

# Une déclaration d'un comité consultatif (DCC) Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI)

Orientations sur la priorisation des populations principales pour l'immunisation contre la COVID-19

Veuillez noter que cette copie électronique n'est pas confidentielle et peut être partagée.

*Le 15 février 2021*

PROTÉGER LES CANADIENS ET LES AIDER À AMÉLIORER LEUR SANTÉ

## INTRODUCTION

L'objectif de la réponse du Canada à la pandémie est de réduire au minimum le risque de maladie grave et de décès tout en atténuant les perturbations sociales pouvant être subies par la population par suite de la pandémie de COVID-19. Des vaccins contre la COVID-19 fiables et efficaces contribueront à atteindre cet objectif. Les premiers approvisionnements en vaccins autorisés ne devraient pas permettre la vaccination de tous les Canadiens autorisés à les recevoir avant l'automne 2021. Il est donc nécessaire de formuler des recommandations visant à désigner les principales populations à vacciner en priorité, afin d'atteindre l'objectif de réponse à la pandémie de la manière la plus équitable, la plus éthique et la plus efficace possible.

Les données probantes sur la COVID-19 et les vaccins contre cette maladie évoluent rapidement. À ce jour, le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) a élaboré les orientations suivantes, fondées sur des données probantes, relativement à l'établissement d'un ordre de priorité des principales populations dans le contexte d'un approvisionnement limité en vaccins, afin de contribuer à la planification des programmes provinciaux et territoriaux de vaccination COVID-19 financés par les fonds publics:

1. [Orientations préliminaires sur les principales populations à immuniser en priorité contre la COVID-19](#) (novembre 2020<sup>1</sup>): Le CCNI a élaboré ces orientations en l'absence d'information sur les résultats des essais cliniques des vaccins, les caractéristiques des vaccins et l'approvisionnement en vaccins. Afin de formuler ses recommandations, il a procédé à une évaluation systématique complète des considérations d'éthique, d'équité, de faisabilité et d'acceptabilité (EEFA) grâce à ce cadre révisé par les pairs<sup>2</sup>. Ces orientations s'appuient sur les données disponibles au moment des délibérations du CCNI, notamment : l'épidémiologie de la COVID-19, les résultats d'un examen rapide des facteurs de risque pouvant développer des formes graves de COVID-19<sup>3</sup> et les consultations des parties intéressées (y compris des enquêtes auprès des experts, des défenseurs des patients et des communautés<sup>4</sup> ainsi que du public canadien)<sup>5-9</sup>. Ce document d'orientation a fourni un cadre sur lequel on pourrait continuer à établir des priorités au fur et à mesure de l'évolution des données. Ce cadre est résumé dans la Figure 1 du document d'orientation fondé sur des données probantes.
2. [Orientations sur l'établissement des priorités relatives à l'administration des premières doses de vaccins contre la COVID-19](#) (décembre 2020): Le CCNI a élaboré ces orientations urgentes sur la base du cadre ci-dessus, lorsque les données préliminaires des résultats des essais cliniques de phase 3 des vaccins Pfizer-BioNTech et Moderna contre la COVID-19 ont été rendues publiques. Ces recommandations ont permis d'établir une séquence supplémentaire des principales populations désignées dans les orientations préliminaires du CCNI, en prévision de l'arrivée des premières doses des vaccins contre la COVID-19 autorisés.

Depuis la publication des documents d'orientation susmentionnés, l'utilisation des vaccins contre la COVID-19 a été autorisée au Canada en vertu d'un arrêté d'urgence. Le CCNI a publié des recommandations sur l'utilisation du premier vaccin autorisé le 12 décembre 2020 et a mis à jour ses orientations, à mesure que d'autres vaccins ont été autorisés au Canada et que les données sur ces vaccins ont évolué. Les recommandations du CCNI sur l'utilisation des vaccins contre la COVID-19 sont disponibles [ici](#).

Les données relatives à la couverture vaccinale contre la COVID-19 et les doses administrées dans les principales populations des diverses administrations du Canada sont disponibles [ici](#).

**Objectif des orientations :**

L'objectif de la présente déclaration du comité consultatif est de fournir des orientations pour une répartition équitable, éthique et efficace des vaccins contre la COVID-19 autorisés, dans le contexte de l'arrivée échelonnée de l'approvisionnement en vaccins, ce qui nécessitera de vacciner en priorité certaines populations avant d'autres. Ces orientations s'appuient sur le cadre fondamental des orientations préliminaires du CCNI, avec des mises à jour fondées sur les données actuelles concernant la COVID-19 et les vaccins autorisés.

## MÉTHODOLOGIES

Depuis l'élaboration des premières orientations sur les principales populations, diverses parties intéressées ont été consultées : 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, [les agents de liaison et les représentants d'office du CCNI](#), le Comité canadien sur l'immunisation (CCI), [le Comité consultatif spécial sur la COVID-19 \(CCS\) du Réseau pancanadien de santé publique \(RSP\)](#), le Comité consultatif technique du CCS, le réseau Analyse comparative fondée sur le sexe et le genre + (ACSG+) avec la Division des déterminants sociaux de la santé de l'ASPC, ainsi qu'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC). Le CCNI a pris en compte les valeurs et préférences de la population canadienne générale, des experts et des principales populations particulières grâce aux résultats d'enquêtes<sup>4, 9-11</sup>, d'examen de la littérature<sup>12, 13</sup> et de communications avec les défenseurs des patients et des communautés par l'intermédiaire du président du CCNI, du secrétariat du CCNI et de l'Agence de la santé publique du Canada.

Le 19 janvier 2021, le CCNI et son Groupe de travail sur les vaccins contre les maladies infectieuses à haut risque (GT VMIHR) ont examiné les données actualisées sur l'épidémiologie de la COVID-19, les données canadiennes sur les chevauchements des divers facteurs de risque biologiques et sociaux de la COVID-19 et les questions liées à l'éthique, l'équité, la faisabilité et l'acceptabilité de la vaccination dans différentes principales populations. Les membres du CCNI et de son GT VMIHR ont réalisé des enquêtes sur l'établissement de l'ordre de priorité dans les différentes principales populations le 24 janvier 2021. Le CCNI a examiné les résultats d'un examen rapide des données probantes<sup>3</sup> sur les facteurs de risque d'effets graves de la COVID-19 qui ont servi de base à l'élaboration de ses précédentes orientations, ainsi que les résultats préliminaires (voir l'Annexe A) d'un examen rapide actualisé des facteurs de risque biologiques (dans les études provenant des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques [OCDE]) et des facteurs de risque sociaux (dans les études menées au Canada); cet examen ayant été effectué par l'Alberta Research Centre for Health Evidence (ARCHE) les 19 et 28 janvier 2021. Le 28 janvier 2021, le CCNI a délibéré sur les données cumulées et a formulé des recommandations. Le 5 février 2021, il a procédé à un vote, puis approuvé les recommandations révisées.

De plus amples renseignements sur le [processus et les procédures du CCNI](#) sont disponibles ailleurs<sup>14</sup>.

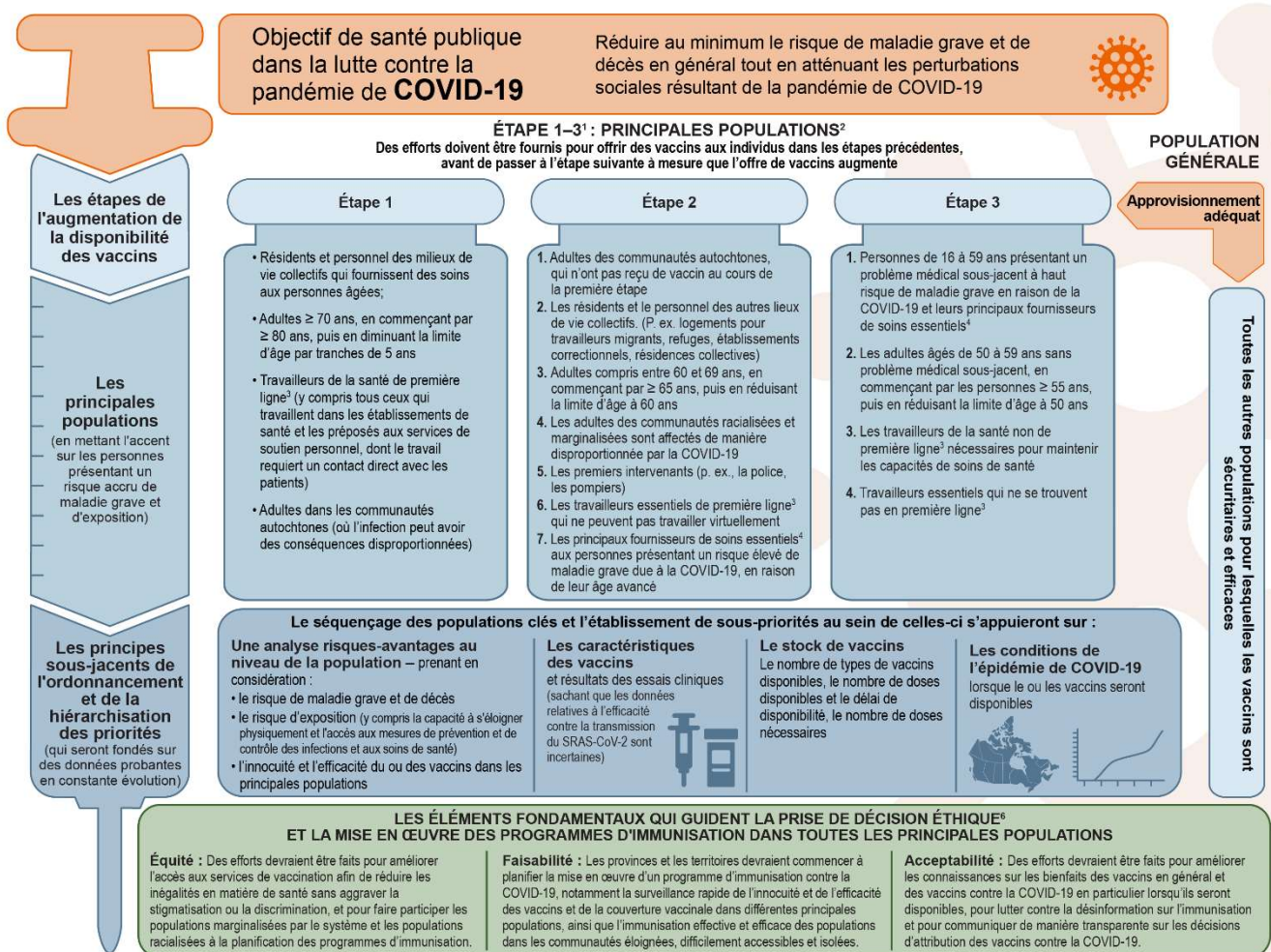
## RECOMMANDATIONS

La Figure 1 résume les recommandations du CCNI pour l'attribution équitable, éthique et efficace des vaccins contre la COVID-19 autorisés dans le contexte de l'arrivée échelonnée de l'approvisionnement en vaccins. Elle correspond à une mise à jour du cadre fondamental à partir des [Orientations préliminaires sur les principales populations à immuniser en priorité contre la COVID-19](#) grâce aux données actuelles sur les vaccins contre la COVID-19 et la maladie elle-même.

