

**INSPQ**

INSTITUT NATIONAL  
DE SANTÉ PUBLIQUE  
DU QUÉBEC



# Avis préliminaire sur les groupes prioritaires pour la vaccination contre la COVID-19 au Québec

AVIS DU COMITÉ SUR L'IMMUNISATION DU QUÉBEC



# **Avis préliminaire sur les groupes prioritaires pour la vaccination contre la COVID-19 au Québec**

**AVIS DU COMITÉ SUR L'IMMUNISATION DU QUÉBEC**

Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Novembre 2020

**AUTEUR**

Comité sur l'immunisation du Québec

**RÉDACTEURS**

Philippe De Wals  
Rodica Gilca  
Eve Dubé  
Marilou Kiely  
Paule Clément  
Yen Bui  
Maryse Guay  
Nicholas Brousseau  
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

**AVEC LA COLLABORATION DE**

Marc Simard  
Bureau d'information et d'étude en santé des populations, INSPQ  
Michel Désy  
Équipe-conseil en éthique, Secrétariat général, INSPQ

**RÉVISEURS**

L'INSPQ désire remercier sincèrement les personnes suivantes qui ont accepté de donner temps, expertise et commentaires sur le présent document :

Benoît Mâsse  
École de santé publique, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal

Caroline Quach  
CHU Sainte-Justine, Département de microbiologie, infectiologie et immunologie, Université de Montréal

Monique Landry  
Direction de santé publique du CISSS des Laurentides

Les réviseurs ont été conviés à apporter des commentaires sur la version préfinale de cette production scientifique et en conséquence, n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

**MISE EN PAGE**

Marie-France Richard  
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

## Liste des membres du Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ)

### Membres actifs

Julie Bestman-Smith, Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, Hôpital de l'Enfant-Jésus

François Boucher, Département de pédiatrie, Centre mère-enfant Soleil, Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ-CHUL)

Nicholas Brousseau, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Alex Carignan, Département de microbiologie et d'infectiologie, Université de Sherbrooke

Gaston De Serres, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Philippe De Wals, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Rodica Gilca, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Vladimir Gilca, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Maryse Guay, Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Chantal Sauvageau, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval

Bruce Tapiéro, Service des maladies infectieuses, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Université de Montréal

### Membres de liaison

Dominique Biron, Clinique pédiatrique Sainte-Foy

Hélène Gagné, Centre intégré de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Ngoc Yen Giang Bui, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Catherine Guimond, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre

Lyne Judd, ministère de la Santé et des Services sociaux

Marc Lebel, Association des pédiatres du Québec, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Nadine Sicard, Direction de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses, ministère de la Santé et des Services sociaux

Eveline Toth, Direction générale adjointe de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

### Membres d'office

Dominique Grenier, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Patricia Hudson, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec



## Table des matières

Liste des tableaux.....	V
Liste des figures.....	VII
Liste des sigles et acronymes .....	IX
Sommaire .....	1
<b>1. Contexte.....</b>	<b>3</b>
<b>2. Méthodologie.....</b>	<b>5</b>
<b>3. Fardeau de la maladie .....</b>	<b>7</b>
3.1. Bilan épidémiologique et autres conséquences.....	7
3.2. Facteurs de risque d'infection et de maladie .....	7
3.3. Facteurs de risque de complications .....	8
3.4. Évolution probable de l'épidémiologie .....	12
<b>4. Vaccins.....</b>	<b>13</b>
4.1. Caractéristiques des vaccins.....	13
4.2. Scénarios d'approvisionnement en vaccins.....	16
<b>5. Acceptabilité des vaccins .....</b>	<b>17</b>
5.1 Résultats de sondages menés au Canada.....	17
5.2 Résultats des sondages réalisés par l'INSPQ au Québec .....	17
5.3 Acceptabilité de prioriser certains groupes pour la vaccination .....	20
5.4 Conclusions sur l'acceptabilité.....	20
<b>6. Valeurs, objectifs et stratégies préconisés par d'autres organismes.....</b>	<b>21</b>
<b>7. Valeurs, objectifs et stratégies pouvant être proposés au Québec .....</b>	<b>23</b>
7.1. Valeurs à prendre en compte .....	23
7.2. Objectifs et stratégies à prioriser.....	23
7.3. Objectifs opérationnels.....	24
7.4. Ordre de priorité.....	25
7.5. La question de l'obligation vaccinale .....	27
<b>8. Conclusions et perspectives .....</b>	<b>31</b>
<b>Références .....</b>	<b>33</b>
<b>Annexe 1 Principaux résultats en lien avec l'acceptabilité d'un vaccin contre la COVID-19 tirés de sondages populationnels ciblant des Canadiens et des Québécois depuis mars 2020 (liste non exhaustive) .....</b>	<b>39</b>
<b>Annexe 2 Valeurs préconisées et objectifs établis pour la priorisation des groupes à vacciner contre la COVID-19 selon divers organismes.....</b>	<b>47</b>
<b>Annexe 3 Stratégies et groupes priorités par divers organismes advenant un approvisionnement de doses limité pour la vaccination contre la COVID-19 .....</b>	<b>53</b>
<b>Annexe 4 Synthèse des déclarations d'intérêts.....</b>	<b>59</b>



## Liste des tableaux

Tableau 1	Facteurs de risque de complications liées à la COVID-19 identifiés selon un avis du CCNI et une étude québécoise.....	9
Tableau 2	Distribution de la population, des cas de COVID-19, des hospitalisations et des décès en fonction de la présence ou non de maladie chronique (MC).....	10
Tableau 3	Caractéristiques des vaccins ayant fait l’objet d’un achat anticipé par Santé Canada (en date du 20 novembre 2020).....	15
Tableau 4	Définition des principales valeurs prises en compte par l’OMS, le CCNI et les CDC pour la priorisation des groupes à vacciner contre la COVID-19.....	21
Tableau 5	Ordre de priorisation possible pour la vaccination contre la COVID-19 au Québec.....	28



## Liste des figures

Figure 1	Risque d'hospitalisation en fonction de l'âge et de la présence ou non d'une maladie chronique parmi les cas de COVID-19 vivant à domicile, Québec, février à juillet 2020 .....	11
Figure 2	Risque de décès en fonction de l'âge et de la présence ou non d'une maladie chronique parmi les cas de COVID-19 vivant à domicile, Québec, février à juillet 2020 .....	11
Figure 3	Proportions des personnes en accord avec l'énoncé indiquant l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19, Québec, 2020.....	18
Figure 4	Proportions des personnes en accord ou en désaccord avec l'énoncé indiquant l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19 selon l'âge, Québec, 2020.....	18
Figure 5	Proportions des personnes en accord avec l'énoncé indiquant l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19 selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Québec, 2020 .....	19



## Liste des sigles et acronymes

ACIP	<i>Advisory Committee on Immunization Practices</i>
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
CCNI	Comité consultatif national de l'immunisation
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CESP	Comité d'éthique de santé publique
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIQ	Comité sur l'immunisation du Québec
HAS	Haute Autorité de santé
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
JCVI	<i>Joint Committee on Vaccination and Immunisation</i>
MC	Maladie chronique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la Santé
RI-RTF	Ressources intermédiaires et de type familial
RPA	Résidence privée pour aînés
SISMACQ	Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec
TS	Travailleur de la santé
TSP	Trajectoire de santé publique
WHO	World Health Organization



## Sommaire

**Le but ultime d'une campagne de vaccination contre la COVID-19 est de réduire l'incidence de la maladie et la circulation du virus dans la population à des niveaux qui permettent un retour à une vie normale ou quasiment normale, et cela de manière durable.**

Le développement de vaccins contre la COVID-19 a connu un essor sans précédent depuis le début de la pandémie. Il est probable que l'approvisionnement en vaccins des provinces et territoires débute dans le courant de l'année 2021 et se fasse de manière progressive. Il sera nécessaire d'établir une liste de priorités pour les groupes à vacciner, en fonction d'objectifs bien définis qui respectent nos valeurs sociétales et certains principes éthiques. À la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), le Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ) a été invité à formuler un avis préliminaire sur la priorisation des groupes à cibler dans le cadre d'une campagne d'immunisation.

Pour décrire le fardeau de la maladie au Québec, les données des registres concernant les cas de COVID-19 déclarés aux autorités de santé publique, les données du fichier administratif MED-ÉCHO des hospitalisations, celles du fichier des décès et du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ) ont été utilisées. L'analyse de l'acceptabilité de la vaccination contre la COVID-19 a été réalisée à partir d'une revue exhaustive des enquêtes réalisées au Canada ainsi qu'avec les données recueillies au Québec dans des sondages Web. Une importance particulière a été accordée aux valeurs qui devraient être prises en compte pour déterminer les objectifs d'un programme d'immunisation contre la COVID-19 et aux groupes de population à prioriser séquentiellement pour l'attribution des vaccins. Cela a été fait en utilisant les recommandations du Comité d'éthique de santé publique (CESP) du Québec.

Cinq valeurs ont été retenues pour justifier le choix des objectifs d'un programme d'immunisation contre la COVID-19 et les priorités qui seront établies pour l'attribution des vaccins dans un contexte de disponibilité restreinte : la bienfaisance, l'équité, la justice, la réciprocité et la non-malfaisance.

Le premier objectif qui devrait être poursuivi est la prévention des maladies graves et des décès. Cet objectif est mis de l'avant par tous les organismes ayant proposé des objectifs pour un programme d'immunisation contre la COVID-19. La stratégie de vaccination préconisée se base sur l'efficacité des vaccins à prévenir la maladie ou à en mitiger les conséquences, sachant que les données relatives à leur efficacité à prévenir l'infection par opposition à la maladie et à diminuer la contagiosité des personnes infectées ne seront pas nécessairement disponibles avant leur autorisation de mise en marché.

Advenant l'implantation progressive d'un programme d'immunisation de masse contre la COVID-19 au Québec, la priorisation des groupes à cibler peut se faire en fonction de différents critères : (i) l'âge qui est associé au risque d'infection, de complications et de décès, (ii) l'existence d'une ou de plusieurs pathologies augmentant le risque de complications et de décès, (iii) la profession qui peut influencer le risque d'exposition au virus et de transmission du virus à des personnes vulnérables et enfin (iv) le milieu de vie qui peut également être associé au risque d'infection et de survenue d'éclosion. Une combinaison de ces différents critères est possible comme cela a été préconisé par l'ensemble des organismes ayant exprimé un avis.

La stratégie de priorisation présentée ci-après pourrait être envisagée. Il est à remarquer que les différentes catégories ne sont pas mutuellement exclusives.

Rang 1 : les personnes vulnérables et en grande perte d'autonomie qui résident dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) des réseaux public et privé. Les résidents des ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) pourraient être vaccinés en même temps si leur vulnérabilité et le niveau de soins qu'ils requièrent sont semblables à ceux des CHSLD.

Rang 2 : les travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux qui sont en contact ou susceptibles d'être en contact avec des usagers.

Rang 3 : les personnes autonomes ou en perte d'autonomie qui vivent en résidence privée pour aînés (RPA). On pourrait également inclure dans cette catégorie, certains milieux fermés hébergeant des personnes âgées et vulnérables ayant des caractéristiques semblables à celles des personnes qui vivent en RPA.

Rang 4 : les communautés isolées et éloignées qui comportent souvent une forte proportion de personnes ayant des problèmes de santé chroniques et vivant dans des logements exigus, empêchant toute distanciation en cas d'infection.

Rang 5 : les personnes âgées de 80 ans ou plus.

Rang 6 : les personnes âgées entre 70 et 79 ans.

Rang 7 : les personnes âgées entre 60 et 69 ans.

Il est à noter que la segmentation par âge, le principal facteur de risque de complication et de décès, pourrait être revue en fonction de la disponibilité des vaccins.

Rang 8 : les personnes adultes de moins de 60 ans qui ont une maladie chronique ou un problème de santé augmentant le risque de complication de la COVID-19.

Rang 9 : les adultes de moins de 60 ans sans maladie chronique ou problème de santé augmentant le risque de complications, mais qui assurent des services essentiels et qui sont en contact avec des usagers.

Rang 10 : le reste de la population adulte.

Deux autres catégories de personnes seront à considérer, principalement en fonction d'un critère d'innocuité de la vaccination.

Rang 11 : les enfants. La limite d'âge inférieure pour recommander ou non chaque vaccin devra être déterminée en fonction des données qui deviendront disponibles.

Rang 12 : les femmes enceintes. Des données robustes sur l'innocuité des vaccins seront nécessaires avant de recommander une vaccination pour les femmes enceintes et le moment de la grossesse pour l'administrer devra être déterminé.

La **priorisation proposée dans le présent document est préliminaire**. Une ou plusieurs mises à jour de ce document ou des avis complémentaires seront nécessaires. Pour le moment, cet avis préliminaire permettra de soutenir la préparation à la vaccination contre la COVID-19 et de contribuer aux échanges et aux débats entourant les groupes prioritaires pour la vaccination contre la COVID-19 au Québec dans un contexte de disponibilité limitée et progressive.

## 1. Contexte

Le but ultime d'une campagne de vaccination contre la COVID-19 est de réduire l'incidence de la maladie et la circulation du virus dans la population à des niveaux qui permettent un retour à une vie normale ou quasiment normale, et cela de manière durable. Pour ce faire, il sera nécessaire de disposer d'un ou de plusieurs vaccins efficaces et sécuritaires qui soient administrés à une large proportion de la population, une stratégie de revaccination périodique n'étant pas exclue. Le développement de vaccins contre la COVID-19 a connu un essor sans précédent depuis le début de la pandémie et plusieurs candidats sont actuellement testés dans des études de Phase 3. À ce jour, le gouvernement du Canada a signé des contrats d'achat anticipé avec sept compagnies pharmaceutiques et certaines caractéristiques de ces produits sont décrites dans un avis récent (CIQ, 2020). L'évaluation des candidats vaccins en vue de leur autorisation de mise en marché sera faite par Santé Canada en suivant une procédure accélérée. Il est probable que l'approvisionnement en vaccins des provinces et territoires débute dans le courant de l'année 2021 et se fasse de manière progressive. Dans un tel contexte, il sera nécessaire d'établir une liste de priorités pour les groupes à vacciner, en fonction d'objectifs bien définis qui respectent nos valeurs sociétales et certains principes éthiques. À la demande du MSSS, le CIQ a été invité à formuler un avis préliminaire sur la priorisation des groupes à cibler dans le cadre d'une campagne d'immunisation de masse. Il est entendu que le rôle d'un comité d'expert est d'éclairer les décideurs mais que les décisions finales seront du ressort des autorités politiques et de santé publique compétentes. Le présent avis fait état du fardeau de la maladie, incluant les facteurs de risque d'hospitalisation et de décès, des caractéristiques des vaccins et de leur acceptabilité, des valeurs sociales, des objectifs et des groupes prioritaires mentionnés par certains organismes reconnus et finalement, de la stratégie qui pourrait être adoptée au Québec, incluant une priorisation des groupes à qui offrir les vaccins. Cet avis est préliminaire et une mise à jour pourrait suivre lorsque des informations plus précises seront disponibles sur les caractéristiques des vaccins qui seront autorisés au Canada, les dates de livraison et les quantités fournies au Québec. L'avis ne couvre pas les impacts de différentes stratégies qui pourraient être prédits par des modèles de simulation et cela pourrait être fait plus tard. Il n'envisage pas non plus la stratégie de communication qui devrait être mise en œuvre advenant le déclenchement d'une campagne d'immunisation de masse, ni l'organisation des services qui serait optimale pour la distribution, l'entreposage et l'administration des vaccins, ni les études évaluatives qui devraient être entreprises pour mesurer, entre autres, la couverture vaccinale et l'efficacité réelle des vaccins sur le terrain.



## 2. Méthodologie

Plusieurs éléments du cadre d'analyse proposé par Erickson et collaborateurs pour l'évaluation de la pertinence de programmes d'immunisation ont été considérés (Erickson et coll., 2005). Pour décrire le fardeau de la maladie au Québec ont été utilisées les données des registres concernant les cas de COVID-19 déclarés aux autorités de santé publique (système d'information V10 au début de la pandémie et système d'information Trajectoire de santé publique (TSP) à partir du 27 juillet 2020), les données du fichier administratif MED-ÉCHO des hospitalisations, celles du fichier des décès et du SISMACQ pour les comorbidités. Le SISMACQ est un registre populationnel qui regroupe des données provenant de cinq fichiers médico-administratifs concernant la quasi-totalité (98 %) de la population québécoise (Blais et coll., 2014). Pour décrire le fardeau de la maladie, les statistiques et rapports publiés par le MSSS et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) ont été utilisés, ainsi que des études portant sur les facteurs de risque de complications, d'hospitalisations et de décès réalisées par l'INSPQ et l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Les données non encore publiées d'une étude de séroprévalence réalisée dans un échantillon de travailleurs de la santé (TS) au Québec ont également été reprises (Brousseau N., communication écrite). Les caractéristiques des vaccins ayant fait l'objet d'achats anticipés par le gouvernement fédéral ont été extraites d'un rapport récent du CIQ sur ce sujet (CIQ, 2020) avec une mise à jour. L'analyse de l'acceptabilité de la vaccination contre la COVID-19 a été faite à partir d'une revue exhaustive des enquêtes réalisées au Canada ainsi qu'avec les données recueillies au Québec dans des sondages Web sur l'adhésion de la population aux mesures de prévention de la COVID-19 recommandées. Ces sondages incluaient également des questions sur l'acceptabilité des futurs vaccins.

