des principales populations et l'établissement de sous-priorités au sein de ces populations s'appuient et continueront de s'appuyer sur :

- une analyse risques/avantages au niveau de la population, prenant en considération le risque d'exposition, le risque de transmission à d'autres personnes, le risque de maladie grave et de décès, ainsi que l'innocuité et l'efficacité du ou des vaccins dans les principales populations;
- le stock de vaccins (nombre de types de vaccins disponibles, nombre de doses disponibles et délai de disponibilité, nombre de doses nécessaires);
- les conditions épidémiologiques de COVID-19 lorsque le ou les vaccins seront disponibles.

Les principales populations à immuniser sont les suivantes :

Personnes risquant fortement de développer une forme grave de la COVID-19 ou d'en mourir

- Âge avancé;
- Autres affections à haut risque (à définir à mesure qu'évoluera la base de données probantes).

Personnes les plus susceptibles de transmettre la COVID-19 aux personnes risquant fortement de développer une forme grave de la maladie ou d'en mourir, et travailleurs essentiels au maintien de la réponse à la COVID-19

- Travailleurs de la santé et des soins à la personne et soignants travaillant dans des établissements de soins de longue durée (ÉSLD) ou dans d'autres établissements

collectifs de soins aux personnes âgées;

- Autres travailleurs jouant un rôle essentiel dans la gestion de la réponse à la COVID-19 ou dispensant des soins en première ligne aux patients atteints;
- Membres du même foyer que les personnes risquant fortement de développer une forme grave de la COVID-19 ou d'en mourir.

Personnes contribuant au maintien d'autres services essentiels au fonctionnement de la société

- À définir et à prioriser en s'appuyant sur des échanges aux niveaux fédéral, provincial et territorial (FPT)
- Exemples : personnes qui ne peuvent pas travailler à distance et qui risquent d'être plus exposées à la COVID-19 (p. ex., police, pompiers, employés d'épicerie).

Personnes avec un risque élevé d'infection du fait de leurs conditions de vie ou de travail et chez lesquelles l'infection pourrait avoir des conséquences disproportionnées, notamment dans les communautés autochtones

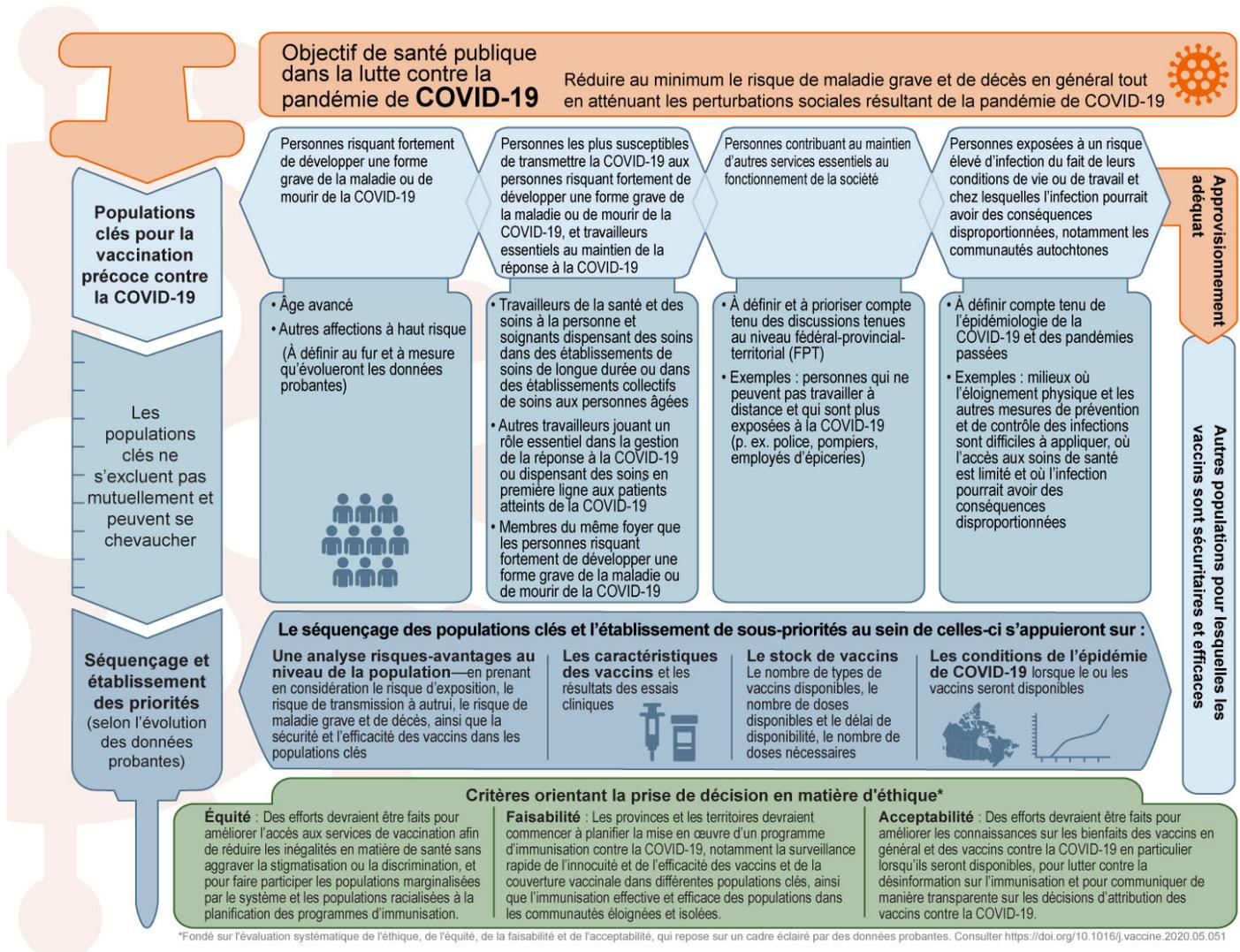
- À définir compte tenu de l'épidémiologie de la COVID-19 et de l'expérience antérieure en matière de pandémie;
- Exemples : milieux où l'éloignement physique et les autres mesures de prévention et de contrôle des infections sont difficiles à appliquer, où l'accès aux infrastructures de soins de santé est limité et où l'infection pourrait avoir des conséquences disproportionnées.

Autres facteurs à prendre en considération pour la prise de décision au niveau des programmes de santé publique

- Des efforts sont à faire pour améliorer l'accès aux services de vaccination afin de réduire les inégalités en matière de santé sans aggraver la stigmatisation ou la discrimination, et pour faire participer les populations systématiquement marginalisées et racialisées à la planification des programmes d'immunisation.
- Les provinces/territoires devraient commencer à planifier la mise en œuvre d'un programme d'immunisation contre la COVID-19, notamment la surveillance rapide de l'innocuité et de l'efficacité des vaccins et de la couverture vaccinale dans les principales populations, ainsi que l'immunisation effective et efficace des populations dans les communautés éloignées et isolées.
- Des efforts sont à faire pour sensibiliser davantage le grand public sur les bienfaits des vaccins en général, ainsi que sur le ou les vaccins contre la COVID-19 en particulier une fois ces derniers disponibles; pour lutter contre la désinformation concernant l'immunisation et pour communiquer de manière transparente sur les décisions d'attribution des vaccins contre la COVID-19.

La Figure 1 résume les recommandations provisoires du CCNI sur les principales populations à immuniser en priorité contre la COVID-19, devant servir à la prise de décision au niveau des programmes de santé publique.

Figure 1 : Résumé des recommandations provisoires du CCNI sur les principales populations à immuniser en priorité contre la COVID-19



Abréviations : ÉSLD (établissement de soins de longue durée), FPT (fédéral, provincial et territorial), PCI (prévention et contrôle des infections)

Introduction

La nouvelle pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), causée par le coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère 2 (SRAS-CoV-2), se poursuit. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a déclaré qu'il s'agissait d'une pandémie le 11 mars 2020. La pandémie a provoqué une morbidité et une mortalité importantes, ainsi que des perturbations sociales et économiques dans le monde entier.

L'objectif de la réponse du Canada à la pandémie est de réduire au minimum le risque de maladie grave et de décès en général tout en atténuant les perturbations sociales pouvant être subies par la population dans ces circonstances.

Des essais cliniques portant sur des vaccins expérimentaux contre la COVID-19 sont en cours. Le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) a élaboré des [orientations sur les priorités de recherche pour ces essais cliniques à l'appui des décisions de santé publique](#).⁴ Le stock de futurs vaccins contre la COVID-19 ne devrait pas être suffisant au début pour répondre à la demande d'immunisation. Il est donc nécessaire de formuler des recommandations sur les principales populations à immuniser en priorité.

Objectif des orientations

La présente déclaration d'un comité consultatif a pour objectif de fournir des orientations préliminaires en vue de planifier l'attribution efficace, utile et équitable d'un vaccin contre la COVID-19, à terme, lorsque l'approvisionnement limité en vaccins au début nécessitera d'immuniser certaines populations avant les autres.

À l'appui de cet objectif, la déclaration du comité consultatif (DCC) comprendra les éléments suivants :

1. Synthèse de la situation actuelle en ce qui concerne des vaccins contre la COVID-19;
2. Présentation des résultats d'un examen rapide visant des facteurs de risque de COVID-19 grave¹;
3. Présentation des résultats d'une enquête menée auprès d'experts concernés, classant l'importance relative des stratégies d'immunisation contre la pandémie de COVID-19 pour différents scénarios de pandémie²;
4. Application des outils fondés sur des données probantes (filtres d'éthique intégrés, Matrice d'équité, Matrice de faisabilité, Matrice d'acceptabilité) du cadre d'éthique, d'équité, de faisabilité et d'acceptabilité (ÉÉFA) du CCNI³;
5. Présentation des principales populations à immuniser en priorité contre la COVID-19 afin d'atteindre au mieux l'objectif de santé publique de la réponse du Canada à la pandémie lorsque le stock initial de vaccins sera limité, compte tenu de ce qui précède.

Le CCNI reconnaît qu'au moment de la rédaction de la présente déclaration, de nombreuses incertitudes subsistaient en ce qui concerne la COVID-19, les éventuels vaccins et les traitements contre la maladie, ainsi que l'épidémiologie de la maladie et le stock de vaccins au moment où le vaccin contre la COVID-19 deviendra disponible. Les présentes orientations s'appuient sur les données disponibles au moment des délibérations du CCNI, ainsi que sur l'opinion d'experts et de parties intéressées. Le CCNI fournira de nouvelles orientations lorsque des renseignements complémentaires seront disponibles sur les caractéristiques de vaccins particuliers (p. ex., immunogénicité, innocuité, efficacités potentielle et réelle pour prévenir une maladie

grave ou en interrompre la transmission) dans différentes populations (p. ex., groupes d'âge, personnes souffrant de pathologies sous-jacentes). Le CCNI continuera de surveiller les données probantes au fil de leur évolution.

Méthodologie

La présente déclaration s'efforcera de répondre à la question stratégique suivante :

- Dans l'hypothèse d'un stock initial limité de vaccins contre la COVID-19 au Canada, quelles populations devraient être prioritaires pour recevoir les premières doses de vaccin?

Pour élaborer ces recommandations au cours de l'été 2020, le CCNI a examiné les résumés épidémiologiques disponibles tirés d'analyses nationales des données de surveillance fédérales, provinciales et territoriales (FPT) communiquées à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), ⁵ les synthèses de la situation en ce qui concerne les produits vaccinaux contre la COVID-19 à partir des données du registre des essais cliniques, ainsi que l'annexe relative aux vaccins du document *Préparation du Canada en cas de grippe pandémique : Guide de planification pour le secteur de la santé*. ⁶ En outre :

1. Le secrétariat du CCNI a effectué une analyse environnementale des orientations internationales concernant la façon de prioriser les principales populations à immuniser contre la COVID-19.
2. Le secrétariat du CCNI a mené une enquête nationale auprès d'experts concernés entre le 22 juillet et le 14 août 2020 afin d'établir une perspective globale de l'importance relative des stratégies d'immunisation contre la pandémie selon quatre scénarios de pandémie différents au moment où le vaccin contre la COVID-19 deviendra disponible. Les détails méthodologiques et les résultats complets se trouvent dans la prépublication. ¹
3. L'Alberta Research Centre for Health Evidence (ARCHE) a été chargé de mener un examen rapide des facteurs de risque de COVID-19 grave (recherche de la littérature effectuée le 15 juin 2020). Les détails méthodologiques et les résultats complets se trouvent dans la prépublication. ¹ Une synthèse actualisée des données probantes sera réalisée ultérieurement.
4. Le secrétariat du CCNI a appliqué le cadre ÉÉFA du CCNI ³ avec les outils fondés sur des données probantes qui l'accompagnent (filtres d'éthique intégrés, Matrice d'équité, Matrice de faisabilité, Matrice d'acceptabilité) afin de prendre systématiquement en compte ces facteurs programmatiques dans l'élaboration de recommandations claires, complètes et appropriées pour une prise de décision transparente en temps utile. Pour plus de détails sur l'élaboration et l'application du cadre ÉÉFA et des outils fondés sur des données probantes susmentionnés, voir le document : [A framework for the systematic consideration of ethics, equity, feasibility, and acceptability in vaccine program recommendations](#) (en anglais seulement).

Conformément au processus publié pour l'application de ce cadre (voir l'Annexe A), divers experts et groupes de parties intéressées ont été consultés : le Groupe consultatif en matière d'éthique en santé publique, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI), Services aux Autochtones Canada et d'autres [agents de liaison et représentants d'office du CCNI](#). Ont également été consultés les comités FPT suivants au cours de l'élaboration de la présente déclaration : le Comité canadien sur l'immunisation (CCI), le [Comité consultatif spécial sur la COVID-19 \(CCS\) du Réseau pancanadien de santé publique \(RSP\)](#) et le Comité consultatif technique du CCS. Également, le réseau Analyse comparative fondée sur le sexe et le genre + (ACSG+), au sein de la Division des déterminants sociaux de la santé de l'ASPC, a relu ces orientations. Le CCI, la DGSPNI et le responsable de l'approvisionnement en vaccins de l'ASPC ont discuté de la faisabilité des stratégies d'immunisation proposées et ont validé la Matrice de faisabilité. Les nouvelles données d'acceptabilité relatives aux vaccins contre la COVID-19 ont été recensées et incluses dans la Matrice d'acceptabilité. Pour plus de précisions, veuillez consulter la section IV.

Les données disponibles ont été présentées au groupe de travail du CCNI sur les vaccins contre les maladies infectieuses à haut risque (GT VMIHR) le 24 juillet 2020 et au CCNI le 13 août 2020. Le CCNI a délibéré sur l'ensemble des données probantes et proposé des recommandations le 20 août 2020, formulé des commentaires jusqu'au 1^{er} septembre 2020 et approuvé les recommandations révisées le 16 septembre 2020.

De plus amples renseignements sur le processus et les procédures du CCNI sont disponibles ailleurs. [7](#)

Vaccin(s)

Situation actuelle concernant le vaccin contre la COVID-19

Des efforts mondiaux sont en cours pour mettre au point un vaccin contre la COVID-19, et les travaux progressent à un rythme sans précédent. Le gouvernement du Canada est en train de revoir ses procédures réglementaires pour aider à accélérer l'accès des Canadiens à un vaccin efficace et sans danger.

Au 5 août 2020, plus de 130 vaccins expérimentaux contre la COVID-19 en étaient à différents stades de développement par les universités et l'industrie. De nombreux vaccins possibles se sont avérés prometteurs au point que les essais cliniques sur l'homme ont débuté : 15 essais cliniques de phase 1 et 23 essais cliniques de phase 2 ont été enregistrés, tandis que 5 essais cliniques de phase 3 sont en cours ou devraient commencer. Des essais cliniques de phase 3 ont été lancés au Royaume-Uni (R.-U.), aux États-Unis (É.-U.), au Brésil et dans les Émirats arabes unis. Les résultats sont attendus pour la fin de 2020 ou le début de 2021 (p. ex., Université d'Oxford/AstraZeneca, Moderna, Sinopharm, Sinovac). Au Canada, plusieurs fabricants prévoient commencer des essais cliniques. Au 4 septembre 2020, un fabricant canadien a déjà commencé les essais cliniques de phase 1, et plusieurs autres devraient parvenir à ce stade dans les prochains mois.

On pourra consulter un panorama de la situation actuelle concernant les vaccins expérimentaux contre la COVID-19 au stade de l'évaluation clinique à l'adresse suivante : [Draft landscape of COVID-19 candidate vaccines](#) (en anglais seulement)

Résumé du développement clinique de vaccins

La plupart des essais de la phase 1 du développement clinique évaluent l'innocuité des vaccins chez des adultes en bonne santé âgés de 18 à 49 ans sans pathologie sous-jacente. Compte tenu du lourd fardeau associé à la COVID-19 chez les personnes âgées, certaines études de phase 1 ont élargi ces tranches d'âge de façon à inclure les populations d'adultes âgés. Aux stades ultérieurs du développement clinique (phases 2 et 3), certaines populations vulnérables et à risque (notamment les personnes séropositives et les adultes de plus de 65 ans) sont incluses dans le recrutement des études. On étudie aussi bien des technologies de vaccins bien établies que des technologies expérimentales, notamment les vaccins à base d'acides nucléiques (ARNm et ADN), les vaccins vectorisés (vecteurs viraux et bactériens), les vaccins sous-unitaires (protéines et glycanes), les vaccins particuliers (nanoparticules et particules de type viral), les vaccins à virus inactivés et les produits immunitaires prophylactiques (anticorps et sérums). Les vaccins expérimentaux sont administrés par différentes voies : intramusculaire, intradermique (et par électroporation), orale ou sous-cutanée. Les calendriers des vaccins proposés vont d'une à trois doses.

Accès des Canadiens aux vaccins

Du fait de la nature inédite de cette pandémie et des efforts sans précédent déployés pour mettre au point un vaccin, la concurrence fait rage en ce qui concerne l'accès aux vaccins à l'échelle mondiale. Au 27 octobre, 2020, sept fournisseurs de vaccins expérimentaux prometteurs se sont engagés à fournir au Canada un stock de vaccins suffisant pour couvrir une partie ou la totalité de la population canadienne. Il reste à déterminer si ces vaccins seront sans danger, efficaces, autorisés au Canada, et s'ils seront recommandés par le CCNI.

Facteurs d'éthique, d'équité, de faisabilité et d'acceptabilité (ÉÉFA) à prendre en considération

Le cadre ÉÉFA ³ facilite la prise en compte systématique des facteurs essentiels à la prise de décision globale concernant les programmes d'immunisation et à la mise en œuvre réussie des recommandations. Son utilisation permet au comité d'examiner toutes les données disponibles, d'en faire le bilan et de résumer de manière transparente le raisonnement justifiant ses recommandations appropriées et opportunes. Les outils fondés sur des données probantes associés au cadre (Filtres d'éthique intégrés, Matrice d'équité, Matrice de faisabilité, Matrice d'acceptabilité - voir

les Annexes B à F) garantissent que les questions liées à l'ÉEFA des orientations des comités d'experts sont correctement intégrées. Le CCNI a suivi le processus décrit dans l'algorithme (Annexe A) pour appliquer le cadre ÉEFA aux présentes orientations.

