

# Orientations sur l'administration prioritaire des premières doses du vaccin contre la COVID-19

---

## Sur cette page

- [Introduction](#)
- [Recommandations](#)
- [Remerciements](#)
- [Références](#)

## Introduction

En novembre 2020, le CCNI a publié les [Orientations préliminaires sur les principales populations à immuniser en priorité contre la COVID-19](#) afin d'encadrer la planification de l'attribution efficace, utile et équitable d'un nouveau vaccin contre la 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. Selon le CCNI, les populations à immuniser en priorité contre la COVID-19 sont les personnes risquant fortement de développer une forme grave de la COVID-19 ou d'en mourir, les 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, les personnes contribuant au maintien d'autres services essentiels au fonctionnement de la société et les 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. Le CCNI recommande l'intégration d'éléments favorisant un processus décisionnel éthique fondé sur des facteurs d'équité, de faisabilité et d'acceptabilité dans les principales populations. Les orientations préliminaires du CCNI sur les principales populations à immuniser en priorité contre la COVID-19 sont résumées dans la [figure 1](#) de son document d'orientation fondé sur des données probantes.

Le CCNI a indiqué dans ses récentes orientations sur les principales populations à immuniser en priorité contre la COVID-19 qu'une approche séquentielle est impossible tant qu'on ne connaît pas les caractéristiques du vaccin, les résultats des essais cliniques et le nombre de doses disponibles. **À mesure qu'ont**

**émergé d'autres renseignements sur ces facteurs, le CCNI a présenté des orientations sur l'administration prioritaire efficace et équitable des premières doses de vaccin contre la COVID-19 (et l'établissement de la séquence des populations à immuniser en priorité dans ses récentes orientations), afin d'aider à la planification de l'attribution des premiers programmes d'immunisation contre la COVID-19.**

Le CCNI continuera à surveiller de près les données probantes relatives à la COVID-19 et au vaccin ou aux vaccins contre la COVID-19 et mettra à jour ses recommandations si ces données évoluent. Le CCNI procédera à un examen complet et transparent des vaccins contre la COVID-19 autorisés, y compris des données probantes sur l'efficacité et l'innocuité dans les populations d'essais cliniques lorsqu'elles seront connues, et fournira dès que possible des recommandations fondées sur des données probantes concernant l'utilisation des vaccins contre la COVID-19.

En vertu de l'[Arrêté d'urgence concernant l'importation, la vente et la publicité de drogues à utiliser relativement à la COVID-19](#). Santé Canada pourrait prendre incessamment des décisions réglementaires concernant les vaccins contre la COVID-19 dont les essais cliniques de phase 3 sont terminés (c'est-à-dire Moderna et Pfizer/BioNTech) en vue d'une éventuelle autorisation d'utilisation au Canada. En vertu d'accords d'achat, le Canada recevra initialement un total combiné de six millions de doses du vaccin contre la COVID-19 de Moderna et de Pfizer/BioNTech, s'ils sont autorisés, pour distribution et attribution au premier trimestre de 2021.

Bien que les données probantes finales ou évaluées par les pairs des essais cliniques de phase 3 soient encore inaccessibles, les communiqués de presse de Pfizer/BioNTech <sup>1</sup> et de Moderna <sup>2</sup> indiquent une efficacité et une innocuité favorables de leurs vaccins contre la COVID-19. Dans son analyse finale de 170 cas de COVID-19 dans un essai clinique sur 43 998 participants de 12 à 85 ans, Pfizer/BioNTech a rapporté une efficacité de 95 % sept jours après l'administration de la deuxième dose du vaccin et une efficacité de 94 % chez les adultes de 65 ans et plus. Dans son analyse intermédiaire de 95 cas de COVID-19 dans un essai clinique sur 30 000 participants âgés de 18 ans et plus, Moderna a rapporté une efficacité de 94,5 % deux semaines après l'administration de deuxième dose de son vaccin. Aucun des deux fabricants n'a signalé de préoccupations graves liées à l'innocuité et tous deux ont indiqué que les incidents indésirables étaient transitoires et d'une gravité légère à modérée.

Le CCNI ne formulera aucune recommandation sur l'utilisation clinique de ces vaccins contre la COVID-19 tant qu'il ne pourra pas examiner et résumer les résultats des essais cliniques de phase 3, conformément à son processus fondé sur des données probantes <sup>3 4</sup>.