Vu les enjeux liés à une disponibilité restreinte des vaccins durant la prochaine année, une importance particulière a été donnée aux valeurs qui devraient être prises en compte pour déterminer les objectifs d'un programme d'immunisation contre la COVID-19 et les groupes de population à prioriser séquentiellement pour l'attribution des vaccins. Les avis publiés sur ce sujet par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'ASPC et le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI), les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis, le *Joint Committee on Vaccination and Immunisation* (JCVI) au Royaume-Uni et la Haute Autorité de santé (HAS) en France ont été consultés ainsi que deux rapports publiés, respectivement, par le Johns Hopkins Center for Health Security et les National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine des États-Unis. Pour discuter des valeurs qui doivent être prises en compte au Québec pour la priorisation des groupes à vacciner, les recommandations concernant le processus d'examen éthique du CESP ont été utilisées (CESP, 2017a). Il est notamment dit que le processus d'examen éthique doit être basé sur l'explicitation des valeurs présentes dans la situation. Par rapport à l'analyse des valeurs, il est important de retenir qu'elles servent de guide quant à l'action et non de prescription, elles alimentent la discussion sur le choix de l'action la plus raisonnable et qu'aucune des valeurs retenues n'a en tout temps préséance sur une autre, le poids accordé à chacune peut différer selon les situations examinées (CESP, 2017b). Les définitions utilisées s'inspirent de celles figurant dans le référentiel de valeurs pour soutenir l'analyse éthique des actions en santé publique publié par l'INSPQ (Filiatrault et coll., 2015).



## 3. Fardeau de la maladie

### 3.1. Bilan épidémiologique et autres conséquences

Au Québec, le premier cas de COVID-19 ayant été confirmé par un examen de laboratoire est survenu le 25 février 2020. Durant le mois suivant, d'autres cas se sont ajoutés de manière sporadique et l'incidence s'est intensifiée à partir de la fin du mois de mars pour atteindre des nombres quotidiens proches de 1 000 cas par jour durant la période comprise entre le 13 avril et le 6 mai. Suite aux mesures de confinement mises en place, l'incidence a diminué et le nombre de cas est resté proche ou inférieur à 100 par jour entre le 14 juin et le 25 août. On a alors observé une remontée, suivie d'une nouvelle stabilisation autour de 1 000 cas par jour durant tout le mois d'octobre et qui se poursuit en novembre (INSPQ, 2020a; MSSS, 2020).

À ce bilan sanitaire, il faut ajouter les personnes qui, ayant été infectées et malades, présentent des séquelles dont certaines seront ou pourraient être permanentes ou, encore, apparaître tardivement (Yelin et coll., 2020). Il faut aussi tenir compte des conséquences psychologiques de la maladie et des deuils, de l'impact négatif de la pandémie sur l'activité économique, l'emploi, le revenu des entreprises et des ménages, sur la vie sociale et familiale, ainsi que l'éducation et la vie culturelle.

### 3.2. Facteurs de risque d'infection et de maladie

Le risque d'infection par le SRAS-CoV-2 est influencé par toute une série de facteurs liés au mode de vie tandis que l'âge modifie, à la fois, la susceptibilité à l'infection et la proportion de personnes infectées qui deviendront symptomatiques (Davies et coll., 2020).

Au Québec, les personnes qui résidaient dans les CHSLD et dans une moindre mesure celles qui vivaient en RPA ont été particulièrement touchées par des formes graves de la maladie. En date du 7 novembre 2020, on comptabilisait 6 435 décès par la COVID-19 au Québec, dont 4 108 (64 %) chez des résidents en CHSLD et 1 103 (17 %) chez des personnes vivant dans une RPA (INSPQ, 2020a).

Entre le 1<sup>er</sup> mars et le 7 novembre 2020, 20 387 TS ont contracté la COVID-19, ce qui représente 18 % des cas dans l'ensemble de la province (Perron et coll., 2020). Parmi ces TS atteints, 3 % ont été hospitalisés et 2 % ont été admis aux soins intensifs. Treize de ces travailleurs sont décédés (0,1 % du total).

Une étude de séroprévalence a été réalisée de juillet à septembre 2020 (entre la 1<sup>re</sup> et la 2<sup>e</sup> vague pandémique) auprès de 2 056 TS dans dix centres hospitaliers québécois ayant accueilli des cas de COVID-19. Les résultats montrent une prévalence d'infection supérieure chez les infirmiers(ères) et les préposé(e)s aux bénéficiaires par rapport aux médecins et préposé(e)s à l'hygiène et salubrité. La prévalence d'infection était aussi supérieure chez les personnes ayant travaillé dans des unités d'hospitalisation, en particulier les unités spécialisées dans la prise en charge des patients atteints de COVID-19 (unités chaudes), par rapport aux personnes ayant travaillé à l'urgence ou aux soins intensifs (Brousseau N., communication écrite).

### 3.3. Facteurs de risque de complications

L'âge, le sexe et la présence de certaines pathologies sont des facteurs de risque indépendants de complications, d'hospitalisations et de décès par la COVID-19 (Chidambaram et coll., 2020; Noor et coll., 2020). Il est généralement admis que l'âge constitue un facteur de risque de complications plus important que la présence de comorbidités. Prioriser les groupes à vacciner en fonction d'un critère d'âge est aussi plus facile à mettre en œuvre qu'en fonction de la présence ou non d'une maladie sous-jacente. Au Canada, les groupes d'âge sont habituellement délimités en fonction de décennies et nous avons choisi de conserver cette approche. Il faut toutefois noter que l'augmentation des risques est continue en fonction des années d'âge et que tout regroupement est arbitraire. Aussi, la prévalence des facteurs de risque, leur nature et leur gravité varient en fonction de l'âge, tout comme le risque d'exposition au virus et donc d'infection qui sont liés au milieu de vie et aux activités sociales et professionnelles.

L'étude du risque de complications et de décès en fonction de la présence ou non de comorbidité est complexe. Il existe de très nombreux problèmes de santé qui peuvent influencer le risque de complications lors d'une infection par le SRAS-CoV-2 et certains sont rares donc difficiles à étudier. La manière de définir les facteurs de risque de complications, de les rapporter et de les regrouper varie d'une étude à l'autre. Il est également démontré que les risques sont augmentés en fonction du nombre de comorbidités de manière non homogène à travers les catégories d'âge (Imam et coll., 2020; Clark et coll., 2020a). Le tableau 1 reprend les facteurs de risque mentionnés dans un avis récent du CCNI (CCNI, 2020), ainsi que ceux mis en évidence suite à une analyse basée sur des données québécoises (Simard et coll., 2020, à paraître).

L'analyse du taux de létalité des cas de COVID-19 rapportés au Québec indique que la létalité s'est réduite considérablement et progressivement depuis le pic épidémique observé aux mois d'avril-mai (Gilca et coll., 2020). Un sommet de 14 % a été atteint entre le 5 avril et le 2 mai, avant de diminuer de façon graduelle et de se stabiliser autour du 1 % durant l'été. Les personnes âgées de 60 ans ou plus représentent la quasi-totalité, soit 98 % des décès attribuables à la COVID-19 répertoriés depuis le début de la pandémie. Les résidents des CHSLD représentent 15 % des cas alors qu'ils représentent 68 % des décès; pour les résidents des RPA ces proportions sont respectivement de 6 % et 17 %. Dans tous les groupes d'âge, la létalité est plus élevée chez les personnes habitant en CHSLD (40 %). La létalité chez les personnes habitant les RPA est plus basse (24 %), mais elle est plus élevée que parmi les personnes vivant à domicile (1,2 %) (Gilca et coll., 2020).

Le tableau 2 présente les nombres et les taux de cas de COVID-19, d'hospitalisations et de décès en fonction des groupes d'âge et de la présence de maladie chronique rapportés au Québec (Gilca R., communication écrite). Dans les figures 1 et 2, qui reprennent les données de l'étude québécoise chez les personnes vivant à domicile, il apparaît que le risque d'hospitalisation augmente à partir de 50 ans, alors que le risque de décès augmente dès l'âge de 60 ans, et ce, tant parmi les personnes en bonne santé que parmi les personnes avec maladies chroniques.

Par rapport aux cas de COVID-19 de moins de 50 ans en bonne santé vivant à domicile, le risque d'hospitalisation est 3,5 fois plus élevé chez les 50-59 ans (IC 95 % [3,0-4,2]), 6 fois plus élevé chez les 60-69 ans (IC 95 % [4,8-7,0]), 15 fois plus élevé chez les 70-79 ans (IC 95 % [11,6-18,8]), 28 fois plus élevé chez les 80-89 ans (IC 95 % [21,2-38,3]) et 35 fois plus élevé chez les 90 ans et plus (IC 95 % [23,3-52,5]). Par rapport aux cas de COVID-19 de moins de 60 ans en bonne santé vivant à domicile, le risque de décès est 17 fois plus élevé chez les 60-69 ans (IC 95 % [8,2-35,0]), 87 fois plus élevé chez les 70-79 ans (IC 95 % [41,5-183,2]), 216 fois plus élevé chez les 80-89 ans (IC 95 % [90,9-506,3]) et 230 fois plus élevé chez les 90 ans et plus (IC 95 % [58,6-906,3]) (Simard et coll., 2020, à paraître).

Même si le risque d'hospitalisation et de décès est plus élevé chez les personnes vivant avec une maladie chronique que chez les personnes en bonne santé dans chaque strate d'âge, l'augmentation du risque associé avec la présence d'une maladie chronique est plus importante chez les plus jeunes comparativement aux personnes plus âgées (figures 1 et 2).

**Tableau 1 Facteurs de risque de complications liées à la COVID-19 identifiés selon un avis du CCNI et une étude québécoise**

Facteurs de risque	Avis du CCNI		Étude québécoise	
	Décès	Hospitalisations	Décès	Hospitalisations
Obésité (IMC $\geq 40$ )		X	X	X
Maladie cardiovasculaire ou respiratoire		X Insuffisance cardiaque	X Maladies cardiorespiratoires sans distinction	X Maladies cardiorespiratoires sans distinction
Diabète		X	X	X
Maladie du foie	X		X	X
Maladie du rein		X Néphropathie chronique	X	X
Maladie neurologique		X Maladie d'Alzheimer ou démence	X Troubles neurologiques sans distinction <sup>a</sup>	X Troubles neurologiques sans distinction <sup>a</sup>  X Paralysie <sup>b</sup>
Anémie	NM	NM	X	X
Cancer	NM	NM	X	X
Coagulopathie	NM	NM	X	X
Hypertension	NM	NM	X	X
Hypothyroïdie	NM	NM	X	X
Psychose	NM	NM	X	X
Troubles des fluides et électrolytes	NM	NM	X	X
Abus de drogue	NM	NM		X
Problème du système immunitaire	NM	NM		X

X : Maladie identifiée comme facteur de risque.

NM : Facteur non mentionné dans l'avis du CCNI.

<sup>a</sup> Le groupe Troubles neurologiques sans distinction regroupe la démence, les maladies d'Alzheimer, de Parkinson et l'épilepsie.

<sup>b</sup> La paralysie inclut surtout des handicaps physiques tels que l'hémiplégie et la quadriplégie.

Sources : CCNI, 2020; Simard et coll., 2020 (à paraître).

**Tableau 2 Distribution de la population, des cas de COVID-19, des hospitalisations et des décès en fonction de la présence ou non de maladie chronique (MC)**

Groupe d'âge	Présence de MC <sup>a</sup>	Population <sup>b</sup> (projection 2020)		Cas COVID-19 <sup>c</sup>			Hospitalisations <sup>c</sup>			Décès <sup>c</sup>			
		Effectif	% MC	n	% MC	Taux / 100 000	n	% MC	Taux/ 100 000	n	% MC	Taux/ 100 000	Létalité %
0-19 ans	Non	1 588 489		15 184		955,9	106		6,7	1		ND	ND
	Oui	189 529	11	1 650	10	870,4	19	15	10,0	0	ND	ND	ND
	Total	1 778 018		16 834		946,8	125		7,0	1		0,06	0,01
20-59 ans	Non	3 415 732		47 588		1 393,2	1 530		44,8	29		0,86	0,1
	Oui	1 027 109	23	18 691	28	1 819,7	723	32	70,4	124	8	12,1	0,7
	Total	4 442 841		66 279		1 491,8	2 253		50,7	153		3,4	0,2
60-69 ans	Non	662 442		3 737		564,1	301		45,5	52		7,8	1,4
	Oui	495 822	43	5 699	60	1 149,5	1 162	79	234,3	331	86	66,8	5,8
	Total	1 158 264		9 436		814,7	1 463		126,3	383		33,1	4,1
70-79 ans	Non	307 162		1 257		409,4	186		60,5	100		32,5	7,9
	Oui	461 253	60	5 928	83	1 285,1	2 000	92	433,6	1 087	92	235,7	18,3
	Total	768 415		7 185		935,0	2 186		284,5	1 187		154,5	16,5
≥ 80 ans	Non	105 393		1 435		1 361,3	182		172,2	404		383,0	28,1
	Oui	312 540	75	13 510	90	4 322,7	3 764	95	1 204,5	4 290	91	1 372,7	31,8
	Total	417 933		14 945		3 575,9	3 946		944,2	4 694		1 123,1	31,4
Total	Non	6 079 218		69 201		1 138,3	1 498		24,6	680		11,2	1,0
	Oui	2 486 253	29	45 478	40	1 829,2	6 945	70	279,3	5 709	89	229,6	12,6
	Total	8 565 471		114 679		1 338,9	9 973		116,4	6 418		74,9	5,6

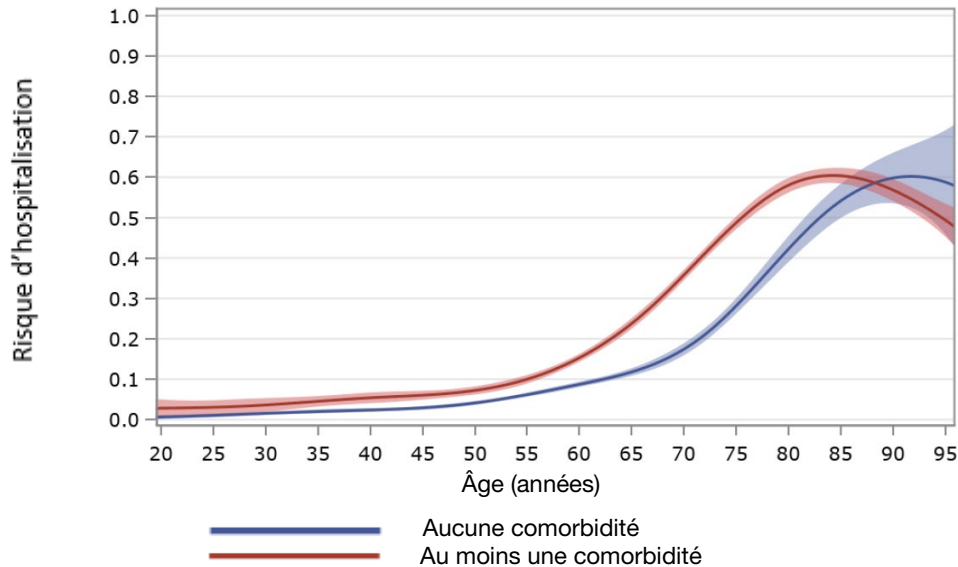
<sup>a</sup> SISMACQ, basé sur les cas confirmés du 23 février au 26 juillet 2020.

<sup>b</sup> Direction de la vigie sanitaire, DGASP, MSSS à partir des Estimations et projections de population, ISQ, mise à jour 24 avril 2020.

<sup>c</sup> Rapport de vigie quotidienne COVID-19 du 7 novembre 2020, INSPQ et SISMACQ.

Source : Gilca R., communication écrite.

**Figure 1** Risque d'hospitalisation en fonction de l'âge et de la présence ou non d'une maladie chronique parmi les cas de COVID-19 vivant à domicile, Québec, février à juillet 2020

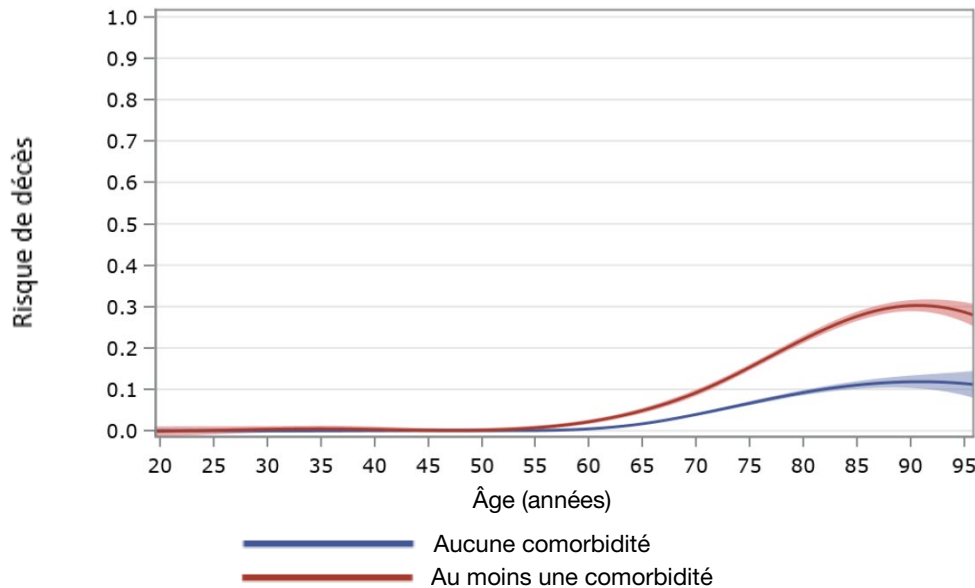


Note 1 : Courbes lissées du risque observé d'**hospitalisation** (avec intervalle de confiance à 95 %) chez les cas confirmés vivant à domicile, par âge et selon la présence ou non de comorbidités - période du 23 février au 26 juillet 2020.