Le CCNI a élaboré ces recommandations fondées sur des données probantes afin de faciliter la planification des programmes de vaccination contre la COVID-19, financés par les fonds publics à l'échelle provinciale et territoriale, en s'appuyant sur les données probantes disponibles au moment de ses délibérations. Il reconnaît que les contextes logistiques/opérationnels et épidémiologiques varient entre les provinces et territoires du Canada, ce qui peut avoir une incidence sur le séquençage des principales populations et l'établissement de sous-priorités dans ces populations désignées à chaque étape. Le CCNI encourage les administrations à s'aligner, autant que possible, sur ces recommandations pour assurer une répartition équitable, éthique, efficace et cohérente des vaccins contre la COVID-19 au Canada, tout en tenant compte de leur contexte local.

Le CCNI reconnaît également que l'épidémiologie de la COVID-19 (y compris l'émergence de variantes préoccupants du virus du SRAS-CoV-2) et les données sur les vaccins évoluent rapidement; il continuera donc à surveiller les données et à mettre à jour ses recommandations au besoin.

Figure 1. Résumé des recommandations du CCNI sur l'établissement de l'ordre de priorité des populations principales pour l'immunisation contre la COVID-19



## Les étapes de l'augmentation de la disponibilité des vaccins

Les principales populations sont séquençées en trois étapes correspondant à l'augmentation de la disponibilité des vaccins au cours de chaque trimestre de 2021. D'ici la fin du troisième trimestre 2021, on prévoit que l'approvisionnement sera suffisant pour fournir des vaccins à l'ensemble de la population. Le CCNI recommande que des efforts soient faits pour fournir les vaccins autorisés aux individus des principales populations désignées à chaque étape, avant de passer à l'étape suivante à mesure de l'augmentation de l'offre de vaccins.

## Principes sous-jacents du séquençage des principales populations et de l'établissement de leur ordre de priorité

1 Les principales populations clés des étapes 2 et 3, recommandées depuis les précédentes orientations de l'ENAI sur l'étape 1, sont classées par ordre de priorité. Les exemples cités dans les populations clés sont des suggestions qui ne sont pas classées par ordre de priorité.

2 Les principales populations ne sont pas mutuellement exclusives et peuvent se chevaucher. Le séquençage et la sous-priorisation peuvent différer d'une juridiction à l'autre en fonction des différences d'épidémiologie et de contextes logistiques locaux.

3 Avoir un contact physique étroit et direct avec le public.

4 L'adulte principalement responsable de la prise en charge d'un membre de la famille ou d'un proche qui n'est pas autonome.

5 Fondé sur l'évaluation systématique de l'éthique, de la faisabilité et de l'acceptabilité, qui repose sur un cadre éclairé par des données probantes. Consulter <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.05.051>

Les recommandations du CCNI sur le séquençage des principales populations et l'établissement de leurs sous-priorités sont fondées sur les données dont nous disposons sur les points suivants :

- L'analyse risques/avantages fondée sur la population, compte tenu des facteurs suivants :
  - le risque de développer une forme grave de la COVID-19 ou d'en mourir;
  - le risque d'exposition au SRAS-CoV-2 (y compris la capacité à s'éloigner physiquement, ainsi que l'accès à d'autres mesures de prévention et de contrôle des infections et aux soins de santé);
  - la sécurité et l'efficacité des vaccins autorisés dans les principales populations;
- les caractéristiques des vaccins et les résultats des essais cliniques (compte tenu du caractère évolutif des données relatives à l'efficacité contre la transmission du SRAS-CoV-2);
- le stock de vaccins (nombre de types de vaccins disponibles, nombre de doses disponibles et le délai de disponibilité, le nombre de doses nécessaires pour chaque population principale);
- les conditions épidémiologiques de la COVID-19 lorsque les vaccins seront disponibles (ces conditions étant susceptibles de varier entre les administrations).

Le CCNI recommande que les vaccins contre la COVID-19 autorisés soient classés par ordre de priorité pour les personnes faisant partie des principales populations séquencées en trois étapes, en fonction de l'augmentation de l'approvisionnement en vaccins, et que leur ordre de sous-priorité soit établi à chaque étape, comme l'indique la Figure 1, jusqu'à ce qu'un approvisionnement adéquat permette d'offrir un vaccin à la population générale. Le CCNI reconnaît que le séquençage et l'établissement de sous-priorités à chaque étape puisse différer entre les administrations, en fonction de l'épidémiologie de la COVID-19 et des contextes logistiques locaux. L'établissement de sous-priorités dans les principales populations devrait être fondé sur le risque accru de maladie grave et de décès dus à la COVID-19 (p. ex., l'âge) et le risque accru d'exposition au SRAS-CoV-2 (p. ex., l'incapacité de respecter l'éloignement physique). Les principales populations ne sont pas mutuellement exclusives et peuvent se chevaucher.

### **Éléments fondamentaux orientant la prise de décisions éthiques (pour des recommandations équitables, réalisables et acceptables) et la mise en œuvre des programmes de vaccination contre la COVID-19 à l'échelle des principales populations**

Les éléments fondamentaux qui ont orienté la prise de décisions éthiques pour ces recommandations sont conformes à ceux qui sont décrits dans le cadre EEFA du CCNI. Des outils fondés sur des données probantes ont été utilisés pour évaluer de manière exhaustive les questions liées à l'éthique, l'équité, la faisabilité et l'acceptabilité<sup>2</sup> de la vaccination contre la COVID-19 dans les [Orientations préliminaires sur les principales populations à immuniser en priorité contre la COVID-19](#).

Le CCNI s'est efforcé de formuler des recommandations éthiques, équitables et fondées sur des données probantes. Il reconnaît que certaines populations sont plus exposées au SRAS-CoV-2 (p. ex., en raison de leur cadre de vie ou de travail), tandis que d'autres sont exposées à un risque accru de développer une forme grave de COVID-19, ou de subir des conséquences graves (p. ex., hospitalisation et décès) en raison de divers facteurs biologiques (p. ex., âge avancé, problème de santé préexistant) et sociaux (p. ex., faible statut socio-économique, appartenance à une population racialisée)<sup>3</sup>. Qui plus est, ces facteurs de risque de maladie grave et d'exposition peuvent se chevaucher, ce qui augmente encore le risque. Toute combinaison de ces facteurs, ainsi que l'accès variable aux services de soins de santé, peut avoir des conséquences

disproportionnées pour certaines populations particulières caractérisées par des taux accrus d'infection et de maladie, de maladie grave, d'hospitalisation ou de décès. Le CCNI reconnaît également que de nouvelles données probantes ne cessent d'émerger concernant les facteurs de risque de conséquences graves découlant de la COVID-19. Aussi, il prévoit rester attentif à cette évolution et actualiser ses recommandations selon les besoins.

Nombre de populations qui courent un risque accru de contracter une maladie grave ou d'y être exposées éprouvent des difficultés à accéder à la vaccination. La pandémie de COVID-19 a amplifié les inégalités sociales et biologiques et menace de les exacerber avec une répartition inéquitable des vaccins<sup>15</sup>. Voir la [Matrice d'équité](#), mise à jour en fonction de l'évolution des données et des consultations, pour un résumé des inégalités associées à la COVID-19, leurs origines et chevauchements possibles, ainsi que des interventions proposées pour les réduire et améliorer l'accès aux vaccins.

Le CCNI s'est également efforcé de formuler des recommandations qui soient acceptables pour les Canadiens et possibles à mettre en œuvre sur la base de consultations des parties intéressées et d'enquêtes auprès d'experts, de la population générale et des principales populations.

Prenant en compte ces éléments fondamentaux, ainsi que les considérations actualisées sur le spectre des inégalités biologiques et sociales et leurs chevauchements<sup>15</sup>, le CCNI formule les recommandations suivantes au chapitre de la mise en œuvre des programmes de vaccination pour l'ensemble des populations :

- **Des efforts devraient être fournis 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 de façon systémique et les populations racialisées à la planification des programmes d'immunisation.**
  - Des exemples d'interventions visant à faire participer les communautés et à lever les obstacles à l'accès aux vaccins, résumés dans la [Matrice d'équité](#)<sup>15</sup>, pourraient contribuer à réduire les inégalités. Par exemple, des stratégies devraient être mises en œuvre pour accroître la disponibilité des vaccins contre la COVID-19 et leur accès pour les groupes de migrants qui font partie des principales populations susmentionnées, mais pour lesquels les vaccins ne sont généralement pas fournis dans le cadre des régimes de santé provinciaux ou territoriaux. Les groupes de migrants peuvent comprendre : les résidents temporaires (p. ex., les travailleurs temporaires étrangers, les étudiants internationaux, les demandeurs d'asile) et les migrants sans papiers (c.-à-d. sans statut).
- **Les administrations devraient assurer une surveillance étroite et rapide de l'innocuité, de l'efficacité et de la couverture de différents vaccins contre la COVID-19 chez différentes principales populations, ainsi qu'une immunisation efficace et efficiente des populations des communautés éloignées, difficiles d'accès ou isolées.**
  - Par exemple, les plans de mise en œuvre des programmes de vaccination devraient prévoir des lieux pratiques et accessibles pour toutes les populations, y compris pour les personnes qui ont des difficultés à accéder aux établissements de santé traditionnels – comme les personnes sans-abri ou handicapées, ou celles qui ne disposent pas de moyens de transport. Les plans de prise de rendez-vous, de systèmes de rappel et de contrôle de la sécurité et de

l'efficacité devraient envisager la manière de joindre les personnes qui n'ont pas de téléphone ou d'accès à la technologie.