Considérations relatives à l'éthique

Le CCNI s'est appuyé sur le [Cadre d'éthique en santé publique : Guide pour la réponse à la pandémie de COVID-19 au Canada](#)⁸ pour les délibérations et la prise de décision en matière d'éthique. Les filtres d'éthique intégrés du CCNI pour les dimensions éthiques fondamentales (respect des personnes et des communautés, bienfaisance et non-malfaisance, justice, confiance) et les aspects éthiques au niveau des procédures (imputabilité, inclusivité, responsabilité, réactivité, transparence) ont été appliqués au présent document d'orientation et sont résumés dans les Annexes B et C. Une analyse éthique approfondie a été menée pour analyser et pondérer les facteurs relatifs à prendre en considération et pour évaluer les options quant à l'immunisation prioritaire contre la COVID-19 advenant un approvisionnement incertain en vaccins contre la pandémie.

Le CCNI a respecté les principes éthiques fondamentaux suivants :

1. Respect des personnes et des communautés

Afin de respecter le droit de faire un choix éclairé, le CCNI a passé en revue les données probantes à ce jour et les a résumées pour les parties intéressées tout au long du présent document d'orientation. Les valeurs et préférences des personnes et des communautés ont été prises en compte lors de l'enquête nationale auprès des experts concernés, qui a classé l'importance relative des stratégies d'immunisation contre la pandémie,² ainsi que les données disponibles à ce jour sur l'acceptabilité de vaccins contre la COVID-19 dans diverses populations au Canada (résumées dans la section IV.4). Des consultations approfondies ont été menées au cours de l'élaboration des présentes orientations (résumées dans la section II).

2. Bienfaisance et non-malfaisance

Dans ses délibérations, le CCNI a pris en compte les éléments permettant de réduire au minimum le risque de préjudice et d'optimiser les bienfaits pour toutes les principales populations potentielles. Une fois disponibles les informations sur les caractéristiques des vaccins (y compris leur innocuité et leur efficacité dans différentes populations), il sera alors question d'appliquer les principes de **proportionnalité** (les mesures doivent être proportionnelles au niveau de risque et aux avantages obtenus), d'**efficacité** (probabilité raisonnable que l'action atteigne les objectifs et soit réalisable) et de **précaution** (agir avec prudence face à l'incertitude scientifique). Le CCNI a déjà recommandé que des personnes potentiellement vulnérables à la COVID-19 pour des raisons biologiques, sociales ou professionnelles soient incluses dans les groupes des essais cliniques sur les vaccins⁴ Toutefois, en l'absence de données directes dans les populations risquant fortement de développer une forme grave de la COVID-19 ou d'en mourir (p. ex., en raison de leur âge ou de pathologies sous-jacentes), le CCNI tiendra

compte des principes de proportionnalité, d'efficacité et de précaution et effectuera une analyse éthique approfondie avant de formuler des recommandations précises. Les stratégies d'immunisation visant à protéger la capacité en soins de santé et les autres services essentiels au fonctionnement de la société respectent le principe de **réciprocité**, car elles visent à réduire le fardeau disproportionné qui pèse sur ceux qui prennent des risques supplémentaires pour protéger le grand public. Le public bénéficie également du travail continu de ceux qui fournissent ces services et pourrait éventuellement bénéficier d'une diminution de la transmission par les travailleurs de première ligne, ce qui est conforme au principe de bienfaisance.

3. Justice

Traiter les personnes et les groupes avec le même souci et le même respect implique de fixer et d'appliquer les critères de priorité de manière équitable, de tenir compte des besoins des personnes risquant le plus d'être exposées ou de développer une forme grave de la maladie, et de peser les risques d'aggravation des inégalités, de la stigmatisation et de la discrimination. Le CCNI a examiné les considérations particulières relatives à la vulnérabilité des personnes les plus à risque à partir de la Matrice d'équité (Annexe D), d'un examen rapide des facteurs de risque de COVID-19 grave,¹ ainsi que d'un examen de l'épidémiologie de la maladie au Canada.⁵

Le CCNI a également pris en compte des éléments concernant d'autres facteurs, tels que la marginalisation systémique de groupes développant des formes plus graves de la maladie et ayant moins accès aux soins de santé, ainsi que le potentiel démontré de réduction de l'exposition des travailleurs de la santé grâce à une meilleure formation et un meilleur accès aux équipements de protection individuelle (ÉPI) et aux autres mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI).^{9 10} Face aux incertitudes concernant la maladie et des vaccins possibles et aux difficultés qui en résultent pour la planification des programmes en vue, à terme, d'un vaccin contre la COVID-19, et en consultation avec les autorités compétentes et les experts de l'approvisionnement en vaccins, le CCNI a tenu compte du principe de justice distributive en appliquant la Matrice de faisabilité (Annexe E). L'évaluation systématique de tous ces facteurs a permis d'éclairer les recommandations du CCNI pour une attribution juste et équitable d'un stock limité de vaccins contre la COVID-19.

4. Confiance

La fiabilité et l'intégrité des orientations doivent être maintenues pour que la confiance dans ce programme et dans d'autres programmes d'immunisation soit assurée. L'accélération des examens réglementaires des vaccins contre la COVID-19 et l'évolution des données sur la maladie pourraient avoir un impact sur la confiance du public dans ce programme d'immunisation et sur sa perception des risques associés à de tels vaccins. Dans cet examen accéléré, le CCNI a suivi sa méthodologie, ses procédures d'opération normalisées et ses directives en matière de conflits d'intérêts établies⁷ afin de garantir une analyse solide des données probantes et de conserver la confiance des parties intéressées. Les présentes orientations se fondent sur les meilleures données à jour disponibles pour tous les groupes vulnérables à la COVID-19,

dans un souci de transparence quant aux éléments connus et aux inconnues, ainsi qu'à la certitude des données probantes. Le CCNI surveillera les données et, si nécessaire, révisera ces orientations. Afin de préserver la confiance chez les parties intéressées, il a respecté les aspects éthiques quant aux procédures (imputabilité, inclusivité, responsabilité, réactivité et transparence) au moyen des outils et méthodes résumés à l'Annexe C.

Le CCNI est conscient du risque qu'un conflit d'intérêts soit perçu, ce qui entraînerait une perte de confiance, lorsque des groupes experts de professionnels de la santé (PS) recommandent des stratégies d'immunisation ciblant en priorité les travailleurs et le personnel de santé. Le CCNI reconnaît également que la confiance peut être érodée si les PS ne sont pas inclus dans un groupe prioritaire à immuniser en premier par un nouveau vaccin. Afin de maintenir la confiance, la fiabilité, l'intégrité et une relation mutuellement équitable avec les personnes et les communautés, lors de l'élaboration de ces orientations, le CCNI a appliqué les filtres intégrés d'éthique susmentionnés (Annexes B et C), formulé des recommandations basées sur les données résumées de manière transparente dans le présent document et tenu compte d'un large éventail d'opinions des parties intéressées (y compris les défenseurs des patients et des communautés) au moyen d'une enquête auprès des experts concernés², ainsi que des opinions du grand public par des recherches sur l'opinion publique.¹¹

Considérations relatives à l'équité

Le CCNI a examiné [l'épidémiologie de la COVID-19 au Canada](#)⁵ et les résultats de l'examen rapide des facteurs de risque de COVID-19 grave¹ (résumés dans la section IV.2.1) afin de déterminer les inégalités particulières associées à la maladie, leurs raisons possibles et les interventions suggérées pour réduire les inégalités et améliorer l'accès au vaccin lorsqu'il sera disponible. Les résultats de cette analyse sont résumés dans la Matrice d'équité (Annexe D).

Facteurs contribuant aux formes graves de la COVID-19 : résultats d'un examen rapide des facteurs de risque

Un examen rapide a été mené par l'ARCHE pour étudier le degré de corrélation entre des facteurs pouvant contribuer aux inégalités en matière de santé (résumés en anglais par l'acronyme « P²ROGRESS And Other Factors » dans la Matrice d'équité du CCNI, Annexe D) et les formes graves de la COVID-19. Le groupe de travail VMIHR a décidé des résultats primaires, des milieux et des populations d'intérêt, et le protocole a été enregistré dans PROSPERO (CRD42020198001). Tous les détails de la méthodologie et des conclusions de l'examen rapide sont disponibles dans la prépublication.¹

Des recherches de la littérature ont été effectuées le 15 juin 2020 dans les bases de données bibliographiques suivantes : Medline, Epistimonikos COVID-19 sur la LOVE Platform, et COVID-19 Evidence Alerts de McMaster. Les critères d'inclusion suivants ont été utilisés : études provenant des pays de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques), publiées (par opposition aux prépublications) et utilisant une analyse multivariée pour rendre compte de la contribution indépendante de

chaque facteur de risque tout en prenant en considération des facteurs de confusion tels que l'âge, le sexe, la race ou l'origine ethnique, le statut socioéconomique (SSE) et les comorbidités.

Les populations comprenaient un échantillon de la population générale ou de la communauté, des cas confirmés de COVID-19 et des personnes hospitalisées atteintes de COVID-19 (les études étaient exclues si tous les patients se trouvaient en unité de soins intensifs [USI] ou participaient à une étude sur un traitement). Les résultats d'intérêt comprenaient l'hospitalisation et la durée du séjour, les formes graves de la maladie (telles que définies par les auteurs de l'étude) et la mortalité. Le risque de biais ou la qualité de chaque étude ont été évalués, en tenant compte de l'ampleur de l'ajustement, de la durée du suivi ou de l'étendue de la censure pour la durée du séjour et la mortalité, et des exclusions inappropriées ou importantes de l'étude ou de l'analyse.

Aucune méta-analyse n'a été effectuée. Pour chaque facteur de risque et résultat, les conclusions ont été évaluées dans les différentes études en fonction du degré estimé de corrélation (c'est-à-dire peu important/faible [p. ex., rapport des cotes (RC) < 1,7], modéré [RC ≥ 1,7 à 1,99], important/élevé [RC ≥ 2,0], très important/très élevé [RC ≥ 5,0]) et de la confiance de l'équipe ayant réalisé l'examen dans le degré de corrélation compte tenu du nombre et de la taille des études, ainsi que de la cohérence entre les études et du risque de biais. La confiance variable dans les corrélations est désignée par les termes « incertain » (aucune/très faible), « possible » (faible) et « probable » (modérée).

Au total, 34 études publiées ont été incluses, même si trois du R.-U. avaient des populations qui se chevauchaient et qu'une autre étude britannique présentait probablement un chevauchement aussi, mais à un degré inconnu. Des études ont été menées aux É.-U. (n = 17), en Italie (n = 9), au R.-U. (n = 7 avec 5 populations) et dans plusieurs pays à la fois (n = 1). La taille des échantillons variait de 44 à 418 794 (médiane de 596) et l'âge moyen dans la plupart des études était de 54 à 71 ans. La majorité des études (n = 19; 56 %) ont été classées comme présentant un faible risque de biais.

Aucune des corrélations ne présentait un degré élevé de certitude des données. Il y avait un degré faible ou modéré de certitude des données pour les corrélations élevées/importantes (RC ou rapport de risques [RR]) avec un risque accru d'hospitalisation chez les cas confirmés de COVID-19 pour les facteurs de risque suivants : obésité de classe III (indice de masse corporelle [IMC] ≥ 40 kg/m²), insuffisance cardiaque, diabète, néphropathie chronique, démence, âge (en particulier pour les personnes de plus de 70 ans p/r aux personnes de 45 ans ou moins), sexe masculin, race/origine ethnique noire (p/r aux personnes de race blanche non hispaniques), sans-abrisme et faibles revenus (< 25^e p/r au > 50^e centile).

Les données indiquant qu'un âge supérieur à 70 ans peut être associé à des augmentations importantes du taux de formes graves de la maladie ont été considérées comme modérément certaines. Le Tableau 1 expose les facteurs de risque présentant

des degrés de corrélation élevés/importants et très élevés/très importants avec l'hospitalisation et la mortalité.

Tableau 1 : Facteurs de risque recensés par un examen rapide présentant des degrés de corrélation élevés/importants (++) ou très élevés/très importants (+++) avec une issue grave de la COVID-19, et le degré de confiance correspondant dans la corrélation

Facteur de risque	Résultat d'intérêt	Degré de risque ¹ (confiance dans la corrélation) ²
Âge		
> 80 ans p/r à ≤ 45 ans	Hospitalisation	+++ (faible)
	Mortalité	+++ (faible)
> 70 ans p/r à ≤ 45 ans	Hospitalisation	+++ (modérée)
	Mortalité	+++ (modérée)
> 60 ans p/r à ≤ 45 ans	Hospitalisation	++/+++ (modérée/faible)
	Mortalité	++/+++ (modérée/faible)
50 à 64 ans p/r à ≤ 45 ans	Hospitalisation	++ (modérée)
	Mortalité	++ (modérée)
45 à 54 ans p/r à ≤ 45 ans	Hospitalisation	++ (modérée)
	Mortalité	++ (faible)
Affections préexistantes		
Obésité (IMC ≥ 40)	Hospitalisation	++ (faible)
Insuffisance cardiaque	Hospitalisation	++ (faible)
Diabète	Hospitalisation	++ (faible)
Maladie du foie	Mortalité	++ (faible)
Néphropathie chronique	Hospitalisation	++ (faible)
Maladie d'Alzheimer ou démence	Hospitalisation	++ (faible)
Sexe		
Hommes p/r aux femmes	Hospitalisation	++ (modérée)
Race/origine ethnique		

Facteur de risque	Résultat d'intérêt	Degré de risque ¹ (confiance dans la corrélation) ²
Âge		
Noire p/r à blanche non-hispanique	Hospitalisation	++ (faible)
Asiatique (bangladaise) p/r à blanche britannique	Mortalité	++ (faible)
Lieu de résidence		
Sans-abri p/r aux personnes ayant un domicile	Hospitalisation	++ (faible)
Statut socioéconomique		
Revenu ≤ 25 ^e p/r au > 50 ^e ou 75 ^e centile	Hospitalisation	++ (faible)

Notes de bas de page - tableau 1

¹ Le degré de corrélation est indiqué comme élevé/important (++; RC ou RR ≥ 2,00) ou très élevé/très important (+++; RC ou RR ≥ 5,00).

² La qualité ou le degré de confiance des données n'ont pas fait l'objet d'une évaluation formelle, mais s'appuient sur l'approche GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations). La confiance dans le degré de corrélation a été déterminée en tenant compte principalement des limites des études (risque de biais), de la cohérence des résultats entre les études et de la précision (taille de l'échantillon). Une confiance faible indique qu'il peut y avoir une corrélation, et une confiance modérée signifie que les données indiquent qu'il y a probablement une corrélation.

En ce qui concerne la mortalité, des corrélations importantes avec un risque accru peuvent exister pour les maladies du foie, l'origine ethnique bangladaise (p/r aux Blancs britanniques) et l'âge, en particulier pour les personnes de plus de 70 ans (p/r à celles de moins de 45 ans). Les données étaient quelque peu incohérentes pour le sexe, la plupart des études montrant avec une certitude modérée que le sexe n'avait pas d'effet important. Une étude comparant directement des sous-groupes de personnes âgées a montré que, par rapport aux personnes de 65 à 69 ans, il n'y a pas forcément d'augmentation importante du risque de mortalité chez les adultes hospitalisés de 70 à 79 ans, mais que le risque peut être multiplié par deux environ pour les personnes de 80 ans et plus. Dans les études observant l'âge sur une échelle ou par petites augmentations de tranche d'âge, on a systématiquement constaté que les risques d'hospitalisation et de mortalité augmentaient avec l'âge (p. ex., environ 2 à 6 % et 5 à 10 % d'augmentation relative du risque par an).

Une corrélation modérée avec un faible degré de confiance peut exister pour un risque accru d'hospitalisation en cas d'obésité (IMC ≥ 30 ou 40 kg/m^2), de maladie grave en cas d'insuffisance cardiaque, de mortalité en cas d'hématopathie maligne et d'hospitalisation en cas de privation sociale (quintile inférieur p/r au quintile supérieur).

Les données indiquaient avec une certitude modérée qu'il n'y avait pas d'augmentation importante du risque d'hospitalisation associée aux affections respiratoires chroniques, aux maladies cardiovasculaires (c.-à-d. coronaropathie, hypertension, hyperlipidémie) à l'exception de l'insuffisance cardiaque, à un cancer non précisé, à la race ou à l'origine ethnique asiatique autre que bangladaise (p/r aux Blancs non hispaniques) et au tabagisme actuel ou passé. En outre, les données indiquaient avec une certitude modérée qu'il n'y avait pas d'augmentation importante des formes graves de la maladie (selon la définition établie pour chaque étude) associées aux affections respiratoires chroniques, à la néphropathie chronique, à un cancer non précisé et à la race ou à l'origine ethnique noire (p/r aux Blancs non hispaniques), et qu'il n'y avait pas d'augmentation importante du risque de mortalité associée à l'obésité (IMC $\geq 30 \text{ kg/m}^2$), aux affections respiratoires chroniques, au diabète, à la néphropathie chronique, à un cancer non précisé, au sexe masculin, à la race ou à l'origine ethnique noire ou asiatique (p/r aux Blancs non hispaniques) et à la privation sociale (quintile inférieur p/r au quintile supérieur).

Dans l'examen rapide, les données concernant les patients immunodéprimés (en particulier ceux atteints de maladies rhumatismales ou du VIH) se limitaient à de petites études, et aucune conclusion n'a pu être tirée quant au degré et à la certitude des corrélations. En outre, aucune étude sur la grossesse ne remplissait les exigences relatives à la date de publication et aux critères d'inclusion.

Pour ce qui est de généraliser les résultats d'autres pays au Canada, la prudence est de rigueur car les groupes à haut risque peuvent varier entre les populations. En outre, en raison de différences de méthodologie, la liste des facteurs de risque importants recensés dans cet examen rapide peut être différente par rapport à d'autres sources. Le CCNI s'appuiera sur des synthèses de données actualisées pour ses décisions futures.

Considérations relatives à la faisabilité

Le CCNI reconnaît que la mise en œuvre d'un programme d'immunisation contre la COVID-19 pose un certain nombre de problèmes, en partie en raison des incertitudes relatives aux caractéristiques du vaccin (p. ex., indications, événements indésirables [ÉI]) et à l'approvisionnement, ainsi que de la nature nouvelle de la maladie et du ou des vaccins. Le vaccin et le programme d'immunisation suscitent de nombreuses questions en ce qui concerne les ressources (p. ex., vaccin et fournitures d'immunisation, y compris le stockage et la diffusion de nouvelles technologies de vaccination dans différents lieux d'administration des vaccins, ressources humaines pour l'administration du vaccin, la communication, la formation, la saisie des données, le dépistage de la COVID-19, la planification opérationnelle, etc.) ainsi que l'intégration avec les programmes existants (p. ex., registres, surveillance, déclaration des ÉI après la

vaccination). Il sera donc essentiel de surveiller étroitement et rapidement l'innocuité, l'efficacité et la couverture des vaccins dans des principales populations potentiellement différentes.

Pour aider à la planification d'un éventuel programme d'immunisation contre la COVID-19, les provinces/territoires peuvent consulter la Matrice de faisabilité (Annexe E), qui résume les éventuels problèmes liés à la mise en œuvre d'un tel programme d'immunisation. Ces problèmes s'appliquent à l'immunisation de n'importe quelle population. Les provinces/territoires peuvent également se référer aux [Lignes directrices provisoires sur la continuité des programmes d'immunisation pendant la pandémie de COVID-19](#)¹² afin de perturber le moins possible les programmes d'immunisation existants.