Note 2 : Les chiffres sur l'axe des Y correspondent à des proportions simples. À titre d'exemple, 0.1 = 10 %; 1.0 = 100 %.

Source : Simard et coll., 2020 (à paraître).

**Figure 2** Risque de décès en fonction de l'âge et de la présence ou non d'une maladie chronique parmi les cas de COVID-19 vivant à domicile, Québec, février à juillet 2020



Note 1 : Courbes lissées du risque observé de **décès** (avec intervalle de confiance à 95 %) chez les cas confirmés vivant à domicile, par âge et selon la présence ou non de comorbidités - période du 23 février au 26 juillet 2020.

Note 2 : Les chiffres sur l'axe des Y correspondent à des proportions simples. À titre d'exemple, 0.1 = 10 %; 1.0 = 100 %.

Source : Simard et coll., 2020 (à paraître).

### 3.4. Évolution probable de l'épidémiologie

Comme vu plus haut, l'incidence de la maladie au Québec s'est caractérisée jusqu'à présent par des vagues d'intensité variable et le scénario le plus probable est que ce profil épidémiologique se poursuivra durant l'année 2021. Un scénario catastrophe de perte de contrôle de la circulation du virus est peu probable vu l'efficacité des mesures de contrôle populationnelles en l'absence de vaccin. De même, un scénario d'élimination ou de quasi-élimination de la circulation du virus dans la communauté comme cela a été observé dans certains pays insulaires ou d'autres ayant rapidement appliqué des politiques très contraignantes est très peu vraisemblable.

Certains organismes ont émis des recommandations de priorisation différentes en fonction de la situation épidémiologique (HAS, 2020; World Health Organization (WHO), 2020b). Nous avons choisi de ne retenir qu'un seul scénario épidémiologique, soit celui d'une situation de maintien d'une transmission communautaire de niveau variable avec des éclosions de relativement petites tailles pouvant survenir dans tout le territoire du Québec. L'expérience nous montre qu'il existe des variations régionales dans l'incidence de la maladie, mais toutes les régions sont à risque et, dans un souci d'équité inter-régionale, l'offre de vaccination devrait être similaire dans toutes les régions, tenant compte des groupes priorités.

## 4. Vaccins

### 4.1. Caractéristiques des vaccins

Cette section réfère à l'avis *Caractéristiques des vaccins candidats contre la COVID-19 et enjeux relatifs à leur utilisation au Québec* (CIQ, 2020) et se concentre principalement sur les 7 candidats vaccins pour lesquels le gouvernement du Canada a conclu une entente d'achats anticipée. Il s'agit des vaccins des compagnies Astra Zeneca/Oxford, Johnson & Johnson (Janssen), Medicago/GSK, Moderna, Novavax, Pfizer/BioNTech et Sanofi/GSK. Les caractéristiques de ces vaccins sont décrites dans le tableau 3. Les technologies utilisées pour produire ces vaccins sont diversifiées et les plateformes utilisant un ARN messenger ou un adénovirus comme vecteur sont encore peu éprouvées mais prometteuses. Deux produits sont testés actuellement dans le cadre d'études de Phase 1-2, ce qui signifie que peu d'information concernant leur utilisation sur le terrain n'est encore disponible. Cinq de ces produits sont au stade des études de Phase 3 et des résultats concernant leur innocuité et immunogénicité suite à des études de Phase 1 et 2 sont disponibles (CIQ, 2020). Très récemment, les résultats préliminaires des études de Phase 3 des vaccins développés par Pfizer/BioNTech et Moderna ont été annoncés par voie de communiqué de presse et sont actuellement évalués dans le cadre de procédures accélérées d'autorisation de mise en marché. En date du 2 novembre 2020, trois compagnies avaient soumis une demande d'approbation accélérée à Santé Canada (Astra Zeneca/Oxford, Moderna et Pfizer/BioNTech).

Plusieurs questions se posent quant à l'utilisation de ces vaccins. Deux doses seront nécessaires pour 6 des 7 produits avec un intervalle de quelques semaines. Il est possible qu'un intervalle plus long améliore la réponse immunitaire comme cela est le cas pour beaucoup de vaccins mais cela reste à démontrer. Les informations encore parcellaires dont nous disposons sur les réponses immunitaires après la première et la deuxième dose justifient un calendrier à 2 doses. Cela signifie que la vaccination du plus grand nombre possible de personnes avec une première dose suite à une première livraison ne pourra se faire que si nous avons l'assurance qu'il y aura une livraison subséquente d'autres doses de ce même vaccin dans des délais opportuns. Les études de phase 3 recrutent principalement des adultes en santé, incluant des personnes âgées de 65 ans ou plus et, pour certains produits, des jeunes âgés de 12 ans ou plus. Les femmes enceintes sont systématiquement exclues des essais de Phase 3. Cela signifie que l'extension des indications à des personnes très âgées et fragiles, des personnes avec des pathologies pouvant affecter la réponse immunitaire et des jeunes enfants devra se faire sur la base d'opinions d'experts, du moins à court terme. La distribution et l'administration des vaccins nécessitant une conservation à des températures très basses poseront des défis logistiques. Les fabricants travaillent sur ces questions et les autorisations de mise en marché qui seront données par Santé Canada contiendront des informations spécifiques sur les conditions d'utilisation. Tous les vaccins utilisant un ARN messenger, un adénovirus comme vecteur ou un adjuvant de nouvelle génération sont réactogènes. Pour certains produits, des études sont en cours concernant l'administration prophylactique d'acétaminophène (appelé paracétamol en Europe) mais les résultats complets ne sont pas encore disponibles, le principal souci étant une diminution de la réponse immunitaire. Théoriquement, il est possible d'utiliser des produits différents pour une première dose et des doses de rappel lorsque les cibles antigéniques sont similaires. À titre d'exemple, le vaccin Spoutnik V d'origine russe utilise un vecteur viral différent pour la première et seconde dose avec une même protéine spiculaire comme cible (CIQ, 2020). Des données robustes d'interchangeabilité seront toutefois nécessaires pour permettre l'utilisation de calendriers mixtes des produits utilisant des procédés de fabrication différents. En tout état de cause, la nécessité de revaccination sera conditionnée par les données concernant la persistance de la protection clinique qui seront disponibles. Finalement, il n'est pas prévu d'utiliser

ces vaccins pour de la prophylaxie post-exposition vu les délais nécessaires à l'obtention d'anticorps à des niveaux pouvant être protecteurs.

Une question subsidiaire concerne l'offre en vaccin aux personnes ayant une histoire d'infection par le SRAS-CoV-2 basée sur une histoire clinique confirmée ou non par un test PCR (test par réaction en chaîne de la polymérase), ou encore par un test sérologique sans histoire clinique. Nos connaissances sur l'immunité contre le SRAS-CoV-2 sont encore fragmentaires mais nous savons que l'immunité humorale et cellulaire ainsi que les mécanismes d'immunité naturelle jouent un rôle (Poland et coll., 2020; Sewell et coll., 2020; Yang et coll., 2020). Les cas de réinfection bien documentés restent rares mais nous ne savons pas exactement quelle est la durée de la protection conférée par une infection et cela pourrait être modulé par l'âge et la sévérité de la maladie. Pour le moment, l'indication d'une vaccination devrait être posée sans égard aux antécédents de maladie ou d'infection.

**Tableau 3** Caractéristiques des vaccins ayant fait l'objet d'un achat anticipé par Santé Canada (en date du 20 novembre 2020)<sup>1</sup>

Compagnie	Type	Nom	Stade	Nombre de doses commandées	Calendrier	Présentation	Conservation <sup>a</sup>
Moderna	ARN messenger	mRNA-1273	Phase 3	56 millions	2 doses IM (0, 28 jours)	Fiole multidose (10 doses) Utilisation dans les 6 heures après ouverture de la fiole Pas d'agent de conservation	-20 °C pour 6 mois 2-8°C pour 30 jours 20-25°C pour 12 heures
Pfizer/ BioNTech	ARN messenger	BNT162b2	Phase 3	20 millions	2 doses IM (0, 21 jours)	Fiole multidose (5 doses) Reconstitution avec 0,9 % NaCl Pas d'agent de conservation	-70 °C (+/- 10 °C) pour 6 mois Stabilité 15 jours dans contenant <i>thermal shipper</i> fourni par fabricant et en remettant de la glace sèche (si contenant non ouvert, 10 jours à 15-25 °C) 2-8°C pour 5 jours Après mixage : 6 heures à 2-8°C Diluant peut être conservé à température ambiante
Novavax	Vaccin protéinique recombinant adjuvanté	NVX-CoV2373 ARS-CoV-2	Phase 3	76 millions	2 doses IM (0, 21 jours)	Non déterminée	2-8°C
Sanofi/ GSK	Vaccin protéinique recombinant adjuvanté	Non déterminé	Phase 1-2	72 millions	Non déterminé	Non déterminée	Non déterminée
Astra Zeneca/ Oxford	Vecteur viral (adénovirus type 5 de chimpanzé)	AZD122/ ChAdOx1	Phase 3	20 millions	2 doses IM (0, 28 jours)	Non déterminée	2-8°C
Johnson & Johnson – Janssen	Vecteur viral (adénovirus type 26)	Ad26.COVS.S	Phase 3	38 millions	1 dose IM	Non déterminée	2-8°C
Medicago/ GSK	Particule pseudovirale avec adjuvant	Non déterminé	Phase 1-2	76 millions	2 doses	Non déterminée	Non déterminée

<sup>a</sup> Sous réserve de modification.

Sources : Bui Y.-G., communication écrite. Moderna, Communiqué de presse, 16 nov. 2020. Novavax, Communiqué de presse, 2 sept. 2020. Pfizer/BioNTech, Communiqué de presse, 20 nov. 2020. Poland GA et coll., 2020.

<sup>1</sup> Tableau repris d'un avis antérieur du CIQ (CIQ, 2020) et actualisé en date du 20 novembre 2020.

## 4.2. Scénarios d'approvisionnement en vaccins

Les informations qui circulent font état d'un début possible de livraisons de vaccins pour le Canada durant le premier trimestre de l'année 2021. Cela est, bien évidemment, conditionnel à la fin des études de Phase 3, à l'obtention de résultats préliminaires qui soient favorables, à la soumission d'une demande d'autorisation auprès de Santé Canada, à l'évaluation de ce dossier et à l'émission d'une autorisation de mise en marché. Il est probable que, pour chaque produit autorisé, les livraisons débutent lentement et en s'accroissant petit à petit. Comme plusieurs produits pourraient être autorisés au cours de l'année 2021, la disponibilité de vaccins pourrait correspondre aux besoins pour une vaccination de l'ensemble de la population canadienne avant la fin de l'année 2021. Il est entendu que la répartition des vaccins livrés au Canada se fera de manière proportionnelle à la population des provinces et territoires.

Le scénario d'augmentation progressive de la disponibilité de vaccins tout au cours de l'année 2021 au Québec est une hypothèse raisonnable qui a des conséquences au niveau de la priorisation des groupes et de la planification d'une campagne d'immunisation de masse. L'ordre de priorité des groupes à qui offrir le vaccin devrait débuter par des groupes de taille restreinte et inclure de manière progressive des groupes de plus en plus nombreux, cela pour ne pas induire une distorsion entre l'offre et la demande. Lors de la campagne de vaccination de masse contre l'influenza pandémique réalisée à l'automne 2009, les vaccins sont arrivés tardivement, après le pic de la deuxième vague, mais les livraisons des lots se sont succédé très rapidement, ce qui a permis de vacciner plus de 4 millions de personnes avec une seule dose en moins de 2 mois (MSSS, 2011). Cette fois, deux doses seront nécessaires pour la plupart des vaccins contre la COVID-19 (CIQ, 2020). Pour rejoindre 75 % de la population du Québec, par exemple, il faudrait vacciner 6 millions de personnes (12 millions d'injections).

## 5. Acceptabilité des vaccins

### 5.1 Résultats de sondages menés au Canada

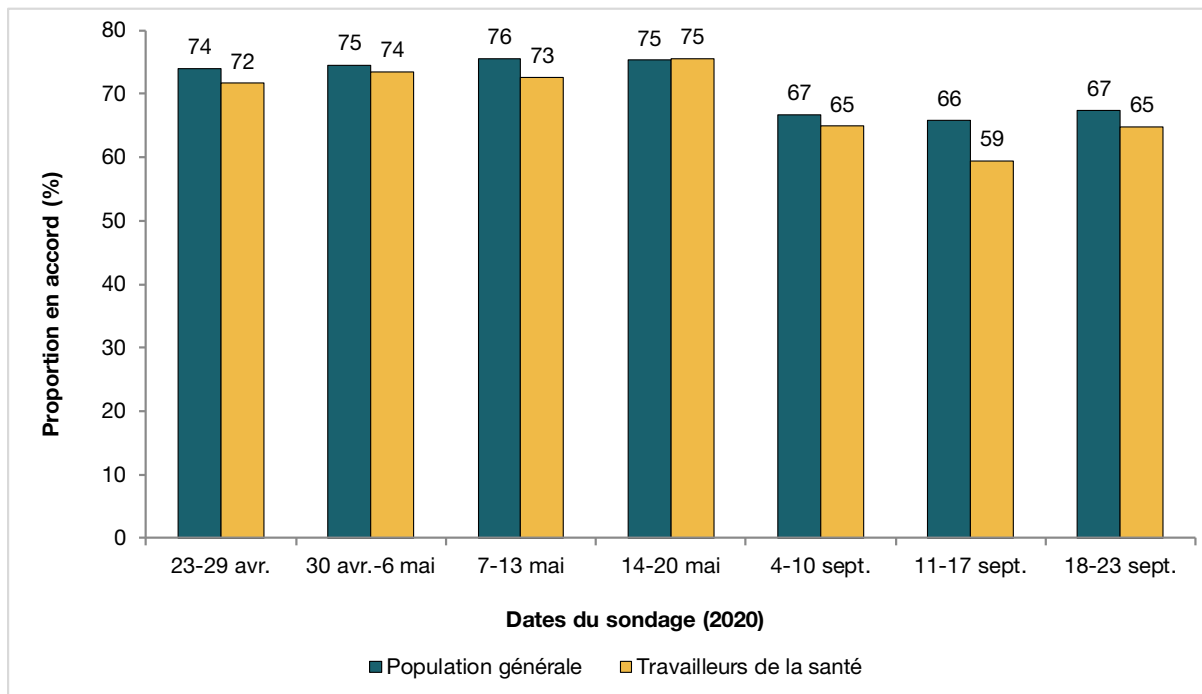
Depuis le début de la pandémie, plusieurs sondages ont été menés par des firmes et des agences auprès de la population canadienne et québécoise, afin de sonder l'intention de recevoir ou non un vaccin contre la COVID-19 lorsqu'il sera disponible. Les détails figurent dans l'annexe 1. L'analyse de ces sondages, bien qu'ils ciblent un groupe plutôt homogène de la population (les adultes âgés de 18 ans ou plus), fournit néanmoins des informations utiles en ce qui a trait aux attitudes de la population envers l'arrivée des vaccins contre la COVID-19 et à l'acceptabilité de cette vaccination chez certains groupes de la population qui pourrait être ciblée en premier (Dubé E., communication écrite). Globalement, on note qu'une majorité de Canadiens expriment l'intention de recevoir un vaccin contre la COVID-19. On observe, toutefois, une tendance à la baisse dans les intentions favorables entre les sondages réalisés au printemps et ceux du début de l'automne 2020. La peur des effets secondaires et le peu d'efficacité perçue des vaccins constituent les principales raisons pour ne pas avoir l'intention d'être vacciné contre la COVID-19. Un certain nombre de participants évoquent l'inutilité de la vaccination face à la pandémie. Quant aux motivations à recourir à la vaccination, la protection personnelle conférée par un vaccin contre la COVID-19 est citée. Dans un sondage, la confiance à l'égard du gouvernement et des autorités de santé publique influençait la volonté des participants de recevoir ou non le vaccin. L'âge influence aussi l'intention des Canadiens face aux vaccins. Les personnes âgées seraient plus enclines à accepter le vaccin, et ce, dès qu'il sera rendu disponible, alors que les groupes d'âge plus jeunes le seraient moins.

### 5.2 Résultats des sondages réalisés par l'INSPQ au Québec

Par ailleurs, depuis mars 2020, des sondages Web sont menés chaque semaine par l'INSPQ pour le compte du MSSS, afin de mesurer les attitudes et les comportements des Québécois(es) pendant la pandémie de la COVID-19 (INSPQ, 2020b). Pour les périodes de collecte du 23 avril au 20 mai et du 4 au 23 septembre 2020, des questions ont été ajoutées pour connaître les perceptions et les intentions de la population au regard de la vaccination. La figure 3 présente l'évolution de l'intention de vaccination contre la COVID-19 entre les sondages réalisés au printemps et en septembre 2020, pour les adultes en général et pour les TS. L'intention des TS ne diffère pas de celle de la population générale.