- **Des efforts devraient être fournis pour améliorer les connaissances sur les bienfaits des vaccins en général et des vaccins contre la COVID-19 en particulier, afin de lutter contre la mésinformation et de communiquer de manière transparente sur les décisions d'attribution de ces vaccins.**
  - Par exemple, on pourrait lutter contre la mésinformation et la méfiance à l'égard de la vaccination en général, et des vaccins COVID-19 en particulier, en associant influenceurs sociaux, aînés autochtones et dirigeants des groupes culturels et religieux aux efforts communautaires pour coordonner les approches de santé publique et la planification des programmes de vaccination, sans négliger de fournir des supports éducatifs adaptés à la culture dans les langues, les niveaux d'alphabétisation et les canaux médiatiques appropriés.

### Principales populations à vacciner en premier contre la COVID-19

Sur la base des principes ci-dessus pour le séquençage des principales populations et l'établissement des sous-priorités, ainsi que des éléments fondamentaux orientant la prise de décisions éthiques, le CCNI recommande que les principales populations suivantes figurant dans le Tableau 1, pour lesquelles [les vaccins autorisés contre la COVID-19 sont recommandés](#), soient vaccinées en priorité. Voir le Tableau 2 pour des détails supplémentaires sur les principales populations, ainsi qu'un résumé des données et des justifications des recommandations sur la séquence de priorité.

Tableau 1. Les populations principales\* prioritaires pour l'immunisation contre la COVID-19, dans le contexte de l'approvisionnement échelonné en vaccins

<b>Des efforts doivent être fournis pour offrir des vaccins aux individus dans les étapes précédentes, avant de passer à l'étape suivante à mesure que l'offre de vaccins augmente</b>		
<b>Étape 1</b>	<b>Étape 2<sup>†</sup></b>	<b>Étape 3<sup>†</sup></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Résidents et personnel des milieux de vie collectifs qui fournissent des soins aux personnes âgées;</li> <li>• Adultes ≥ 70 ans, en commençant par ≥ 80 ans, puis en diminuant la limite d'âge par tranches de 5 ans</li> <li>• Travailleurs de la santé de première ligne* (y compris tous ceux qui travaillent dans les établissements de santé et les préposés aux services de soutien personnel, dont le travail requiert un contact direct avec les patients);</li> <li>• Adultes dans les communautés autochtones (où l'infection peut avoir des</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adultes en provenance des communautés autochtones ou qui s'y trouvent, qui n'ont pas reçu de vaccin au cours de l'Étape 1;</li> <li>2. Résidents et personnel des autres lieux de vie collectifs (p. ex., logements pour travailleurs migrants, refuges, établissements correctionnels, résidences collectives);</li> <li>3. Adultes compris entre 60 et 69 ans, en commençant par ≥ 65 ans, puis en réduisant la limite d'âge à 60 ans;</li> <li>4. Adultes des communautés racialisées et marginalisées touchées de manière</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Personnes de 16 à 59 ans présentant un problème médical sous-jacent à haut risque de maladie grave en raison de la COVID-19 et leurs principaux fournisseurs de soins<sup>§</sup>;</li> <li>2. Adultes de 50 à 59 ans sans problème médical sous-jacent, en commençant par les personnes ≥ 55 ans, puis en réduisant la limite d'âge à 50 ans;</li> <li>3. Travailleurs de la santé qui ne sont pas en première ligne<sup>‡</sup>, mais qui sont nécessaires pour maintenir les capacités de soins de santé;</li> </ol>



Étape 1	Étape 2 <sup>†</sup>	Étape 3 <sup>†</sup>
conséquences disproportionnées).	disproportionnée par la COVID-19; 5. Premiers intervenants (p. ex., la police, les pompiers); 6. Travailleurs essentiels de première ligne <sup>‡</sup> qui ne peuvent pas travailler à distance; 7. Principaux fournisseurs de soins essentiels <sup>§</sup> aux personnes présentant un risque élevé de maladie grave due à la COVID-19, en raison de leur âge avancé.	4. Travailleurs essentiels qui ne se trouvent pas en première ligne <sup>‡</sup> .

\*Les principales populations ne sont pas mutuellement exclusives et peuvent se chevaucher. Le séquençage et l'établissement de sous-priorités peuvent différer entre les administrations, en fonction de l'épidémiologie de la COVID-19 et des contextes logistiques locaux.

<sup>†</sup>Les principales populations des Étapes 2 et 3, recommandées depuis les précédentes orientations du CCNI sur l'Étape 1, sont classées par ordre de priorité.

<sup>‡</sup>Première ligne, aux fins d'immunisation prioritaire contre la COVID-19, est définie comme suit : « avoir un contact physique étroit et direct avec le public ».

<sup>§</sup>Le principal fournisseur de soins, aux fins d'immunisation prioritaire contre la COVID-19, est défini comme « l'adulte principalement responsable de la prise en charge d'un membre de la famille ou d'un proche qui n'est pas autonome ».

Dans les cas où plusieurs vaccins contre la COVID-19 autorisés sont disponibles au Canada, il serait raisonnable qu'un vaccin, dont l'utilisation n'est pas autorisée dans une principale population prioritaire ou dont on ne s'attend pas à ce qu'il offre une protection optimale dans ces populations, soit mis à la disposition des personnes qui appartiennent à des populations ne faisant pas partie de la séquence prioritaire et qui donnent leur consentement éclairé. Offrir un vaccin moins efficace aux principales populations en priorité pour l'immunisation pourrait permettre d'obtenir une certaine protection directe à court terme, si elles pouvaient avoir accès au vaccin plus rapidement, mais les ramifications à long terme d'une protection moindre pourraient perpétuer la répartition injuste des avantages et des charges associés à la COVID-19 dans ces groupes qui présentent un risque accru de maladie grave ou d'exposition. Au moment de décider du vaccin à administrer aux principales populations, il est important d'examiner le potentiel d'exacerbation des inégalités dans les populations qui présentent des facteurs de risque croisés de maladie grave (p. ex., la pauvreté, l'absence de domicile fixe, les problèmes médicaux sous-jacents) et d'exposition (p. ex., les logements multigénérationnels, la surreprésentation dans les emplois fournissant des services essentiels tels que l'alimentation et les soins de santé). Ainsi en est-il des populations racialisées et marginalisées, qui ont été touchées de façon disproportionnée par la COVID-19 et qui font face à des obstacles systémiques entravant l'accès aux soins de soutien nécessaires. Les avantages d'une vaccination par ordre de priorité devraient l'emporter sur les risques d'une vaccination avec un vaccin moins efficace. Cela dépendra d'une évaluation des conditions épidémiologiques locales de la COVID-19 et de l'approvisionnement en vaccins, ainsi que du risque de maladie grave et d'exposition dans une population. Pour plus d'éclaircissements, voir les [Recommandations sur l'utilisation des vaccins contre la COVID-19](#). Voir le Tableau 2 pour des détails supplémentaires et des exemples de principales populations, ainsi qu'un résumé des données et des justifications des recommandations sur la séquence de priorité.

Tableau 2. Résumé des données et des justifications des recommandations sur le séquençage des principales populations et l'établissement des sous-priorités en fonction des trois étapes\* de l'augmentation de l'approvisionnement en vaccins contre la COVID-19

Principales populations à immuniser en priorité contre la COVID-19	Résumé des données et justifications de la recommandation
<b>Étape 1</b>	
<p><b>Résidents et personnel des milieux de vie collectifs qui fournissent des soins aux personnes âgées</b></p> <p>c.-à-d. les soins de longue durée, l'assistance à la vie, les maisons de retraite et les hôpitaux de soins chroniques</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les établissements de soins de longue durée et les résidences pour personnes âgées (ou maisons de retraite) continuent d'être les endroits les plus fréquents d'éclosion au Canada et représentent la plus grande proportion des cas et des décès liés à l'éclosion<sup>16</sup>. Au total, 44 % des éclosions et 69 % des décès y ont été signalés<sup>17</sup>.</li> <li>• Les résidents de ces établissements sont principalement d'un âge avancé, ce qui augmente encore leur risque de subir des conséquences graves, comme une hospitalisation et un décès, dues à la COVID-19<sup>3</sup>.</li> <li>• Vivre dans un établissement de soins de longue durée est associé à un risque accru de mortalité au Canada<sup>18</sup>.</li> <li>• Lors d'une enquête menée en décembre 2020, les répondants canadiens ont classé les « personnes vivant ou travaillant dans des établissements de soins de longue durée », comme l'une des populations prioritaires pour la vaccination contre la COVID-19 dans le contexte d'une offre limitée<sup>11</sup>.</li> </ul>
<p><b>Adultes ≥ 70 ans, en commençant par ceux dont l'âge est ≥ 80 ans, puis en diminuant la limite d'âge par tranches de 5 ans</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il existe une corrélation indépendante et importante entre les formes graves de COVID-19 et l'âge avancé; et une certitude modérée de données quant à une corrélation très importante d'hospitalisations et de mortalité, en particulier chez les personnes de plus de 70 ans.</li> <li>• Les taux d'hospitalisation les plus élevés au Canada sont observés chez les personnes âgées de 80 ans et plus<sup>16</sup>.</li> <li>• La proportion de personnes présentant au moins un problème médical sous-jacent, associé à un risque accru de développer une forme grave de COVID-19 augmente avec l'âge<sup>19</sup>.</li> <li>• Les Canadiens plus âgés sont nettement plus disposés que les jeunes à se faire vacciner contre la COVID-19 et ont été classés par les Canadiens et les experts concernés, comme un groupe hautement prioritaire pour recevoir le vaccin contre la COVID-19 plus tôt que les autres dans le contexte d'une offre limitée<sup>4, 9, 11</sup>.</li> <li>• La proportion de certains groupes racialisés qui ont été touchés de manière disproportionnée par la pandémie de COVID-19 (p. ex., les Autochtones et les Sud-asiatiques) avec au moins un problème médical sous-jacent est plus élevée dans cette tranche d'âge que dans les autres groupes<sup>19</sup>. Par conséquent, l'immunisation des personnes faisant partie de ce groupe d'âge peut réduire ou prévenir l'exacerbation des inégalités de santé liées à la COVID-19.</li> <li>• Du point de vue de la faisabilité, proposer la vaccination par âge est logistiquement plus simple pour le déploiement d'un programme de vaccination par rapport à d'autres stratégies.</li> </ul>