La faisabilité de l'immunisation de différentes populations variera en fonction de la taille de la population à immuniser, des caractéristiques du vaccin dans la population et de l'approvisionnement en vaccins, entre autres facteurs à prendre en considération. Il pourra s'avérer nécessaire de définir des sous-priorités ou d'établir un séquençage au sein des principales populations à immuniser, dès le début ou progressivement.

Dans certaines communautés autochtones, où plusieurs générations cohabitent dans des logements surpeuplés, il est difficile de séparer les groupes à risque, et la précarité de la chaîne d'approvisionnement, des infrastructures et des systèmes de santé les rendent vulnérables à de graves perturbations. Dans ces cas, il pourra être utile de mettre en œuvre plusieurs stratégies simultanément et d'immuniser complètement des communautés entières lorsque des quantités relativement faibles de vaccins sont nécessaires pour atteindre l'objectif de réponse à la pandémie.

Considérations relatives à l'acceptabilité

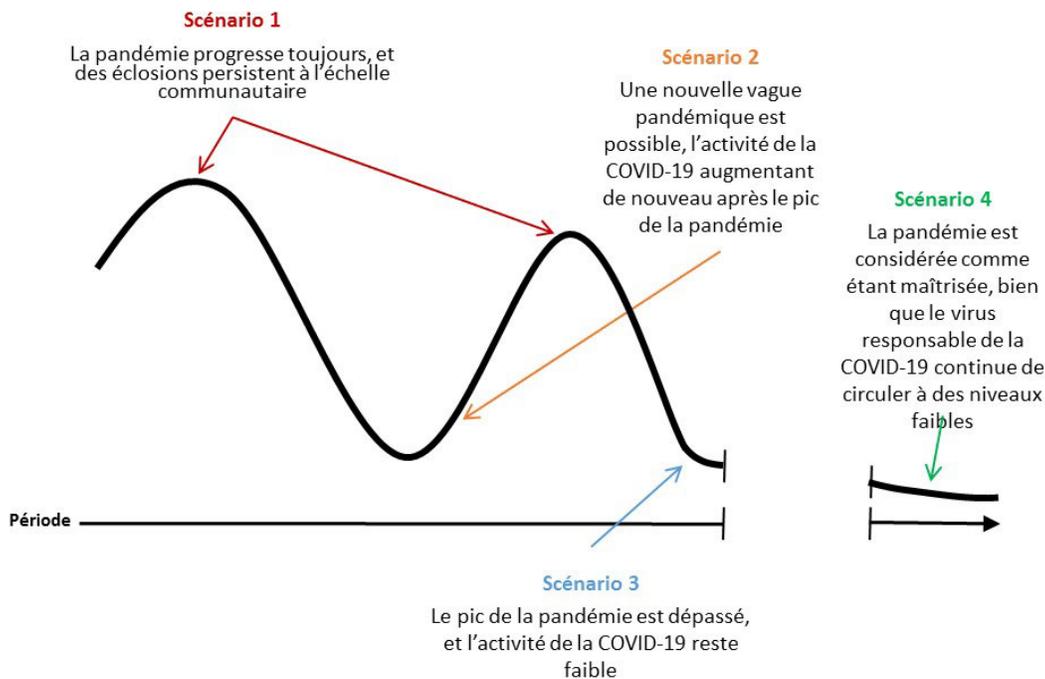
Conformément au principe éthique du respect des personnes et des communautés, il a été tenu compte des valeurs et préférences de diverses parties intéressées, y compris les experts, les défenseurs des patients et des communautés et le grand public. Les facteurs qui influent sur l'acceptabilité d'un vaccin contre la COVID-19 sont résumés à l'aide de la Matrice d'acceptabilité (Annexe E).

Résultats d'une enquête auprès d'experts concernés sur les stratégies d'immunisation contre la COVID-19

Une enquête dirigée par l'ASPC a été menée pour établir le point de vue préliminaire des experts concernés sur l'importance relative des stratégies d'immunisation pour différents scénarios de pandémie de COVID-19, au moment où le vaccin contre la maladie deviendra disponible. Ces scénarios sont représentés le long d'une courbe de pandémie hypothétique dans la Figure 2. Dans l'enquête, le scénario 4 a été redivisé en deux sous-scénarios, selon que le vaccin ou l'infection antérieure procure ou non une protection à long terme contre la COVID-19. La méthodologie et les résultats complets de l'enquête sont disponibles dans la prépublication.²

L'enquête comportait cinq questions, pour lesquelles les personnes interrogées devaient classer par ordre d'importance - la note « 1 » indiquant la plus importante - quatre stratégies d'immunisation contre la pandémie (proposées par le personnel de l'ASPC avec la contribution du groupe de travail VMIHR), plus une stratégie facultative spécifiée par la personne interrogée pour chaque scénario. Pour les besoins de l'enquête, il a été demandé aux personnes interrogées de supposer que le vaccin contre la COVID-19 était disponible en quantité limitée pour chaque scénario et qu'il était sans danger et efficace pour toutes les populations.

Figure 2 : Scénarios de pandémie au moment où le vaccin contre la COVID-19 deviendra disponible, représentés le long d'une courbe hypothétique de pandémie



Les experts concernés ont été sélectionnés lors de consultations au sein de l'ASPC et avec le groupe de travail VMIHR. Ils comprenaient des membres de groupes d'experts cliniques et de santé publique travaillant avec l'ASPC, des membres de comités provinciaux/territoriaux et des représentants de groupes autochtones nationaux, des représentants d'associations de défense des patients et des communautés et des experts du réseau [CanCOVID](#), des dirigeants d'associations canadiennes de PS et des représentants d'autres ministères du gouvernement fédéral. Une invitation à répondre à l'enquête, fournie sous forme de document Word en anglais et en français, leur a été envoyée par courrier électronique dans un format qui facilitait l'examen en commun et la discussion au sein de leurs organismes respectifs. Les membres de groupes d'experts (p. ex., le CCNI) ont chacun fourni des réponses d'experts individuelles, tandis que les représentants d'organismes ou de provinces/territoires ont chacun fourni une réponse unique au nom de leur instance respective.

L'enquête a été menée entre le 22 juillet et le 14 août 2020. Ses résultats ont été analysés à l'aide de statistiques descriptives sur l'ensemble des réponses reçues, afin de cerner les tendances générales, et par groupe de parties intéressées, pour évaluer les différences de priorisation entre les groupes de parties intéressées. Les tendances des classements pour chaque scénario ont été évaluées au moyen d'une analyse descriptive de deux façons : en prenant le classement moyen (moyenne, médiane et mode) et en comparant le pourcentage de chaque classement contribuant au total des stratégies d'immunisation contre la pandémie de COVID-19 pour différents scénarios au moment où le vaccin contre la COVID-19 deviendra disponible.

Sur les 156 parties intéressées contactées, 74 ont répondu à l'enquête, soit un taux de participation de 47,4 %. Au total, 22 répondants (29,7 %) étaient membres de groupes d'experts cliniques ou de santé publique travaillant avec l'ASPC, 19 (25,7 %) étaient des représentants d'associations de défense des patients ou des communautés ou des experts du réseau CanCOVID, 16 (21,6 %) étaient des dirigeants d'associations canadiennes de PS, 9 (12,2 %) étaient des membres de comités provinciaux/territoriaux ou de groupes autochtones nationaux, et 8 (10,8 %) étaient des représentants de ministères du gouvernement fédéral.

Pour tous les scénarios, les deux méthodes d'analyse descriptive ont montré que, de manière générale, les parties intéressées classaient les stratégies dans l'ordre suivant, de la plus importante à la moins importante :

1. Protéger les personnes risquant le plus de développer une forme grave de la COVID-19 ou d'en mourir;
2. Protéger la capacité en soins de santé;
3. Réduire au minimum la transmission de la COVID-19;
4. Protéger les infrastructures essentielles.

Dans l'analyse de sous-groupes par groupe de parties intéressées, les tendances étaient moins claires en raison de la taille réduite des échantillons, mais la stratégie visant à protéger les personnes risquant le plus de développer une forme grave de la COVID-19 ou d'en mourir est restée la plus importante dans tous les groupes et scénarios.

Résultats d'enquêtes menées auprès du grand public canadien sur la vaccination contre la COVID-19

L'étude canadienne Surveillance instantanée COVID-19 (SICO Canada) est une étude longitudinale menée par Impact Canada en collaboration avec l'équipe de recherche sur l'opinion publique du Bureau du Conseil privé. Elle a débuté en avril 2020 et s'est poursuivie jusqu'en septembre 2020 en huit vagues. ¹¹ Cette enquête en ligne s'appuie sur un outil mis au point par l'OMS pour surveiller les connaissances, les perceptions des risques et les comportements liés à la COVID-19. Elle est adaptée d'une vague à l'autre en consultation avec un comité consultatif universitaire externe, et elle recueille des données auprès d'un échantillon représentatif d'environ 2 000 Canadiens. Le CCNI

a pris en compte les résultats les plus récents de cette enquête (jusqu'à la septième vague, menée entre le 13 et le 17 août 2020) ^{13 14} pour remplir la Matrice d'acceptabilité (Annexe F) afin d'éclairer ses orientations.

Le CCNI reconnaît que les données d'enquête sur l'intention de se faire vacciner peuvent fluctuer, en particulier dans le contexte de l'incertitude concernant les éventuels vaccins contre la COVID-19. Le CCNI continuera à surveiller les données de la dernière vague de l'étude SICO, ainsi qu'une autre étude évaluant l'acceptabilité des vaccins contre la COVID-19 et d'autres vaccins chez les Canadiens, prévue au cours des prochains mois.

Quelles stratégies d'immunisation les Canadiens privilégient-ils si l'approvisionnement en vaccins contre la COVID-19 est limité?

Dans la septième vague de l'enquête SICO Canada, il a été demandé aux personnes interrogées de classer par ordre de priorité les mêmes stratégies d'immunisation que celles que les experts concernés ont été invités à classer par ordre d'importance, dans le contexte d'un approvisionnement initial limité en vaccins contre la COVID-19 (voir la section IV.4.1). Une majorité des répondants ont déclaré qu'il faudrait en priorité protéger les personnes les plus vulnérables (51 %), puis protéger la capacité en soins de santé (28 %), réduire la propagation de la maladie (15 %) et protéger les infrastructures essentielles (5 %) ¹⁴. Les opinions de ces répondants du grand public concordent avec celles des experts interrogés.

À quelles populations les Canadiens donnent-ils la priorité pour recevoir le vaccin contre la COVID-19 si l'approvisionnement est limité?

Les trois quarts des personnes ayant répondu à l'étude SICO Canada (76 % lors de la sixième vague et 78 % lors de la septième vague) sont d'accord pour dire que des groupes particuliers devraient être les premiers à recevoir un vaccin sans danger et efficace contre la COVID-19 si le stock initial est limité. ^{13 14} En réponse à une question ouverte de la sixième vague demandant quel groupe devrait recevoir le vaccin de façon prioritaire, les populations les plus souvent mentionnées étaient les personnes souffrant de problèmes médicaux sous-jacents (57 %), les personnes âgées (53 %), les travailleurs de la santé (22 %) et les travailleurs de première ligne/essentiels ^a (18 %). Même s'ils les ont moins souvent mentionnés, les répondants ont également cité les enfants (9 %), les résidents des ÉSLD ou des maisons de soins infirmiers (3 %) et les personnes hospitalisées/malades (2 %) comme autres populations devant recevoir le vaccin en premier en cas de stock insuffisant. ¹³ Dans la septième vague de l'enquête, en réponse à la question demandant de classer une liste prédéterminée de groupes prioritaires pour être vaccinés contre la COVID-19 avant les autres, le groupe le plus souvent mentionné était celui des travailleurs de la santé (40 %), suivi des personnes atteintes de pathologies à haut risque (19 %), des travailleurs de première ligne (16 %), des personnes âgées (12 %), des résidents des ÉSLD et des maisons de soins infirmiers (10 %) et des enfants (2 %). ¹⁴

La majorité (87 %) des personnes ayant répondu à un sondage en ligne de l'Institut Angus Reid sur la COVID-19 réalisé en juillet 2020 auprès d'un échantillon représentatif de 1 519 adultes canadiens ont convenu qu'« il est essentiel que les personnes

souffrant de maladies chroniques, comme l'asthme ou le diabète, soient vaccinées ». ¹⁵

Existe-t-il un niveau élevé d'acceptabilité pour un vaccin contre la COVID-19?

En août 2020, près des deux tiers des personnes ayant répondu à l'étude SICO Canada (61 %) étaient prêtes à recevoir un vaccin contre la COVID-19 recommandé et efficace. ¹⁴ Ce pourcentage était en baisse par rapport aux 71 % enregistrés en avril. Bien que la volonté de se faire immuniser par un tel vaccin ait diminué dans toutes les tranches d'âge étudiées, les Canadiens plus âgés (55 ans et plus) interrogés sont nettement plus disposés à se faire vacciner que les plus jeunes (72 % chez les > 54 ans p/r à 57 % chez les 35-54 ans et à 51 % chez les 18-34 ans; $p < 0,05$). Les personnes interrogées de 35 ans et plus atteintes d'une « maladie grave et de longue durée » sont un peu plus disposées à recevoir un vaccin recommandé et efficace que celles qui ne souffrent d'aucune maladie (68 % p/r à 62 %). Cet écart n'a pas été observé chez les jeunes de 18 à 34 ans atteints d'une « maladie grave et de longue durée » par rapport à ceux qui ne souffrent d'aucune maladie (43 % p/r à 57 %). Les personnes appartenant à une minorité non visible sont plus disposées que celles appartenant à une minorité visible ou les Autochtones à recevoir un vaccin recommandé et efficace (63 % p/r à 53 % et 43 %, respectivement; $p < 0,05$). Environ la moitié des travailleurs exerçant des professions de première ligne, comme les employés d'épiceries et de stations-service (51 % p/r à 63 % pour ceux ne travaillant pas en première ligne; $p < 0,05$) et les PS (55 % p/r à 62 % pour ceux ne travaillant pas dans le secteur de la santé; $p > 0,05$), seraient prêts à recevoir un vaccin recommandé et efficace. La volonté de recevoir un tel vaccin ne semble pas être influencée de manière significative par le SSE ou par le sexe. ¹⁴

Les résultats de l'étude de SICO Canada sont comparables à ceux d'autres enquêtes réalisées au Canada. La Série d'enquêtes sur les perspectives canadiennes 3 (SEPC3) de juin 2020 (l'échantillon de l'enquête est représentatif de la population canadienne vivant dans les dix provinces) a révélé qu'environ trois quarts des Canadiens étaient très susceptibles (57,5 %) ou assez susceptibles (19,0 %) de se faire vacciner contre la COVID-19 lorsqu'un vaccin sera disponible. ¹⁶ Les plus grands écarts quant à l'intention de se faire vacciner ont été observés entre les groupes d'âge et les niveaux de scolarité. Beaucoup plus de Canadiens de 65 ans et plus que ceux de 15 à 64 ans ont indiqué être très susceptibles de se faire vacciner contre la COVID-19 (70 % p/r à 52-58 %; $p < 0,05$). Les personnes interrogées ayant un diplôme universitaire supérieur au baccalauréat étaient nettement plus susceptibles de déclarer qu'elles se feraient très probablement vacciner (73 % p/r à 53 % des personnes ayant un certificat d'une école de métiers ou un diplôme universitaire inférieur au baccalauréat; $p < 0,05$). L'enquête en ligne réalisée par l'Institut Angus Reid en juillet 2020 a révélé que 46 % des personnes interrogées se feraient immuniser dès qu'un vaccin serait disponible, mais que 32 % attendraient un certain temps avant de procéder. ¹⁵

Quels facteurs influent sur l'acceptabilité de la vaccination contre la COVID-19?

Dans la septième vague de l'étude SICO Canada, les raisons les plus fréquemment citées pour expliquer le refus de se faire vacciner contre la COVID-19 sont l'insuffisance de la recherche ou des essais sur le vaccin (32 %), les inquiétudes concernant l'innocuité ou l'efficacité du vaccin (26 %) et le manque de confiance dans un nouveau

vaccin (13 %). ¹⁴ Les deux principales raisons invoquées par les personnes interrogées dans l'enquête SEPC3 qui hésitaient à se faire ainsi vacciner étaient également liées à des inquiétudes concernant l'innocuité (54 % ont évoqué un manque de confiance dans l'innocuité du vaccin et 52 % s'inquiétaient de ses risques et effets secondaires; les personnes interrogées pouvaient cocher plusieurs réponses). ¹⁶ De même, dans l'enquête de l'Institut Angus Reid, la majorité des personnes ayant répondu qu'elles attendraient avant de se faire vacciner contre la COVID-19 ont indiqué qu'elles s'inquiétaient des effets secondaires (76 %), et 61 % de l'ensemble des personnes interrogées partageaient les mêmes inquiétudes quant à l'innocuité du vaccin. ¹⁵

Les résultats de l'enquête de l'Institut Angus Reid révèlent que les principaux facteurs pour ceux qui sont prêts à se faire vacciner sont la confiance dans les médecins (84 % sont d'accord pour dire que « nous devrions écouter les médecins qui recommandent des vaccins ») et le désir de protéger leur famille (82 % sont d'accord pour dire qu'ils « se feraient vacciner pour protéger leur famille »). ¹⁵ Seulement 23 % des personnes interrogées craignaient d'être infectées par le coronavirus en se faisant vacciner et seulement 23 % pensaient qu'un vaccin contre le coronavirus ne serait pas efficace. Seule une petite minorité (9 %) a indiqué qu'elle n'aurait pas le temps de se faire vacciner contre la COVID-19.

D'après ce sondage, la majorité des Canadiens sont favorables à la vaccination obligatoire pour les travailleurs de la santé (76 %), les ÉSLD (76 %), les écoles (63 %) et les lieux de travail tels que les bureaux et les restaurants (52 %). ¹⁵

Quels facteurs influent sur l'acceptabilité de la vaccination en général?

Les recherches menées pour valider la Matrice d'acceptabilité du CCNI avant la pandémie de COVID-19 ont mis en évidence plusieurs facteurs qui influent sur l'acceptabilité de la vaccination en général. ³ Conformément à ce qui a été constaté dans les récentes enquêtes sur un éventuel vaccin contre la COVID-19, les inquiétudes concernant l'innocuité du vaccin sont la principale raison de la réticence des Canadiens à se faire vacciner. ¹⁷ Toutefois, c'est l'efficacité du vaccin qui a la plus grande influence sur le choix du vaccin entre deux options proposées. ¹⁸ De même, dans les groupes à haut risque, l'innocuité et l'efficacité perçues d'un vaccin sont liées à une meilleure acceptabilité du vaccin ¹⁷. Le risque de maladie perçu et le désir de se protéger et de protéger les autres sont également associés à une meilleure acceptabilité du vaccin, tout comme le faible coût du vaccin, le peu de temps nécessaire pour se faire vacciner et l'accès au vaccin ou à un fournisseur de vaccins. ^{17 18}

En général, le fait de recevoir une recommandation d'un PS ou simplement d'être en contact avec lui est lié à une meilleure acceptabilité du vaccin. ¹⁷ Toutefois, lorsqu'ils ne connaissent pas bien un vaccin, les PS sont plus réticents à le recommander. ^{17 18} En revanche, ils sont plus prompts à recommander eux-mêmes un vaccin par suite d'une recommandation d'un comité d'experts. ¹⁸

Recommandations

Les recommandations suivantes ont pour but d'aider à planifier l'attribution efficace, effective et équitable d'un vaccin contre la COVID-19, à terme, lorsqu'un approvisionnement limité en vaccins au début nécessitera de recommander l'immunisation en priorité de certains groupes avant les autres. Ces recommandations visent à atteindre l'objectif du Canada en matière de réponse à la pandémie : « Réduire au minimum le risque de maladie grave et de décès en général tout en atténuant les perturbations sociales pouvant être subies par la population par suite de la pandémie de COVID-19 ». En raison des restrictions prévues quant à l'approvisionnement, les présentes recommandations du CCNI s'appliquent uniquement aux programmes d'immunisation provinciaux/territoriaux financés par des fonds publics, et non aux personnes souhaitant prévenir la COVID-19 à l'aide de vaccins non inclus dans ces programmes.