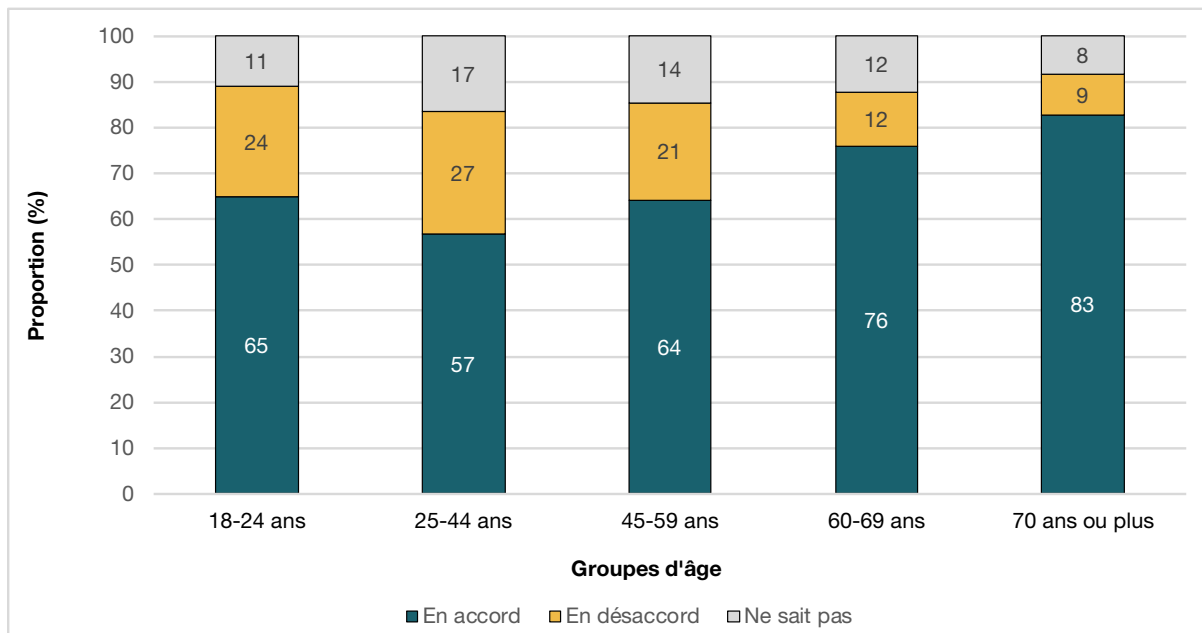
Des différences importantes dans l'intention de recevoir le vaccin sont aussi observées selon l'âge (figure 4).

**Figure 3 Proportions des personnes en accord avec l'énoncé indiquant l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19, Québec, 2020**



Source : Sondages Web réalisés par l'INSPQ auprès de Québécois, du 23 avril au 20 mai et du 4 au 23 septembre 2020.

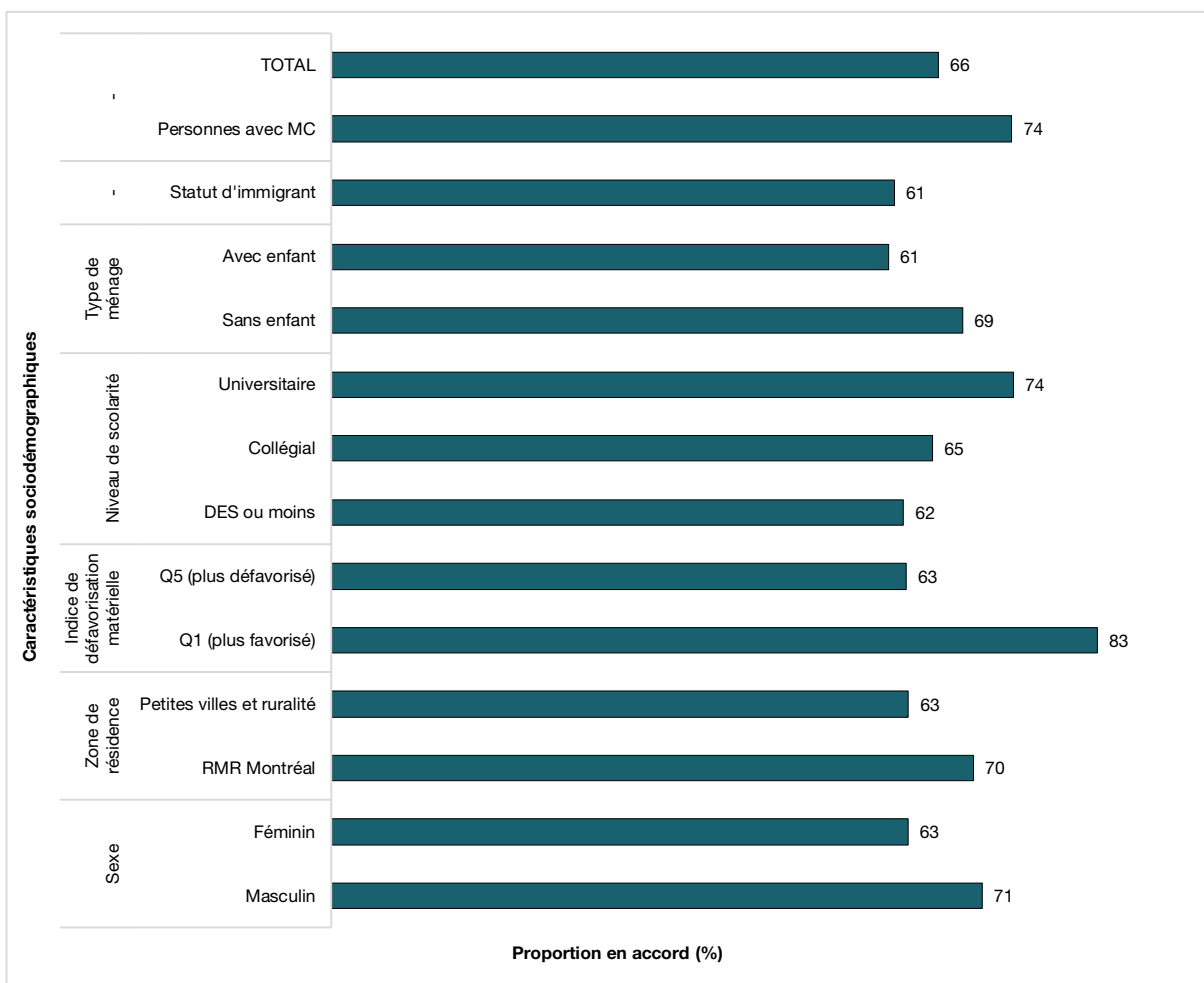
**Figure 4 Proportions des personnes en accord ou en désaccord avec l'énoncé indiquant l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19 selon l'âge, Québec, 2020**



Source : Sondages Web réalisés par l'INSPQ auprès de Québécois, du 23 avril au 20 mai et du 4 au 23 septembre 2020.

Il existe également une plus grande proportion de personnes ayant l'intention de se faire vacciner parmi celles atteintes d'une ou plusieurs maladies chroniques, de même que parmi les hommes et parmi les personnes ayant une scolarité de niveau universitaire (figure 5). Parmi les raisons évoquées pour refuser la vaccination, on retrouve les craintes liées au fait que ce sont de nouveaux vaccins, des doutes quant à leur efficacité et la peur des effets secondaires, alors que mettre fin à la pandémie et se protéger contre la COVID-19 sont celles évoquées par les personnes ayant l'intention de recevoir un vaccin lorsqu'il sera disponible.

**Figure 5 Proportions des personnes en accord avec l'énoncé indiquant l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19 selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Québec, 2020**



Source : Sondages Web réalisés par l'INSPQ auprès de Québécois, du 23 avril au 20 mai et du 4 au 23 septembre 2020.

### 5.3 Acceptabilité de prioriser certains groupes pour la vaccination

En ce qui a trait à l'acceptabilité d'établir des groupes prioritaires pour la vaccination, dans le plus récent sondage réalisé par Léger en collaboration avec l'Association d'études canadiennes (Léger, 2020a), 65 % des Canadiens et 75 % des Québécois estimaient que le vaccin devrait être mis à disposition en priorité auprès de certains segments de la population. Les groupes jugés les plus prioritaires étaient : les TS (42 % Canadiens; 45 % québécois) et les personnes âgées de 65 ans ou plus (24 % Canadiens; 29 % québécois). Les résidents et les employés des établissements de soins de longue durée et des maisons pour personnes âgées étaient également vus comme prioritaires, quoique par une plus faible proportion (16 % Canadiens; 18 % québécois). Les résultats d'un autre sondage indiquaient qu'une forte proportion de Canadiens jugeait important que les personnes aux prises avec des maladies chroniques reçoivent le vaccin de façon prioritaire (Angus Reid Institute, 2020).

Par ailleurs, l'ASPC a mené une consultation entre le 22 juillet et le 14 août 2020 auprès de 74 représentants d'associations médicales et de santé publique, de membres de comités provinciaux et fédéraux sur l'immunisation, de représentants de groupes autochtones, de chercheurs travaillant sur la COVID-19 et de représentants d'associations de patients au sujet de la priorisation de certains groupes pour la vaccination. Dans un contexte de disponibilité limitée de vaccins, les participants à cette consultation priorisaient des stratégies visant à 1) protéger les groupes les plus à risque de maladie sévère ou de décès; 2) protéger la capacité des services de santé et 3) diminuer la transmission de la COVID-19 (Zhao et coll., 2020).

### 5.4 Conclusions sur l'acceptabilité

En somme, bien que les résultats des différents sondages indiquent que la majorité des Québécois ont une attitude favorable face aux vaccins contre la COVID-19, les attentes de la population envers ces vaccins, et l'engouement des médias pour ce sujet, créent une situation inédite et extrêmement volatile pour l'implantation d'un nouveau programme de vaccination. La diminution de l'intention de recevoir un éventuel vaccin, observée dans les sondages menés par l'INSPQ et l'omniprésence de discours contre les vaccins dans les médias sociaux rappellent l'importance de mesurer et de suivre l'évolution des attitudes et perceptions entourant la vaccination contre la COVID-19 dans différents groupes de la population. Cela permettra de développer des stratégies de communication adaptées aux inquiétudes et aux questions. Certaines catégories de professionnels de la santé figureront parmi les premiers groupes ciblés par la vaccination et ils devront ensuite recommander les vaccins à leurs patients. Comme pour tous les nouveaux programmes, leurs recommandations auront une influence importante sur l'acceptabilité des vaccins dans la population. Il est donc essentiel de répondre à leurs besoins ainsi que de s'assurer de leur adhésion et de leur soutien aux stratégies de vaccination qui seront implantées.

## 6. Valeurs, objectifs et stratégies préconisés par d'autres organismes

Avant de déterminer les objectifs et les stratégies relativement à la vaccination contre la COVID-19 qui conviendraient à la réalité québécoise, il est pertinent de se pencher sur ce qui a été proposé par d'autres organismes ou autorités de santé publique.

Dans une perspective éthique, une valeur représente ce qui inspire, motive et guide nos décisions et nos actions dans nos rapports avec autrui. Elle constitue la fin visée par la décision ou l'action envisagée et se traduit verbalement comme raison d'agir et comme sens de l'action (Filiatrault et coll., 2015). Le tableau 4 reprend les principales valeurs prises en compte par l'OMS (WHO, 2020a), le CCNI (ASPC, 2020; CCNI, 2020) et les CDC (CDC, 2020) pour l'élaboration d'une stratégie de vaccination contre la COVID-19, ainsi que les définitions tirées du Référentiel de valeurs pour soutenir l'analyse éthique des actions en santé publique (Filiatrault et coll., 2015) et du Cadre de réflexion sur les enjeux éthiques liés à la pandémie de COVID-19 (Désy et coll., 2020). Une description détaillée des valeurs en lien avec les buts et objectifs principaux d'un éventuel programme de vaccination contre la COVID-19 est présentée à l'annexe 2. Certaines valeurs fondamentales communes sont retenues par ces organismes pour justifier le choix des objectifs, notamment en ce qui a trait au bien-être ou à la bienfaisance, à la non-malfaisance, à l'égalité, la justice et l'équité. La réciprocité est également prise en compte, particulièrement dans le contexte actuel de crise sanitaire et du rôle essentiel que jouent les TS. La transparence et la confiance sont des valeurs dites procédurales qui doivent animer ceux qui rédigent les avis ou prennent des décisions.

**Tableau 4 Définition des principales valeurs prises en compte par l'OMS, le CCNI et les CDC pour la priorisation des groupes à vacciner contre la COVID-19**

Valeurs	Définitions	Organismes		
		OMS	CCNI	CDC
Bien-être humain	Le bien-être peut se définir comme un état psychologique, une sensation d'équilibre global intégrant des dimensions sociales, mentales, émotionnelles, spirituelles et physiques.	X		
Bienfaisance et non-malfaisance	La bienfaisance traduit la volonté d'agir pour le bien d'autrui, en l'occurrence pour sa santé et son bien-être. La non-malfaisance fait référence à l'idée de ne pas causer indûment de torts à autrui.		X	X
Confiance	La confiance représente le socle sur lequel reposent les relations entre les personnes, mais également entre les individus et les organisations, comme entre les citoyens et les instances gouvernementales.		X	
Égalité	La notion d'égalité vise la reconnaissance de l'égale dignité et considération de tous les êtres humains.	X		X

**Tableau 4 Définition des principales valeurs prises en compte par l’OMS, le CCNI et les CDC pour la priorisation des groupes à vacciner contre la COVID-19 (suite)**

Valeurs	Définitions	Organismes		
		OMS	CCNI	CDC
Équité	L'équité exige de tenir compte de disparités existantes au sein de la population lors de la détermination des objectifs et de la distribution de ressources et d'agir afin de réduire ces disparités.	X	X	X
Justice	La justice est généralement comprise comme l'égalité de toutes les personnes, chacune ayant un droit d'accès équivalent aux services sociaux et de santé, par exemple. Dans une perspective de santé publique, la notion de justice sous-tend l'objectif de réduire les inégalités sociales.		X	X
Réciprocité	Le concept de réciprocité décrit une relation entre des individus ou des groupes qui comporte des avantages mutuels pour les parties impliquées. Plus particulièrement, la réciprocité réfère à un geste posé qui appelle une contrepartie, un retour.	X	X	
Transparence	La transparence exige que l'information transmise au public concerné soit disponible en temps opportun, facilement compréhensible et utile, afin de permettre aux personnes et aux collectivités de comprendre les choix qui les affectent et d'exercer leur jugement envers ces choix.		X	X

Sources : ASPC, 2020; CCNI, 2020; CDC, 2020; Désy et coll., 2020; Fillatrault et coll., 2015; WHO, 2020a.

Les objectifs, les stratégies de vaccination contre la COVID-19 et les groupes prioritaires préconisés par l’OMS (WHO, 2020a; WHO, 2020b), le CCNI (CCNI, 2020), les CDC aux États-Unis (CDC, 2020), la HAS en France (HAS, 2020) et le JCVI au Royaume-Uni (JCVI, 2020) sont présentés dans l’annexe 3. L’objectif de diminuer le fardeau de la maladie est proposé par tous les organismes, de même que celui de minimiser les perturbations sociales ou de préserver le fonctionnement de la société. Un objectif spécifique important pour ces organismes est d’assurer le fonctionnement du système de santé. L’OMS, la HAS et le JCVI proposent un classement provisoire des groupes à vacciner, avec une priorité accordée aux TS et aux personnes à haut risque de morbidité et de mortalité.

## 7. Valeurs, objectifs et stratégies pouvant être proposés au Québec

### 7.1. Valeurs à prendre en compte

Comme toutes les sociétés démocratiques, le Québec souscrit aux valeurs énoncées par l'OMS (WHO, 2020a) et reprises dans l'avis du CCNI sur les orientations préliminaires concernant les principales populations à immuniser en priorité contre la COVID-19 (CCNI, 2020). Cinq des valeurs mentionnées au tableau 4 ont été retenues pour justifier le choix des objectifs d'un programme d'immunisation contre la COVID-19 et les priorités qui seront établies pour l'attribution des vaccins dans un contexte de disponibilité restreinte.

- ▶ La bienfaisance : la stratégie de vaccination devrait réduire au maximum le fardeau de la maladie, avec dans l'ordre les décès, les hospitalisations et les maladies.
- ▶ L'équité : le vaccin devrait être attribué en fonction du degré de vulnérabilité des personnes et de leur risque de maladie et de complications.
- ▶ La justice : chacun a un droit d'accès équivalent aux services sociaux et de santé, incluant des soins curatifs de deuxième ou de troisième ligne.
- ▶ La réciprocité : les travailleurs de la santé qui font face à des risques accrus d'infection devraient en retour bénéficier prioritairement du vaccin.
- ▶ La non-malfaisance : le vaccin ne devrait pas nuire à la santé des personnes ou ne pas avoir un ratio-bénéfice/risque défavorable.

À cela on pourrait ajouter l'égalité (tous ceux qui figurent dans un groupe d'ordre de priorité devraient avoir un accès égal au vaccin), notion qui interpelle l'organisation des services de vaccination et la distribution des vaccins à travers toute la province. Comme dit plus haut, la transparence et la confiance sont des valeurs dites procédurales qui doivent animer ceux qui rédigent les avis ou prennent des décisions, au Québec comme ailleurs.