Principales populations à immuniser en priorité contre la COVID-19	Résumé des données et justifications de la recommandation
<p><b>Travailleurs de santé de première ligne<sup>†</sup></b></p> <p>Tous ceux qui travaillent dans des établissements de santé et préposés aux services de soutien personnel, dont le travail implique un contact physique direct et étroit avec des patients ou des échantillons du SRAS-CoV-2, y compris :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Le personnel qui travaille ou étudie dans des établissements de santé (p. ex., étudiants dans les disciplines de santé, travailleurs contractuels, bénévoles) et les autres personnels de santé (p. ex., ceux qui travaillent dans les agences de soins à domicile, les laboratoires et les milieux communautaires)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les travailleurs de la santé qui fournissent des soins de première ligne aux patients ne peuvent pas travailler à distance et sont exposés de manière différenciée au SRAS-CoV-2. Ils sont essentiels pour protéger la capacité des soins de santé, et leur absence pour cause de maladie compromet la capacité des soins. Le système de santé continue d'être mis à rude épreuve en raison de l'hospitalisation des personnes atteintes de la COVID-19, surtout lorsque les taux d'infection sont élevés.</li> <li>• L'immunisation des travailleurs de la santé, ainsi que des autres travailleurs exerçant une fonction dans le secteur de la santé (p. ex., les préposés aux services de soutien personnel), diminue la charge disproportionnée de ceux qui prennent des risques supplémentaires pour protéger le public, ce qui permet de respecter le principe éthique de réciprocité.</li> <li>• Parmi les travailleurs d'un établissement de santé, ceux 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 la chambre des patients), et en particulier ceux qui sont en contact direct avec les patients atteints de la COVID-19, devraient être prioritaires, lors de la mise à disposition initiale du vaccin.</li> <li>• Les groupes racialisés et les immigrants récents, qui ont été touchés de manière disproportionnée par la COVID-19 sont surreprésentés dans les emplois du secteur de la santé<sup>20</sup>. Par conséquent, l'immunisation de ces travailleurs peut réduire ou prévenir l'exacerbation des inégalités de santé liées à la COVID-19.</li> <li>• Les travailleurs de la santé ont été classés par les Canadiens et les experts des parties intéressées comme un groupe hautement prioritaire pour la vaccination contre la COVID-19 dans le contexte d'une offre limitée<sup>4, 9-11</sup>.</li> <li>• Un examen rapide des études effectuées au Canada a révélé des taux d'hospitalisation, d'admission en unité de soins intensifs (USI) et de mortalité plus faibles chez les travailleurs de la santé que chez les autres travailleurs. (Cela peut être lié à un accès accru et à une formation à l'utilisation des équipements de protection individuelle chez certains travailleurs de la santé, à une augmentation des tests chez ces derniers ou à d'autres covariables non contrôlées, comme l'âge<sup>18</sup>.)</li> </ul>
<p><b>Adultes des communautés autochtones (où l'infection peut avoir des conséquences disproportionnées)</b></p> <p>(Comprend les communautés des Premières nations, des Métis et des Inuits, comme celles qui vivent dans des régions éloignées ou isolées, où</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les communautés autochtones ont été touchées de manière disproportionnée par les pandémies passées (p. ex., la pandémie de grippe H1N1 de 2009). Les communautés éloignées ou isolées peuvent ne pas avoir facilement accès à des infrastructures de soins de santé suffisantes. Par conséquent, leur risque de conséquences graves, y compris de décès, et de perturbation de l'ordre social est proportionnellement plus élevé que dans d'autres communautés.</li> <li>• La proportion de Canadiens qui se déclarent autochtones et qui ont au moins un problème médical sous-jacent associé à une forme grave de COVID-19 est plus élevée que celle des autres Canadiens pour chaque catégorie d'âge supérieure à 20 ans<sup>19</sup>.</li> <li>• Le risque de transmission est élevé dans des milieux où l'éloignement physique et autres mesures de prévention et de contrôle des infections présentent des défis, et où les individus peuvent ne pas être en mesure d'exercer des actions personnelles suffisantes pour se protéger adéquatement contre l'infection.</li> </ul>

Principales populations à immuniser en priorité contre la COVID-19	Résumé des données et justifications de la recommandation
l'accès aux soins de santé peut être limité.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La vaccination des individus dans cette population a la potentiel de réduire ou même prévenir l'exacerbation des inégalités biologiques et sociales, et de leurs chevauchements, au chapitre de la santé<sup>15</sup>.</li> </ul>
<b>ÉTAPE 2</b>	
<p><b>1. Adultes en provenance des communautés autochtones ou qui s'y trouvent, qui n'ont pas reçu de vaccin au cours de l'Étape 1</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Au début de la pandémie de COVID-19, les taux de cas et de mortalité dans les communautés autochtones du Canada étaient faibles par rapport à la population générale, en raison du succès des interventions fondées sur leurs propres traditions et sur l'autodétermination<sup>21</sup>. Cependant, les taux d'attaque et de mortalité dans les communautés des Premières nations sont désormais plus élevés que dans l'ensemble de la population canadienne (après ajustement pour tenir compte des différences de structure de la population)<sup>22</sup>.</li> <li>• Le risque de développer une forme grave de la COVID-19 semble plus élevé chez les Premières nations vivant hors réserve que chez celles vivant dans une réserve. Un examen rapide des données au Canada a révélé une association entre l'augmentation des hospitalisations et de la mortalité chez les Premières nations vivant hors réserve par rapport à celles vivant sur réserve (bien que l'ampleur de cette association soit incertaine et que des covariables telles que l'âge n'aient pas été prises en compte)<sup>18</sup>.</li> <li>• La proportion de Canadiens qui se déclarent autochtones et qui ont au moins un problème médical sous-jacent associé à un risque élevé de développer une forme grave de la COVID-19 est plus élevée que celle des autres Canadiens pour chaque catégorie d'âge supérieure à 20 ans<sup>19</sup>.</li> <li>• Les populations racialisées et marginalisées, tels que les Autochtones, ont été touchées de manière disproportionnée par la COVID-19, en raison d'un certain nombre de facteurs d'équité croisés. Le CCNI reconnaît que ces populations peuvent avoir des difficultés à accéder aux services de vaccination, et des efforts particuliers pour les atteindre seront nécessaires à toutes les étapes de déploiement du vaccin. Le CCNI encourage la mise en œuvre des stratégies définies dans la <a href="#">Matrice d'équité</a><sup>15</sup>, afin de réduire les inégalités et d'accroître l'accès aux vaccins dans toutes les principales populations. Par exemple, en associant les aînés aux efforts déployés par les communautés pour coordonner les approches de santé publique et planifier les programmes de vaccination, et en fournissant des supports éducatifs adaptés à la culture dans les langues, les niveaux d'alphabétisation et les canaux médiatiques appropriés, il serait possible de réduire les inégalités et de lutter contre la désinformation et la méfiance.</li> </ul>
<p><b>2. Résidents et personnel des autres lieux de vie collectifs</b></p> <p>Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ quartiers pour travailleurs migrants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Au Canada, un nombre élevé d'éclosions de la COVID-19 et de cas associés, y compris des décès, sont survenus dans des lieux de vie collective (p. ex., des établissements correctionnels, des refuges, des logements pour travailleurs migrants, des résidences collectives)<sup>23</sup>.</li> <li>• Le risque d'infection par le SARS-CoV-2 est élevé dans les lieux de rassemblement où l'éloignement physique et autres mesures de prévention et de contrôle de l'infection posent des défis. Le surpeuplement et la mauvaise ventilation y augmentent encore le risque d'exposition.</li> </ul>