Le CCNI a élaboré les recommandations suivantes d'après les données probantes et les consultations approfondies auprès des parties intéressées, qui sont résumées et présentées dans le document du CCNI [Orientations préliminaires sur les principales populations à immuniser en priorité contre la COVID-19](#), les renseignements les plus courants au moment des délibérations sur l'approvisionnement en vaccins, et des renseignements préliminaires indiquant une efficacité et une innocuité comparables des vaccins contre la COVID-19 de Moderna et de Pfizer/BioNTech.

## 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 établissent un meilleur séquençage des populations à immuniser en priorité définies dans les récentes orientations fondées sur des données probantes du CCNI sur [les populations à immuniser en priorité contre la COVID-19](#). Le séquençage de ces populations peut changer à mesure qu'émergent de nouvelles données probantes sur les vaccins contre la COVID-19. Une fois les premiers approvisionnements en vaccins autorisés disponibles, les populations suivantes devraient se voir proposer des vaccins selon le calendrier d'immunisation autorisé (en s'efforçant d'achever le calendrier d'immunisation avec le même vaccin). Le CCNI ne prévoit pas d'autres priorités au sein des groupes énumérés ci-après.

### Stade 1

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

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

## Justifications

Tous les **résidents et employés d'établissements de vie collective qui fournissent des soins aux personnes âgées** (c.-à-d. les établissements de soins de longue durée, les établissements de vie avec services de soutien, les établissements de retraite et les hôpitaux de soins chroniques) devraient être prioritaires pour recevoir les premières doses du vaccin contre la COVID-19, car ces établissements ont connu au Canada un grand nombre d'éclotions associées à un nombre élevé de décès <sup>5</sup>. Les résidents de ces établissements sont principalement d'un âge avancé, ce qui augmente leur risque de développer des formes plus graves de la COVID-19 menant à l'hospitalisation ou au décès <sup>6</sup>.

Tous les **adultes d'âge avancé** doivent recevoir en priorité les doses initiales du vaccin contre la COVID-19 autorisé, en commençant par les adultes de 80 ans et plus, puis en diminuant la limite d'âge par tranches de 5 ans jusqu'à 70 ans à mesure que les doses du vaccin sont disponibles. Plus les personnes sont âgées et plus l'association indépendante à des formes graves de la COVID-19 augmente; et, en particulier chez les personnes âgées de plus de 70 ans, les données probantes indiquent une certitude modérée d'association très importante d'hospitalisation et de décès. 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 décès augmentent avec l'âge (p. ex. environ 2 à 6 % et 5 à 10 % d'augmentation relative du risque par an, respectivement) <sup>6</sup>.

Tous les **travailleurs de la santé** devraient être prioritaires pour recevoir le vaccin contre la COVID-19, car les personnes prodiguant des soins de première ligne aux patients sont exposées de manière différenciée au SRAS-CoV-2 et sont nécessaires pour assurer la capacité des services de soins de santé. Ces travailleurs de la santé sont les employés des hôpitaux, les autres membres du personnel qui travaillent ou étudient dans les hôpitaux (p. ex. les étudiants dans les disciplines des soins de santé, les travailleurs contractuels, les bénévoles) et les autres personnels de santé (p. ex. les personnes qui travaillent dans les laboratoires cliniques, les établissements de soins infirmiers, les agences de soins à domicile et les milieux communautaires). En outre, l'immunisation des travailleurs de la santé et des autres travailleurs exerçant une fonction de soins de santé (p. ex. les travailleurs de soutien au personnel) réduit le fardeau disproportionné qui pèse sur les personnes prenant des risques supplémentaires pour protéger le public, ce qui permet de respecter le principe éthique de réciprocité. Parmi les travailleurs d'un établissement de santé, les personnes dont le travail les expose à un risque accru en raison d'un contact direct avec les patients (p. ex. contact physique avec les patients, séjour prolongé dans les chambres de patients), en particulier les personnes en contact direct avec les patients atteints de la COVID-19, devraient être prioritaires pour recevoir les

premières doses de vaccin. Cette mesure peut être étendue à d'autres travailleurs de la santé en fonction de la disponibilité ultérieure des doses de vaccin.

Le CCNI reconnaît que les personnes en âge de procréation forment une proportion importante du personnel de la santé. Actuellement, aucune donnée n'est connue sur l'utilisation des vaccins COVID-19 pendant la grossesse. Le CCNI continue à recommander l'inclusion sécuritaire des femmes enceintes dans les essais cliniques des vaccins expérimentaux contre la COVID-19 afin de garantir à cette population un accès équitable aux options de vaccins contre la COVID-19 sur la base de données rigoureuses en matière d'innocuité, d'immunogénicité et d'efficacité <sup>7</sup>. Le CCNI encourage de plus amples travaux de recherche et de surveillance liés à la vaccination contre la COVID-19 pendant la grossesse. Le CCNI abordera plus en détail l'immunisation pendant la grossesse dans ses prochaines recommandations sur l'utilisation du ou des vaccins contre la COVID-19.