### 7.2. Objectifs et stratégies à prioriser

Dans l'enquête auprès d'experts citée à la section 5.3, une large majorité des participants considérait que l'objectif prioritaire d'un programme devrait être la protection des personnes les plus vulnérables et la prévention des maladies graves et des décès, et ce, dans tous les scénarios épidémiologiques proposés (Zhao et coll., 2020). L'objectif de diminution du fardeau de la maladie incluant les décès et les complications est, par ailleurs, mis de l'avant par tous les organismes ayant proposé des objectifs pour un programme d'immunisation contre la COVID-19 (annexe 3). Cet objectif devrait être le premier à être poursuivi.

Pour atteindre ce premier objectif, il est essentiel de s'assurer du bon fonctionnement des services et soins de santé qui sont offerts aux personnes les plus vulnérables et aux malades. Le deuxième objectif d'un programme d'immunisation consisterait donc à prévenir la maladie et l'absentéisme chez les professionnels de la santé et les personnes qui offrent des services en CHSLD et en CH, ce qui permettrait également de minimiser le risque d'éclosions et d'infections nosocomiales.

Minimiser les conséquences sociales et économiques de la pandémie est un objectif important qui nécessitera la vaccination d'un large segment de la population active, en commençant par les services essentiels. Cela ne sera possible que dans un contexte de disponibilité de grandes quantités de vaccin et la vaccination devra être étalée dans le temps en fonction des ressources humaines disponibles.

Il existe deux grandes stratégies vaccinales pour le contrôle d'une éclosion ou épidémie causée par un agent infectieux. La stratégie dite « directe », tout d'abord, consiste à viser les personnes qui sont les plus atteintes ou chez qui les complications sont les plus fréquentes. Cette stratégie capitalise sur l'efficacité du vaccin à prévenir la maladie ou à en mitiger les conséquences, sans égard à la capacité du vaccin de diminuer le risque d'infection ou la contagiosité des personnes infectées. Une telle stratégie a été utilisée au Québec en 2014 pour contrôler une éclosion persistante d'infections invasives à méningocoque causée par une souche virulente de Sérotype B qui atteignait surtout les jeunes âgés de moins de 20 ans au moyen d'un vaccin protéinique (4CMenB) reconnu pour être efficace à prévenir la maladie, mais sans effet notable sur le portage de l'organisme pathogène (De Wals et coll., 2017; Isitt C et coll., 2020). Une autre stratégie dite « indirecte » consiste à vacciner le segment de la population qui est le réservoir de la transmission du germe pathogène, en capitalisant sur la capacité du vaccin à prévenir l'acquisition de l'infection ou encore, l'intensité ou la durée de contagiosité, les deux concourant à diminuer la prévalence des porteurs de l'infection. Cette stratégie a été utilisée au Québec en 2001 pour contrôler une épidémie débutante d'infection invasive à méningocoque de Sérotype C et pour prévenir toute récurrence en utilisant un vaccin méningococcique conjugué (De Wals, 2004). Elle a également été utilisée dans différents pays (Royaume-Uni, Pays-Bas, Australie) pour enrayer des recrudescences des infections invasives à méningocoque causées par un clone virulent de Sérotype W (Booy et coll., 2019). Les vaccins polysaccharidiques conjugués sont connus pour être efficaces à réduire la prévalence du portage dans la population vaccinée et à diminuer la circulation du germe pathogène dans l'ensemble de la population (le phénomène du « herd immunity » ou d'immunité de groupe), en plus de conférer une protection directe contre la maladie aux vaccinés (Clark et coll., 2020b). Dans le cas présent et en l'absence de certitude sur le réservoir de l'infection, sur l'efficacité des vaccins contre le SRAS-CoV-2 à prévenir l'infection et à diminuer la contagiosité des infectés et sur les couvertures vaccinales qui seront atteintes dans différents segments de la population, les jeunes adultes en particulier, il serait prudent d'utiliser une stratégie de protection directe en offrant, en premier lieu, les vaccins contre la COVID-19 aux personnes qui ont le plus grand risque de complications et de décès ainsi qu'à ceux qui les soignent.

### 7.3. Objectifs opérationnels

D'un point de vue opérationnel, il est habituel de se fixer des objectifs de couverture vaccinale. Si l'on veut diminuer tant faire que peut le fardeau de la maladie et éliminer la circulation du virus, tendre vers 100 % de vaccinés serait souhaitable mais aussi irréaliste. Sachant que dans beaucoup de pays à revenu élevé, incluant le Canada, le taux de reproduction de base du SRAS-CoV-2 se situe autour de 3 (en l'absence de mesures de contrôle), il faudrait atteindre une proportion de personnes immunes comprise entre 60 % et 70 % pour que la circulation du virus se tarisse grâce au phénomène d'immunité de groupe (Anderson et coll., 2020). Prédire ce que devrait être la couverture vaccinale globale pour atteindre cet objectif d'élimination de la circulation du virus est difficile, car il faut tenir compte d'une hétérogénéité des contacts dans la population, de variations saisonnières dans le risque de contagion, des mesures de protection individuelle, de l'efficacité non connue des vaccins à prévenir l'infection et à diminuer la contagiosité des infectés. D'un point de vue pratique, atteindre une couverture vaccinale globale de 75 % serait un objectif réaliste en fonction des données disponibles sur l'acceptabilité des vaccins et qui sont présentées à la section 5.

## 7.4. Ordre de priorité

Advenant l'implantation progressive d'un programme d'immunisation de masse contre la COVID-19 au Québec, la priorisation des groupes à cibler peut se faire en fonction de différents critères :

(i) l'âge qui est associé au risque d'infection, de complications et de décès suite à une infection, (ii) l'existence d'une ou de plusieurs pathologies augmentant le risque de complications et de décès suite à une infection, (iii) la profession qui peut influencer le risque d'exposition au virus et de transmission du virus à des personnes vulnérables et enfin (iv) le milieu de vie qui peut également être associé au risque d'infection et de survenue d'éclosion. Une combinaison de ces différents critères est possible comme cela a été préconisé par l'ensemble des organismes ayant exprimé un avis. Une stratégie possible est présentée dans le tableau 5.

Rang 1 : Depuis le début de la pandémie, les personnes vulnérables et en grande perte d'autonomie qui résident dans les CHSLD des réseaux publics et privés ont payé un lourd tribut à la COVID-19 du fait d'éclosions favorisées, notamment par la nature des contacts dans ces milieux, par des difficultés dans l'implantation des mesures de protection et par la mobilité du personnel. Il est probable que les données qui seront disponibles lors de l'arrivée des premiers vaccins ne concerneront pas les personnes très âgées, avec des comorbidités et en perte d'autonomie qui ne sont habituellement pas recrutées dans des essais cliniques. L'opinion d'expert sera alors nécessaire pour déterminer si une vaccination pour ce type de clientèle hautement prioritaire pourra aller de l'avant. La vaccination des personnes qui prennent soin des résidents pourrait diminuer le risque d'infection dans ce groupe mais non l'éliminer. Advenant une efficacité moindre des vaccins dans ce groupe des personnes vulnérables, une vaccination resterait utile si les taux d'efficacité observés chez des adultes en bonne santé sont très élevés. Il est à noter que les personnes vivant dans une RI-RTF pourraient être vaccinées au rang 1 si leur vulnérabilité et le niveau de soins qu'elles requièrent sont semblables à ceux des CHSLD.

Rang 2 : Les travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux qui sont en contact ou susceptibles d'être en contact avec des usagers sont à risque élevé d'infection. Au début de la pandémie, l'incidence de l'infection et de la maladie a été élevée dans ce groupe et elle continue à l'être depuis le début de la deuxième vague malgré l'implantation de mesures de protection plus performantes. Ces personnes restent exposées à des personnes infectées tant dans leur milieu de travail qu'en dehors. Une fois infectées, elles peuvent transmettre l'infection et être une source d'éclosion dans les milieux de soins. La vaccination de ce groupe est importante pour le maintien de services de qualité avec un minimum d'absentéisme et de mobilité du personnel. Cela permettrait également de diminuer le risque d'épuisement professionnel massif qui pourrait survenir après des mois et des mois de stress et qui pourrait ébranler tout le système de santé du Québec. Une difficulté prévisible sera de définir de manière opérationnelle les personnes figurant dans cette catégorie. Par ailleurs, advenant un nombre très restreint de doses de vaccin disponibles initialement, certains sous-groupes plus prioritaires pourront être définis.

Rang 3 : Les personnes autonomes ou en perte d'autonomie qui vivent en RPA présentent globalement un moindre risque de maladie, de complications et de décès que celles qui vivent en CHSLD, mais ce risque est plus élevé par rapport aux personnes vivant à domicile et de nombreuses éclosions de COVID-19 ont été documentées dans ces milieux, tant lors de la première vague de la pandémie qu'au cours de la deuxième. Il existe une grande variabilité du niveau de vulnérabilité de la clientèle des différentes RPA. Certaines RPA et certaines des unités qui les composent ont des caractéristiques de risque proches de celles que l'on retrouve dans les CHSLD. On pourrait également inclure dans cette catégorie certains milieux de vie plus fermés hébergeant des personnes âgées et vulnérables ayant des caractéristiques semblables à celles des personnes qui vivent en RPA.

Rang 4 : Une attention particulière pourrait être portée aux communautés isolées et éloignées qui comportent souvent une forte proportion de personnes ayant des problèmes de santé chroniques et vivant dans des logements exigus, empêchant toute distanciation en cas d'infection. Jusqu'à présent, ces communautés ont été épargnées par la pandémie du fait de l'instauration de mesures restrictives importantes visant les voyageurs et visiteurs. Toutefois, la survenue d'éclotions dans ces communautés pourrait avoir des conséquences catastrophiques. Un critère d'âge pourrait être appliqué pour une première ronde de vaccination dans ces communautés en fonction des données disponibles sur l'innocuité, l'immunogénicité et l'efficacité des vaccins.

Rangs 5-7 : Une fois des vaccins disponibles en plus grande quantité, la campagne pourrait viser des groupes définis sur la base d'un critère d'âge. L'âge avancé est le principal facteur de risque de complication de la COVID-19 et est associé à la prévalence de comorbidités. Ainsi, la vaccination pourrait tout d'abord concerner les personnes âgées de 80 ans ou plus (rang 5) pour s'étendre aux personnes âgées entre 70 et 79 ans (rang 6) et ensuite à celles âgées entre 60 et 69 ans (rang 7).

Rang 8 : Les personnes adultes de moins de 60 ans qui ont une maladie chronique ou un problème de santé augmentant le risque de complications de la COVID-19 pourraient être le groupe suivant. Il est à noter que le niveau de risque accru varie selon la ou les maladies chroniques présentes. Certaines personnes à risque particulièrement élevé pourraient bénéficier d'une priorité plus grande en fonction des données disponibles sur l'ampleur de risque. La limite d'âge inférieure pour recommander une vaccination devra être déterminée en fonction des données sur l'innocuité, l'immunogénicité et éventuellement, l'efficacité de chaque vaccin.

Rang 9 : Les adultes de moins de 60 ans sans maladie chronique ou problème de santé augmentant le risque de complications, mais qui assurent des services essentiels et qui sont en contact avec des usagers pourraient se voir offrir la vaccination dans une perspective de diminution des conséquences sociales et économiques de la pandémie. Les complications de la COVID-19 sont peu fréquentes dans ce groupe et les décès très rares. Une difficulté prévisible sera de définir de manière opérationnelle les personnes figurant dans cette catégorie.

Rang 10 : Le reste de la population adulte et les jeunes pourraient alors suivre. La limite d'âge inférieure pour recommander une vaccination devra être déterminée en fonction des données sur l'innocuité, l'immunogénicité et éventuellement, l'efficacité de chaque vaccin.

Rang 11 : Chez les enfants, les plus jeunes surtout, il existe toujours un risque d'effets indésirables des vaccins, au niveau du développement du système immunitaire notamment. Il est important de disposer de données robustes sur leur innocuité à court et à long terme pour ce groupe. La limite d'âge pour recommander ou non chaque vaccin devra être déterminée en fonction des données qui deviendront disponibles dans le futur.

Rang 12 : Il existe un risque d'infection par le SRAS-CoV-2 et de complications pour les femmes enceintes et d'infection du nouveau-né, mais ces risques semblent moindres qu'initialement anticipés (Adhikari et coll., 2020). Les femmes enceintes ont été exclues de toutes les études de Phase 3 entreprises à ce jour. Il existe toujours un risque d'effet indésirable des vaccins tant pour la mère que pour le fœtus. Des données robustes sur l'innocuité des vaccins seront nécessaires avant de recommander une vaccination pour les femmes enceintes et le moment de la grossesse pour l'administrer devra être déterminé.

## 7.5. La question de l'obligation vaccinale

La question de l'obligation vaccinale a été évoquée par plusieurs (Walkinshaw et coll., 2011a; Walkinshaw et coll., 2011b; Bélisle Pipon et coll., 2013; Gruben et coll., 2014; MacDonald et coll., 2018; Lukich et coll., 2018; Grégoire, 2019; MacDonald et coll., 2020). L'efficacité d'une obligation pour augmenter la couverture vaccinale semble établie. Des études sur l'effet de politiques et règlements obligeant la vaccination des enfants aux États-Unis, au Canada, en France et en Italie ont toutes montré une tendance à l'augmentation des couvertures vaccinales dans les populations visées, mais avec une variabilité dans l'ampleur de l'effet (Lee et coll., 2016; Cohen et coll., 2020; Martinot et coll., 2020; Croci et coll., 2020; Gori et coll., 2020). Dans un sondage Web réalisé entre les 24 et 26 avril 2020 auprès de 1 515 Canadiens âgés de 18 ans ou plus, la proportion des Canadiens disant qu'un vaccin contre la COVID-19 devrait être obligatoire s'élevait à 60 % et était semblable chez les Québécois (59 %) (Léger, 2020b). Il est possible que l'instauration d'une obligation vaccinale au Québec puisse contribuer à augmenter les couvertures vaccinales, mais une telle mesure ne ferait certainement pas l'unanimité et risquerait de provoquer des débats houleux et des réactions hostiles peu utiles à la défense de la cause. Dans le passé, les campagnes de masse destinées à contrôler des maladies graves et fortement médiatisées et qui avaient été basées sur une information objective mais sans mesures coercitives ont atteint leurs objectifs. Ainsi, lors des campagnes de vaccination contre le méningocoque en 1992-1993, 2001 et 2009, les couvertures vaccinales dans les populations cibles ont été supérieures à 80 %, de l'ordre de 90 % ou plus chez les jeunes de moins de 15 ans, mais moindres chez ceux âgés de 15 à 20 ans, qui fréquentent moins les établissements scolaires et plus difficiles à rejoindre et à convaincre (De Wals et coll., 1996, De Wals et coll., 2004; De Wals et coll., 2017). La campagne de vaccination contre la grippe pandémique en 2009, une maladie moins grave que la COVID-19, a aussi permis de vacciner plus de la moitié de la population québécoise en moins de deux mois (MSSS, 2011). Il semble donc que c'est dans la voie de l'information objective sans contrainte qu'il conviendrait de s'engager.

**Tableau 5**      **Ordre de priorisation possible pour la vaccination contre la COVID-19 au Québec**

Rang	Groupes	Objectifs	Valeurs	Nombre estimé <sup>a</sup>	Nombre cumulatif <sup>a</sup>	Acceptabilité probable <sup>b</sup>	Remarques
1	Résidents en CHSLD	Diminuer le fardeau de la maladie (décès)	Équité Bienfaisance	40 000	40 000	Élevée à très élevée	Les résidents de RI-RTF (environ 11 000 <sup>c</sup> ) pourraient être vaccinés en même temps si leur vulnérabilité et le niveau de soins qu'ils requièrent sont semblables à ceux des CHSLD.
2	Travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux	Protéger le système de santé Prévenir des éclosions et infections nosocomiales Diminuer le fardeau de la maladie (morbidity)	Bienfaisance Réciprocité	325 000	365 000	Élevée à très élevée	TS, quel que soit leur statut d'emploi. Les travailleurs en CHSLD pourraient être vaccinés en même temps que les résidents.
3	Personnes vivant en RPA	Diminuer le fardeau de la maladie (décès)	Équité Bienfaisance	136 000	501 000	Élevée à très élevée	La séquence de vaccination pourrait prendre en compte les caractéristiques de risque de chaque RPA. On pourrait inclure dans cette catégorie certains milieux fermés hébergeant des personnes âgées et vulnérables (caractéristiques semblables à celles des RPA).
4	Résidents dans les communautés isolées et éloignées	Diminuer le fardeau de la maladie	Équité Bienfaisance Justice	46 000 <sup>d</sup>	547 000	Élevée à très élevée	Principalement mais non exclusivement les communautés isolées et éloignées dans les régions sociosanitaires 17 et 18. Un critère d'âge pourrait être proposé.
5	Personnes âgées de 80 ans ou plus	Diminuer le fardeau de la maladie (décès)	Équité Bienfaisance	418 000	965 000	Élevée	
6	Personnes âgées de 70 à 79 ans	Diminuer le fardeau de la maladie	Bienfaisance Équité	768 000	1 733 000	Élevée	

**Tableau 5** Ordre de priorisation possible pour la vaccination contre la COVID-19 au Québec (suite)

Rang	Groupes	Objectifs	Valeurs	Nombre estimé <sup>a</sup>	Nombre cumulatif <sup>a</sup>	Acceptabilité probable <sup>b</sup>	Remarques
7	Personnes âgées de 60 à 69 ans	Diminuer le fardeau de la maladie	Bienfaisance Équité	1 158 000	2 891 000	Élevée	
8	Personnes adultes âgées de moins de 60 ans avec facteur de risque	Diminuer le fardeau de la maladie	Bienfaisance Équité	1 027 000 <sup>e</sup>	3 918 000	Élevée	La limite inférieure d'âge pourrait être abaissée en fonction des données disponibles sur l'innocuité et l'efficacité des vaccins. Certaines personnes avec un risque particulièrement élevé pourraient bénéficier d'une priorité plus grande.
9	Travailleurs dans les services essentiels âgés de moins de 60 ans	Diminuer le fardeau de la maladie (morbidity) Mitiger les conséquences économiques et sociales Diminuer la circulation du virus	Bienfaisance Équité Réciprocité	NP	NP	Moyenne à élevée	Personnes avec des contacts directs et fréquents avec des usagers ou dans des milieux ne permettant pas une distanciation.
10	Reste de la population adulte âgée de moins de 60 ans	Diminuer le fardeau de la maladie (morbidity) Mitiger les conséquences économiques et sociales de la maladie Diminuer la circulation du virus	Bienfaisance Équité	3 415 000 <sup>e</sup>	NP	Moyenne à élevée	La limite inférieure d'âge pourrait être abaissée en fonction des données disponibles sur l'innocuité et l'efficacité des vaccins.