Les recommandations s'appuient sur les données disponibles au moment des délibérations du CCNI, résumées dans le présent document, notamment les résultats d'un examen rapide des facteurs de risque de COVID-19 grave,¹ une enquête auprès des experts concernés sur l'importance relative des stratégies d'immunisation contre la pandémie² et l'évaluation systématique des facteurs d'ÉÉFA à prendre en considération à l'aide du cadre ÉÉFA révisé par les pairs.³

Au moment de ses délibérations, le CCNI a examiné les orientations internationales disponibles sur les groupes prioritaires pour la vaccination contre la COVID-19. Les principales populations à immuniser en priorité définies par le CCNI sont les mêmes que celles reconnues par d'autres groupes consultatifs techniques nationaux sur la vaccination^{19 20} et par des groupes universitaires^{21 22} dans leurs cadres de priorisation des vaccins.

Le CCNI continuera à surveiller de près les données probantes relatives à la COVID-19 et au(x) vaccin(s) apparentés et mettra à jour ses recommandations au besoin.

Recommandations relatives à la prise de décision au niveau des programmes de santé publique

Étant donné qu'il sera probablement difficile au début d'avoir un stock suffisant pour vacciner l'ensemble des populations à risque, le CCNI recommande que les principales populations chez lesquelles le vaccin est jugé efficace et sans danger d'après les données accessibles au moment de sa mise à disposition soient prioritaires pour l'immunisation contre la COVID-19. Ces groupes ne sont pas mutuellement exclusifs et peuvent se chevaucher. Il n'est pas possible d'établir une approche séquentielle tant qu'on ne connaît pas les caractéristiques du vaccin, les résultats des essais cliniques et le nombre de doses disponibles. Les principales populations peuvent changer au fur et à mesure de l'évolution de la base de données sur la COVID-19 et des caractéristiques du vaccin, ainsi que des données sur le stock de vaccins disponibles.

Le séquençage des principales populations et l'établissement de sous-priorités au sein de ces populations s'appuient et continueront de s'appuyer sur :

- une analyse risques/avantages au niveau de la population, prenant en considération le risque d'exposition, le risque de transmission à d'autres personnes, le risque de maladie grave et de décès, ainsi que l'innocuité et l'efficacité du ou des vaccins dans les principales populations;
- les caractéristiques des vaccins et les résultats des essais cliniques;
- le stock de vaccins (nombre de types de vaccins disponibles, nombre de doses disponibles et délai de disponibilité, nombre de doses nécessaires);
- les conditions épidémiologiques de COVID-19 lorsque le ou les vaccins seront disponibles.

Les principales populations à immuniser sont les suivantes :

Personnes risquant fortement de développer une forme grave de la COVID-19 ou d'en mourir

- Âge avancé
- Autres affections à haut risque (à définir à mesure qu'évoluera la base de données probantes)

Résumé des données actuelles et justification :

- Il existe des corrélations indépendantes importantes entre les formes graves de la COVID-19 et l'âge ainsi que certaines pathologies à haut risque. ¹ Les données indiquent avec une certitude modérée qu'il y a une corrélation très élevée/très importante de l'hospitalisation et de la mortalité avec l'âge, en particulier chez les personnes de plus de 70 ans (p/r à celles de < 45 ans), et avec une faible certitude qu'il y a une corrélation élevée/importante de l'hospitalisation ou de la mortalité avec certaines affections à haut risque (voir le Tableau 1).
- Les données actuelles de surveillance au Canada ont montré que les taux d'hospitalisation, d'admission en USI et de mortalité dues à la COVID-19 augmentent avec l'âge et que les personnes atteintes de certaines pathologies sous-jacentes risquent beaucoup plus de développer une forme plus grave de la COVID-19. ⁵
- Les groupes d'experts et les défenseurs des patients ou des communautés, ²ainsi que le grand public canadien, ¹⁴ classent au premier rang, en importance relative, une stratégie d'immunisation visant à protéger les personnes qui risquent le plus de développer une forme grave de la maladie ou d'en mourir, dans le contexte d'un stock limité de vaccins.
- Les Canadiens donnent la priorité aux personnes souffrant de maladies sous-jacentes (57 %) et aux personnes âgées (53 %) pour qu'elles soient immunisées en premier si l'approvisionnement en vaccins contre la COVID-19 est limité. ¹³
- Les Canadiens plus âgés sont nettement plus disposés que les plus jeunes à recevoir un vaccin contre la COVID-19 efficace et recommandé, ^{13 14 16} et les

personnes de 35 ans et plus atteintes d'une « maladie grave et de longue durée » sont un peu plus disposées à recevoir un tel vaccin. [13](#) [14](#)

Personnes les plus susceptibles de transmettre la COVID-19 aux personnes risquant fortement de développer une forme grave de la maladie ou d'en mourir, et travailleurs essentiels au maintien de la réponse à la COVID-19

- Travailleurs de la santé et des soins à la personne et soignants travaillant dans des ÉSLD ou dans d'autres établissements collectifs de soins aux personnes âgées
- Autres travailleurs jouant un rôle essentiel dans la gestion de la réponse à la COVID-19 ou dispensant des soins en première ligne aux patients atteints
- Membres du même foyer que les personnes risquant fortement de développer une forme grave de la COVID-19 ou d'en mourir

Résumé des données actuelles et justification :

- Au Canada, les ÉSLD ont enregistré un grand nombre de flambées associées à un nombre élevé de décès. [5](#)
- La vaccination des travailleurs de la santé, des fournisseurs de soins à la personne et des autres travailleurs prodiguant des soins de première ligne les protège directement contre l'infection par la COVID-19 et pourrait indirectement protéger leurs patients et la capacité en soins de santé.
- Bien que les travailleurs de la santé de première ligne et les autres travailleurs exerçant une fonction de soins de santé (p. ex., premiers intervenants médicaux) soient plus exposés à la COVID-19, avec une transmission potentielle aux personnes à haut risque, ils peuvent avoir davantage accès à des ÉPI et à d'autres mesures de prévention et de contrôle des infections et être mieux formés à leur utilisation, ce qui pourrait réduire considérablement le risque d'exposition par rapport à d'autres groupes. Il a été démontré que l'utilisation d'ÉPI protégeait les travailleurs de la santé contre l'infection par le SRAS-CoV-2. [9](#) [10](#)
- L'immunisation des travailleurs de la santé et des autres travailleurs exerçant une fonction de soins de santé permet de réduire au minimum le fardeau disproportionné qui pèse sur ceux qui prennent des risques supplémentaires pour protéger le public.
- L'absentéisme pour cause de maladie ou de risque perçu d'être atteint de la COVID-19 chez les travailleurs de la santé et les autres travailleurs les plus essentiels à la gestion de la réponse à la COVID-19 (p. ex., gestion des flambées, dépistage en laboratoire, vaccination) peut amoindrir la capacité en soins de santé et compromettre cette gestion.
- Les groupes d'experts et les défenseurs des patients ou des communautés [2](#), ainsi que le grand public canadien, [14](#) classent, en importance relative, une stratégie d'immunisation visant à protéger la capacité en soins de santé au deuxième rang et une stratégie d'immunisation visant à réduire le plus possible la transmission de la COVID-19 au troisième rang, dans le contexte d'un stock limité de vaccins.

- 22 % des Canadiens considèrent les « travailleurs de la santé » comme une population clé à immuniser en priorité en cas de stock insuffisant de vaccins contre la COVID-19. ¹³
- L'immunisation des personnes susceptibles de transmettre la COVID-19 à celles qui risquent fortement de développer une forme grave de la maladie ou d'en mourir pourrait indirectement protéger les personnes très vulnérables (si le vaccin est efficace pour interrompre la transmission), ce qui pourrait être particulièrement important si les caractéristiques du vaccin ne sont pas favorables dans ces populations.

Personnes contribuant au maintien d'autres services essentiels au fonctionnement de la société

Résumé des données actuelles et justification :

- Certaines personnes qui ne peuvent pas travailler à distance risquent d'être davantage exposées à la COVID-19 (p. ex., police, pompiers, personnel des épiceries).
- Les désignations des services essentiels dans le contexte de la pandémie de COVID-19 varient d'une administration à l'autre au Canada. Il existe un [document d'orientation sur les services et les fonctions essentiels au Canada pendant la pandémie de la COVID-19](#), comprenant les listes publiées par les provinces/territoires.
- Les provinces/territoires ont dit souhaiter une approche harmonisée de la priorisation des vaccins pour les services essentiels. Voir les tables de santé FPT appropriées pour traiter de l'établissement des priorités aux fins de l'immunisation.
- La vaccination de cette population réduit le fardeau disproportionné qui pèse sur ceux qui prennent des risques supplémentaires pour maintenir les services essentiels au fonctionnement de la société.
- L'absentéisme pour cause de maladie ou de risque perçu d'être atteint de la COVID-19 chez certains travailleurs qui ne peuvent pas travailler à distance peut compromettre des services essentiels.
- Les groupes d'experts et les défenseurs des patients ou des communautés, ²ainsi que le grand public canadien, ¹⁴ classent au quatrième rang, en importance relative, une stratégie d'immunisation visant à protéger les infrastructures essentielles, dans le contexte d'un stock limité de vaccins.
- 18 % des Canadiens considèrent les « travailleurs de première ligne/essentiels » comme une population clé à immuniser en priorité en cas de stock insuffisant de vaccins contre la COVID-19. ¹³

Personnes exposées à un risque élevé d'infection du fait de leurs conditions de vie ou de travail et chez lesquelles l'infection pourrait avoir des conséquences disproportionnées, notamment dans les communautés autochtones

Résumé des données actuelles et justification :

- Au Canada, un nombre élevé de flambées ou de concentrations de cas de COVID-19 se sont produites dans des institutions (p. ex., établissements correctionnels), des milieux de travail (p. ex., installations agricoles ou de production/emballage de viande) et des locaux d'hébergement collectif (p. ex., refuges, locaux pour travailleurs migrants).⁵ Des flambées comportant un grand nombre de cas signalés se sont déclarées dans des communautés autochtones au Canada.⁵
- Le risque de transmission est élevé dans ces milieux où l'éloignement physique et les autres mesures de prévention et de contrôle des infections sont difficiles à appliquer et où les personnes peuvent ne pas être capables de prendre des mesures personnelles suffisantes pour se protéger correctement contre l'infection. Ce risque accru peut s'étendre à d'autres milieux à mesure qu'ils ouvrent à nouveau.
- Les populations éloignées ou isolées ou celles qui vivent dans des établissements collectifs peuvent ne pas avoir facilement accès à des infrastructures de soins de santé suffisantes. Par conséquent, leur risque de décès et de perturbation de l'ordre social est proportionnellement plus élevé, puisque la réponse à une maladie au sein de la communauté peut être sous-optimale.
- Les communautés autochtones ayant été touchées de manière disproportionnée par des pandémies antérieures (p. ex., la pandémie de grippe H1N1 de 2009), il est nécessaire de procéder à un examen particulier des questions liées à l'équité, à la faisabilité et à l'acceptabilité pour ces populations (voir la section V.2).

Principes directeurs guidant la prise de décision au niveau des programmes de santé publique

Des efforts sont à faire pour améliorer l'accès aux services de vaccination afin de réduire les inégalités en matière de santé sans aggraver la stigmatisation ou la discrimination, et pour faire participer les populations systématiquement marginalisées et racialisées à la planification des programmes d'immunisation (voir la Matrice d'équité, Annexe D).

Résumé des données actuelles et justification :

- Les inégalités en matière de santé sont dues, en partie, aux différences d'accès aux soins de santé, ainsi qu'aux différences d'exposition, de sensibilité et de gravité des maladies infectieuses (voir la Matrice d'équité, Annexe D). Des interventions visant à réduire ces inégalités, plutôt qu'à les aggraver par la stigmatisation ou la discrimination, devraient faire partie de tout programme d'immunisation.
- Comme pour tout programme d'immunisation, des efforts sont à faire pour assurer la prise en compte des besoins de divers groupes de population, en fonction de l'état de santé, de l'origine ethnique ou de la culture, des capacités et d'autres facteurs socioéconomiques et démographiques qui peuvent rendre les individus plus vulnérables (p. ex., vulnérabilités professionnelles, sociales, économiques ou biologiques). Il convient notamment d'intégrer les valeurs et préférences de ces populations dans la planification des programmes d'immunisation et dans le

renforcement des capacités afin de garantir que les services de vaccination seront accessibles et pratiques.

- Il existe des données indiquant des corrélations indépendantes élevées/importantes entre les formes graves de la COVID-19 et la race ou l'origine ethnique (faible certitude des données pour l'hospitalisation ou la mortalité), le faible SSE (faible certitude des données pour l'hospitalisation), le sans-abrisme (faible certitude des données pour l'hospitalisation) et le sexe masculin (certitude modérée des données pour l'hospitalisation). ¹
- Des flambées comportant un grand nombre de cas signalés se sont déclarées dans des communautés rurales et éloignées au Canada. ⁵
- Des flambées impliquant un grand nombre de cas signalés ont eu lieu dans des milieux de travail agricoles, notamment des locaux d'hébergement collectif pour travailleurs migrants. ⁵
- Les minorités visibles et les Autochtones canadiens semblent moins disposés que les minorités non visibles à recevoir un vaccin contre la COVID-19 efficace et recommandé. ¹³ Cette réticence s'explique par plusieurs facteurs.
- Bien qu'on n'ait pas observé de différences significatives en fonction du sexe ou du SSE quant à la volonté de se faire vacciner contre la COVID-19, ^{13 14} les taux de couverture vaccinale ont tendance à être plus faibles chez les hommes et dans les groupes socioéconomiques inférieurs concernant les maladies évitables par la vaccination (MEV) pour lesquelles il existe des données nationales. ²³
- Des exemples d'interventions visant à faire participer les communautés et à lever les obstacles à l'accès aux vaccins, qui sont résumés dans la Matrice d'équité (Annexe D), pourraient contribuer à réduire les inégalités.
- Cela est conforme au principe éthique de justice, selon lequel les personnes et les groupes sont traités avec le même souci et le même respect.

Le CCNI continue de recommander (comme indiqué dans ses orientations sur [les priorités de recherche pour les vaccins contre la COVID-19 à l'appui des décisions de santé publique](#)) ⁴ ce qui suit :

- Sont à inclure dans les groupes d'essais cliniques dès que possible les personnes potentiellement vulnérables à la maladie en raison de facteurs biologiques (p. ex., âge avancé, affections médicales préexistantes), sociaux (p. ex., SSE inférieur, résidence dans des ÉSLD ou dans des lieux surpeuplés/éloignés, sans-abrisme, troubles liés à la consommation de drogues ou d'alcool, race/origine ethnique, statut d'immigrant ou de réfugié) et PS (p. ex., travailleurs de la santé, intervenants d'urgence, travailleurs ayant beaucoup de contacts sociaux, voyageurs d'affaires internationaux).
- Ventiler les résultats relatifs aux vaccins en fonction des facteurs potentiels contribuant aux diverses inégalités, tels que le sexe, l'âge, la race ou l'origine ethnique et l'état de santé. Les essais doivent, dans la mesure du possible,

accorder à leurs groupes la puissance nécessaire pour permettre des analyses en fonction de diverses variables sociodémographiques.

Les provinces/territoires devraient commencer à planifier la mise en œuvre d'un programme d'immunisation contre la COVID-19, notamment la surveillance rapide de l'innocuité et de l'efficacité des vaccins et de la couverture vaccinale dans les principales populations, ainsi que l'immunisation effective et efficace des populations dans les communautés éloignées et isolées (voir la Matrice de faisabilité, Annexe E).

Résumé des données actuelles et justification :

- Les examens de la faisabilité effectués par les parties intéressées ont permis de repérer plusieurs difficultés nécessitant une planification avancée et des combinaisons complexes d'administration des programmes par divers modèles de fourniture de vaccins.
- La planification est nécessaire pour résoudre les problèmes propres à un éventuel programme d'immunisation contre la COVID-19 (p. ex., le stockage et la diffusion de nouvelles technologies de vaccination dans différents lieux d'administration des vaccins, les ressources humaines pour l'administration des vaccins, la communication, la formation, la saisie des données, le dépistage de la COVID-19, la planification opérationnelle, etc.), ainsi que pour l'intégration ou l'amélioration des programmes existants (p. ex., registres, surveillance, déclaration des ESSI).
- Il sera essentiel de surveiller rapidement l'innocuité et l'efficacité des vaccins et la couverture vaccinale dans des principales populations potentiellement différentes.
- Il ne sera pas facile de réaliser la faisabilité d'une immunisation séquentielle pour une diversité de principales populations dans les communautés éloignées et isolées. Le déploiement du vaccin dans des communautés entières pourrait être plus effectif et efficace.
- L'Annexe E présente des suggestions sur la planification de ces questions.

Des efforts sont à faire pour sensibiliser davantage le grand public sur les bienfaits des vaccins en général, ainsi que sur le ou les vaccins contre la COVID-19 en particulier une fois ces derniers disponibles; pour lutter contre la désinformation concernant l'immunisation et pour communiquer de manière transparente sur les décisions d'attribution des vaccins contre la COVID-19. (Voir la Matrice d'acceptabilité, Annexe F).

Résumé des données actuelles et justification :

- La volonté de recevoir un vaccin contre la COVID-19 sans danger et efficace a diminué au Canada (de 71 % en avril à 61 % en août 2020). ¹⁴ Pour expliquer l'attitude en cause, les raisons les plus fréquemment citées dans les différentes enquêtes canadiennes sont les inquiétudes concernant l'innocuité et le manque de confiance dans un nouveau vaccin contre la COVID-19. ^{13 14 15 16}

- Considérée comme l'une des dix principales menaces pour la santé à l'échelle mondiale par l'OMS en 2019, l'hésitation à l'égard des vaccins (la réticence ou le refus de se faire vacciner malgré la disponibilité des vaccins) pourrait entraîner la résurgence de maladies mortelles évitables et limiter le succès d'un programme d'immunisation contre la COVID-19. Les principales raisons de la réticence à l'égard de la vaccination sont la complaisance, l'accès peu pratique aux vaccins et le manque de confiance. ²⁴
- Des efforts sont à faire pour réduire la complaisance, rendre l'accès aux vaccins plus pratique et renforcer la confiance et la sensibilisation à l'égard de la vaccination dans le grand public, dans les principales populations à immuniser en priorité contre la COVID-19 et parmi les PS. Une communication transparente et claire sur les décisions d'attribution des vaccins est importante afin de maintenir la confiance et d'améliorer l'accès aux vaccins pour les principales populations.
- En général, le fait de recevoir une recommandation d'un PS ou d'être en contact avec lui est lié à une meilleure acceptabilité du vaccin. ¹⁷ Toutefois, lorsque les PS eux-mêmes ne connaissent pas bien un vaccin, ils sont plus réticents à le recommander. ^{17 18} Une recommandation d'un comité d'experts constitue un facteur important pour inciter ces derniers à recommander un vaccin. ¹⁸
- Pour des informations sur l'innocuité des vaccins et la pharmacovigilance, voir : [La sécurité des vaccins et pharmacovigilance : Guide canadien d'immunisation](#)

Voir la Figure 1 pour un résumé des recommandations ci-dessus concernant les principales populations à immuniser en priorité contre la COVID-19 en vue de la prise de décision au niveau des programmes de santé publique.