**Les adultes vivant dans les communautés autochtones**, dont les communautés des Premières Nations, des Métis et des Inuits, où l'infection peut avoir des conséquences disproportionnées, comme ceux qui vivent dans des régions éloignées ou isolées où l'accès aux soins de santé peut être restreint, devraient recevoir en priorité les premières doses de vaccin contre la COVID-19. Les communautés autochtones ont été touchées de manière disproportionnée par des pandémies passées (p. ex. la pandémie de grippe H1N1 de 2009). Les communautés éloignées ou isolées, par exemple, peuvent ne pas avoir facilement accès à des infrastructures de soins de santé suffisantes. Par conséquent, leur risque de conséquences graves, y compris le décès et la perturbation de l'ordre social, est proportionnellement plus élevé que dans d'autres communautés. Le risque de transmission est élevé dans les 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. Bien qu'il y ait eu relativement peu de cas et d'éclosions dans ces communautés au Canada, le nombre de cas dans ces communautés est en augmentation <sup>8</sup>.

Le CCNI reconnaît que les populations racialisées et marginalisées au Canada ont été touchées de façon disproportionnée par la COVID-19, et que des obstacles systémiques à l'accès aux services de soutien nécessaires pour lutter contre la COVID-19 sont présents dans les milieux urbains, liés à des facteurs comme la pauvreté, le racisme systémique et l'itinérance. Ces populations pourraient être immunisées en même temps que les membres de communautés

autochtones isolées et éloignées, si elles peuvent être rejointes dans ces milieux, étant donné qu'elles sont généralement difficiles à rejoindre dans le cadre de programmes d'immunisation.

Le CCNI compte réaliser une analyse complète afin d'éclairer un éventuel élargissement du programme de recommandations éthiques, équitables, réalisables et acceptables. S'inspirant de son cadre d'éthique, d'équité, de faisabilité et d'acceptabilité<sup>4</sup>, le CCNI compte étudier les raisons pour lesquelles les populations systématiquement marginalisées et racialisées ont été touchées de façon différenciée par la COVID-19 et trouver une manière de réduire ces iniquités par un meilleur accès aux vaccins.

## Stade 2

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

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

## Justifications

Le risque d'infection au SARS-CoV-2 est élevé dans les **milieux de vie collectifs** 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. Qui plus est, beaucoup des résidents de ces milieux ont un accès inéquitable aux soins de santé.

Au Canada, outre les cas survenus dans les établissements de soins de longue durée, un nombre élevé de flambées ou de concentrations de cas de COVID-19 se sont produites<sup>9</sup> dans des institutions (p. ex. les établissements correctionnels), des milieux de travail (p. ex. les installations agricoles ou de production et les usines d'emballage de viande) et des hébergements en collectivité (p. ex. les refuges et les locaux pour travailleurs migrants).

De nombreux **services essentiels** (p. ex. la police, les pompiers, la production alimentaire) ne peuvent être fournis virtuellement, ce qui peut entraîner un risque accru d'exposition au SRAS-CoV-2. La vaccination de ces travailleurs essentiels réduit le fardeau disproportionné qui pèse sur ceux qui prennent des risques supplémentaires pour maintenir les services essentiels au fonctionnement de la société. En outre, les populations racialisées et les immigrants récents sont surreprésentés dans les emplois fournissant des services essentiels (p. ex. la production alimentaire et les milieux de soins de santé), et ont été touchés de manière disproportionnée par la COVID-19 <sup>10</sup>. Par conséquent, l'immunisation de ces travailleurs pourrait réduire ou prévenir l'exacerbation des iniquités en matière de santé liées à la COVID-19. Les désignations des services essentiels dans le contexte de la pandémie de COVID-19 varient d'une province ou d'un territoire 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 et les territoires.

Il faut s'efforcer de planifier l'utilisation efficace et équitable des vaccins parmi les groupes recommandés ci-dessus, dans l'ordre de priorité (c.-à-d. l'étape 1 puis l'étape 2), en réduisant le risque de perte de vaccins. Toutefois, en raison des exigences restrictives de stockage et de manipulation, la perte de doses est possible si des doses excédentaires subsistent après une immunisation complète dans un milieu en particulier. Si des doses de vaccin contre la COVID-19 ont été administrées dans un centre de vaccination et ont été administrées à un groupe recommandé à l'étape 1, mais ne peuvent pas être transférées dans un autre centre pour d'autres groupes recommandés à l'étape 1, les doses restantes sur place peuvent être fournies aux personnes des groupes recommandés à l'étape 2 afin de réduire les pertes de doses de vaccin et de maximiser les avantages de la vaccination.