**Tableau 5**      **Ordre de priorisation possible pour la vaccination contre la COVID-19 au Québec (suite)**

Rang	Groupes	Objectifs	Valeurs	Nombre estimé <sup>a</sup>	Nombre cumulatif <sup>a</sup>	Acceptabilité probable <sup>b</sup>	Remarques
11	Jeunes	Diminuer le fardeau de la maladie (morbidity) Mitiger les conséquences économiques et sociales de la maladie	Non-malfaisance	NP	NP	Moyenne à élevée en fonction de l'offre de service	Les jeunes qui ont un facteur de risque pourraient bénéficier d'une priorité plus élevée en fonction des données disponibles sur l'innocuité des vaccins. La limite d'âge devrait être déterminée en fonction des données disponibles sur l'innocuité, l'immunogénicité et l'efficacité des vaccins.
12	Femmes enceintes	Diminuer le fardeau de la maladie (morbidity)	Non-malfaisance	84 000	NP	Aucune donnée disponible	Conditionnel à la disponibilité de données sur l'innocuité des vaccins. Moment de la vaccination en cours de grossesse non déterminé.

NP : non précisé.

<sup>a</sup> Les nombres estimés et les cumulatifs sont des approximations incluses à titre indicatif et pourraient différer légèrement de la réalité.

<sup>b</sup> Acceptabilité très élevée = 90 % ou plus; élevée = 70-89 %; moyenne = 50-69 %; faible = moins de 50 %.

<sup>c</sup> Sicard N., communication écrite (donnée en date du 31 mars 2020).

<sup>d</sup> Ce nombre inclut les régions 10, 17 et 18.

<sup>e</sup> Les personnes de 20 à 59 ans ont été considérées pour l'estimation.

**Sources :**

Rang 1 : Saison 2020-21 – Nombres estimés tirés du Registre de vaccination - Rapport CV influenza selon la raison de vaccination, MSSS, 21 octobre 2020.

Rang 2 : Direction de l'expérience employé (DEE), Direction générale de la gestion de la main-d'œuvre (DGM), MSSS.

Rang 3 : Résultats de l'Enquête sur les résidences pour personnes âgées de 2020 et Estimations et projections de population de l'ISQ, mise à jour 24 avril 2020.

Rang 4 : MSSS. Populations nordiques (Nord-du-Québec, Nunavik, Terres-Cries-de-la-Baie-James) - Estimations réalisées à partir des projections de population de l'ISQ (base recensement 2016) - Mise à jour au 24 avril 2020.

Rangs 5, 6, 7, 10, 11 : Direction de la vigie sanitaire, DGASP, MSSS à partir des Estimations et projections de population, ISQ, mise à jour 24 avril 2020.

Rang 8 : Direction de la vigie sanitaire, DGASP, MSSS à partir des Estimations et projections de population, ISQ, mise à jour 24 avril 2020 et SISMACQ pour les maladies chroniques.

Rang 12 : MSSS. Nombre de femmes enceintes entre le 16 octobre 2019 et le 15 octobre 2020 selon le registre de vaccination, 16 octobre 2020.

## 8. Conclusions et perspectives

Il est important de rappeler que la priorisation proposée dans le présent document est préliminaire et devrait faire l'objet de consultations avant toute décision quant à son adoption dans sa forme originale ou modifiée. Une ou plusieurs mises à jour de ce document ou des avis complémentaires seront nécessaires lorsque des informations plus précises parviendront sur les caractéristiques des vaccins qui seront autorisés au Canada, les dates de livraison et les quantités fournies au Québec de même que leur efficacité et innocuité selon l'âge et la présence de maladies chroniques. L'évolution de la situation épidémiologique pourrait également moduler l'ordre de priorité. Un monitoring de l'acceptabilité des vaccins dans différents segments de la population sera un élément important à prendre en compte pour l'organisation des services de vaccination et une adaptation des stratégies de communication. Pour le moment, cet avis préliminaire permettra de soutenir la préparation à la vaccination contre la COVID-19 et de contribuer, en toute transparence, aux échanges et aux débats entourant les groupes prioritaires pour la vaccination contre la COVID-19 au Québec dans un contexte de disponibilité limitée et progressive de vaccins.



## Références

Adhikari EH, et coll. (2020). Pregnancy Outcomes Among Women With and Without Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Infection. *JAMA Netw Open*. 2;3(11):e2029256.

Anderson RM, et coll. (2020). Challenges in creating herd immunity to SARS-CoV-2 infection by mass vaccination. *Lancet* S0140-6736(20)32318-7.

Angus Reid Institute (2020). COVID-19: Three-in-five worry about side-effects of a vaccine; many plan to take a 'wait and see' approach. Disponible à : [http://angusreid.org/wp-content/uploads/2020/08/2020.08.03\\_COVID-VACCINE.pdf](http://angusreid.org/wp-content/uploads/2020/08/2020.08.03_COVID-VACCINE.pdf)

ASPC-Agence de santé publique du Canada (2020). Cadre d'éthique en santé publique : Guide sur la réponse à la pandémie de COVID-19 au Canada. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/reponse-canada/cadre-ethique-guide-reponse-pandemie-covid-19.html>

Bélisle Pilon JC, et coll. (2013). Mandatory influenza vaccination: how far to go and whom to target without evidence? *Am J Bioeth* ;13:48-50.

Blais C, et coll. (2014). Le Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), une approche novatrice. *Maladies chroniques et blessures au Canada*. 34:247-56.

Booy R, et coll. (2019). Recent changes in the epidemiology of *Neisseria meningitidis* serogroup W across the world, current vaccination policy choices and possible future strategies. *Hum Vaccin Immunother*. 15: 470-480.

CCNI-Comité consultatif national sur l'immunisation. (2020). Orientations préliminaires sur les principales populations à immuniser en priorité contre la COVID-19. Ottawa (ON) : Gouvernement du Canada. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/immunisation/comite-consultatif-national-immunisation-ccni/orientations-principales-populations-immuniser-priorite-covid-19.html>

CDC-Centers for Disease Control and Prevention. (2020). How CDC Is Making COVID-19 Vaccine Recommendations. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention. Disponible à : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations-process.html>

CESP-Comité d'éthique de santé publique. (2017a). Le processus d'examen éthique du Comité d'éthique de santé publique et son cadre de référence. Québec (QC) : Institut national de santé publique du Québec. Disponible à : [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2331\\_processus\\_examen\\_ethique\\_esp\\_cadre\\_reference.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2331_processus_examen_ethique_esp_cadre_reference.pdf)

CESP-Comité d'éthique de santé publique. (2017b). Outil pratique pour l'analyse éthique en santé publique. Québec (QC) : Institut national de santé publique du Québec. Disponible à : <https://inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/cesp/outil-pratique-analyse-ethique.pdf>

Chidambaram V, et coll. (2020). Factors associated with disease severity and mortality among patients with COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 18;15(11):e0241541.

CIQ-Comité sur l'immunisation du Québec. (2020). Avis du Comité sur l'immunisation du Québec sur les caractéristiques des vaccins candidats contre la COVID 19 et enjeux relatifs à leur utilisation au Québec. Québec (QC) : Institut national de santé publique du Québec. Disponible à : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3069-caracteristiques-vaccins-candidats-enjeux-covid19.pdf>

Clark A, et coll. (2020a). Global, regional, and national estimates of the population at increased risk of severe COVID-19 due to underlying health conditions in 2020: a modelling study. *Lancet Glob Health*.8:e1003-e1017.

Clark SA, et coll. (2020b). Herd Protection against meningococcal disease through vaccination. *Microorganisms*. 28;8(11):E1675.

Cohen R, et coll. (2020). Infant mandatory vaccinations: Confirmation of a positive impact. *Med Mal Infect*. 50(1):74-77.

Croci R, et coll. (2020). Trends in childhood vaccinations coverage in Lombardy Region after the National Vaccine Prevention Plan (2017-19) and the new law on mandatory vaccinations. *Acta Biomed*. 10;91(3-S):71-76.

Davies NG, et coll. (2020). Age-dependent effects in the transmission and control of COVID-19 epidemics. *Nat Med*. 26(8):1205-1211.

De Wals P, et coll. (2004). Effectiveness of a mass immunization campaign using serogroup C meningococcal conjugate vaccine. *JAMA*. 292(20):2491-4.

De Wals P, et coll. (2017). Impact of an Immunization Campaign to Control an Increased Incidence of Serogroup B Meningococcal Disease in One Region of Quebec, Canada. *Clin Infect Dis*. 1;64(9):1263-1267.

De Wals P. (2004). Meningococcal C vaccines: the Canadian experience. *Pediatr Infect Dis J*. 23 (12 Suppl):S280-4.

De Wals P. et coll. (1996). Impact of a mass immunization campaign against serogroup C meningococcus in the Province of Quebec, Canada. *Bull World Health Organ*. 74:407-11.

Désy M, et coll. (2020). Cadre de réflexion sur les enjeux éthiques liés à la pandémie de COVID-19. Comité d'éthique de santé publique et Commission de l'éthique en science et en technologie, Québec. Disponible à : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2958-enjeux-ethiques-pandemie-covid19.pdf>

Erickson LJ, et coll. (2005). An analytical framework for immunization programs in Canada. *Vaccine*. 23: 2470-76.

Filiatrault F, et coll. (2015). Référentiel de valeurs pour soutenir l'analyse éthique des actions en santé publique. INSPQ, Québec. Disponible à : [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2010\\_referentiel\\_valeurs\\_analyse\\_ethique.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2010_referentiel_valeurs_analyse_ethique.pdf)

Gilca R, et coll. (2020). Évolution de la létalité parmi les personnes atteintes de la COVID-19. Québec (QC) : Institut national de santé publique du Québec. Disponible à : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3078-evolution-letalite-covid19.pdf>

Gori D, et coll. (2020). The Impact of Mandatory Vaccination Law in Italy on MMR Coverage Rates in Two of the Largest Italian Regions (Emilia-Romagna and Sicily): An Effective Strategy to Contrast Vaccine Hesitancy. *Vaccines* (Basel). 8:57.

Grégoire MC. (2019). Measles resurgence prompts debate over mandatory vaccination. *CMAJ*. 191:E676-E677.

Gruben V, et coll. (2014). Health care workers, mandatory influenza vaccination policies and the law. *CMAJ*. 186:1076-80.

HAS-Haute Autorité de Santé. (2020). Stratégie de vaccination contre la COVID. Paris (FR) : Disponible à [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-07/rapport\\_strategie\\_vaccination\\_covid\\_19\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-07/rapport_strategie_vaccination_covid_19_vf.pdf)

Imam Z, et coll. (2020). Older age and comorbidity are independent mortality predictors in a large cohort of 1305 COVID-19 patients in Michigan, United States. *J Intern Med*. 288:469-476.

INSPQ-Institut national de santé publique du Québec. (2020a). Données COVID-19. En date du 8 novembre 2020. Disponible à : <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees>

INSPQ-Institut national de santé publique du Québec. (2020b). COVID-19 – Sondages sur les attitudes et comportements des adultes québécois. Disponible à : <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/sondages-attitudes-comportements-quebecois>

Isitt C, et coll. (2020). Success of 4CMenB in preventing meningococcal disease: evidence from real-world experience. *Arch Dis Child*. 105:784-790.

Ismail SJ, et coll. (2020). A framework for the systematic consideration of ethics, equity, feasibility, and acceptability in vaccine program recommendations, *Vaccine*. 38: 5861-76.

JCVI-Joint Committee on Vaccination and Immunisation (2020). JCVI: updated interim advice on priority groups for COVID-19 vaccination. London (UK): Department of health and Social Care. Disponible à : <https://www.gov.uk/government/publications/priority-groups-for-coronavirus-covid-19-vaccination-advice-from-the-jcvi-25-september-2020/jcvi-updated-interim-advice-on-priority-groups-for-covid-19-vaccination>

Lee C, et coll. (2016). Systematic review of the effect of immunization mandates on uptake of routine childhood immunizations. *J Infect*. 72:659-666.

Léger. (2020a). Sondage hebdomadaire de Léger. Publié dans la Presse Canadienne le 14 octobre 2020. Disponible à : <https://leger360.com/wp-content/uploads/2020/10/Sondage-hebdomadaire-de-Leger-13-octobre-2020-min.pdf>

Léger (2020b). Préoccupations des Canadiens face à la COVID-19. 27 avril 2020. Disponible à : [https://leger360.com/wp-content/uploads/2020/04/tracking\\_covid19\\_13386-124\\_FR\\_semaine6-1.pdf](https://leger360.com/wp-content/uploads/2020/04/tracking_covid19_13386-124_FR_semaine6-1.pdf)

Lukich N, et coll. (2018). Should influenza vaccination be mandatory for healthcare workers? *Health Manage Forum*. 31:214-217.

MacDonald NE, et coll. (2018). Mandatory infant & childhood immunization: Rationales, issues and knowledge gaps. *Vaccine*. 36:5811-5818.

MacDonald NE, et coll. (2020). Considerations for mandatory childhood immunization programs. *Can Commun Dis Rep.* 46(7/8):247–51. Disponible à : <https://doi.org/10.14745/ccdr.v46i78a06>

Martinot A, et coll. (2020). Evolution between 2008 and 2018 of mothers' perception regarding vaccination and infant vaccine coverage in France. *Med Mal Infect.* 12:S0399-077X(20)30730-7.

Moderna (2020). Moderna Announces Longer Shelf Life for its COVID-19 Vaccine Candidate at Refrigerated Temperatures. Communiqué de presse, 16 novembre 2020. Disponible à : <https://investors.modernatx.com/news-releases/news-release-details/moderna-announces-longer-shelf-life-its-covid-19-vaccine>

MSSS-ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2011). Bilan de la Direction générale de la santé publique de la vaccination contre la grippe pandémique A(H1N1) du 22 octobre au 18 décembre 2009. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-220-02.pdf>

MSSS-ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2020). La maladie à Coronavirus (COVID-19) au Québec. En date du 9 novembre 2020. Disponible à : <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/>

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2020). Framework for Equitable Allocation of COVID-19 Vaccine. Washington, DC: The National Academies Press. Disponible à : <https://doi.org/10.17226/25917>

Noor FM, et coll. (2020). Prevalence and Associated Risk Factors of Mortality Among COVID-19 Patients: A Meta-Analysis. *J Community Health.* 45:1270-1282.

Novavax (2020). Novavax Announces Publication of Phase 1 Data for COVID-19 Vaccine Candidate in The New England Journal of Medicine. Communiqué de presse, 2 septembre 2020. Disponible à : <https://ir.novavax.com/news-releases/news-release-details/novavax-announces-publication-phase-1-data-covid-19-vaccine>

Perron L et coll. (2020). COVID-19 parmi les travailleurs de la santé – Aperçu jusqu'au 7 novembre 2020. Québec (QC) : Institut national de santé publique du Québec.

Pfizer (2020). Pfizer and BioNTech to Submit Emergency Use Authorization Request Today to the U.S. FDA for COVID-19 Vaccine. FDA FOR COVID-19 VACCINE. Communiqué de presse, 20 novembre 2020. Disponible à : <https://www.pfizer.com/news/press-release/press-release-detail/pfizer-and-biontech-submit-emergency-use-authorization>

Poland GA, et coll. (2020). SARS-CoV-2 immunity: review and applications to phase 3 vaccine candidates. *Lancet*:S0140-6736(20)32137-1. Epub ahead of print.

Sewell HF, et coll. (2020). Cellular immune responses to covid-19. *BMJ.* 31;370:m3018.

Simard M, et coll. (2020) (à paraître). Impact des comorbidités sur les risques de décès et d'hospitalisation chez les cas confirmés de la COVID-19 durant les premiers mois de la pandémie au Québec. Institut national de santé publique du Québec, Québec; Gouvernement du Québec.

Toner E, et coll. (2020). Interim Framework for COVID-19 Vaccine Allocation and Distribution in the United States. Baltimore, MD: Johns Hopkins Center for Health Security. Disponible à : [https://www.centerforhealthsecurity.org/our-work/pubs\\_archive/pubs-pdfs/2020/200819-vaccine-allocation.pdf](https://www.centerforhealthsecurity.org/our-work/pubs_archive/pubs-pdfs/2020/200819-vaccine-allocation.pdf)

Walkinshaw E. (2011a). Mandatory vaccinations: No middle ground. CMAJ 8;183:1830-1.