Options de prise en charge

Des recommandations précises pour les vaccins contre la COVID-19 dans les principales populations dépendront de facteurs encore inconnus, tels que le stock et les caractéristiques (p. ex., innocuité, immunogénicité, efficacités potentielle et réelle pour prévenir les formes graves de la maladie et interrompre la transmission dans différentes populations) des vaccins contre la COVID-19 qui seront disponibles au Canada, l'évolution des données sur la pandémie, ainsi que le contexte épidémiologique au moment où le ou les vaccins contre la COVID-19 deviendront disponibles. Lorsque ces informations seront accessibles, le CCNI fournira des orientations supplémentaires sur les options de prise en charge pour la vaccination.

Priorités en matière de recherche

Le CCNI a récemment publié une déclaration ciblée sur les [priorités de recherche pour les vaccins contre la COVID-19 à l'appui des décisions de santé publique](#), ⁴ qui étudie en détail les populations et les résultats des essais cliniques. En résumé, il est recommandé de poursuivre la recherche afin d'éclaircir les points suivants :

Nouvelles priorités de recherche

1. Comment l'acceptabilité des principales populations à immuniser en premier par le ou les vaccins contre la COVID-19 évoluera-t-elle dans différents contextes épidémiologiques dans tout le pays?
2. Comment les décisions relatives à l'attribution des vaccins peuvent-elles être communiquées aux personnes et aux communautés afin de maintenir la confiance dans les autorités de santé publique?
3. Comment l'acceptabilité du ou des vaccins contre la COVID-19, et des vaccins en général, évoluera-t-elle dans le grand public, dans les principales populations, dans les populations marginalisées, chez les PS et chez les décideurs dans différents contextes épidémiologiques dans tout le pays? Quels facteurs influenceront sur l'acceptabilité dans ces groupes?
4. Quelles interventions seront efficaces pour réduire les inégalités en matière de santé et améliorer l'acceptabilité liée à la vaccination contre la COVID-19?

Priorités de recherche permanentes

1. Dans quelle mesure les vaccins expérimentaux sont-ils sans danger et efficaces pour divers groupes de population (p. ex., adultes de plus de 60 ans, personnes atteintes de pathologies à haut risque, personnes socialement ou professionnellement vulnérables)?
2. Quelle sera l'efficacité des vaccins expérimentaux pour prévenir les formes graves de la maladie et les décès et interrompre la transmission de la COVID-19 dans divers groupes de population?
3. Les anticorps IgA/IgG/IgM protègent-ils contre le SRAS-CoV-2 et quel est le corrélat de protection?
4. Existe-t-il un corrélat d'immunité à médiation cellulaire assurant la protection contre le SRAS-CoV-2?
5. L'infection naturelle par le SRAS-CoV-2 (symptomatique ou asymptomatique) est-elle associée à une protection contre une réinfection ou une forme grave de la maladie? Quelle est la durée de la protection naturelle contre la réinfection par le SRAS-CoV-2 ou contre une forme grave de la maladie?
6. Quelle est la durée de la protection vaccinale contre la réinfection par le SRAS-CoV-2 ou contre une forme grave de la maladie?
7. La vaccination à la suite d'une infection antérieure par le SRAS-CoV-2 ou la vaccination de personnes n'ayant jamais été infectées par le SRAS-CoV-2 provoque-t-elle une aggravation de la maladie lors d'une infection ultérieure?
8. D'autres vaccins (p. ex., le bacille Calmette-Guérin) protègent-ils contre la COVID-19 par des effets non ciblés?

9. Quel est le profil épidémiologique de la COVID-19 (p. ex., la période de transmissibilité, tous les groupes à risque)?
- Quelle est la répartition de la maladie et le spectre de la maladie clinique pour la COVID-19, y compris la charge de morbidité et le risque en fonction de l'âge, du sexe et d'autres variables démographiques associées à un risque accru?
 - Quelles sont les dynamiques de transmission de la COVID-19, y compris le degré de transmission asymptomatique, le rôle des enfants dans la transmission, la transmissibilité verticale, le début et la durée de l'excrétion virale et de la période de transmissibilité, les effets des conditions météorologiques changeantes et les tendances au fil du temps?
 - Quels sont les taux de co-infection par la COVID-19 avec d'autres agents pathogènes des voies respiratoires et quels sont les effets sur la pathogénie et les résultats cliniques?
 - Existe-t-il une protection croisée ou une interférence des anticorps ou de l'exposition aux coronavirus saisonniers humains en cas d'exposition au SRAS-CoV-2 ou de vaccination contre le SRAS-CoV-2?
10. Y a-t-il des signaux de sécurité émergents associés à l'immunisation contre la COVID-19 que ne permet pas de prévoir la compréhension actuelle du profil d'innocuité de vaccins similaires?

Liste des abréviations

Abréviation	Terme
ACSG+	Analyse comparative fondée sur le sexe et le genre +
ARCHE	Alberta Research Centre for Health Evidence
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
CCI	Comité canadien sur l'immunisation
CCNI	Comité consultatif national de l'immunisation
CCS	Comité consultatif spécial
CER	Comité d'éthique de la recherche
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019
DCC	Déclaration du comité consultatif
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

Abréviation	Terme
É.-U.	États-Unis
ÉEFA	Éthique, équité, faisabilité et acceptabilité
ÉI	Évènement indésirable
ÉPI	Équipement de protection individuelle
ÉSLD	Établissement de soins de longue durée
ESSI	Effet secondaire suivant l'immunisation
FPT	Fédéral-provincial-territorial
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
GT	VMIHR Groupe de travail sur les vaccins contre les maladies infectieuses à haut risque
IMC	Indice de masse corporelle
MEV	Maladie évitable par la vaccination
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la Santé
P ² ROGRESS	And Other Factors Affection préexistante, Lieu de résidence, Race/origine ethnique/culture/langue/statut d'immigrant ou de réfugié, Emploi, Identité de genre/sexe, Religion/système de croyances, Niveau de scolarité/alphabétisation, Statut socioéconomique, Capital social, Âge, Autres facteurs
PCAP	Principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession
PCI	Prévention et contrôle des infections
PON	Procédure opérationnelle normalisée
R.-U.	Royaume-Uni
RC	Rapport de cotes
RR	Rapport de risques
SEPC3	Série d'enquêtes sur les perspectives canadiennes 3
SICO	Canada Surveillance instantanée COVID-19
SRAS-CoV-2	Coronavirus responsable du syndrome respiratoire aigu sévère 2

Abréviation	Terme
SSE	Statut socioéconomique
USI	Unité de soins intensifs

Remerciements

La présente déclaration a été préparée par :

SJ Ismail, L Zhao, MC Tunis, A Killikelly, P Doyon-Plourde, S Deeks, et C Quach au nom du Groupe de travail du CCNI sur les vaccins contre les maladies infectieuses à haut risque et a été approuvée par le CCNI.

Le CCNI remercie vivement les personnes suivantes de leur contribution : Dr. N Abraham, V Ferrante, N Forbes, A House, M Matthieu-Higgins, A Nam, M Patel, A Sinilaite, et MW Yeung, ainsi que L Hartling, J Pillay, et A Wingert de l'équipe de recherche au Alberta Research Centre for Health Evidence (ARCHE).

Groupe de travail du CCNI sur les vaccins contre les maladies infectieuses à haut risque

Membres : C Quach (présidente), S Deeks (vice-présidente), Y-G Bui, K Dooling, R Harrison, K Hildebrand, B. Sander, M Murti, J Papenburg, R Pless, N Stall, et S Vaughan.

Représentants d'office : N Abraham, P Doyon-Plourde, V Ferrante, N Forbes, SJ Ismail, A Killikelly, M Matthieu-Higgins, A Nam, M Patel, A Sinilaite, MC Tunis, MW Yeung, et L Zhao.

CCNI

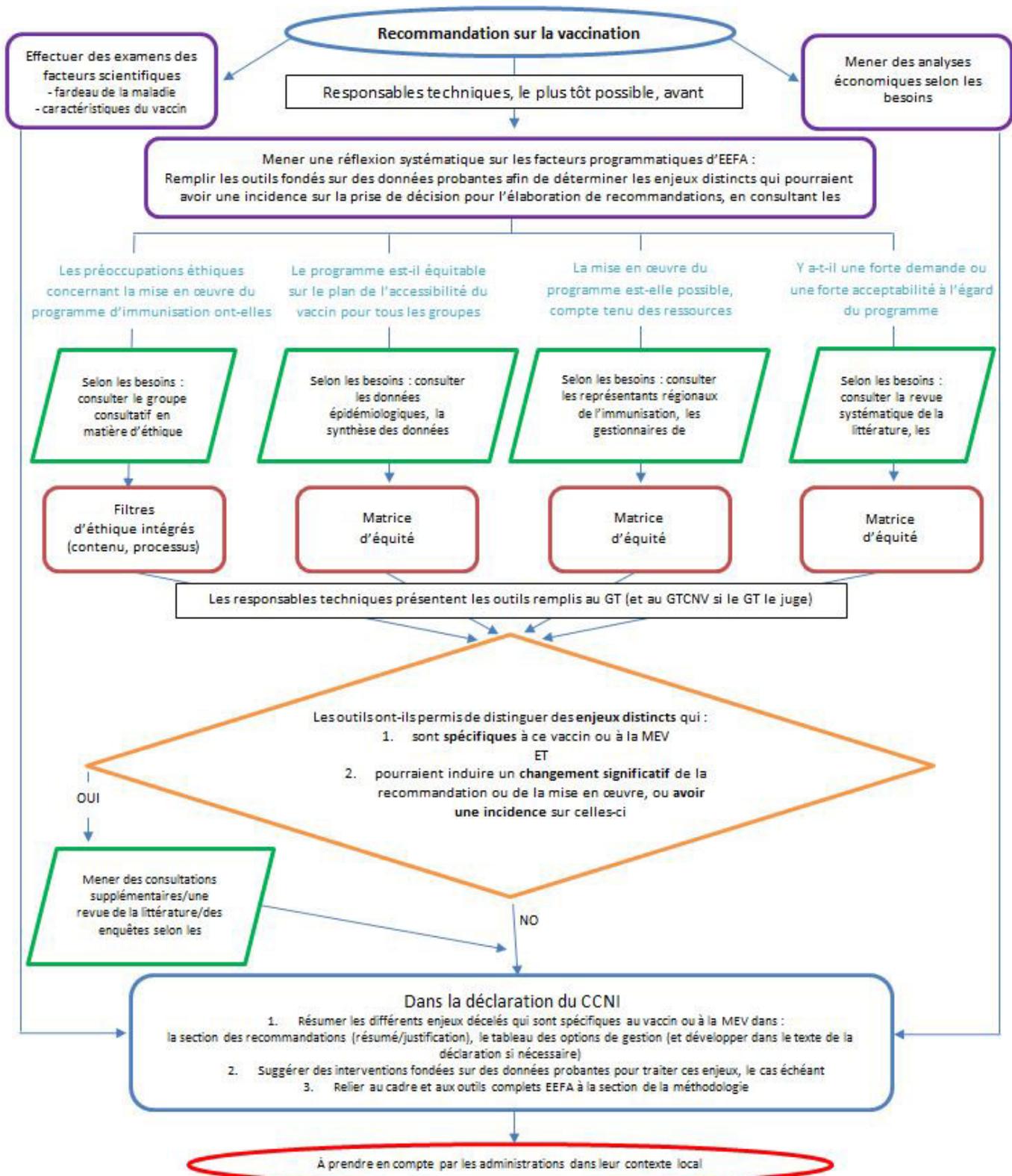
Membres : C. Quach (présidente), S. Deeks (vice-présidente), JA Bettinger, N Dayneka, P De Wals, E Dubé, V Dubey, S Gantt, R Harrison, K Hildebrand, K Klein, J Papenburg, C Rotstein, B Sander, S Smith and S Wilson.

Représentants de liaison : L.M. Bucci (Association canadienne de santé publique), E. Castillo (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada), A. Cohn (CDC), L. Dupuis (Association des infirmières et des infirmiers du Canada), J. Emili (Collège des médecins de famille du Canada), D Fell (Association canadienne de recherche et d'évaluation en matière de vaccination), M. Lavoie (Conseil des médecins hygiénistes en chef), D. Moore (Société canadienne de pédiatrie), M. Naus (Comité canadien sur l'immunisation), et A. Pham-Huy (Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada).

Représentants d'office : V Beswick-Escanlar (ministère de la Défense nationale et Forces armées canadiennes), D. Danoff (Direction des produits de santé commercialisés, SC), E. Henry (CIMRI, ASPC), M. Lacroix (Groupe consultatif en matière d'éthique en santé publique, ASPC), J. Pennock (CIMRI, ASPC), R. Pless (DPBG, SC), G. Poliquin (Laboratoire national de microbiologie, ASPC), et T. Wong (Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits [DGSPNI], Services aux Autochtones Canada [SAC]).

Annexe A : Algorithme décrivant le processus d'application du cadre ÉÉFA

Annexe A : Algorithme décrivant le processus d'application du cadre ÉÉFA



Source : Ismail S.J., Hardy K., Tunis M.C. *et al.*, A framework for the systematic consideration of ethics, equity, feasibility, and acceptability in vaccine program recommendations, *Vaccine*, <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.05.051>.

Étant donné que l'acceptabilité est influencée par le contexte, où différents facteurs peuvent peser plus ou moins lourdement sur les décisions relatives aux vaccins 17, et que la pandémie de COVID-19 présente des problèmes distincts qui pourraient avoir un impact significatif sur la mise en œuvre des recommandations, il ne suffit pas de se fier uniquement aux perspectives historiques d'acceptabilité d'autres MEV ou de plateformes vaccinales. Par conséquent, on a cherché à obtenir de nouvelles données sur l'acceptabilité des vaccins contre la COVID-19.

Annexe B : Filtre des dimensions éthiques fondamentales appliqué à la COVID-19

Garantir que les orientations du CCNI relatives à la COVID-19 respectent et intègrent les dimensions éthiques fondamentales en matière de santé publique

Tableau 2 : Filtre des dimensions éthiques fondamentales appliqué à la COVID-19

Dimensions éthiques fondamentales en matière de santé publique	Description	Facteurs à prendre en considération pour l'intégration des dimensions éthiques fondamentales	Outils contribuant à l'intégration des dimensions éthiques fondamentales
Respect des personnes et des communautés	Droit d'exercer un choix éclairé fondé sur toutes les données probantes disponibles	Toutes les données ont-elles été présentées de manière exhaustive? Les orientations sont-elles accessibles aux parties intéressées?	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les données (connues et inconnues) avec un certain degré de certitude seront résumées de manière claire et complète dans la déclaration du comité consultatif (DCC). • Les orientations seront publiées sur Internet et directement diffusées aux parties intéressées, et elles feront l'objet d'un examen préalable par des experts et des parties intéressées.

Dimensions éthiques fondamentales en matière de santé publique	Description	Facteurs à prendre en considération pour l'intégration des dimensions éthiques fondamentales	Outils contribuant à l'intégration des dimensions éthiques fondamentales
		<p>Les valeurs et les préférences des personnes et des communautés ont-elles été prises en compte? Y a-t-il une forte demande ou une forte acceptabilité à l'égard du programme d'immunisation?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Voir la Matrice d'acceptabilité appliquée dans le contexte de la pandémie (Annexe F). • Les valeurs et les préférences des experts, des groupes de défense des patients/communautés et du public (y compris les groupes à haut risque et les PS) ont été évaluées dans le contexte de la pandémie actuelle, ainsi que dans le cadre de recherches antérieures sur la vaccination en général, et prises en compte dans les orientations.
<p>Bienfaisance et non-malfaisance</p>	<p>Promotion du bien-être, réduction des risques de préjudice par rapport aux avantages</p>	<p>Les recommandations ont-elles tenu compte des risques et des avantages, et les avantages l'emportent-ils sur les risques? Le principe de réciprocité ¹ a-t-il été pris en considération pour réduire les préjudices, en particulier dans les contextes épidémiques?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les risques et les avantages ont été pris en compte dans les orientations et résumés dans la justification de chaque recommandation. Les principes éthiques de proportionnalité, d'efficacité, de précaution et de réciprocité ont été appliqués aux orientations et explicitement discutés.
		<p>Si des risques majeurs sont recensés, une analyse de risque a-t-elle été effectuée?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une analyse éthique approfondie basée sur des scénarios a été menée pour le risque lié à l'immunisation prioritaire des principales populations et prise en compte dans les orientations.

Dimensions éthiques fondamentales en matière de santé publique	Description	Facteurs à prendre en considération pour l'intégration des dimensions éthiques fondamentales	Outils contribuant à l'intégration des dimensions éthiques fondamentales
Justice	Traitement des personnes et des groupes avec le même souci et le même respect	La recommandation est-elle équitable sur le plan de l'accessibilité du vaccin pour tous les groupes cibles? Y a-t-il des facteurs particuliers à prendre en considération en ce qui concerne la vulnérabilité des personnes les plus à risque?	<ul style="list-style-type: none"> • Voir la Matrice d'équité appliquée à la COVID-19 (Annexe D). • Un examen minutieux de la surveillance et un examen rapide des facteurs de risque ont été effectués et ont servi de base aux orientations.
		Justice distributive : La mise en œuvre est-elle réalisable compte tenu des ressources existantes? Les recommandations aboutissent-elles à une répartition équitable des ressources?	<ul style="list-style-type: none"> • Voir la Matrice de faisabilité (Annexe E) appliquée à un éventuel programme d'immunisation contre la COVID-19, qui a été examinée et validée par les provinces et territoires et par les experts en approvisionnement en vaccins.
Confiance	Fiabilité à long terme, intégrité, relation durable et mutuellement équitable avec les personnes et les communautés	Les recommandations sont-elles fondées sur les meilleures données actuelles disponibles pour tous les groupes vulnérables à la maladie évitable par la vaccination (MEV)?	<ul style="list-style-type: none"> • La méthodologie du CCNI ² a été suivie, malgré un examen accéléré, pour garantir une analyse solide des données probantes, notamment par des examens supplémentaires par des experts et des parties intéressées ne faisant généralement pas partie du processus. • Les orientations sont transparentes en ce qui concerne les éléments connus, les inconnues et la certitude des données. • Les données seront surveillées et les orientations seront révisées si nécessaire.

Dimensions éthiques fondamentales en matière de santé publique	Description	Facteurs à prendre en considération pour l'intégration des dimensions éthiques fondamentales	Outils contribuant à l'intégration des dimensions éthiques fondamentales
		Les aspects éthiques au niveau des procédures ont-ils été respectés? (voir le filtre des aspects éthiques au niveau des procédures)	<ul style="list-style-type: none"> Le modèle de déclaration du CCNI, la méthodologie établie, ²les procédures opérationnelles normalisées (PON) et les directives relatives aux conflits d'intérêts ont été suivies dans le cadre de l'examen accéléré.