Principales populations à immuniser en priorité contre la COVID-19	Résumé des données et justifications de la recommandation
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ refuges (pour sans-abri, femmes et enfants, nouveaux arrivants)</li> <li>➤ établissements correctionnels</li> <li>➤ résidences collectives (pour personnes handicapées, toxicomanes ou souffrant de maladies mentales)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le risque de transmission de l'infection entre les établissements, tels que les refuges et les établissements correctionnels, et la communauté est accru en raison des déplacements du personnel, des résidents et des visiteurs<sup>24</sup>.</li> <li>• Les individus dans ces milieux peuvent ne pas être en mesure d'exercer des actions personnelles suffisantes pour se protéger de manière adéquate contre l'infection.</li> <li>• Les résidents des centres de vie collective présentent un certain nombre de facteurs croisés (tels que les problèmes médicaux sous-jacents, le faible statut socio-économique et la racialisation<sup>15</sup>), qui contribuent aux inégalités en matière de santé et sont associés à un risque accru de subir les conséquences graves de la COVID-19. Par exemple, on estime que 28 % des personnes sans domicile fixe sont membres de groupes racialisés; et les Canadiens qui se déclarent autochtones sont huit fois plus susceptibles de se retrouver sans domicile fixe. On estime que 45 % des personnes sans domicile fixe vivent avec un handicap ou une maladie mentale<sup>25</sup>. Les personnes qui se déclarent autochtones ou noires sont également surreprésentées dans les établissements correctionnels au Canada<sup>26</sup>. Par conséquent, l'immunisation des personnes dans ces endroits peut réduire ou prévenir l'exacerbation des inégalités de santé liées à la COVID-19.</li> <li>• De nombreux résidents de ces milieux ont un accès inéquitable aux soins de santé. Proposer des vaccins dans ces contextes peut améliorer l'accès des résidents et des travailleurs à la vaccination et son acceptation. D'autres stratégies sont nécessaires pour accroître la disponibilité des vaccins contre la COVID-19 et leur accès dans ces populations<sup>15</sup>. Par exemple, on devrait mettre en œuvre des stratégies visant à accroître la disponibilité des vaccins et leur accès dans les groupes de migrants (p. ex., les travailleurs temporaires étrangers), pour lesquels les vaccins ne sont généralement pas fournis dans le cadre des régimes de santé provinciaux ou territoriaux.</li> <li>• Lorsqu'ils classent par ordre d'importance relative les différents groupes à vacciner en cas d'offre limitée, les répondants à l'enquête canadienne placent les personnes vivant ou travaillant dans des environnements à haut risque en 5<sup>e</sup> position<sup>11</sup>.</li> </ul>
<p><b>3. Adultes compris entre 60 et 69 ans, en commençant par les personnes ≥ 65 ans, puis en réduisant la limite d'âge à 60 ans</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il existe une corrélation importante et indépendante entre les formes graves de COVID-19 et l'âge avancé; ainsi qu'une certitude modérée quant aux données probantes concernant une corrélation importante entre l'hospitalisation et la mortalité chez les personnes de plus de 60 ans par rapport aux personnes de 45 ans et moins<sup>3</sup>.</li> <li>• Il existe une certitude faible ou modérée de données indiquant une corrélation importante entre l'augmentation des hospitalisations, de la ventilation artificielle, des maladies graves et de la mortalité, chez les personnes atteintes de la COVID-19 de 60 à 69 ans par rapport à celles de moins de 60 ans. Chez les personnes atteintes, qui présentent deux affections préexistantes ou plus, la certitude des données est faible ou modérée quant à l'existence d'un lien important entre l'augmentation des hospitalisations, de la ventilation artificielle et de la mortalité (pour les personnes dont l'âge est compris entre 60 et 79 ans) par rapport aux personnes présentant moins de deux affections préexistantes<sup>18</sup>.</li> </ul>

Principales populations à immuniser en priorité contre la COVID-19	Résumé des données et justifications de la recommandation
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La proportion de personnes présentant au moins un problème médical sous-jacent, associé à un risque accru de développer une forme grave de COVID-19, augmente avec l'âge<sup>19</sup>.</li> <li>• Les Canadiens plus âgés sont nettement plus disposés que les jeunes à se faire vacciner contre la COVID-19<sup>9, 10, 27</sup> et ont été classés par les Canadiens et les experts concernés, comme un groupe hautement prioritaire pour recevoir le vaccin contre la COVID-19 plus tôt que les autres dans le contexte d'une offre limitée<sup>4, 9, 11</sup>.</li> <li>• Du point de vue de la faisabilité, proposer la vaccination par âge est logistiquement plus simple pour le déploiement d'un programme de vaccination par rapport à d'autres stratégies.</li> </ul>
<p><b>4. Adultes des communautés racialisées et marginalisées touchés de manière disproportionnée par la COVID-19</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les populations racialisées et marginalisées ont été touchées de façon disproportionnée par la COVID-19 au Canada et dans le monde entier, en raison d'un certain nombre de facteurs d'équité croisés, notamment les obstacles systémiques à l'accès aux soins de santé.</li> <li>• La pauvreté, l'absence de domicile fixe et l'appartenance à des groupes ethnoraciaux noirs ou sud-asiatiques ont été indépendamment associés à l'hospitalisation ou à la mortalité dues à la COVID-19 dans les pays de l'OCDE<sup>3</sup>.</li> <li>• Les données disponibles au Canada révèlent que les quartiers diversifiés sur le plan ethnoculturel connaissent des taux disproportionnellement plus élevés d'infections, de décès et d'hospitalisations dus à la COVID-19<sup>28</sup>. Par exemple, les quartiers ayant la plus forte proportion de minorités visibles (≥ 25 %) ont un taux de mortalité deux fois plus élevé que ceux ayant la plus faible proportion de minorités visibles (&lt;1 %)<sup>29</sup>. En Ontario, les taux d'hospitalisation et d'admission aux soins intensifs étaient quatre fois plus élevés pour les populations ethniquement diversifiées que pour les populations les moins diversifiées, et les taux de mortalité étaient deux fois plus élevés<sup>28</sup>. À Ottawa, alors que la proportion totale des groupes racialisés représente seulement 29 % de la population générale, ils représentent 63 % des cas de COVID-19. La communauté noire d'Ottawa représente 7 % de la population générale, mais compte 37 % des cas de COVID-19<sup>30</sup>.</li> <li>• Les personnes ayant obtenu un résultat positif au test COVID-19 en Ontario vivaient plus souvent dans des quartiers marginalisés, à faible revenu et ethniquement diversifiés, avec des concentrations plus élevées d'immigrants et de minorités visibles<sup>28, 31</sup>. À Toronto, 48 % des personnes atteintes de la COVID-19 vivaient dans des ménages à faible revenu et 57 % d'entre elles ont été hospitalisées<sup>32</sup>.</li> <li>• Le risque de transmission est élevé dans des environnements tels que les logements multigénérationnels, où l'éloignement physique et les autres mesures de prévention et de contrôle des infections posent des défis et où les individus peuvent ne pas être en mesure d'exercer des actions personnelles suffisantes pour se protéger adéquatement contre l'infection.</li> <li>• Le CCNI reconnaît que ces populations peuvent avoir des difficultés à accéder aux services de vaccination, et des efforts particuliers pour les atteindre seront nécessaires à toutes les étapes de déploiement des</li> </ul>

Principales populations à immuniser en priorité contre la COVID-19	Résumé des données et justifications de la recommandation
	<p>vaccins. Le CCNI encourage la mise en œuvre des stratégies définies dans la <a href="#">Matrice d'équité</a><sup>15</sup> afin de réduire les inégalités et d'accroître l'accès aux vaccins dans toutes les principales populations. Par exemple, il convient de mettre en œuvre des stratégies pour atteindre ceux qui rencontrent des difficultés liées au transport, à la technologie, au temps ou à la langue.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le CCNI reconnaît qu'offrir des vaccins à cette population pourrait poser des défis et qu'il pourrait y avoir des chevauchements avec d'autres principales populations désignées.</li> </ul>
<p><b>5. Premiers intervenants</b></p> <p>Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ la police</li> <li>➤ les sapeurs-pompiers</li> <li>➤ les militaires</li> <li>➤ les garde-côtes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un premier intervenant est un des premiers à arriver et à apporter son aide sur les lieux d'une urgence<sup>33</sup> et court donc un risque accru d'exposition au SRAS-CoV-2.</li> <li>L'immunisation des premiers intervenants réduit considérablement la charge disproportionnée de ceux qui prennent des risques supplémentaires pour protéger le public.</li> <li>L'absentéisme pour cause de maladie ou de risque perçu de maladie dû à la COVID-19 chez les premiers intervenants peut compromettre l'intervention d'urgence.</li> </ul>
<p><b>6. Travailleurs essentiels de première ligne† ne pouvant pas travailler à distance</b></p> <p>Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ enseignants et personnel des écoles/garderies ne travaillant pas à distance</li> <li>➤ travailleurs du domaine de la production alimentaire/des industries de fabrication des produits alimentaires</li> <li>➤ personnel des épicerie</li> <li>➤ travailleurs du secteur des transports</li> <li>➤ services frontaliers</li> <li>➤ services postaux</li> <li>➤ personnes impliquées dans la réponse à la pandémie</li> <li>➤ travailleurs en rotation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>De nombreux services essentiels ne peuvent pas être fournis à distance, ce qui peut entraîner un risque accru d'exposition au SRAS-CoV-2.</li> <li>La vaccination des travailleurs essentiels réduit considérablement la charge disproportionnée de ceux qui prennent des risques supplémentaires pour maintenir les services essentiels au fonctionnement de la société.</li> <li>L'absentéisme pour cause de maladie ou de risque perçu de maladie dû à la COVID-19 chez les travailleurs les plus essentiels au fonctionnement de la société peut mettre en péril les infrastructures vitales.</li> <li>Au Canada, un certain nombre d'éclosions associées à un nombre élevé de cas, y compris des décès, ont été signalées dans les secteurs de la production agricole/de l'élevage, de la transformation/du conditionnement de la viande, des installations et des services de restauration<sup>23</sup>.</li> <li>Les populations racialisées et les immigrants récents sont surreprésentés dans de nombreux emplois offrant des services essentiels de première ligne (p. ex., la fabrication d'aliments, l'épicerie, la garde d'enfants, le transport)<sup>20</sup>, et ont été touchés de façon disproportionnée par la COVID-19<sup>29</sup>. Par conséquent, l'immunisation de ces travailleurs peut réduire ou prévenir l'exacerbation des inégalités de santé liées à la COVID-19.</li> <li>La proportion de cas de COVID-19 associés aux voyages internationaux a diminué depuis que le gouvernement du Canada a limité tous les voyages discrétionnaires à l'étranger<sup>16</sup>. Toutefois, les travailleurs essentiels qui doivent voyager au Canada et à l'étranger et qui sont exemptés des protocoles de quarantaine (p. ex., les camionneurs qui transportent des marchandises)<sup>34</sup> peuvent contracter le SARS-CoV-2, y compris les variantes préoccupants, et transmettre l'infection au Canada. Bien que les données concernant l'efficacité des vaccins contre la COVID-19 actuellement autorisés contre la transmission de</li> </ul>