Walkinshaw E. (2011b). Mandatory vaccinations: The Canadian picture. CMAJ. 183:E1165-6.

WHO-World Health Organization (2020a). WHO SAGE values framework for the allocation and prioritization of COVID-19 vaccination. Disponible à : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334299/WHO-2019-nCoV-SAGE\\_Framework-Allocation\\_and\\_prioritization-2020.1-eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334299/WHO-2019-nCoV-SAGE_Framework-Allocation_and_prioritization-2020.1-eng.pdf)

WHO-World Health Organization (2020b). WHO SAGE roadmap for prioritizing uses of COVID-19 vaccines in the context of limited supply. Disponible à : [https://www.who.int/docs/default-source/immunization/sage/covid/sage-prioritization-roadmap-covid19-vaccines.pdf?Status=Temp&sfvrsn=bf227443\\_2&ua=1](https://www.who.int/docs/default-source/immunization/sage/covid/sage-prioritization-roadmap-covid19-vaccines.pdf?Status=Temp&sfvrsn=bf227443_2&ua=1)

Yang X, et coll. (2020). Naturally activated adaptive immunity in COVID-19 patients. J Cell Mol Med. 10.1111/jcmm.15771. doi : 10.1111/jcmm.15771. Epub ahead of print.

Yelin D, et coll. (2020). Long-term consequences of COVID-19: research needs. Lancet Infect Dis. 20:1115-1117.

Zhao L, et coll. (2020). Ranking the relative importance of COVID-19 immunisation strategies: a survey of expert stakeholders in Canada. medRxiv preprint. Disponible à : <https://doi.org/10.1101/2020.09.16.20196295>



## **Annexe 1**

**Principaux résultats en lien avec l'acceptabilité  
d'un vaccin contre la COVID-19 tirés de sondages  
populationnels ciblant des Canadiens et des  
Québécois depuis mars 2020 (liste non exhaustive)**



Sondage (date de réalisation)	Population visée (nombre)	Principaux résultats en lien avec l'acceptabilité d'un éventuel vaccin	Lien vers les résultats du sondage
Léger en collaboration avec l'Association d'études canadiennes (AEC) (Avril 2020; 24-26 avril)	Adultes de 18 ans et plus Canadiens (1515) et Américains (1016)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Selon 60 % des répondants canadiens, le vaccin devrait être obligatoire pour tout le monde, tandis que 40 % pensent qu'il devrait être administré sur une base volontaire; ces pourcentages sont respectivement de 59 % et de 41 % chez les répondants québécois.</li> </ul>	<a href="https://leger360.com/wp-content/uploads/2020/04/tracking_covid_19_13386-124_FR_semaine6-1.pdf">https://leger360.com/wp-content/uploads/2020/04/tracking_covid_19_13386-124_FR_semaine6-1.pdf</a>
Léger en collaboration avec l'Association d'études canadiennes (AEC) (Juin 2020; 5-7 juin)	Adultes de 18 ans et plus Canadiens (1 523) et Américains (1 001)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Soixante-huit pour cent (68 %) des Canadiens sondés ont mentionné avoir l'intention de recevoir le vaccin contre la COVID-19 lorsqu'il sera disponible à la population; ce pourcentage est de 68 % chez les répondants québécois (18 % n'ont pas l'intention et 15 % ne savent pas).</li> </ul>	<a href="https://leger360.com/wp-content/uploads/2020/06/Sondage-hebdomadaire-sur-la-pandemie-Léger-8-juin-2020-1.pdf">https://leger360.com/wp-content/uploads/2020/06/Sondage-hebdomadaire-sur-la-pandemie-Léger-8-juin-2020-1.pdf</a>
Statistiques Canada (Juillet 2020; 7 juillet – 26 mai-6 juin)  Collecte de données par approche participative	+ 36 000 Canadiens	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Environ les deux tiers (68 %) des participants ont indiqué qu'il était très probable qu'ils choisissent de se faire vacciner lorsqu'un vaccin contre la COVID-19 sera disponible (environ 8 % très peu probable).</li> <li>▶ La volonté de recevoir ou non le vaccin différait entre les participants ayant un niveau de confiance élevé ou faible à l'égard du gouvernement et des autorités de santé publique.</li> </ul>	<a href="https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/45-28-0001/2020001/article/00043-fra.pdf?st=1OsU-0JY">https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/45-28-0001/2020001/article/00043-fra.pdf?st=1OsU-0JY</a>
Léger en collaboration avec l'Association d'études canadiennes (AEC) (Juillet 2020; 24-26 juillet)	Adultes de 18 ans et plus Canadiens (1 517) et Américains (1 004)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Soixante-dix pour cent (70 %) des Canadiens sondés ont mentionné avoir l'intention de recevoir le vaccin contre la COVID-19 lorsqu'il sera disponible à la population; ce pourcentage est de 75 % chez les répondants québécois (14 % n'ont pas l'intention et 11 % ne savent pas).</li> <li>▶ Selon 57 % des répondants canadiens, le vaccin devrait être obligatoire pour tout le monde, tandis que 43 % pensent qu'il devrait être administré sur une base volontaire; ces pourcentages sont respectivement de 58 % et de 42 % chez les répondants québécois.</li> </ul>	<a href="https://leger360.com/wp-content/uploads/2020/07/Sondage-hebdomadaire-de-Léger-27-juillet-2020.pdf">https://leger360.com/wp-content/uploads/2020/07/Sondage-hebdomadaire-de-Léger-27-juillet-2020.pdf</a>

Sondage (date de réalisation)	Population visée (nombre)	Principaux résultats en lien avec l'acceptabilité d'un éventuel vaccin	Lien vers les résultats du sondage
Angus Reid Institute (août 2020; 4 août – 23-24 juillet)	Adultes canadiens (1 519)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Quarante-six pour cent (46 %) des répondants ont indiqué qu'ils souhaitaient se faire vacciner dès que possible lorsqu'un vaccin sera disponible, tandis que 32 % ont indiqué qu'ils attendraient avant de recevoir le vaccin. Quatorze pour cent (14 %) ont signifié qu'ils refuseraient le vaccin. Chez les répondants québécois, ces pourcentages sont respectivement de 47 %, 29 % et 14 %.</li> <li>▶ Quatre-vingt-sept pour cent (87 %) des répondants estiment qu'il est important que les personnes aux prises avec des maladies chroniques reçoivent le vaccin.</li> <li>▶ La peur des effets secondaires est l'une des principales raisons de ceux qui retarderaient la vaccination.</li> <li>▶ Environ le quart des répondants croient qu'un vaccin contre la COVID-19 sera inefficace. Cette croyance est plus élevée parmi les répondants qui n'ont pas l'intention de recevoir le vaccin.</li> <li>▶ Environ les trois quarts des répondants (76 %; 78 % chez les répondants québécois) considèrent que le vaccin devrait être obligatoire pour les travailleurs de la santé ainsi que dans les établissements de soins de longue durée (63 % l'estiment comme étant nécessaire pour les écoles; 68 % chez les répondants québécois).</li> </ul>	<p><a href="http://angusreid.org/wp-content/uploads/2020/08/2020.08.03_COVID-VACCINE.pdf">http://angusreid.org/wp-content/uploads/2020/08/2020.08.03_COVID-VACCINE.pdf</a></p>
Global Attitudes on a COVID-19 Vaccine – Forum économique mondial/Ipsos MORI (juillet/août 2020; 24 juillet-7 août)	Adultes de 18-74 ans de 6 pays et personnes de 16-74 ans de 22 pays (19 519, dont ~1 000 Canadiens)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Globalement, 74 % des répondants ont mentionné qu'ils seraient prêts à recevoir un vaccin contre la COVID-19.</li> <li>▶ Chez les répondants canadiens, ce sont 76 % d'entre eux qui ont signifié être prêts à recevoir un vaccin (48 % fortement en accord; 29 % quelque peu en accord).</li> <li>▶ La principale raison invoquée chez les répondants canadiens ne voulant pas recevoir le vaccin est la peur des effets secondaires, suivie par l'existence de doutes quant à l'efficacité du vaccin.</li> </ul>	<p><a href="https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2020-09/global-attitudes-on-a-covid-19-vaccine-ipsos-survey-for-wef-2020.pdf">https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2020-09/global-attitudes-on-a-covid-19-vaccine-ipsos-survey-for-wef-2020.pdf</a></p>

Sondage (date de réalisation)	Population visée (nombre)	Principaux résultats en lien avec l'acceptabilité d'un éventuel vaccin	Lien vers les résultats du sondage
CROP/La Presse (août 2020; 14-16 août)	Québécois de 18 ans et plus (1 000)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ En général, environ 3 Québécois sur 4 ont indiqué qu'ils se feront vacciner lorsqu'un vaccin contre la COVID-19 sera disponible.</li> <li>▶ Quarante pour cent (40 %; n = 427) des répondants ont indiqué qu'ils souhaitaient se faire vacciner dès que possible. Se protéger contre la COVID-19 est la principale motivation à recevoir le vaccin dès que possible chez ces répondants.</li> <li>▶ Trente-cinq pour cent (35 %; n = 350) ont indiqué qu'ils attendraient avant de recevoir le vaccin, alors que 15 % (n = 136) ont signifié qu'ils refuseraient le vaccin. Attendre de voir quels seront les effets négatifs/secondaires du vaccin et de voir l'efficacité conférée par le vaccin sont les principales raisons invoquées chez les répondants ayant mentionné vouloir attendre avant de recevoir le vaccin. L'inutilité ou la dangerosité perçue des vaccins sont les principales raisons motivant les répondants qui refuseraient un éventuel vaccin.</li> <li>▶ Selon le sondage, les répondants souhaitant se faire vacciner sont plus nombreux à être inquiets d'attraper la COVID-19.</li> <li>▶ L'âge et le niveau de scolarité semblent influencer la décision vaccinale : les plus jeunes étant plus susceptibles à ne pas vouloir se faire vacciner rapidement (l'inverse pour les plus âgés) et les répondants ayant atteint un niveau de scolarité plus élevé étant plus susceptibles de vouloir recevoir le vaccin rapidement.</li> </ul>	<p><a href="https://sondage.crop.ca/survey/start/ca/wi/blogue/Covid19-CropLaPresse.pdf">https://sondage.crop.ca/survey/start/ca/wi/blogue/Covid19-CropLaPresse.pdf</a></p>

Sondage (date de réalisation)	Population visée (nombre)	Principaux résultats en lien avec l'acceptabilité d'un éventuel vaccin	Lien vers les résultats du sondage
<p>Statistiques Canada (août 2020; 25 août – 15-21 juin)</p> <p>Données de la Série d'enquêtes sur les perspectives canadiennes (SEPC)</p>	<p>4 000 Canadiens</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Plus de la moitié des participants (57,5 %) ont indiqué qu'il était très probable qu'ils choisissent de se faire vacciner lorsqu'un vaccin contre la COVID-19 sera disponible (environ 9 % improbable, 5 % très peu probable). Un peu moins de 1 Canadien sur 10 (9,4 %) ne savait pas encore s'il se ferait vacciner ou non.</li> <li>▶ Les Canadiens plus âgés (65 ans et plus) étaient plus nombreux à indiquer qu'il était très probable qu'ils se fassent vacciner (70,3 %) comparativement aux 15-64 ans (variation entre 52 % et 58 %). Les Canadiens titulaires d'un grade supérieur au baccalauréat ont indiqué qu'il était très probable qu'ils se fassent vacciner comparativement aux titulaires d'un baccalauréat (72,7 % versus 60,3 %).</li> <li>▶ Chez les répondants québécois, 54,3 % ont indiqué qu'il était très probable qu'ils se fassent vacciner lorsqu'un vaccin sera disponible, tandis que 39,2 % ont indiqué qu'il serait peu probable qu'ils reçoivent le vaccin.</li> <li>▶ Le manque de confiance en la sécurité du vaccin (54,2 %), l'existence d'inquiétudes quant aux risques et effets secondaires du vaccin (51,7 %), une préférence pour attendre avant de recevoir le vaccin (34,8 %) et l'inutilité perçue pour ce vaccin (25,9 %) sont les principales raisons invoquées par les Canadiens pour ne pas recevoir le vaccin contre la COVID-19.</li> </ul>	<p><a href="https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/45-28-0001/2020001/article/00073-fra.pdf?st=PAEz83dH">https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/45-28-0001/2020001/article/00073-fra.pdf?st=PAEz83dH</a></p>
<p>SOM/Cogeco Nouvelles (août-septembre 2020; 31 août-2 septembre)</p>	<p>Adultes québécois (1 524)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Environ 3 Québécois sur 4 ont l'intention de recevoir le vaccin contre la COVID-19 lorsqu'il sera disponible.</li> <li>▶ Les personnes âgées de moins de 45 ans et celles moins scolarisées sont plus réfractaires au vaccin.</li> </ul>	<p><a href="https://blogue.som.ca/covid-intentions-de-vaccination-achats-en-ligne-et-dependances-reliees/">https://blogue.som.ca/covid-intentions-de-vaccination-achats-en-ligne-et-dependances-reliees/</a></p>
<p>Angus Reid Institute (octobre 2020; 2 octobre – 23-25 septembre)</p>	<p>Adultes canadiens (1 660)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Trente-neuf pour cent (39 %) des répondants ont indiqué qu'ils souhaitaient se faire vacciner dès que possible lorsqu'un vaccin sera disponible, tandis que 38 % ont indiqué qu'ils attendraient avant de recevoir le vaccin. Seize pour cent (16 %) ont signifié qu'ils refuseraient le vaccin.</li> </ul>	<p><a href="http://angusreid.org/wp-content/uploads/2020/10/2020.10.01_COVID_SEPT_TEST_MASKS.pdf">http://angusreid.org/wp-content/uploads/2020/10/2020.10.01_COVID_SEPT_TEST_MASKS.pdf</a></p>

Sondage (date de réalisation)	Population visée (nombre)	Principaux résultats en lien avec l'acceptabilité d'un éventuel vaccin	Lien vers les résultats du sondage
		<p>Chez les répondants québécois, ces pourcentages sont respectivement de 36 %, 38 % et 19 %.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ La volonté de recevoir le vaccin dès que possible diffère selon les groupes d'âge.</li> <li>▶ La peur des effets secondaires est l'une des principales raisons de ceux qui retarderaient la vaccination ou qui la refuseraient, l'existence de doutes quant à l'efficacité du vaccin est également davantage présente chez ces groupes de répondants.</li> </ul>	
<p>Léger en collaboration avec l'Association d'études canadiennes (AEC) (octobre 2020; 9-11 octobre)</p>	<p>Adultes de 18 ans et plus Canadiens (1 539) et Américains (1 000)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Soixante-trois pour cent (63 %) des Canadiens sondés ont mentionné avoir l'intention de recevoir le vaccin contre la COVID-19 lorsqu'il sera approuvé par les autorités canadiennes et qu'il sera disponible gratuitement à la population; ce pourcentage est de 65 % chez les répondants québécois (17 % n'ont pas l'intention et 18 % ne savent pas).</li> <li>▶ L'intention vaccinale est plus élevée chez les répondants âgés de 55 ans et plus.</li> <li>▶ Selon 39 % des répondants canadiens, le vaccin devrait être obligatoire pour tout le monde, tandis que 54 % pensent qu'il devrait être administré sur une base volontaire; ces pourcentages sont respectivement de 32 % et de 56 % chez les répondants québécois;</li> <li>▶ Selon 65 % des Canadiens sondés, le vaccin devrait être mis à disposition en priorité auprès de certains segments de la population; ce pourcentage est de 75 % chez les répondants québécois, tandis que 20 % adhèrent au principe du premier arrivé, premier servi.</li> <li>▶ Parmi les segments prioritaires, les Canadiens sondés cibleraient les travailleurs de la santé (42 %), les personnes âgées – 65 ans et plus – (24 %) et les résidents et employés des établissements de soins de longue durée et des maisons pour les personnes âgées (16 %); respectivement 45 %, 29 % et 18 % chez les répondants québécois.</li> </ul>	<p><a href="https://leger360.com/fr/sondages/sondage-hebdomadaire-de-leger-14-octobre-2020/?utm_source=newsletter-leger&amp;utm_medium=email&amp;utm_campaign=covid19_report&amp;utm_content=14-octobre-2020&amp;mc_cid=0bf9f220a8&amp;mc_eid=62d63fc753">https://leger360.com/fr/sondages/sondage-hebdomadaire-de-leger-14-octobre-2020/?utm_source=newsletter-leger&amp;utm_medium=email&amp;utm_campaign=covid19_report&amp;utm_content=14-octobre-2020&amp;mc_cid=0bf9f220a8&amp;mc_eid=62d63fc753</a></p>



## **Annexe 2**

**Valeurs préconisées et objectifs établis  
pour la priorisation des groupes à vacciner  
contre la COVID-19 selon divers organismes**