Notes de bas de page - tableau 2

¹ Étapes du cadre du Groupe consultatif en matière d'éthique en santé publique (GCESP) (disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/transparency/corporate-management-reporting/internal-audits/audit-reports/framework-ethical-deliberation-decision-making/pub-fra.pdf>) : 1) détermination de l'enjeu et du contexte, 2) détermination des questions éthiques, 3) détermination et évaluation des solutions, 4) sélection et mise en œuvre du meilleur plan d'action, 5) évaluation.

² Ismail SJ, Langley JM, Harris TM, Warshawsky BF, Desai S, FarhangMehr M. Canada's National Advisory Committee on Immunization (NACI): Evidence-based decision-making on vaccines and immunization. *Vaccine*. 2010; 28:A58-63. DOI: 10.1016/j.vaccine.2010.02.035

Source : Ismail S.J., Hardy K., Tunis M.C. *et al.*, A framework for the systematic consideration of ethics, equity, feasibility, and acceptability in vaccine program recommendations, *Vaccine*, <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.05.051>

Annexe C : Filtre des aspects éthiques au niveau des procédures appliqué à la COVID-19

Garantir que les processus d'élaboration des orientations du CCNI relatives à la COVID-19 respectent et intègrent les aspects éthiques au niveau des procédures.

Tableau 3 : Filtre des aspects éthiques au niveau des procédures appliqué à la COVID-19

Aspects éthiques au niveau des procédures	Facteurs à prendre en considération pour l'intégration des aspects éthiques au niveau des procédures	Outils/procédures contribuant à l'intégration des aspects éthiques au niveau des procédures
Imputabilité	Qualité et exhaustivité : Un examen approprié a-t-il été réalisé sur tous les sujets pertinents?	<ul style="list-style-type: none"> • La méthodologie du CCNI ¹ a été suivie dans le cadre de l'examen accéléré et les mesures prises pour la synthèse des connaissances ont été résumées dans la section Méthodologie de la DCC, conformément au modèle de déclaration.
Inclusivité	Les parties intéressées concernées ont-elles été impliquées?	<ul style="list-style-type: none"> • Les procédures opérationnelles normalisées (PON) du CCNI ont été suivies, avec un examen de la composition du groupe de travail du CCNI sur les vaccins contre les maladies infectieuses à haut risque (GT VMIHR) et du CCNI et l'inclusion d'experts au sein de ces groupes. • Des groupes d'experts concernés, des experts/défenseurs des patients/communautés et le grand public (y compris les groupes à haut risque et les PS) ont été consultés par le biais d'enquêtes. • Les principaux groupes de parties intéressées sont représentés par des agents de liaison au sein du CCNI et participent à l'élaboration des orientations. • Il a été demandé à des groupes de parties intéressées et à des experts de procéder à un examen préalable des orientations.

Notes de bas de page - tableau 3

¹ Ismail SJ, Langley JM, Harris TM, Warshawsky BF, Desai S, FarhangMehr M. Canada's National Advisory Committee on Immunization (NACI): Evidence-based decision-making on vaccines and immunization. *Vaccine*. 2010; 28:A58-63. DOI: 10.1016/j.vaccine.2010.02.035

Aspects éthiques au niveau des procédures	Facteurs à prendre en considération pour l'intégration des aspects éthiques au niveau des procédures	Outils/procédures contribuant à l'intégration des aspects éthiques au niveau des procédures
Responsabilité	Le CCNI a-t-il agi de manière indépendante pour prendre des décisions (sans conflit d'intérêts, en toute indépendance à l'égard de l'industrie)?	<ul style="list-style-type: none"> • Les PON et les directives sur les conflits d'intérêts du CCNI ont été suivies dans le cadre de l'examen accéléré.
Réactivité	Les orientations ont-elles répondu aux besoins des parties intéressées?	<ul style="list-style-type: none"> • Les PON du CCNI relatives à l'élaboration des orientations en temps utile et à l'examen des commentaires des membres (y compris les groupes de parties intéressées et les experts) et des experts concernés ont été suivies dans le cadre de l'examen accéléré. • Les parties intéressées ont procédé à un examen préalable des orientations et ont exprimé leurs commentaires, et les problèmes ont été résolus avant que le document soit achevé. • Les données seront surveillées et les orientations seront révisées si nécessaire.
Transparence	Y avait-il un raisonnement clair et solide justifiant la recommandation?	<ul style="list-style-type: none"> • La méthodologie du CCNI ¹ et le modèle de DCC ont été suivis dans le cadre de l'examen accéléré, et le raisonnement et les données justifiant chaque recommandation (y compris le degré de certitude des données et les inconnues) sont résumés de manière claire et transparente.

Notes de bas de page - tableau 3

¹ Ismail SJ, Langley JM, Harris TM, Warshawsky BF, Desai S, FarhangMehr M. Canada's National Advisory Committee on Immunization (NACI): Evidence-based decision-making on vaccines and immunization. *Vaccine*. 2010; 28:A58-63. DOI: 10.1016/j.vaccine.2010.02.035

Source : Ismail S.J., Hardy K., Tunis M.C. *et al.*, A framework for the systematic consideration of ethics, equity, feasibility, and acceptability in vaccine program recommendations, *Vaccine*, <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.05.051>

Annexe D : Matrice d'équité appliquée à la COVID-19 avec les données disponibles à ce jour

Déterminer les inégalités distinctes associées à la COVID-19, les raisons possibles de ces inégalités et les interventions proposées pour réduire ces inégalités et améliorer l'accès au vaccin

Tableau 4 : Matrice d'équité appliquée à la COVID-19 avec les données disponibles à ce jour

Facteurs pouvant contribuer à l'inégalité en matière de santé	Raisons possibles de l'inégalité (différences dans l'accès aux soins de santé ou dans l'exposition ou la vulnérabilité à la maladie, dans sa gravité ou ses conséquences, ainsi que leurs intersections avec d'autres facteurs) ¹	Exemples d'interventions suggérées pour réduire les inégalités et améliorer l'accès
--	---	--

Facteurs pouvant contribuer à l'inégalité en matière de santé	Raisons possibles de l'inégalité (différences dans l'accès aux soins de santé ou dans l'exposition ou la vulnérabilité à la maladie, dans sa gravité ou ses conséquences, ainsi que leurs intersections avec d'autres facteurs) ¹	Exemples d'interventions suggérées pour réduire les inégalités et améliorer l'accès
<p>Affection préexistante (p. ex., maladie chronique, immunodéficience, grossesse, handicap)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il a été démontré que les formes plus graves de la maladie présentaient des corrélations indépendantes importantes avec les maladies chroniques (insuffisance cardiaque, diabète, néphropathie chronique, démence, maladie du foie) et l'obésité (IMC > 40). ² • Il a été démontré que les formes plus graves de la maladie présentaient des corrélations indépendantes modérées avec l'obésité (IMC > 30) et les hémopathies malignes. ² • Il n'existe pas de données claires indiquant des formes plus graves de la maladie chez les femmes enceintes ou dans les populations immunodéprimées; ² toutefois, en raison du risque de réponse immunitaire sous-optimale associé à l'altération du système immunitaire, il est possible que ces populations soient touchées par des formes plus graves de la maladie, ce qui a été suggéré dans certaines études. <p>Plusieurs intersections possibles, notamment avec l'âge, le SSE, le lieu de résidence, le capital social</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inclure ces populations dans les essais cliniques afin de démontrer l'efficacité et l'innocuité des interventions (en respectant les directives du Comité d'éthique de la recherche [CER] et les principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession [PCAP[®]] des Premières nations pour les processus de collecte de données dans leurs communautés). • Considérer ces populations comme des groupes à immuniser en priorité. • Faciliter les déplacements vers les cliniques de vaccination ou les visites à domicile pour les personnes qui ne peuvent se déplacer afin d'améliorer l'accès aux vaccins et aux tests de dépistage des infections. • Proposer la vaccination lors des visites médicales pour des affections préexistantes (p. ex., rendez-vous chez un médecin spécialiste).

Facteurs pouvant contribuer à l'inégalité en matière de santé	Raisons possibles de l'inégalité (différences dans l'accès aux soins de santé ou dans l'exposition ou la vulnérabilité à la maladie, dans sa gravité ou ses conséquences, ainsi que leurs intersections avec d'autres facteurs) ¹	Exemples d'interventions suggérées pour réduire les inégalités et améliorer l'accès
Lieu de résidence (éloignement, surpeuplement, sans-abrisme, internement)	<ul style="list-style-type: none"> • Le risque d'exposition est plus élevé dans les institutions, les données indiquant un nombre élevé de flambées dans les établissements de soins de longue durée (où se produisent la majorité des flambées), les hôpitaux, les prisons, les refuges. ³ • Des flambées comportant un grand nombre de cas signalés se sont déclarées dans des communautés rurales, éloignées et autochtones. ³ • Il a été démontré que les formes plus graves de la maladie présentaient des corrélations indépendantes importantes avec le sans-abrisme. ² • Les populations sans abri et celles qui vivent dans des refuges/foyers de groupe ou dans des quartiers ou des maisons surpeuplés, ainsi que les communautés rurales, éloignées et autochtones, sont plus exposées à la maladie; de plus, il est difficile d'appliquer l'éloignement physique et les autres mesures de PCI ⁴ dans ces milieux, et ces populations peuvent avoir moins accès aux soins de santé. <p>Plusieurs intersections possibles, notamment avec les affections préexistantes, le SSE, le niveau de scolarité/alphabétisation, le capital social</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inclure ces populations dans les essais cliniques sur les interventions (en respectant les directives du CER et les principes PCAP[®]). • Considérer ces populations comme des groupes à immuniser en priorité. • Envisager l'instauration de règlements dans les institutions et la mise en place de cliniques mobiles dans les populations difficiles à atteindre afin d'améliorer l'accès à la vaccination. • Appliquer des mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) ⁴ afin de réduire l'exposition. • Envisager d'immuniser toutes les personnes admissibles dans les régions éloignées, avec l'aide des membres, des dirigeants et des défenseurs de la communauté, pour une utilisation efficace des ressources.
Race/origine ethnique/culture/ langue/statut d'immigrant ou de réfugié	<ul style="list-style-type: none"> • Il a été démontré que les formes plus graves de la maladie présentaient des corrélations indépendantes importantes avec la race ou l'origine ethnique noire et avec l'origine ethnique bangladaise. ² Il existe des données indiquant que les taux 	<ul style="list-style-type: none"> • Inclure des populations d'origines raciales/ethniques/culturelles diverses dans les essais cliniques (en respectant les

Facteurs pouvant contribuer à l'inégalité en matière de santé	Raisons possibles de l'inégalité (différences dans l'accès aux soins de santé ou dans l'exposition ou la vulnérabilité à la maladie, dans sa gravité ou ses conséquences, ainsi que leurs intersections avec d'autres facteurs) ¹	Exemples d'interventions suggérées pour réduire les inégalités et améliorer l'accès
	<p>de COVID-19 et la proportion de formes graves de la maladie sont plus élevés dans les quartiers caractérisés par une diversité ethnoculturelle. ⁵</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les populations diverses ont moins accès aux soins de santé. Des taux d'immunisation plus faibles ont été observés chez les enfants et les personnes âgées immigrés. ⁶ Les minorités visibles ou les Canadiens autochtones semblent moins disposés que les minorités non visibles à recevoir un vaccin contre la COVID-19 efficace et recommandé. ⁷ La réticence à se faire vacciner s'explique par plusieurs facteurs. • Les populations d'immigrants ou de réfugiés ou les travailleurs migrants peuvent être plus exposés en raison de voyages internationaux pour rendre visite aux amis et à la famille ou en raison de leurs emplois, en plus des autres facteurs croisés énumérés ci-dessous : <p>Plusieurs intersections possibles, notamment avec le SSE, le lieu de résidence, l'emploi, les affections préexistantes, le capital social, le niveau de scolarité/alphabétisation</p>	<p>directives du CER et les principes PCAP[®]).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer l'accès au dépistage et à la vaccination (p. ex., cliniques mobiles, interventions financées par des fonds publics). • Faire appel à des dirigeants/partenaires/aînés de confiance de la communauté et assurer la liaison avec les organisations concernées (p. ex., services d'immigration et d'accueil des réfugiés) pour la planification des programmes d'immunisation et des supports de communication. • Fournir des supports de sensibilisation et de communication culturellement adaptés, disponibles dans plusieurs langues, sur diverses plateformes médiatiques et dans différents lieux. • Prévoir des traducteurs et du personnel de soutien (p. ex., membres de la communauté) disponibles dans les cliniques. • Appliquer des mesures de PCI ⁴ améliorées pour réduire l'exposition.

Facteurs pouvant contribuer à l'inégalité en matière de santé	Raisons possibles de l'inégalité (différences dans l'accès aux soins de santé ou dans l'exposition ou la vulnérabilité à la maladie, dans sa gravité ou ses conséquences, ainsi que leurs intersections avec d'autres facteurs) ¹	Exemples d'interventions suggérées pour réduire les inégalités et améliorer l'accès
Emploi	<ul style="list-style-type: none"> • Les travailleurs et le personnel de santé sont plus exposés à la maladie et risquent davantage de la transmettre à des clients très susceptibles de développer une forme grave de la maladie. Cependant, ce groupe pourrait avoir davantage accès à des ÉPI et à d'autres mesures de PCI ⁴ et être mieux formé à leur utilisation, de sorte que le risque d'exposition pourrait être considérablement réduit par rapport à d'autres groupes. ^{8 9} • Les travailleurs des services essentiels (p. ex., intervenants d'urgence, personnel des épiceries et des transports en commun, travailleurs du secteur de la viande et de l'agriculture, enseignants) et ceux qui ne peuvent pas travailler à distance lors de la réouverture de l'économie et qui ont de nombreux contacts sociaux (avec des mesures de PCI ⁴ limitées) sont plus exposés à la maladie. • Des flambées impliquant un grand nombre de cas signalés ont eu lieu dans des milieux de travail agricoles, notamment des locaux d'hébergement collectif pour travailleurs migrants. ³ • Les personnes qui voyagent à l'étranger pour leur travail peuvent être davantage exposées. <p>Plusieurs intersections possibles, notamment avec le SSE, la race/origine ethnique/statut d'immigrant ou de réfugié, le capital social</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inclure ces populations dans les essais cliniques (en respectant les directives du CER et les principes PCAP[®]). • Considérer ces populations comme des groupes à immuniser en priorité. • Proposer d'autres possibilités de vaccination, tels que des cliniques de vaccination et des centres de dépistage mobiles, sur le lieu de travail ou en dehors des heures de bureau. • Appliquer des mesures de PCI ⁴ améliorées pour réduire l'exposition.

Facteurs pouvant contribuer à l'inégalité en matière de santé	Raisons possibles de l'inégalité (différences dans l'accès aux soins de santé ou dans l'exposition ou la vulnérabilité à la maladie, dans sa gravité ou ses conséquences, ainsi que leurs intersections avec d'autres facteurs) ¹	Exemples d'interventions suggérées pour réduire les inégalités et améliorer l'accès
Identité de genre/sexe	<ul style="list-style-type: none"> • Il a été démontré que les formes plus graves de la maladie présentaient des corrélations indépendantes importantes avec le sexe masculin, ² ce qui peut être lié à des différences immunologiques entre les sexes ou à des différences de comportement liées au genre, par exemple à un accès moindre aux soins de santé avant la progression de la maladie. Les hommes sont nettement moins nombreux que les femmes à se faire vacciner contre les MEV, comme la grippe. ¹⁰ • Les femmes peuvent être davantage touchées par la pandémie, directement et indirectement, en raison des différences liées au genre dans les rôles de soignants, de la violence fondée sur le genre et de l'instabilité socioéconomique. <p>Plusieurs intersections possibles, notamment avec l'emploi, les affections préexistantes, le SSE, le capital social, les comportements à risque</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Envisager des politiques d'immunisation tenant compte du genre/sexe. • S'attaquer aux obstacles liés au genre qui entravent l'accès aux soins de santé et aux programmes d'immunisation (p. ex., par l'intermédiaire d'influenceurs sociaux). • Soutenir des analyses fondées sur le sexe et sur le genre.

Facteurs pouvant contribuer à l'inégalité en matière de santé	Raisons possibles de l'inégalité (différences dans l'accès aux soins de santé ou dans l'exposition ou la vulnérabilité à la maladie, dans sa gravité ou ses conséquences, ainsi que leurs intersections avec d'autres facteurs) ¹	Exemples d'interventions suggérées pour réduire les inégalités et améliorer l'accès
Religion/système de croyances	<ul style="list-style-type: none"> • Les croyances religieuses sur l'immunisation peuvent limiter l'accès au vaccin. • Les rassemblements de communautés religieuses peuvent entraîner une exposition accrue à la maladie. Des flambées impliquant un grand nombre de cas signalés se sont produites dans des rassemblements de masse ³ et des cas liés à des établissements religieux continuent d'apparaître. ^{11 12} <p>Plusieurs intersections possibles, notamment avec la race/origine ethnique/culture/statut d'immigrant ou de réfugié</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Faire participer les chefs religieux à l'élaboration des supports de sensibilisation et à la planification des programmes d'immunisation. • Proposer d'autres lieux de vaccination, par exemple dans les lieux de culte. • Appliquer des mesures de PCI ⁴ améliorées pour réduire l'exposition.
Niveau de scolarité/alphabétisation	<ul style="list-style-type: none"> • Les personnes ayant un faible niveau de scolarité ou d'alphabétisation ont potentiellement moins accès aux soins de santé. Le niveau de scolarité inférieur (ou celui des parents dans le cas des enfants) a été associé à des taux d'immunisation plus faibles dans toutes les tranches d'âge pour diverses MEV. ^{10 6} • Les étudiants étrangers peuvent être davantage exposés s'ils voyagent à l'étranger et peuvent avoir moins accès aux soins de santé s'ils ne sont pas assurés. <p>Plusieurs intersections possibles, notamment avec le lieu de résidence, l'emploi, les affections préexistantes, le tabagisme, le SSE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proposer d'autres lieux de vaccination et de dépistage pour améliorer l'accès (p. ex., programmes d'immunisation en milieu scolaire). • Fournir des supports pédagogiques adaptés en fonction du niveau d'alphabétisation. • Prévoir des traducteurs disponibles dans les cliniques. • Faire appel à des membres de la famille ou de la communauté parlant plusieurs langues pour aider à la communication.