Principales populations à immuniser en priorité contre la COVID-19	Résumé des données et justifications de la recommandation
	<p>l'infection soient incertaines, des stratégies visant à offrir le vaccin aux travailleurs essentiels devant se rendre à l'étranger peuvent se justifier.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lorsqu'ils classent par ordre de priorité les différents groupes à vacciner en cas d'offre limitée, les répondants à l'enquête canadienne placent les personnes fournissant des services essentiels en 5<sup>e</sup> position (au même niveau que les personnes vivant ou travaillant dans des environnements à haut risque)<sup>11</sup>. Les travailleurs de première ligne ont des intentions similaires ou ont moins d'intentions de se faire vacciner que ceux n'intervenant pas en première ligne<sup>9, 11</sup>.</li> <li>• Les désignations des services essentiels dans le contexte de la pandémie de COVID-19 varient entre administrations au Canada. Voir le document <a href="#">Orientation sur les services et les fonctions essentiels au Canada pendant la pandémie de la COVID-19</a>, y compris les listes publiées par les provinces et territoires.</li> </ul>
<p><b>7. Principaux fournisseurs de soins essentiels<sup>‡</sup></b> aux personnes présentant un risque élevé de maladie grave due à la COVID-19, en raison de leur âge avancé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les adultes qui assument la responsabilité principale de prendre soin d'un membre de la famille ou d'un proche qui n'est pas autonome agissent en qualité de travailleurs de la santé ou de préposés aux services de soutien personnel non rémunéré. Si les principaux fournisseurs de soins tombent malades, les soins de santé de la personne dont ils s'occupent peuvent être compromis.</li> <li>• Il peut être plus facile, d'un point de vue logistique, d'offrir un vaccin à ces soignants lorsqu'ils accompagnent la personne dont ils s'occupent au rendez-vous de vaccination.</li> </ul>
<b>ÉTAPE 3</b>	
<p><b>Personnes de 16 à 59 ans présentant un problème médical sous-jacent à haut risque de maladie grave en raison de la COVID-19 et leurs principaux fournisseurs de soins<sup>‡</sup></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les données sur les divers problèmes médicaux sous-jacents, en tant que facteurs de risque indépendants, pour les formes graves de COVID-19 évoluent rapidement. Diverses listes <a href="#">de ces problèmes médicaux à haut risque</a> existent et seront mises à jour au fur et à mesure de l'évolution des données<sup>35</sup>. Le spectre des problèmes médicaux sous-jacents est large, et le degré de gravité d'états pathologiques différents varie.</li> <li>• Un examen rapide des données a révélé une corrélation importante entre l'hospitalisation ou la mortalité, chez les personnes atteintes de la COVID-19, et certains problèmes médicaux à haut risque, mais la certitude des données était faible. Le même examen rapide des données a révélé une corrélation indépendante importante entre les formes graves de COVID-19 et l'âge, avec une certitude de données modérée<sup>3</sup>. Une mise à jour de cet examen rapide a révélé une forte corrélation entre l'augmentation des hospitalisations et de la mortalité et deux ou plusieurs comorbidités (certitude modérée des données), mais aucune corrélation entre l'augmentation des hospitalisations et de la mortalité et une comorbidité unique<sup>18</sup>. Ce rapide examen sera actualisé en fonction des données probantes évolutives concernant la corrélation entre des problèmes médicaux préexistants et des issues graves liées à la COVID-19. Le CCNI entend continuer à suivre ces données de près.</li> <li>• La proportion de personnes présentant au moins un problème médical sous-jacent associé à un risque accru de développer une forme grave de COVID-19 augmente avec l'âge<sup>19</sup>. Par conséquent, la plus grande</li> </ul>



Principales populations à immuniser en priorité contre la COVID-19	Résumé des données et justifications de la recommandation
	<p>proportion d'individus présentant au moins une comorbidité sera incluse dans les groupes des personnes les plus âgées, recensées dans les premières étapes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les personnes présentant des problèmes médicaux ont été classées, par les Canadiens et les experts des parties intéressées, comme un groupe hautement prioritaire pour la vaccination contre la COVID-19 dans le contexte d'une offre limitée<sup>4, 9, 11</sup>.</li> </ul>
<p><b>Adultes de 50 à 59 ans sans problème médical sous-jacent, en commençant par les personnes ≥ 55 ans, puis en réduisant la limite d'âge à 50 ans</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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)<sup>3</sup>. Un examen rapide actualisé des données a révélé une certitude modérée des données d'une corrélation importante avec une augmentation des hospitalisations, et une corrélation très importante avec la mortalité pour les personnes atteintes de la COVID-19 âgées de 60 à 69 ans, par rapport à celles de 50 à 59 ans. Le degré estimé de la corrélation semble expliquer l'existence de problèmes médicaux préexistants<sup>18</sup>.</li> <li>Les enquêtes canadiennes ont montré de manière constante que les adultes plus âgés (à partir de 55 ans) et très âgés sont nettement plus disposés à se faire vacciner que les groupes d'âge plus jeunes<sup>11</sup>.</li> <li>Du point de vue de la faisabilité, proposer la vaccination par âge est logistiquement plus simple pour le déploiement d'un programme de vaccination par rapport à d'autres stratégies.</li> </ul>
<p><b>Travailleurs de la santé ne se trouvant pas en première ligne<sup>†</sup>, nécessaires pour maintenir les capacités de soins de santé</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les travailleurs de la santé qui ne sont pas en première ligne<sup>†</sup> sont essentiels pour maintenir la capacité de soins, même si leur risque d'exposition est réduit en raison d'un contact physique étroit et direct limité avec les patients ou les prélèvements. Ils jouent un rôle de premier plan dans la protection de la capacité des soins de santé, et leur absence en raison d'une maladie ou d'un risque perçu de maladie due à la COVID-19 compromet le système de santé. Le système de santé continue d'être mis à rude épreuve, surtout lorsque les taux d'infection sont élevés. Le traitement des affections non liées à la COVID-19 et d'importantes procédures électives sont retardés ou reportés en raison de la surcharge des systèmes de santé.</li> <li>L'immunisation des travailleurs de la santé et des autres travailleurs exerçant une fonction dans le secteur de la santé réduit considérablement la charge disproportionnée de ceux qui prennent des risques supplémentaires pour protéger le public, ce qui permet de respecter le principe éthique de réciprocité.</li> <li>Les travailleurs de la santé ont été classés, par les Canadiens et les experts des parties intéressées, comme un groupe hautement prioritaire pour la vaccination contre la COVID-19 dans le contexte d'une offre limitée<sup>4, 9-11</sup>.</li> </ul>

Principales populations à immuniser en priorité contre la COVID-19	Résumé des données et justifications de la recommandation
<b>Travailleurs essentiels ne se trouvant pas en première ligne<sup>†</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'absentéisme pour cause de maladie ou de risque perçu de maladie dû à la COVID-19 chez les travailleurs les plus essentiels au fonctionnement de la société peut mettre en péril les infrastructures vitales.</li> <li>• La vaccination de cette population réduit considérablement la charge disproportionnée de ceux qui prennent des risques supplémentaires pour maintenir les services essentiels au fonctionnement de la société.</li> <li>• Lorsqu'ils classent par ordre de priorité les différents groupes à vacciner en cas d'offre limitée, les Canadiens placent les personnes fournissant des services essentiels en 5<sup>e</sup> position (au même niveau que les personnes vivant ou travaillant dans des environnements à haut risque)<sup>‡</sup>.</li> <li>• Les désignations des services essentiels dans le contexte de la pandémie de COVID-19 varient entre les administrations au Canada. Voir le document <a href="#">Orientation sur les services et les fonctions essentiels au Canada pendant la pandémie de la COVID-19</a>, y compris les listes publiées par les provinces et territoires.</li> </ul>

<sup>†</sup>Les principales populations des Étapes 2 et 3, recommandées depuis les précédentes orientations du CCNI sur l'Étape 1, sont classées par ordre de priorité. Les exemples consultés dans les principales populations sont des suggestions qui ne sont pas classées par ordre de priorité. Les principales populations ne sont pas mutuellement exclusives et peuvent se chevaucher.

<sup>†</sup>Première ligne, aux fins d'immunisation prioritaire contre la COVID-19, est définie comme suit : « avoir un contact physique étroit et direct avec le public ».

<sup>‡</sup>Le principal fournisseur de soins, aux fins l'immunisation prioritaire contre la COVID-19, est défini comme « l'adulte principalement responsable de la prise en charge d'un membre de la famille ou d'un proche qui n'est pas autonome ».

## REMERCIEMENTS

**La présente déclaration a été préparée par :** S.J. Ismail, C. Quach, S. Deeks, M.C. Tunis, K. Farrah, K. Young et B. Warshawsky.

**Le CCNI remercie vivement les personnes suivantes de leur contribution :** E. Tice, E. Wong, A. Gil, M. Salvadori, C. Sanmartin, J. Mader, E. Massicotte, M. Lacroix, V. Ferrante, le Groupe consultatif d'éthique en santé publique (GCESP), Shannon MacDonald, J. Vachon, J. Macri et l'équipe de recherche de l'Alberta Research Centre for Health Evidence (ARCHE) dont font partie J. Pillay, A. Wingert et L. Hartling, ainsi que le Secrétariat du CCNI.

**Membres du CCNI :** C. Quach (présidente), S. Deeks (vice-présidente), J. 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 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).

### **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, M. Murti, J. Papenburg, R. Pless, N. Stall et S. Vaughan, M. Miller et S. Ramanathan.

**Participants de l'ASPC :** N. Abraham, O. Baclic, Y.-E. Chung, L. Coward, P. Doyon-Plourde, K. Farrah, V. Ferrante, N. Forbes, S.J. Ismail, C. Jensen A. Killikelly, R. Krishnan, M. Matthieu-Higgins, A. Nam, M. Patel, M. Salvadori, A. Sinilaite, R. Stirling, E. Tice, M.C. Tunis, E. Wong, M.W. Yeung, K. Young, J. Zafack et L. Zhao.