But et objectifs principaux	Valeurs	Description	Cadre de référence
<b>OMS</b>			
<p>Les vaccins contre la COVID-19 doivent être un bien public mondial. L'objectif primordial est de contribuer de manière significative à la protection équitable et à la promotion du bien-être humain parmi tous les peuples du monde.</p>	<p>Bien-être humain (<i>Human Well-Being</i>)</p>	<p>Protéger et promouvoir le bien-être humain, y compris la santé, la sécurité sociale et économique, les droits de l'homme et les libertés civiles, ainsi que le développement de l'enfant.</p>	<p>WHO SAGE values framework for the allocation and prioritization of COVID-19 vaccination (WHO 2020a)</p>
	<p>Égalité (<i>Equal Respect</i>)</p>	<p>Reconnaître et traiter tous les êtres humains comme ayant un statut moral égal et leurs intérêts comme méritant une égale considération morale.</p>	
	<p>Équité globale (<i>Global Equity</i>)</p>	<p>Garantir l'équité en matière d'accès aux vaccins à l'échelle mondiale et en faire bénéficier les personnes vivant dans tous les pays, en particulier celles vivant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.</p>	
	<p>Équité nationale (<i>National Equity</i>)</p>	<p>Assurer l'équité dans l'accès aux vaccins au sein des pays, pour les groupes confrontés à un fardeau plus lourd de la pandémie de COVID-19.</p>	
	<p>Réciprocité (<i>Reciprocity</i>)</p>	<p>Respecter l'obligation de réciprocité envers les individus et les groupes qui subissent des risques et des fardeaux supplémentaires importants liés à la gestion de la COVID-19 au profit de la société.</p>	
	<p>Légitimité (<i>Legitimacy</i>)</p>	<p>Prendre des décisions mondiales sur l'attribution des vaccins et des décisions nationales sur la priorisation des vaccins grâce à des processus transparents basés sur des valeurs partagées, sur les meilleures preuves scientifiques disponibles et sur une représentation et contribution appropriées des parties concernées.</p>	

But et objectifs principaux	Valeurs	Description	Cadre de référence
<b>CCNI</b>			
Réduire au minimum les maladies graves et les décès globaux tout en minimisant les perturbations sociétales résultant de la pandémie de COVID-19.	Confiance	La confiance est le fondement sur lequel reposent toutes les relations, qu'il s'agisse de relations entre les personnes, entre les personnes et les organisations ou entre les citoyens et le gouvernement.	<p>Cadre d'éthique en santé publique : Guide sur la réponse à la pandémie de COVID-19 au Canada (ASPC, 2020)</p> <p>Ethics, Equity, Feasibility, Acceptability (EEFA) Framework (Ismail et coll., 2020)</p>
	Justice	Traiter toutes les personnes et tous les groupes de façon juste et équitable, avec le même respect et la même considération.	
	Respect des personnes et des communautés	Reconnaître les droits inhérents, la dignité et la valeur inconditionnelle de toutes les personnes, quelle que soit leur condition humaine (par exemple, âge, sexe, race, origine ethnique, handicap, statut socio-économique, valeur sociale, conditions de santé préexistantes, besoin de soutien). Cela suppose de reconnaître la capacité unique des personnes et des collectivités à prendre des décisions concernant leurs propres objectifs et actions et de respecter les droits et libertés qui sont à la base de notre société.	
	Bienfaisance et non-malfaisance	Promouvoir le bien-être et réduire au minimum les préjudices. Éléments à prendre en compte : efficacité, proportionnalité, réciprocité et précaution.	
	Aspects procéduraux	Un bon processus décisionnel contribue à établir la confiance, à accroître la légitimité et l'acceptabilité des décisions et à les mettre en œuvre efficacement. Il comporte les caractéristiques suivantes : imputabilité, inclusivité, responsabilité, réactivité, transparence.	

But et objectifs principaux	Valeurs	Description	Cadre de référence
<b>CDC</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Diminuer la mortalité et les maladies graves.</li> <li>▶ Préserver le fonctionnement de la société.</li> <li>▶ Réduire le fardeau supplémentaire que la maladie impose sur les personnes déjà vulnérables.</li> <li>▶ Accroître la possibilité pour tout le monde de profiter de la santé et du bien-être.</li> </ul>	Maximiser les avantages et minimiser les préjudices <i>(Maximize benefits and minimize harms)</i>	Respecter et prendre soin des personnes en utilisant les meilleures données disponibles pour promouvoir la santé publique et minimiser les décès et les maladies graves.	Interim Framework for COVID-19 Vaccine Allocation and Distribution in the United States (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health) (Toner et coll., 2020)  Framework for Equitable Allocation of COVID-19 Vaccine (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine., 2020)  WHO SAGE values framework for the allocation and prioritization of COVID-19 vaccination (WHO, 2020a)
	Équité ( <i>Equity</i> )	Réduire les disparités en matière de santé et s'assurer que chacun ait une chance juste et équitable d'être en aussi bonne santé que possible.	
	Justice	Traiter équitablement les groupes, les populations et les communautés touchés. Éliminer les obstacles évitables à une bonne santé et au bien-être.	
	Égalité ( <i>Fairness</i> )	Donner à tous les membres d'un groupe prioritaire une chance égale de se faire vacciner contre la COVID-19.	
	Transparence ( <i>Transparency</i> )	Prendre une décision claire et ouverte à l'examen ( <i>open to review</i> ). Permettre et rechercher la participation du public à la révision des processus décisionnels.	

Traduction libre pour les documents de l'OMS et des CDC.  
 Sources: ASPC (2020); CCNI (2020); CDC (2020); WHO (2020a).



## **Annexe 3**

**Stratégies et groupes priorités par divers organismes  
advenant un approvisionnement de doses limité pour  
la vaccination contre la COVID-19**



Organisme (pays)	Objectifs	Stratégie de vaccination	Groupes prioritaires
OMS	<p>Huit objectifs définis en fonction de principes éthiques, dont trois liés au bien-être :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Diminuer les décès et le fardeau de la maladie;</li> <li>▶ Réduire les perturbations sociales et économiques;</li> <li>▶ Protéger le fonctionnement des services essentiels, incluant les services de santé.</li> </ul> <p>Et un lié à la réciprocité :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Protéger ceux qui prennent des risques supplémentaires dans le but d'assurer le bien-être des autres, y compris les travailleurs de la santé et autres travailleurs essentiels.</li> </ul>	<p>Stratégie basée sur des scénarios épidémiologiques et des étapes d'approvisionnement en vaccins.</p> <p>Trois scénarios épidémiologiques :</p> <p>A. Transmission communautaire;            B. Cas sporadiques ou agrégats limités;            C. Absence de cas.</p> <p>Trois phases d'approvisionnement :</p> <p>I- Disponibilité très limitée (doses suffisantes pour vacciner 1-10 % de la population);            II- Disponibilité limitée (11-20 % de la population);            III- Disponibilité modérée (21-50 % de la population).</p> <p>Groupes définis de façon séquentielle en fonction des étapes d'approvisionnement et des scénarios épidémiologiques.</p>	<p>Groupes prioritaires (étape 1) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Travailleurs de la santé à haut ou très haut risque d'acquisition ou de transmission de l'infection.</li> <li>▶ Personnes âgées dont le risque est déterminé selon l'âge (limite propre au pays ou à la région).</li> </ul> <p>Autres groupes ciblés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Groupes à haut risque de maladie grave ou de décès en raison de comorbidités.</li> <li>▶ Groupes sociodémographiques plus à risque de maladie grave ou de décès (ex. populations vivant en région isolée).</li> <li>▶ Travailleurs de la santé engagés dans l'exécution de la vaccination (programme de routine spécifique ou COVID-19).</li> <li>▶ Enseignants et personnel scolaire.</li> <li>▶ Autres travailleurs essentiels en dehors des secteurs de la santé et de l'éducation.</li> <li>▶ Femmes enceintes.</li> <li>▶ Personnel de laboratoire.</li> <li>▶ Groupes à risque élevé d'infection ou de transmission en raison de leurs conditions de vie/travail.</li> </ul>

Organisme (pays)	Objectifs	Stratégies de vaccination	Groupes prioritaires
CCNI (Canada)	Réduire au minimum les maladies graves et les décès globaux tout en minimisant les perturbations sociétales résultant de la pandémie de COVID-19.	Pas d'approche séquentielle définie tant qu'on ne connaît pas les caractéristiques du vaccin, les résultats des essais cliniques et le nombre de doses disponibles.	<p>Principaux groupes ciblés (sans ordre de priorité)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Personnes risquant fortement de développer une forme grave de la COVID-19 ou d'en mourir (âge avancé; autres conditions à haut risque).</li> <li>▶ Personnes les plus susceptibles de transmettre la COVID-19 aux personnes à risque de développer une forme grave de la maladie ou d'en mourir, et travailleurs essentiels au maintien de la réponse à la COVID-19.</li> <li>▶ Personnes contribuant au maintien d'autres services essentiels au fonctionnement de la société.</li> <li>▶ Personnes avec un risque élevé d'infection du fait de leurs conditions de vie ou de travail et chez lesquelles l'infection pourrait avoir des conséquences disproportionnées, notamment dans les communautés autochtones.</li> </ul>
CDC (États-Unis)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Diminuer la mortalité et les maladies graves.</li> <li>▶ Préserver le fonctionnement de la société.</li> <li>▶ Réduire le fardeau supplémentaire engendré par la maladie chez des personnes déjà vulnérables.</li> <li>▶ Accroître la possibilité pour tout le monde de profiter de la santé et du bien-être.</li> </ul>	Aucune recommandation publiée à ce jour concernant la stratégie vaccinale ou la séquence de priorisation.	<p>Groupes considérés par l'<i>Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)</i> si l'offre est limitée (sans ordre de priorité)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Travailleurs de la santé.</li> <li>▶ Travailleurs des industries essentielles et critiques.</li> <li>▶ Personnes à haut risque de maladie grave dû à des conditions médicales sous-jacentes.</li> <li>▶ Personnes de 65 ans ou plus.</li> </ul>

Organisme (pays)	Objectifs	Stratégies de vaccination	Groupes prioritaires
HAS (France)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Réduire la morbidité-mortalité associée à la COVID-19.</li> <li>▶ Réduire la diffusion de l'épidémie.</li> <li>▶ Maintenir les besoins vitaux de fonctionnement du pays.</li> </ul>	<p>Les scénarios se basent sur quatre situations épidémiques potentielles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Forte circulation virale;</li> <li>▶ Forte circulation virale localisée;</li> <li>▶ Circulation virale à bas bruit;</li> <li>▶ Absence de circulation virale.</li> </ul>	<p>Cibles prioritaires incontournables (dans tous les scénarios envisagés)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Professionnels de santé et du médico-social de première ligne.</li> <li>▶ Personnes à risque de formes graves de la maladie qui paient le plus lourd tribut en termes d'hospitalisation et de décès (personnes âgées de plus de 65 ans et celles présentant une comorbidité).</li> </ul> <p>Autres groupes ciblés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Personnes de l'entourage des personnes fragiles.</li> <li>▶ Populations susceptibles de se contaminer plus fréquemment (populations vivant en collectivité ou vivant dans des conditions favorisant la promiscuité).</li> <li>▶ Professionnels assurant le maintien d'activités essentielles et opérateurs d'importance.</li> </ul>

Organisme (pays)	Objectifs	Stratégies de vaccination	Groupes prioritaires
JCVI (Royaume-Uni)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Réduire la mortalité.</li> <li>▶ Améliorer la santé de la population en réduisant les maladies graves.</li> <li>▶ Protéger le système de santé et de services sociaux.</li> </ul>	Avis préliminaire basé sur une stratification du risque clinique combinée à une approche s'appuyant sur l'âge.	<p>Considérés comme hautement prioritaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Personnes âgées résidant dans des maisons de soins;</li> <li>▶ Personnel des maisons de soins;</li> <li>▶ Travailleurs de la santé et des services sociaux.</li> </ul> <p>Classement provisoire pour la hiérarchisation des personnes à risque :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Personnes âgées résidant dans une maison de soins et travailleurs en maison de soins;</li> <li>2. Tous les 80 ans ou plus et les travailleurs de la santé et des services sociaux;</li> <li>3. Tous les 75 ans ou plus;</li> <li>4. Tous les 70 ans ou plus;</li> <li>5. Tous les 65 ans ou plus;</li> <li>6. Adultes à haut risque de moins de 65 ans;</li> <li>7. Adultes à risque modéré de moins de 65 ans;</li> <li>8. Tous les 60 ans ou plus;</li> <li>9. Tous les 55 ans ou plus;</li> <li>10. Tous les 50 ans ou plus;</li> <li>11. Le reste de la population (priorités à déterminer).</li> </ol>

Traduction libre pour certains documents.

Sources : CCNI (2020); CDC (2020); HAS (2020); JCVI (2020); WHO (2020a, 2020b).

## **Annexe 4**

### **Synthèse des déclarations d'intérêts**



## Synthèse des déclarations d'intérêts des membres du Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ)

**NOVEMBRE 2020**

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a demandé aux membres du Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ) de produire une déclaration pour identifier leurs situations pouvant entraîner un conflit d'intérêts au cours des trois dernières années en relation avec l'avis sur les groupes prioritaires pour la vaccination contre la COVID-19 au Québec.

**1 Aucun intérêt déclaré :**

Julie Bestman-Smith, Dominique Biron, Ngoc Yen Giang Bui, Philippe De Wals, Hélène Gagné, Maryse Guay, Catherine Guimond, Patricia Hudson, Lyne Judd, Marc Lebel, Chantal Sauvageau, Nadine Sicard, Eveline Toth.

**2 Subventions de recherche obtenues à titre d'investigateur principal ou de co-investigateur, en lien avec des entreprises privées dont les produits ou activités entrent dans le domaine de la vaccination.**

François Boucher : GSK, Janssen (Johnson & Johnson);

Nicholas Brousseau : Sous-investigateur pour un essai clinique sur le cytomégalo virus (Merck);

Alex Carignan : GSK;

Gaston De Serres : Pfizer;

Rodica Gilca : Sanofi Pasteur;

Vladimir Gilca : Sanofi Pasteur, Pfizer;

Bruce Tapiéro : GSK, Merck, Pfizer.

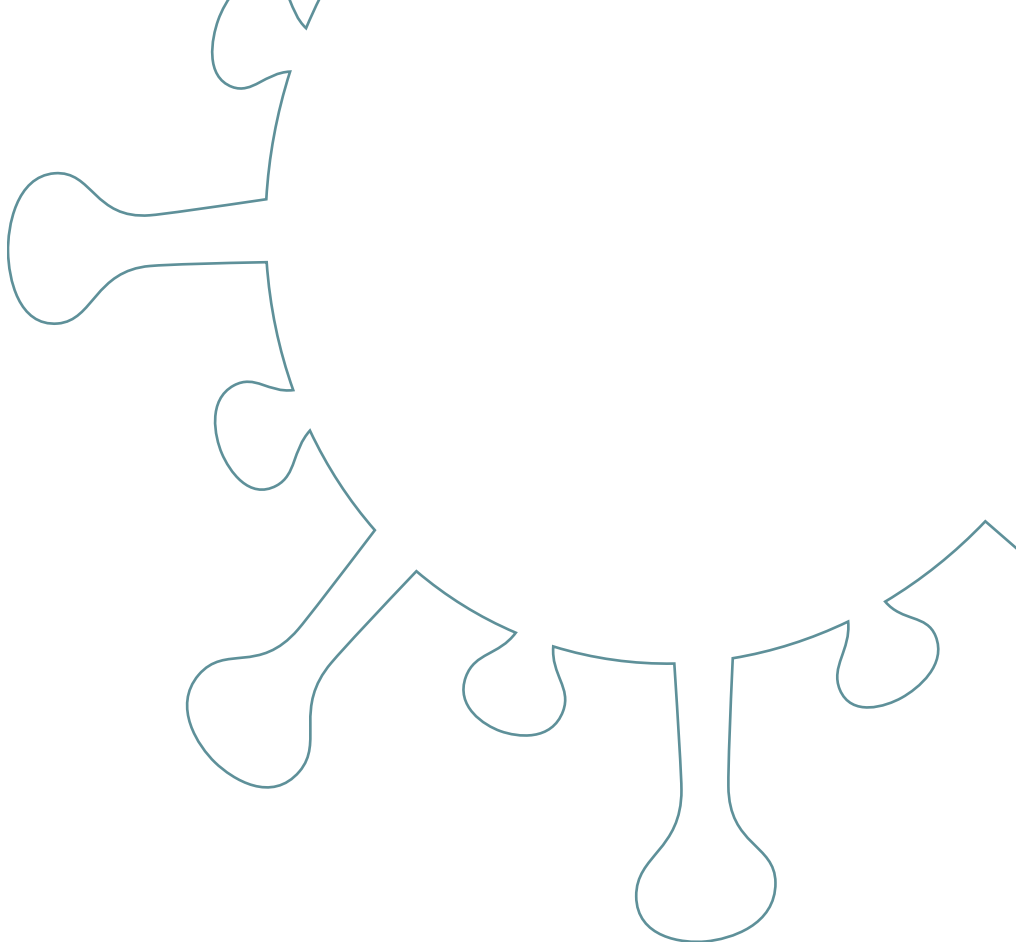
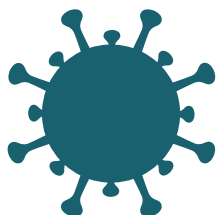
**3 Honoraires pour consultation, présentations ou frais de déplacement (FD) reçus d'entreprises privées dont les produits ou activités entrent dans le domaine de la vaccination.**

Gaston De Serres : Honoraires pour consultation : GSK, Ontario Nurse Association, British Columbia Nurse Association, Ministère de la Justice du Québec.





Centre d'expertise  
et de référence



[www.inpsq.qc.ca](http://www.inpsq.qc.ca)

*Institut national  
de santé publique*

Québec