Facteurs pouvant contribuer à l'inégalité en matière de santé	Raisons possibles de l'inégalité (différences dans l'accès aux soins de santé ou dans l'exposition ou la vulnérabilité à la maladie, dans sa gravité ou ses conséquences, ainsi que leurs intersections avec d'autres facteurs) ¹	Exemples d'interventions suggérées pour réduire les inégalités et améliorer l'accès
<p>SSE (y compris le revenu et la couverture des soins de santé et des interventions de santé)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il a été démontré que les formes plus graves de la maladie présentaient des corrélations indépendantes importantes/ élevées avec le SSE faible. ² • Les populations ayant des revenus faibles et n'ayant pas les moyens de payer les ressources de PCI, exerçant des professions à haut risque avec des mesures de PCI ⁴ limitées, ne jouissant pas de la sécurité de l'emploi et ne pouvant pas travailler à domicile sont davantage exposées à la maladie. • Les personnes qui n'ont pas d'assurance maladie ou qui n'ont pas les moyens de payer les interventions de santé ont moins accès à la vaccination. Les taux de vaccination sont généralement plus faibles dans les groupes socioéconomiques inférieurs pour diverses MEV. ^{10 6} <p>Plusieurs intersections possibles, notamment avec le lieu de résidence, l'emploi, les affections préexistantes, le capital social, le niveau de scolarité/alphabétisation, la race/origine ethnique/statut d'immigrant ou de réfugié</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inclure des populations d'origines socioéconomiques diverses dans les essais cliniques (en respectant les directives du CER et les principes PCAP[®]). • Améliorer l'accès au dépistage et à la vaccination (p. ex., cliniques mobiles, interventions financées par des fonds publics). • Appliquer des mesures de PCI ⁴ améliorées pour réduire l'exposition. • Soutenir les programmes et les politiques visant à aider les populations marginalisées par le système et à leur donner plus d'autonomie.

Facteurs pouvant contribuer à l'inégalité en matière de santé	Raisons possibles de l'inégalité (différences dans l'accès aux soins de santé ou dans l'exposition ou la vulnérabilité à la maladie, dans sa gravité ou ses conséquences, ainsi que leurs intersections avec d'autres facteurs) ¹	Exemples d'interventions suggérées pour réduire les inégalités et améliorer l'accès
Capital social (soutien social/réseaux, confiance)	<ul style="list-style-type: none"> • Le manque de réseaux de soutien (p. ex., pour rappeler ou permettre aux personnes et aux soignants de s'occuper de la vaccination et des autres mesures de PCI) ⁴ et le manque de confiance (p. ex., dans les autorités qui font des recommandations) peuvent limiter l'accès aux interventions de soins de santé. • La non-vaccination ^{6 13} ou la vaccination incomplète ¹⁴ ont été associées aux familles monoparentales pour d'autres MEV. <p>Plusieurs intersections possibles, notamment avec le SSE, le lieu de résidence, l'emploi, l'âge, les affections préexistantes, le niveau de scolarité/alphabétisation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Donner aux PS de confiance les moyens de recommander ou d'administrer les vaccins lors des visites des patients. La confiance dans les médecins est un facteur clé de la volonté de se faire vacciner contre la COVID-19, ¹⁵ et le fait de recevoir une recommandation d'un PS est lié à une meilleure acceptabilité de la vaccination en général. ¹⁶ • Améliorer la confiance dans la vaccination et dans les autres interventions de santé par le biais de leaders et d'influenceurs dans les médias sociaux qui inspirent la confiance. • Mettre en place des systèmes de rappel pour la vaccination. • Proposer un service de garde d'enfants pendant les visites de vaccination.

Facteurs pouvant contribuer à l'inégalité en matière de santé	Raisons possibles de l'inégalité (différences dans l'accès aux soins de santé ou dans l'exposition ou la vulnérabilité à la maladie, dans sa gravité ou ses conséquences, ainsi que leurs intersections avec d'autres facteurs) ¹	Exemples d'interventions suggérées pour réduire les inégalités et améliorer l'accès
Âge	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les âges sont sensibles à la COVID-19, mais le taux de cas de COVID-19 diagnostiqués augmente généralement avec l'âge. Récemment, cependant, une augmentation significative de la proportion de cas dans les groupes d'âge des jeunes adultes a été observée, avec le relâchement des mesures de confinement obligatoire. ³ • Il a été démontré que les formes plus graves de la maladie présentaient des corrélations indépendantes très importantes avec l'augmentation de l'âge. ² • Chez les enfants de < 10 ans, l'infection est plus bénigne ou asymptomatique, mais de nouvelles données apparaissent sur des formes plus graves de la maladie (c.-à-d. syndrome inflammatoire multisystémique). ¹⁷ <p>Plusieurs intersections possibles, notamment avec les affections préexistantes, le capital social, le SSE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inclure des populations de diverses tranches d'âge dans les essais cliniques (en respectant les directives du CER et les principes PCAP[®]). • Examiner les données indiquant des inégalités liées à l'âge lors du séquençage des groupes à immuniser en priorité. • Envisager des activités de promotion et de sensibilisation sur des plateformes permettant de toucher les personnes âgées (p. ex., médias sociaux établis, presse écrite, campagnes par courrier). • Envisager des programmes d'immunisation pour protéger les personnes en contact avec les personnes âgées si l'efficacité du vaccin est amoindrie du fait de la sénescence immunitaire.

Facteurs pouvant contribuer à l'inégalité en matière de santé	Raisons possibles de l'inégalité (différences dans l'accès aux soins de santé ou dans l'exposition ou la vulnérabilité à la maladie, dans sa gravité ou ses conséquences, ainsi que leurs intersections avec d'autres facteurs) ¹	Exemples d'interventions suggérées pour réduire les inégalités et améliorer l'accès
Autres facteurs (p. ex., comportements à risque - troubles liés à la consommation de drogues ou d'alcool, tabagisme, travailleurs du sexe)	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune augmentation importante du risque d'hospitalisation n'a été observée à ce jour chez les fumeurs ou les anciens fumeurs, et les données sont limitées concernant les associations avec des troubles liés à la consommation de drogues ou d'alcool. ² Cependant, les données continuent d'évoluer. • Ces populations peuvent avoir moins accès aux soins de santé. <p>Plusieurs intersections possibles, notamment avec le SSE, le capital social, le lieu de résidence, les affections préexistantes, le niveau de scolarité/alphabétisation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas exclure ces populations des essais cliniques (en respectant les directives du CER et les principes PCAP[®]). • Améliorer l'accès au dépistage et à la vaccination (p. ex., cliniques mobiles dans les centres de désintoxication) et proposer des interventions financées par des fonds publics. • Appliquer des mesures de PCI ⁴ améliorées pour réduire l'exposition. • Soutenir les programmes visant à aider les fumeurs et les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues ou d'alcool.

Notes de bas de page - tableau 4

- ¹ Il peut exister de multiples intersections entre les facteurs, mais seul un sous-ensemble est mis en évidence dans le tableau.
- ² Wingert A, Pillay J, Gates M, *et al.* Risk factors for severe outcomes of COVID-19: a rapid review. Préparation de la prépublication en cours.
- ³ Gouvernement du Canada. Résumé épidémiologique des cas de COVID-19 au Canada [en ligne]. 2020. Sur Internet : <https://sante-infobase.canada.ca/covid-19/resume-epidemiologique-cas-covid-19.html>

<p>4</p> <p>Facteurs pouvant contribuer à l'inégalité en matière de santé</p>	<p>Raisons possibles de l'inégalité (différences dans l'accès aux soins de santé ou dans l'exposition ou la vulnérabilité à la maladie dans sa gravité ou ses conséquences, ainsi que leurs intersections avec d'autres facteurs)</p>	<p>Exemples d'interventions suggérées pour réduire les inégalités et améliorer l'accès</p>
	<p>Les mesures possibles de prévention et de contrôle des infections sont les suivantes : lavage des mains, désinfection des surfaces, installation de barrières physiques, maintien de l'éloignement physique, utilisation d'équipements de protection individuelle appropriés.</p> <p>Chung H, Fung K, Ferreira-Legere LE, Chen B, Ishiguro L, Kalappa G, et al. COVID-19 laboratory testing in Ontario: patterns of testing and characteristics of individuals tested, as of April 30, 2020. Toronto: ICES, 2020. Accès : https://www.ices.on.ca/Publications/Atlases-and-Reports/2020/COVID-19-Laboratory-Testing-in-Ontario.</p>	<p>6</p> <p>Gilbert, NL, Gilmour H, Wilson SE, Cantin L. Determinants of non-vaccination and incomplete vaccination in Canadian toddlers. <i>Human Vaccines & Immunotherapeutics</i> 2017 Jan 27; 13(6). Sur Internet : doi.org/10.1080/21645515.2016.1277847</p> <p>7</p> <p>Unité de l'impact et de l'innovation. (2020, 17 août; vague 7). Surveillance instantanée COVID-19 (SICO Canada). Impact Canada.</p> <p>8</p> <p>Liu M, Cheng SZ, Xu KW, <i>et al.</i> Use of personal protective equipment against coronavirus disease 2019 by healthcare professionals in Wuhan, China: cross sectional study. <i>BMJ</i>. 2020; 369.</p> <p>9</p> <p>Wang W, Min YZ, Yang CM, <i>et al.</i> Association of personal protective equipment use with successful protection against COVID-19 infection among health care workers. <i>medRxiv</i>. 2020.</p> <p>10</p> <p>Roy M, Sherrard L, Dubé È, Gilbert NL. Déterminants de la non-vaccination contre la grippe saisonnière. <i>Rapports sur la santé</i>. 2018; 29(10):12-22.</p> <p>11</p> <p>Conger K, Healy J, Tompkins L. Churches were eager to reopen. Now they are confronting Coronavirus cases. <i>New York Times</i>. July 10, 2020. Accès : https://www.nytimes.com/2020/07/08/us/coronavirus-churches-outbreaks.html</p> <p>12</p> <p>Romero D. AHS investigating COVID-19 outbreak at Edmonton church. <i>CTV News</i>. August 17, 2020. Accès : https://edmonton.ctvnews.ca/ahs-investigating-covid-19-outbreak-at-edmonton-church-1.5067990</p> <p>13</p> <p>Boulianne N, Deceuninck G, Duval B, Lavoie F, Dionne M, Carsley J, Valiquette L, Rochette L, De Serres G. Why are some children incompletely vaccinated at the age of 2? <i>Can J Public Health</i> 2003; 94:218-23.</p> <p>14</p> <p>Luman ET, McCauley MM, Shefer A, Chu SY. Maternal characteristics associated with vaccination of young children. <i>Pediatrics</i> 2003; 111:1215-8.</p>

<p>15</p> <p>Facteurs pouvant contribuer à l'inégalité en matière de santé</p> <p>16</p>	<p>Haute Autorité de Santé. Stratégie vaccinale contre la Covid-19 : Stratégie de déploiement des vaccins disponibles [en ligne]. 2020. Accès : https://www.has-sante.fr/upload/medias/application/pdf/2020/07/note_de_cadrage_strategie_vaccinale_contre_la_covid_19.pdf</p> <p>Raisons possibles de l'inégalité (différences dans l'accès aux soins de santé ou dans l'exposition ou la vulnérabilité à la maladie, dans sa gravité ou ses conséquences, ainsi que leurs intersections avec d'autres facteurs)¹</p>	<p>19 : Stratégie de déploiement des vaccins disponibles [en ligne]. 2020. Accès : https://www.has-sante.fr/upload/medias/application/pdf/2020/07/note_de_cadrage_strategie_vaccinale_contre_la_covid_19.pdf</p> <p>Exemples d'interventions suggérées pour réduire les inégalités et améliorer l'accès</p>
<p>Ismail SJ, Langley JM, Harris TM, Warshawsky BF, Desai S, Farnangmehr M. Canada's National Advisory Committee on Immunization (NACI): Evidence-based decision-making on vaccines and immunization. <i>Vaccine</i>. 2010; 28:A58-63. DOI: 10.1016/j.vaccine.2010.02.035</p>		
<p>17</p> <p>Organisation mondiale de la Santé. Scientific Brief: Multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents temporally related to COVID-19. 15 May 2020. Accès : https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/multisystem-inflammatory-syndrome-in-children-and-adolescents-with-covid-19</p>		

Source : Ismail S.J., Hardy K., Tunis M.C. *et al.*, A framework for the systematic consideration of ethics, equity, feasibility, and acceptability in vaccine program recommendations, *Vaccine*, <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.05.051>

Annexe E : Matrice de faisabilité appliquée à la COVID-19

Déterminer les différents problèmes éventuels liés aux vaccins potentiels contre la COVID-19 et à un programme d'immunisation contre la COVID-19 afin d'étudier la faisabilité de la mise en œuvre des recommandations

Tableau 5 : Matrice de faisabilité appliquée à la COVID-19

-	Vaccin	Programme d'immunisation	Problèmes éventuels
Ressources	Vaccin et matériel d'immunisation (à court et à long terme)	Ressources humaines (pour l'administration du vaccin, la communication, la formation, la saisie des données, le dépistage de la COVID-19, la planification	<ul style="list-style-type: none"> • L'incertitude et la sécurité de l'approvisionnement en vaccins à court et à long terme, compte tenu de la demande mondiale et de l'incertitude quant aux doses requises, au nombre de vaccins disponibles et à leur délai de disponibilité, aux exigences de stockage et de manutention, etc., représentent des défis pour la planification. • Il sera important de surveiller attentivement l'approvisionnement en vaccins, l'attribution et le suivi des doses fournies, potentiellement pour plusieurs vaccins pouvant avoir des indications et des recommandations d'utilisation différentes, tout

-	Vaccin	opérationnelle, Programme d'immunisation etc.)	Problèmes éventuels
			<p>en réduisant le plus possible le gaspillage de vaccins.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il faudra prévoir l'achat et la gestion de matériel de prévention et de contrôle des infections, d'ÉPI et de fournitures pour l'administration des vaccins, pour des voies d'administration potentiellement différentes selon les vaccins, ainsi que la formation à leur utilisation. • L'achat et la gestion des fournitures non cliniques (c.-à-d. tables, chaises, signalisation) doivent être envisagés pour différents lieux. • L'achat, la gestion et l'entretien d'appareils de stockage pour différents vaccins (p. ex., réfrigérateurs ou congélateurs) et différents emballages doivent être envisagés pour différents lieux. • Il peut être nécessaire d'envisager la formation à d'autres voies d'administration en raison des contraintes d'approvisionnement (p. ex., administration intradermique pour économiser les doses). • Les cliniques de vaccination contre la COVID-19 et divers autres lieux ou stratégies d'administration des vaccins (p. ex., service au volant, cliniques mobiles, cabinets de médecins ou d'infirmières, pharmacies), ainsi que la demande de vaccins au sein et en dehors des groupes cibles, nécessiteront des ressources pour la planification, la communication, la formation, ainsi que des précautions pour prévenir la transmission de la COVID-19 et d'autres maladies évitables par la vaccination (MEV) (en raison d'une baisse possible des taux de vaccination et de la circulation des MEV). • Il faudra envisager une utilisation efficace des ressources pour les communautés isolées/ éloignées.

-	Vaccin	Programme d'immunisation	Problèmes éventuels
	Financement pour l'achat de vaccins	Financement pour les ressources humaines et administratives	<ul style="list-style-type: none"> • On prévoit que le coût des vaccins et des ressources (humaines et technologiques) nécessaires pour mettre en œuvre un nouveau programme et fournir rapidement le vaccin aux groupes cibles tout en appliquant des mesures de PCI pour prévenir la transmission de la COVID-19 sera élevé. • Il faudra envisager des plans en cas de pénuries de ressources humaines attribuables à l'absentéisme ou à la nécessité de travailler ailleurs et prévoir les besoins administratifs, de surveillance et de formation supplémentaires pour mettre en œuvre un programme d'immunisation contre la pandémie. • Il conviendra de réduire au minimum les variations à l'échelle du pays quant aux délais de passation des marchés et d'approbation financière.
Intégration au programme existant	Couverture vaccinale	Communication du programme (au public, aux groupes cibles, aux fournisseurs, aux laboratoires)	<ul style="list-style-type: none"> • Une communication claire et transparente sur les groupes et le ou les vaccins admissibles, ainsi que sur le programme de vaccination (avec une justification des recommandations), à l'intention du public, des groupes cibles, des fournisseurs, des laboratoires, etc. sera nécessaire. Si plusieurs vaccins sont disponibles, il sera essentiel que les recommandations soient claires quant aux différents groupes cibles, aux calendriers, aux voies d'administration, etc. • Les dossiers d'immunisation devront indiquer quel vaccin a été administré, et la couverture devra être suivie dans des registres, au moyen d'une collecte de données sociodémographiques sur les groupes cibles et les groupes marginalisés. Il faudra envisager des solutions en matière de données pour améliorer les technologies existantes afin de permettre la notification en temps réel et complète de la couverture et la centralisation des registres entre les différents fournisseurs et les différents lieux d'administration des vaccins.

-	Vaccin	Programme d'immunisation	Problèmes éventuels
			<ul style="list-style-type: none"> • Il y aura des coûts potentiels pour les provinces et les territoires, étant donné que les registres pourront nécessiter des améliorations pour répondre aux exigences de notification. • Il faudra évaluer les difficultés dans les provinces et territoires qui n'ont pas encore intégré leurs registres avec les dossiers médicaux électroniques (médecins) ou les systèmes d'information sur les médicaments (pharmaciens) des prestataires de soins primaires. • Il faudra envisager des stratégies pour accroître la couverture des groupes cibles ainsi qu'une communication des risques compte tenu des nouvelles technologies vaccinales, des examens réglementaires accélérés et de l'épidémiologie de la maladie au moment où le vaccin deviendra disponible. De multiples plateformes médiatiques seront nécessaires pour lutter contre la mésinformation sur les vaccins. • Il faudra envisager des systèmes de rappel, surtout si le calendrier d'immunisation nécessite plus d'une dose. Il sera important de fournir des indications sur les doses supplémentaires manquées ou administrées en retard si plus d'une dose est nécessaire.
	(Séro)types de MEV inclus	Surveillance de la MEV	<ul style="list-style-type: none"> • Il sera nécessaire de poursuivre le dépistage et la surveillance de la maladie (en collectant des données sociodémographiques sur les groupes cibles et les groupes marginalisés, ainsi que sur le statut vaccinal) pour évaluer le programme d'immunisation et les produits vaccinaux spécifiques (p. ex., durée de l'immunité) en vue de stratégies d'immunisation à plus long terme.

-	Vaccin	Programme d'immunisation	Problèmes éventuels
	<p>Degré de similitude avec les vaccins existants, co-administration avec d'autres vaccins, ciblage des MEV avec les programmes existants</p>	<p>Alignement sur le calendrier existant (p. ex., avec un autre programme ciblant le même groupe)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les données sur la co-administration avec d'autres vaccins sont inconnues. En l'absence de ces données, il convient d'envisager de vérifier le statut vaccinal du client et de prendre un autre rendez-vous pour les vaccinations systématiques. Afin de protéger la capacité en soins de santé et de réduire la morbidité et la mortalité, l'immunisation par le vaccin contre la grippe saisonnière et le vaccin contre le pneumocoque dans les groupes admissibles, ainsi que par les autres vaccins systématiques, est encouragée. • Il convient d'envisager de tirer parti des programmes d'immunisation établis (p. ex., contre la grippe saisonnière) pour une utilisation efficace des ressources et une meilleure couverture. Il faudra étudier des stratégies pour améliorer la couverture des populations marginalisées et éloignées/isolées faisant partie des groupes cibles recommandés (voir la Matrice d'équité). • Il faudra limiter le plus possible les perturbations des programmes d'immunisation existants liées aux précautions visant à éviter la transmission de la COVID-19. • Il est important que les programmes d'immunisation contre la COVID-19 soient conformes et uniformes dans les différents territoires et provinces du Canada.