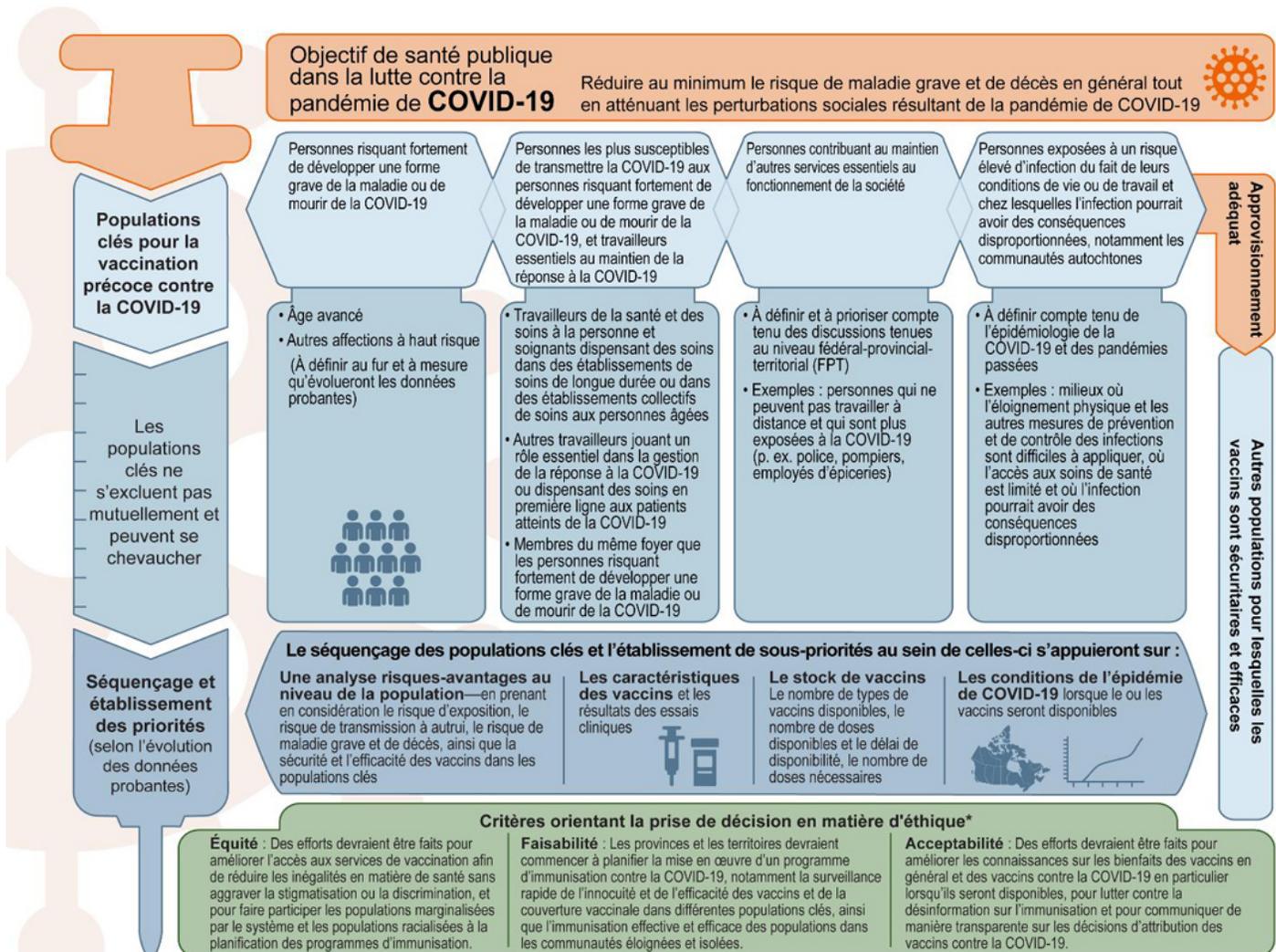
### **Le CCNI continue à recommander les éléments suivants pour guider la prise de décision éthique.**

- Des efforts devraient être faits pour améliorer l'accès aux services de vaccination afin de réduire les iniquités en matière de santé sans aggraver la stigmatisation ou la discrimination, et pour faire participer les populations marginalisées par le système et les populations racialisées à la planification des programmes d'immunisation.
- Les provinces et les territoires devraient commencer à planifier la mise en œuvre d'un programme d'immunisation contre la COVID-19, notamment la surveillance étroite et rapide de l'innocuité et de l'efficacité des vaccins et de la couverture vaccinale dans différentes populations clés, ainsi que l'immunisation efficace et utile des populations des communautés éloignées et isolées.