## RÉFÉRENCES

- 1 Ismail SJ, Zhao L, Tunis MC *et al.* Key populations for early COVID-19 immunization: preliminary guidance for policy. *CMAJ*. 2020;192:E1620-32. doi:10.1503/cmaj.202353.
- 2 Ismail SJ, Hardy K, Tunis MC *et al.* A framework for the systematic consideration of ethics, equity, feasibility, and acceptability in vaccine program recommendations. *Vaccine*. 2020;38:5861-76. doi:10.1016/j.vaccine.2020.05.051.
- 3 Wingert A, Pillay J, Gates M *et al.* Risk factors for severe outcomes of COVID-19: a rapid review. *MedRxiv*. 2020 doi:10.1101/2020.08.27.201834344.
- 4 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.
- 5 Agence de la santé publique du Canada. Lignes directrices provisoires sur la continuité des programmes d'immunisation pendant la pandémie de COVID-19 [Internet]. 13 mai 2020 [consulté le 1<sup>er</sup> févr. 2021]. 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>
- 6 Unité de l'impact et de l'innovation. Surveillance instantanée COVID-19 (SICO Canada) [Internet]. (27 juil. 2020, Vague 6). [consulté le 1<sup>er</sup> févr. 2021]. Accès : <https://impact.canada.ca/fr/defis/sico-canada-fr/vague6>
- 7 Unité de l'impact et de l'innovation. Surveillance instantanée COVID-19 (SICO Canada) [Internet]. (17 août 2020; Vague 7). [consulté le 1<sup>er</sup> févr. 2021]. Accès : <https://impact.canada.ca/en/challenges/cosmo-canada/wave7>
- 8 Institut Angus Reid. COVID-19: Three-in-five worry about side-effects of a vaccine; many plan to take a 'wait and see' approach [Internet]. 4 août 2020 [consulté le 1<sup>er</sup> févr. 2021]. Accès : <http://angusreid.org/coronavirus-vaccine/>
- 9 Unité de l'impact et de l'innovation. Surveillance instantanée COVID-19 (SICO Canada) [Internet]. 2021 [consulté le 1<sup>er</sup> févr. 2021]. Accès : <https://impact.canada.ca/fr/challenges/cosmo-canada>
- 10 EKOS Research Associates. Rapport, Vague 11. 15 janv. 2021.
- 11 MacDonald SE, Gagneur A, COVImm study team. COVID-19 vaccination perceptions and intentions among groups of special interest: A pan-Canadian survey, Déc. 2020. Rapport non publié : Applied immunization (Aimm) research program (disponible sur demande : [aimm@ualberta.ca](mailto:aimm@ualberta.ca)). 2021.
- 12 Gates A, Gates M, Rahman S *et al.* A systematic review of factors that influence the acceptability of vaccines among Canadians. *Vaccine*. 2021;39:222-36. doi:S0264-410X(20)31332-3.

13 Corrin T. *Evergreen rapid review on COVID-19 vaccine knowledge, attitudes, and behaviors – update 1*. Ottawa (Ont.): Agence de la santé publique du Canada; déc. 2020.

14 Ismail SJ, Langley JM, Harris TM *et al.* 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.

15 Ismail SJ, Tunis MC, Zhao L *et al.* Navigating inequities: a roadmap out of the pandemic. *BMJ Glob Health*. Janv. 2021;6(1):e004087. doi: 10.1136/bmjgh-2020-004087.

16 Agence de la santé publique du Canada. Mise à jour épidémiologique hebdomadaire sur la Covid-19 au Canada (10 au 16 janv. 2021) [Internet]. 22 janv. 2021 [consulté le 22 janv. 2021]. Accès : <https://impact.canada.ca/fr/defis/sico-canada-fr>

17 Agence de la santé publique du Canada. Centre des opérations du portefeuille de la Santé (COPS): Données sur les cas. 16 janv. 2021.

18 Alberta Research Centre for Health Evidence (ARCHE). Risk factors for severe outcomes of COVID-19: an updated rapid review. [Rapport préliminaire non publié]. Présentée devant le Comité consultatif national sur l'immunisation. Agence de la santé publique du Canada; janv. 2021.

19 Statistique Canada. Tableau de données personnalisées (population ayant au moins un problème de santé sous-jacent), d'après l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2017-2018. Date de réception : 18 janv. 2021.

20 Statistique Canada. Tableau de données personnalisées (main-d'œuvre, travailleurs essentiels), d'après le Recensement de la population de 2016, 25 % des données. Date de réception : 19 janv. 2021.

21 Richardson L, Crawford A. COVID-19 and the decolonization of Indigenous public health. *CMAJ* 2020;192:E1098-100. doi:10.1503/cmaj.200852.

22 Services aux Autochtones Canada, Division du contrôle des maladies transmissibles. Rapport sur les cas de COVID-19. 20 janv. 2021.

23 Agence de la santé publique du Canada. Base de données sur les éclosions. 22 janv. 2021.

24 Richard L, Booth R, Rayner J *et al.* Testing, infection and complication rates of COVID-19 among people with a recent history of homelessness in Ontario, Canada: a retrospective cohort study. *CMAJ Open*. 2021;9:E1-9. doi:10.9778/cmajo.20200287.

25 Observatoire canadien sur l'itinérance. Racialized communities [Internet]. 2019 [consulté le 26 janv. 2021]. Accès : <https://www.homelesshub.ca/about-homelessness/population-specific/racialized-communities>.

26 Statistique Canada. Tableau 10 : Admissions de jeunes aux services correctionnels, selon les caractéristiques de la personne admise et le type de programme de surveillance, certains

secteurs de compétence, 2017-2018 [Internet]. 9 mai 2019 [consulté le 26 janv. 2021]. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2019001/article/00010/tbl/tbl10-fra.htm>

27 Frank K, Arim R. Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur. La volonté des Canadiens de se faire vacciner contre la COVID-19 : différences entre les groupes et raisons de la réticence à la vaccination [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 25 août 2020 [consulté le 26 janv 2021]. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00073-fra.htm>

28 Santé publique Ontario. La COVID-19 en Ontario – un regard sur la diversité [Internet]. 14 mai 2021 [consulté le 1<sup>er</sup> févr. 2021]. Accès : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/epi/2020/06/covid-19-epi-diversity.pdf?la=fr>

29 Subedi R, Greenberg L, Turcotte M. Taux de mortalité attribuable à la COVID-19 dans les quartiers ethnoculturels du Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 28 oct. 2020 [consulté le 1<sup>er</sup> févr. 2021]. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00079-fra.htm>

30 Santé publique Ottawa. COVID-19 and racial identity in Ottawa. February to August 2020 [Internet]. Nov. 2020 [consulté le 1<sup>er</sup> févr. 2021]. Accès : <https://www.ottawapublichealth.ca/en/reports-research-and-statistics/resources/Documents/covid-19/Special-Focus/Report---COVID-19-and-Racial-Identity-in-Ottawa-2020.pdf>

31 Chung H, Fung K, Ferreira-Legere LE *et al.* COVID-19 Laboratory testing in Ontario: Patterns of testing and characteristics of individuals tested, as of April 30, 2020 [Internet]. Toronto (Ont.) : ICES; mai 2020 [consulté le 1<sup>er</sup> févr. 2021]. Accès : <https://www.ices.on.ca/Publications/Atlases-and-Reports/2020/COVID-19-Laboratory-Testing-in-Ontario>

32 Santé publique Toronto. COVID-19: Status of cases in Toronto [Internet]. Toronto (Ont.) : Ville de Toronto; 30 sept. 2020 [consulté le 30 sept. 2020]. Accès : <https://www.toronto.ca/home/covid-19/covid-19-latest-city-of-toronto-news/covid-19-status-of-cases-in-toronto/>

33 Institut canadien de recherche et de traitement en sécurité publique (ICRTSP). Glossary of terms: First responder(s) [Internet]. 2020 [consulté le 1<sup>er</sup> févr. 2021]. Accès : <https://www.cipsrt-icrtsp.ca/en/glossary/first-responders>.

34 Gouvernement du Canada. Quarantaine ou isolement obligatoire. Qui est exempté de la quarantaine [Internet]. 1<sup>er</sup> févr. 2021 [consulté le 1<sup>er</sup> févr. 2021]. Accès : [https://voyage.gc.ca/voyage-covid/voyage-restrictions/isolement?\\_ga=2.88292447.579973732.1612844730-173684028.1612844730](https://voyage.gc.ca/voyage-covid/voyage-restrictions/isolement?_ga=2.88292447.579973732.1612844730-173684028.1612844730)

35 Gouvernement du Canada. Personnes susceptibles de présenter une forme grave de la maladie ou des complications si elles contractent la COVID-19 [Internet]. 8 déc. 2020 [consulté le 1<sup>er</sup> févr. 2021]. Accès : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/personnes-susceptibles-gravement-malades-contractent-covid-19.html>

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

L'Alberta Research Centre for Health Evidence procède à une mise à jour de son examen rapide<sup>3</sup>, en examinant le degré de corrélation entre les facteurs qui peuvent contribuer à l'inégalité en matière de santé (résumés par l'acronyme « P<sup>2</sup>ROGRESS And Other Factors » dans la Matrice d'équité du CCNI<sup>15</sup>) et les conséquences graves de la COVID-19. Les détails méthodologiques complets de l'examen actualisé se trouvent dans le protocole enregistré : PROSPERO ([CRD42021230185](https://doi.org/10.11859/1527-3297.1230185)).

L'examen rapide original, publié en pré-impression en septembre 2020<sup>3</sup>, se limitait aux études publiées jusqu'au 15 juin 2020, menées dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), et ajustant leur analyse en fonction de l'âge et du sexe au minimum. Cet examen a révélé qu'il existait des données de certitude faible ou modérée, pour des corrélations de grande ampleur ( $\geq 2$  fois) avec une hospitalisation accrue chez les cas confirmés de COVID-19 pour les facteurs de risque suivants : obésité de classe III (indice de masse corporelle [IMC]  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>), insuffisance cardiaque, diabète, néphropathie chronique, démence, âge (en particulier des personnes de  $>70$  ans p/r aux personnes de  $\geq 45$  ans), sexe masculin, race/origine ethnique noire (p/r aux personnes de race blanche non hispanique), les sans-abris et à faible revenu ( $<25^{\text{e}}$  p/r  $> 50^{\text{e}}$  percentile). L'examen a également révélé des données de certitude modérée selon lesquelles les personnes de plus de 70 ans par rapport à celles de 45 ans ou moins peuvent être associées à une forte augmentation de la mortalité.