-	Vaccin	Programme d'immunisation	Problèmes éventuels
	Évènements indésirables	Inclusion dans le registre de vaccination, déclaration des effets secondaires suivant l'immunisation (ESSI)	<ul style="list-style-type: none"> • Le renforcement des capacités et de l'attention accordées aux mécanismes de surveillance et de notification rapide des ESSI propres aux vaccins, potentiellement pour plusieurs types de vaccins ayant des doses, des calendriers d'administration, des contre-indications, des précautions et des évènements indésirables différents, rendra plus compliquées la surveillance des ESSI, l'intégration avec d'autres programmes de vaccination et la formation du personnel. • Le renforcement des processus existants, la formation des fournisseurs et la capacité à réagir rapidement aux signaux pour placer des lots en quarantaine nécessiteront des données administratives solides par produit. • Des orientations sur l'évaluation des causes seront nécessaires.

Source : Ismail S.J., Hardy K., Tunis M.C. *et al.*, A framework for the systematic consideration of ethics, equity, feasibility, and acceptability in vaccine program recommendations, *Vaccine*, 10 juin 2020, <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.05.051>

Annexe F : Matrice d'acceptabilité appliquée à la COVID-19

Repérer les différents problèmes éventuels liés à l'acceptabilité d'une recommandation de vaccination contre la COVID-19 du point de vue du public et des fournisseurs de soins de santé (sur la base d'un échantillon représentatif de Canadiens interrogés dans le cadre de l'étude Surveillance instantanée COVID-19 [SICO Canada]). ^{11 13 14}

Tableau 6 : Matrice d'acceptabilité appliquée à la COVID-19

-	Public		Prestataires
	Population générale	Principales populations très vulnérables	
Vaccin (perceptions du vaccin) :	Près des deux tiers des Canadiens interrogés (61 %) en	Les Canadiens interrogés plus âgés (55 ans et plus) sont plus disposés à se faire vacciner que	Un peu plus de la moitié des personnes interrogées qui s'auto-

<p>p. ex. efficacité, nombre d'injections, voie d'administration, inquiétudes à l'égard de l'innocuité, bienfaits perçus</p>	<p>août 2020 étaient prêts à recevoir un vaccin contre la COVID-19 recommandé et efficace. Ce pourcentage était en baisse par rapport aux 71 % enregistrés en avril.</p> <p>Les principales raisons de la réticence à l'égard de la vaccination étaient les suivantes : l'insuffisance des essais ou des recherches effectués (32 %), la conviction que le vaccin ne sera pas sans danger et/ou efficace (26 %), le manque de confiance dans un vaccin aussi nouveau (13 %).</p>	<p>les personnes plus jeunes (72 % p/r à 57 % chez les 35-54 ans et 51 % chez les 18-34 ans; $p < 0,05$).</p> <p>Les personnes interrogées de 35 ans et plus atteintes d'une « maladie grave et de longue durée » sont un peu plus disposées à recevoir un vaccin recommandé efficace que celles qui ne souffrent d'aucune maladie (68 % p/r à 62 %; 35-54 ans : 62 % p/r à 59 %; 55 ans et plus : 77 % p/r à 74 %). Cet écart n'a pas été observé chez les jeunes de 18 à 34 ans atteints d'une « maladie grave et de longue durée » (43 % p/r à 57 %).</p> <p>L'innocuité perçue (50 %) est liée à une meilleure acceptabilité du vaccin par rapport à l'efficacité du vaccin (43 %) chez les jeunes adultes atteints d'une « maladie grave et de longue durée ».</p> <p>Les personnes appartenant à une minorité non visible sont plus disposées que les personnes appartenant à une minorité visible ou les Autochtones à recevoir un vaccin recommandé efficace (63 % p/r à 53 % p/r à 43 %; $p < 0,05$).</p> <p>Environ la moitié des travailleurs qui s'auto-identifient comme occupant des emplois de première ligne, comme le personnel des épiceries et des stations-service, se feraient immuniser par un vaccin recommandé efficace (51 % p/r à 63 %, $p < 0,05$).</p>	<p>identifient comme des fournisseurs de soins de santé seraient prêtes à recevoir un vaccin recommandé efficace (55 % p/r à 62 % pour ceux ne travaillant pas dans le secteur de la santé; $p > 0,05$).</p> <p>Les inquiétudes concernant le manque d'essais ou de recherches (39 %) et concernant l'innocuité et/ou l'efficacité des vaccins (22 %) sont les principales raisons expliquant la réticence à l'égard de la vaccination chez les fournisseurs de soins de santé interrogés. Cette hésitation s'explique aussi par la nouveauté du vaccin (19 %) et par le fait de ne pas croire aux vaccins (6 %).</p>
--	--	--	---

<p>Maladie (perceptions de la maladie) :</p> <p>p. ex. fardeau de la maladie, groupes à risque, risque personnel, gravité, flambée épidémique</p>	<p>Les personnes interrogées sont plus nombreuses à penser que le pire de la crise est encore à venir qu'à penser qu'il est derrière nous (44 % p/r à 33 %).</p> <p>Parmi les personnes interrogées, les plus jeunes sont plus susceptibles de penser que le pire de la crise est derrière nous que les groupes plus âgés (45 % p/r à 32 % et 26 % pour les 18-34 ans par rapport aux 35-54 ans et aux 55 ans et plus, respectivement; $p < 0,05$).</p>	<p>Les trois quarts des personnes interrogées (78 %) sont d'accord pour dire que des groupes particuliers devraient être les premiers à recevoir un vaccin sans danger et efficace en cas de stock insuffisant. Le groupe le plus souvent mentionné comme étant prioritaire pour la vaccination était celui des travailleurs de la santé (40 %), suivi des personnes atteintes de pathologies à haut risque (19 %), des travailleurs de première ligne (16 %), des personnes âgées (12 %), des établissements de soins de longue durée (10 %) et des enfants (2 %).</p> <p>La moitié des personnes âgées pensent que le pire de la crise est encore à venir (50 % p/r à 33 % et 45 % pour les 55 ans et plus par rapport aux 18-34 ans et aux 35-54 ans; $p < 0,05$).</p> <p>Les minorités non visibles sont plus susceptibles de penser que le pire de la crise reste à venir que les minorités visibles (45 % p/r à 39 %; $p < 0,05$).</p> <p>Les personnes vivant dans les petites zones rurales (< 30 000 habitants) sont plus susceptibles de penser que le pire reste à venir que celles vivant dans des régions métropolitaines de taille moyenne (de 30 000 à 999 999 habitants) ou de grande taille (> 1 million d'habitants) (47 % p/r à 43 % p/r à 41 %; $p < 0,05$).</p>	<p>La majorité des fournisseurs de soins de santé interrogés (83 %) conviennent que des groupes particuliers devraient être les premiers à recevoir un vaccin en cas de stock insuffisant. Ils se sont le plus souvent cités eux-mêmes (33 %) comme le groupe cible à immuniser en priorité, devant les personnes atteintes de pathologies à haut risque (19 %), les personnes âgées (13 %), les établissements de soins de longue durée (13 %), les travailleurs de première ligne (12 %) et les enfants (7 %).</p> <p>Parmi les fournisseurs de soins de santé interrogés, 43 % estiment que le pire de la crise est encore à venir et 28 % pensent qu'il est derrière nous.</p> <p>Les fournisseurs de soins de santé sont plus susceptibles que les personnes ne travaillant pas dans le secteur de la santé de penser que nous vivons actuellement le pire de la crise (21 % p/r à 11 %; $p < 0,05$).</p>
--	---	--	--

<p>Processus de vaccination</p> <p>p. ex. accès au vaccin, coût (d'opportunité), expérience passée en matière de vaccination</p>	<p>Près de la moitié des Canadiens interrogés (45 %) pensent que la vaccination devrait être obligatoire lorsqu'elle est disponible.</p> <p>La majorité des Canadiens interrogés (51 %) ont convenu que, dans le contexte d'un approvisionnement en vaccins limité au début, la stratégie la plus importante devrait être de protéger les personnes risquant le plus de développer une forme grave de la maladie et de mourir de la COVID-19, puis de protéger la capacité en soins de santé (28 %), de réduire la propagation de la COVID-19 (15 %) et de protéger les infrastructures essentielles (5 %).</p>	<p>Les adultes plus âgés sont plus susceptibles d'être d'accord avec la vaccination obligatoire contre la COVID-19 (53 %) que les groupes d'âge plus jeunes (41 % des 18-34 ans et 40 % des 35-54 ans; $p < 0,05$).</p> <p>Les personnes interrogées de race blanche sont moins susceptibles de dire que la réduction de la propagation de la COVID-19 est la stratégie la plus importante face à un stock initial limité de vaccins, par rapport aux minorités visibles et aux Autochtones (15 % p/r à 19 % et 27 % respectivement; $p < 0,05$).</p> <p>Un tiers des travailleurs occupant des emplois de première ligne, comme les employés d'épiceries et de stations-service, pensent que la vaccination contre la COVID-19 devrait être obligatoire (37 % p/r à 47 %; $p < 0,05$). Moins de 10 % de ces travailleurs estiment que la protection des infrastructures essentielles est la stratégie la plus importante dans le contexte d'un approvisionnement initial limité en vaccins (8 % p/r à 5 %; $p < 0,05$).</p> <p>Les personnes âgées sont plus susceptibles de dire que la protection de la capacité en soins de santé est la stratégie la plus importante en cas de stock limité de vaccins au début (33 % p/r à 30 % et 19 %; $p < 0,05$).</p>	<p>En août, 37 % des fournisseurs de soins de santé interrogés estimaient que la vaccination contre la COVID-19 devrait être obligatoire. Ce chiffre était en baisse par rapport aux 44 % de juillet.</p>
<p>Facteurs individuels</p>	<p>Près de la moitié des Canadiens interrogés (49 %) déclarent qu'ils se feraient vacciner</p>	<p>Les personnes interrogées souffrant d'une « maladie grave et de longue durée » ne sont pas plus susceptibles que les autres</p>	<p>Une petite proportion des fournisseurs de soins de santé interrogés refuseraient de se faire</p>

p. ex. croyances et valeurs, expériences, confiance dans les fournisseurs de soins de santé et dans le système de santé, confiance dans les experts en vaccination et dans l'industrie des vaccins, normes/pressions sociales et médias

pour pouvoir retourner au travail, voyager ou assister à un grand rassemblement. Ce chiffre a légèrement diminué par rapport aux 55 % enregistrés en juillet.

Bien qu'ils aient été moins souvent cités, le manque de confiance dans les vaccins (9 %) et le manque de confiance dans le gouvernement (7 %) ont été mentionnés comme principale raison pour refuser de se faire vacciner.

Presque tous les Canadiens (84 %) pensent que le type d'information le plus nécessaire concerne les progrès scientifiques dans la mise au point des vaccins.

Les adultes de moins de 55 ans ont plus fréquemment déclaré utiliser les médias sociaux comme source d'information sur la COVID-19 que les Canadiens plus âgés (14 % chez les 18-34 ans et 10 % chez les 35-54 ans p/r à 5 % chez les 55 ans et plus; $p < 0,05$).

de se faire vacciner pour pouvoir retourner au travail, voyager ou assister à un grand rassemblement (47 % p/r à 50 %).

Les personnes âgées sont plus susceptibles que les groupes d'âge plus jeunes de déclarer que la principale raison de leur réticence est qu'elles ne croient pas aux vaccins (17 % p/r à 6 % chez les 18-34 ans et 8 % chez les 35-54 ans; $p < 0,05$).

Les minorités visibles sont plus susceptibles de se fier à diverses ressources pour se tenir au courant des informations sur la COVID-19 (sites Web fédéraux [29 % p/r à 23 %], conversations avec la famille [21 % p/r à 12 %] et les collègues [10 % p/r à 5 %], stations de radio locales [17 % p/r à 12 %], journaux hebdomadaires [12 % p/r à 7 %] et médias sociaux [15 % p/r à 8 %]; $p < 0,05$ pour tous) que les minorités non visibles, qui ont plus souvent recours aux responsables provinciaux de la santé publique comme principale source d'information (31 % dans les minorités visibles p/r à 37 % dans les minorités non visibles; $p < 0,05$).

Les personnes ayant de plus faibles revenus sont plus susceptibles de considérer les médias sociaux comme une source d'information fiable que celles dont les revenus sont plus élevés (5 % des personnes ayant un revenu $< 40\ 000$ \$ p/r à 3 % de celles gagnant de 40 000 à 100 000 \$ et 1 % de celles

vacciner principalement parce qu'ils pensent que le virus disparaîtra naturellement (9 %), parce qu'ils ne croient pas aux vaccins (6 %), parce qu'ils ont peur des piqûres (4 %) ou parce qu'ils ne font pas confiance au gouvernement (1 %).

La majorité des fournisseurs de soins de santé (76 %) pensent que le type d'information le plus nécessaire concerne les progrès scientifiques dans la mise au point des vaccins.

	<p>Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de faire confiance aux organismes gouvernementaux dans leurs rapports sur la COVID-19 (55 % p/r à 50 %; $p < 0,05$) et d'écouter les responsables provinciaux en matière de santé publique pour se tenir informées sur la COVID-19 (38 % p/r à 33 %: $p < 0,05$).</p>	<p>gagnant > 100 000 \$; $p < 0,05$). Les personnes dont le revenu du ménage est élevé se fient plus souvent aux ressources d'information en ligne pour se tenir au courant de la situation de la COVID-19 (23 % des personnes ayant un revenu > 100 000 \$ p/r à 19 % de celles gagnant de 40 000 à 100 000 \$ et 17 % de celles gagnant < 40 000 \$; $p < 0,05$).</p>	
--	---	--	--

Source : Ismail S.J., Hardy K., Tunis M.C. *et al.*, A framework for the systematic consideration of ethics, equity, feasibility, and acceptability in vaccine program recommendations, *Vaccine*, <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.05.051>. Les problèmes éventuels liés à l'acceptabilité chez les décideurs politiques ne sont pas inclus dans cette matrice.

Références

- 1 Wingert A, Pillay J, Gates M, et al. Risk factors for severe outcomes of COVID-19: a rapid review. medRxiv. 2020. DOI: 10.1101/2020.08.27.20183434
- 2 Zhao L, Ismail SJ, Tunis MC. Ranking the relative importance of immunization strategies for novel coronavirus disease 2019 (COVID-19): a rapid survey of stakeholders. medRxiv. 2020. DOI: 10.1101/2020.09.16.20196295

- 3 Ismail SJ, Hardy K, Tunis MC, Young K, Sicard N, Quach, C. A framework for the systematic consideration of ethics, equity, feasibility, and acceptability in vaccine program recommendations. [publié en ligne le 10 juin 2020]. Vaccine. DOI: 10.1016/j.vaccine.2020.05.051
- 4 CCNI. Priorités de recherche pour les vaccins contre la COVID-19 à l'appui des décisions de santé publique [en ligne]. 2020. Accès : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/immunisation/comite-consultatif-national-immunisation-ccni/priorites-recherche-vaccins-contre-covid-19.html>
- 5 Gouvernement du Canada. Résumé épidémiologique des cas de COVID-19 au Canada [en ligne]. 2020. Sur Internet : <https://sante-infobase.canada.ca/covid-19/resume-epidemiologique-cas-covid-19.html>
- 6 Agence de la santé publique du Canada. Annexe traitant de la vaccination : Préparation du Canada en cas de grippe pandémique : Guide de planification pour le secteur de la santé [en ligne]. 2017. Accès : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/grippe-influenza/preparation-canada-cas-grippe-pandemique-guide-planification-secteur-sante/annexe-traitant-vaccination.html>
- 7 Ismail SJ, Langley JM, Harris TM, Warshawsky BF, Desai S, FarhangMehri M. Canada's National Advisory Committee on Immunization (NACI): Evidence-based decision-making on vaccines and immunization. Vaccine. 2010; 28:A58-63. DOI: 10.1016/j.vaccine.2010.02.035
- 8 ASPC. Cadre d'éthique en santé publique : Guide pour la réponse à la pandémie de COVID-19 au Canada [en ligne]. 2020. Accès : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/reponse-canada/cadre-ethique-guide-reponse-pandemie-covid-19.html>

- 9 Liu M, Cheng SZ, Xu KW, *et al.* Use of personal protective equipment against coronavirus disease 2019 by healthcare professionals in Wuhan, China: cross sectional study. *BMJ*. 2020; 369.
- 10 Wang W, Min YZ, Yang CM, *et al.* Association of personal protective equipment use with successful protection against COVID-19 infection among health care workers. *medRxiv*. 2020.
- 11 Unité de l'impact et de l'innovation. Surveillance instantanée COVID-19 (SICO Canada). Impact Canada. Accès : <https://impact.canada.ca/fr/defis/sico-canada-fr>
- 12 ASPC. Lignes directrices provisoires sur la continuité des programmes d'immunisation pendant la pandémie de COVID-19 [en ligne]. 2020. Accès : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/immunisation/comite-consultatif-national-immunisation-ccni/lignes-directrices-provisoires-programmes-immunisation-pendant-pandemie-covid-19.html>
- 13 Unité de l'impact et de l'innovation. (2020, 27 juillet; vague 6). Surveillance instantanée COVID-19 (SICO Canada). Impact Canada. Accès : <https://impact.canada.ca/fr/defis/sico-canada-fr/vague6>
- 14 Unité de l'impact et de l'innovation. (2020, 17 août; vague 7). Surveillance instantanée COVID-19 (SICO Canada). Impact Canada.
- 15 Angus Reid. COVID-19: Three-in-five worry about side-effects of a vaccine; many plan to take a 'wait and see' approach [en ligne]. 2020. Accès : http://angusreid.org/wp-content/uploads/2020/08/2020.08.03_COVID-VACCINE.pdf
- 16 Frank K et Arim R. StatCan et la COVID-19 : Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur. Différences entre les groupes et raisons de la réticence à la vaccination [en ligne]. 2020. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00073-fra.htm>

- 17 Gates A, Gates M, Rahman S, *et al.* A systematic review of factors that influence the acceptability of vaccines among Canadians. Soumis pour la publication.
- 18 Environics Research. Vaccine acceptability factors for the general public and health care professionals in Canada. Ottawa (ON): Health Canada; 2020. ISBN: 978-0-660-32602-3.
- 19 Joint Committee on Vaccination and Immunisation. Joint Committee on Vaccination and Immunisation: interim advice on priority groups for COVID-19 vaccination [en ligne]. 2020. Accès : <https://www.gov.uk/government/publications/priority-groups-for-coronavirus-covid-19-vaccination-advice-from-the-jcvi/interim-advice-on-priority-groups-for-covid-19-vaccination>
- 20 Haute Autorité de Santé. Stratégie vaccinale contre la Covid-19 : Stratégie de déploiement des vaccins disponibles [en ligne]. 2020. Accès : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-07/note_de_cadrage_strategie_vaccinale_contre_la_covid_19.pdf
- 21 Toner E, Barnill A, Krubiner C, *et al.* Interim Framework for COVID-19 Vaccine Allocation and Distribution in the United States. Baltimore, MD: Johns Hopkins Center for Health Security; 2020.
- 22 Committee on Equitable Allocation of Vaccine for the Novel Coronavirus. Discussion draft of the preliminary framework for equitable allocation of COVID-19 vaccine [en ligne]. Accès : <https://www.nationalacademies.org/news/2020/09/national-academies-release-draft-framework-for-equitable-allocation-of-a-covid-19-vaccine-seek-public-comment>

23 Roy M, Sherrard L, Dubé È, Gilbert NL. Déterminants de la non-vaccination contre la grippe saisonnière. *Rapports sur la santé*. 2018; 29(10):12-22.

Organisation mondiale de la sante. Dix ennemis que l'OMS devra affronter cette année [en ligne]. Accès : <https://www.who.int/fr/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>