- Des efforts devraient être faits pour améliorer les connaissances sur les bienfaits des vaccins en général et des vaccins contre la COVID-19 en particulier lorsqu'ils seront disponibles, pour lutter contre la désinformation sur l'immunisation et pour communiquer de manière transparente sur les décisions d'attribution des vaccins contre la COVID-19.

Le CCNI fournira d'autres orientations sur l'utilisation des vaccins contre la COVID-19 après un examen plus approfondi des données.

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



## Abréviations :

- TS : travailleur de la santé
- SLD : soins de longue durée
- FPT : fédéral, provincial, territorial
- PCI : prévention et contrôle des infections

# Remerciements

**Cette déclaration a été préparée par :** K Young, SJ Ismail, MC Tunis, C Quach, et S Deeks et a été approuvée par le CCNI.

Le CCNI remercie vivement les personnes suivantes pour la contribution : A Killikelly, R Stirling, M Salvadori, M Patel, N Forbes, A Sinilaite, A House, A Nam, MW Yeung, M Matthieu-Higgins, et V Ferrante.

## CCNI

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

**Représentants de liaison :** L. M. Bucci (Association canadienne de santé publique), E. Castillo (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada), A. Cohn (Centers for Disease Control and Prevention, États-Unis), L. Dupuis (Association des infirmières et infirmiers du Canada), J. Emili (Collège des médecins de famille du Canada), D. Fell (Association canadienne pour la recherche et l'évaluation en immunisation), 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 :** D. Danoff (Direction des produits de santé commercialisés, Santé Canada), E. Henry (Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses [CIMRI], ASPC), M. Lacroix (Groupe consultatif en matière d'éthique en santé publique, ASPC), J. Pennock (CIMRI, ASPC), R. Pless (Direction des médicaments biologiques et radiopharmaceutiques, Santé Canada), G. Poliquin (Laboratoire national de microbiologie, ASPC), V. Beswick-Escanlar (Défense nationale et Forces armées canadiennes) et T. Wong (Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Services autochtones Canada)

# Références

- 
- 1 Pfizer. Pfizer and BioNTech conclude phase 3 study of covid-19 vaccine candidate, meeting all primary efficacy endpoints [communiqué]; 18 Nov 2020 [consulté le 24 novembre 2020]. Accès : <https://www.pfizer.com/news/press-release/press-release-detail/pfizer-and-biontech-conclude-phase-3-study-covid-19-vaccine> (en anglais seulement)
  - 2 Moderna. Moderna's COVID-19 vaccine candidate meets its primary efficacy endpoint in the first interim analysis of the Phase 3 COVE study [communiqué]; 16 Nov 2020 [consulté le 24 novembre 2020]. Accès : <https://investors.modernatx.com/news-releases/news-release-details/modernas-covid-19-vaccine-candidate-meets-its-primary-efficacy> (en anglais seulement)
  - 3 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
  - 4 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
  - 5 ASPC. Mise à jour épidémiologique hebdomadaire sur la COVID-19 au canada (du 8 au 14 novembre). Ottawa : ASPC; 20 novembre 2020. Accès : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/surv-covid19-weekly-epi-update-20201120-fra.pdf>

- 6 Wingert A, Pillay J, Gates M, Guitard S, Rahman S, Beck A, Vandermeer B, Hartling L. Risk factors for severe outcomes of COVID-19: a rapid review. medRxiv. 2020 Aug 27.
- 7 CCNI. Priorités de recherche pour les vaccins contre la COVID-19 à l'appui des décisions de santé publique [en ligne]. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2020. Accès : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/immunisation/comite-consultatif-national-immunisation-ccni/priorites-recherche-vaccins-contre-covid-19.html>
- 8 Services aux Autochtones Canada. Résumé épidémiologique des cas de COVID-19 dans les communautés des Premières Nations [en ligne]. Ottawa; Services aux Autochtones Canada; 2020 [mis à jour le 20 novembre 2020; consulté le 20 novembre 2020]. Accès : <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1589895506010/1589895527965>
- 9 Agence de la santé publique 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>.

Statistique Canada. Taux de mortalité attribuable à la COVID-19 dans les quartiers ethnoculturels du Canada [en ligne]. Ottawa : Statistique Canada; 28 octobre 2020. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00079-fra.htm>

---