Les études examinant l'âge sur une échelle ou par petites augmentations de tranches d'âge ont permis de constater de façon constante que le risque d'hospitalisation et de mortalité augmentait proportionnellement avec l'âge (c.-à-d. une hausse relative du risque d'environ 2 à 6 % et de 5 à 10 % par année respectivement). Ces conclusions ont inspiré [les précédentes orientations du CCNI, qui en présentent un sommaire](#). La mise à jour de l'examen est en cours, mais les résultats sont terminés pour les facteurs de risque suivants : l'âge (60 à 69 ans p/r  $< 60$  ans); les affections préexistantes (1 ou  $\geq 2$  p/r aucune affection préexistante); les facteurs sociaux (données provenant du Canada) et l'exposition professionnelle (p. ex., les travailleurs essentiels). Cette mise à jour de l'examen inspire les orientations actuelles du CCNI.

Un bibliothécaire de recherche a effectué la mise à jour de la recherche de la littérature. MEDLINE et Epistemonikos COVID-19 sur la L.OVE Platform ont été consultés le 2 décembre 2020. La recherche dans la base de données a été complétée par une recherche manuelle sur les sites Web canadiens les 6 et 7 janvier 2021, notamment : Statistique Canada, Agence de la santé publique du Canada, Santé publique Ontario ICES et Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits du gouvernement du Canada. Les études pouvaient être admissibles s'il s'agissait de rapports épidémiologiques canadiens ou d'études de cohortes prospectives et rétrospectives (provenant de pays de l'OCDE) publiés en anglais ou en français depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020, y compris les pré-impressions acceptées pour publication dans une revue à comité de lecture, ou de rapports gouvernementaux.

Seules les études de meilleure qualité ont été incluses, c'est-à-dire celles dont la taille totale de l'échantillon était supérieure à 1 000 participants afin de garantir un ajustement suffisant pour de multiples variables. Pour les facteurs de risque sociaux, seuls les rapports canadiens ont été inclus, car ils ont été considérés par le CCNI comme les plus pertinents. Les populations comprenaient l'un des éléments suivants : un échantillon général/communautaire, des cas de COVID-19 confirmés, des personnes hospitalisées souffrant de la COVID-19 ou des personnes avec une forme grave de COVID-19 (p. ex., dans une USI ou sous ventilation artificielle).

Les résultats d'intérêt comprenaient l'hospitalisation et la durée du séjour, l'admission aux USI et la durée du séjour, la ventilation artificielle, les formes graves de la maladie (telles que définies par les auteurs de l'étude) et la mortalité. Aucune méta-analyse n'a été réalisée en raison de la grande hétérogénéité des comparaisons et des mesures d'association. Pour chaque facteur de risque et résultat, les résultats ont été évalués dans les différentes études d'après le degré estimé de corrélation (c.-à-d. « peu ou pas de différence » [p. ex., rapport de cotes (RC) < 2,0], « grande » [RC 2,0 à 3,9], « très grande » [RC ≥ 4,0]) et la certitude de l'équipe d'examen quant au degré de la corrélation en fonction du nombre, de la taille et de la cohérence entre les études, de la précision des estimations et de la pertinence du contexte et des facteurs de risque (p. ex., type de système de santé, incertitude quant au facteur de risque correspondant clairement aux critères d'examen). La variation de la certitude dans les corrélations est mentionnée en utilisant les termes « très incertain » (très faible certitude), « peut être associé » (faible certitude), « probablement associé » (certitude modérée) et « est associé » (haute certitude).

Il y a eu 43 études incluses qui ont rapporté des données pertinentes pour les personnes de 60 à 69 ans par rapport à celles de moins de 60 ans; 22 études qui ont rapporté des affections préexistantes (comme résultat catégorique ou sur un indice de comorbidité); 4 études sur l'exposition professionnelle; et 9 rapports canadiens pertinents pour les facteurs de risque sociaux et autres (aucun ne répondant aux critères d'examen pour l'ajustement multivariable). Le Tableau 3 présente les facteurs de risque, dont les corrélations avec tout résultat sont importantes ou très importantes, dans les populations atteintes de la COVID-19.

Il y avait une certitude faible ou modérée de données indiquant une grande corrélation entre l'augmentation des hospitalisations, de la ventilation artificielle, des maladies graves et de la mortalité chez les personnes atteintes de la COVID-19 de 60 à 69 ans, par rapport à celles de moins de 60 ans. En ce qui concerne les personnes hospitalisées avec la COVID, il y avait une grande certitude dans une importante corrélation avec une mortalité accrue pour les personnes de 60 à 69 ans, par rapport à celles de moins de 60 ans. Chez les personnes atteintes de la COVID-19 qui présentent deux affections préexistantes ou plus, la certitude des données d'une corrélation importante avec une augmentation des hospitalisations, des admissions aux soins intensifs, de la ventilation artificielle et de la mortalité par rapport aux personnes sans affections préexistantes était faible ou modérée.

Les résultats étaient similaires pour les corrélations avec la forme grave de la maladie et la mortalité chez les malades de la COVID-19 hospitalisés. Il a été démontré qu'il y avait peu ou pas de corrélation entre le fait d'avoir une seule affection préexistante (par opposition à aucune) et l'hospitalisation (certitude modérée) ou la mortalité (certitude faible) chez les patients atteints de la COVID-19; les résultats étaient similaires pour les patients souffrant de la COVID-19 hospitalisés quant à la forme de maladie grave et à la mortalité. Ce rapide examen sera actualisé en fonction des données probantes évolutives concernant la corrélation entre des problèmes médicaux préexistants et des issues graves liées à la COVID-19. Le CCNI entend continuer à suivre ces données de près.



Pour les travailleurs de la santé atteints de la COVID-19, il peut y avoir une corrélation avec une réduction importante de l'hospitalisation et de l'admission à l'USI (faible certitude) par rapport à la population générale ou aux travailleurs non professionnels de la santé. Cependant, la relation entre ces résultats, d'une part, et entre travailleurs de la santé confrontés à des patients et ceux qui ne le sont pas, d'autre part, est très incertaine. Les résultats de deux études canadiennes sans analyse ajustée étaient similaires à ceux d'autres études, ce qui suggère une réduction des hospitalisations et des admissions en USI, ainsi qu'une réduction de la mortalité. Cette constatation pourrait être liée à l'augmentation des tests parmi les travailleurs de la santé asymptomatiques, ou à l'accès et à la formation accrue à l'utilisation des équipements de protection individuelle.

**Tableau 3 : Facteurs de risque recensés par un examen rapide actualisé présentant des degrés de corrélation importants (+) ou très importants (++) avec une issue grave de la COVID-19, et le degré de certitude correspondant dans la corrélation (population : cas de COVID-19 confirmés)**

Facteur de risque	Résultat d'intérêt	Degré de risque* (certitude relativement à la corrélation**)
<b>Âge</b>		
60 à 69 p/r < 60 ans	Hospitalisation	+ (modérée)
	Ventilation artificielle	+ (faible)
	Maladie grave	+ /++ (faible)
	Mortalité	+ /++ (modérée/faible)
<b>Affections préexistantes</b>		
≥ 2 p/r à aucune affection préexistante	Hospitalisation	+ (modérée)
	Admission à l'USI	+ (faible)
	Ventilation artificielle	+ (faible)
	Mortalité	+ (modérée)
<b>Exposition professionnelle</b>		
Travailleurs de la santé (p/r aux autres travailleurs)	Hospitalisation	+ réduction (faible)
	Admission à l'USI	+ réduction (faible)

\*Le degré des corrélations est indiqué comme étant élevé (+; rapport de cotes ajusté, rapport de danger ou risque relatif : 2,0 à 3,9 [ou < 0,5 pour réduction]) ou très élevé (++; rapport de cotes ajusté, rapport de danger ou risque relatif : ≥ 4,0).

\*\*La certitude quant au degré des corrélations a été déterminée en tenant compte principalement de la cohérence des conclusions des différentes études, de la pertinence du cadre et des facteurs de risque (p. ex., le type de système de santé, l'incertitude quant au facteur de risque correspondant clairement aux critères d'examen) et de la précision (p. ex., les intervalles de confiance indiquant la possibilité d'une corrélation faible ou nulle). Une certitude faible indique qu'il peut y avoir une corrélation, et une certitude modérée signifie que les données indiquent qu'il y a probablement une corrélation du degré déterminé.

Le Tableau 4 résume les conclusions tirées des données canadiennes sur les facteurs de risque sociaux. Parmi les personnes atteintes de la COVID-19, il existe probablement une corrélation importante entre le fait de vivre dans un établissement de soins de longue durée et l'augmentation de la mortalité, et cette corrélation peut être très importante pour les personnes de 60 à 80 ans. Le fait de vivre dans une réserve des Premières nations peut être associé à des taux d'hospitalisation et de mortalité plus faibles que ceux des personnes vivant hors réserve, parmi les personnes atteintes de la COVID-19, bien que les données ne tiennent pas compte d'autres covariables, comme l'âge. Dans la population générale, il n'est pas certain que l'appartenance à une minorité visible puisse être associée à une augmentation de la mortalité.

Les données concernant les sans-abri et les travailleurs des refuges pour sans-abri étaient incertaines, et aucune conclusion ne pouvait être tirée sur le degré des corrélations.

**Tableau 4 : Facteurs de risque recensés par un examen rapide actualisé des données provenant du Canada qui présenteraient des corrélations avec une issue grave de la COVID-19 et le degré correspondant de corrélation**

Facteur de risque d'équité	Corrélation	Degré de corrélation
Soins de longue durée ou non (chez les personnes atteintes de la COVID-19)	<i>Hausse</i> du taux de mortalité	Important, le plus élevé pour les sexagénaires et les septuagénaires.
Population générale (hors réserve) p/r aux Premières nations dans les réserves (parmi les personnes atteintes de la COVID-19)	<i>Hausse</i> du nombre d'hospitalisations	Incertain. Les données n'ont pas pris en compte d'autres covariables importantes.
	<i>Hausse</i> du taux de mortalité	
Race/ethnicité (population générale)	<i>Hausse</i> du taux de mortalité	Incertain. Les données s'appuyaient sur des données écologiques et ne tenaient pas compte d'autres covariables importantes.

Pour ce qui est de généraliser pour le Canada les résultats d'autres pays, 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. Des synthèses actualisées de données sur d'autres facteurs de risque, y compris diverses affections préexistantes, éclaireront les décisions futures du CCNI.