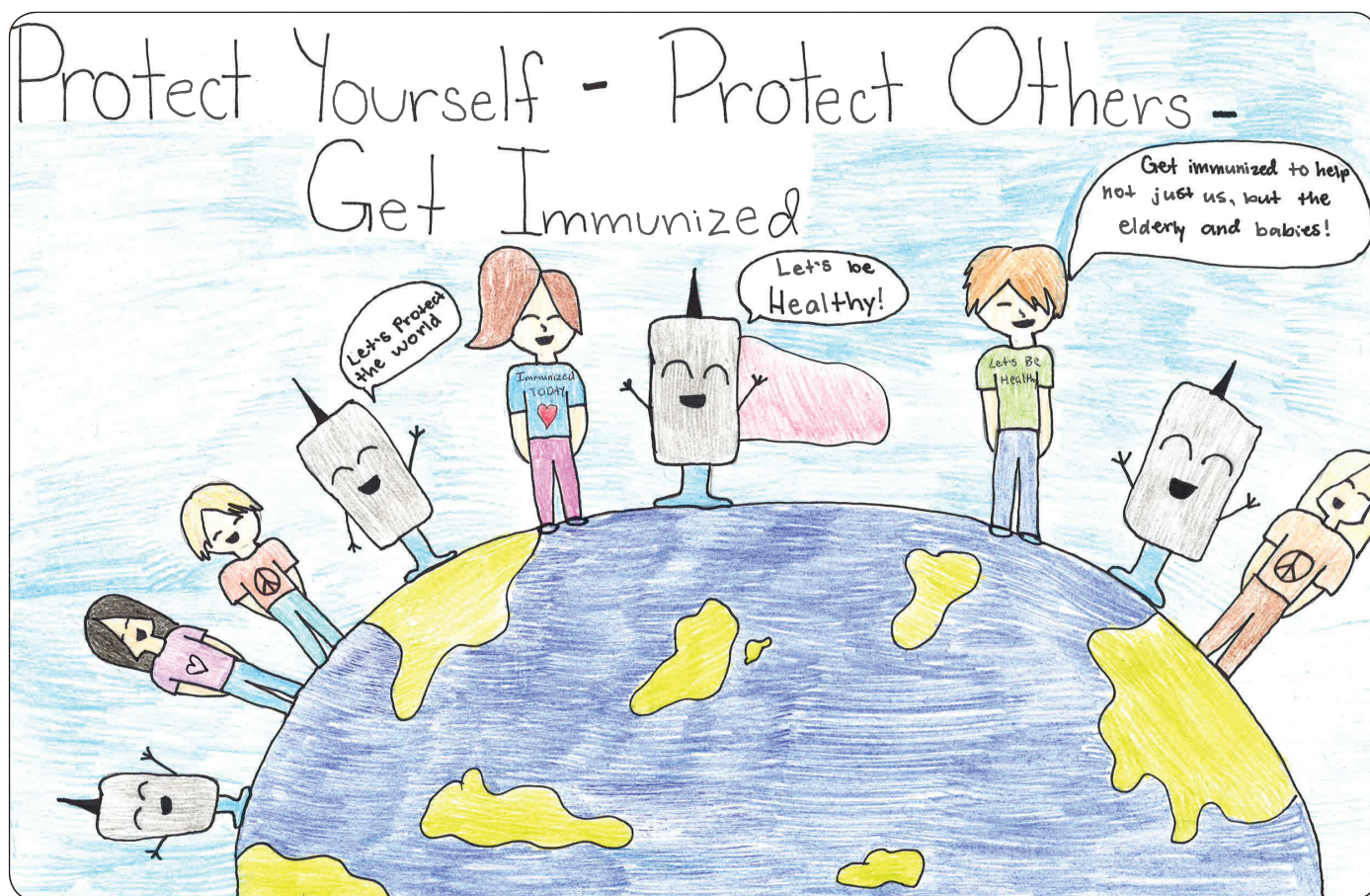


# Promouvoir l'acceptation des vaccins contre la COVID-19 au Canada

Avril 2021



# Promouvoir l'acceptation des vaccins contre la COVID-19 au Canada

## *Une note de breffage de la SRC*

### **Auteurs**

Jeannette Comeau	Dalhousie University
Ève Dubé	Institut national de santé publique du Québec; Université Laval
Janice Graham, MSRC	Dalhousie University
Margo Greenwood	National Collaborating Centre on Indigenous Health
Shawn Harmon	Dalhousie University
Noni E. MacDonald (Présidente)	Dalhousie University
Janet McElhaney	École de médecine du Nord de l'Ontario
C Meghan McMurtry	University of Guelph; McMaster Children's Hospital
Alan Middleton	Université York
Audrey Steenbeek	Dalhousie University
Anna Taddio	University of Toronto

### **Avec les contributions de**

Upton Allen	University of Toronto
Melissa Andrew	Dalhousie University
Benjamin L. Berger	Université York
Andrew Bond	Inner City Health Associates in Toronto
Paul Bramadat	University of Victoria
Terence Flynn	McMaster University
Monty Ghosh	University of Alberta
Devon Greyson	University of Massachusetts, Amherst
Jeff Karabanow	Dalhousie University
Aaron Orkin	Inner City Health Associates in Toronto
Karina Top	Dalhousie University
Jeff Turnbull	Université d'Ottawa

### **Responsable de la surveillance du processus d'examen par les pairs**

Tom Marrie, MSRC	Dalhousie University
------------------	----------------------

### **Pairs examineurs**

Lorraine Burch	Our Health Centre
Alicia Czarnowski	Université d'Ottawa (étudiante)
Ian Gemmill	Queen's University
Shannon MacDonald	University of Alberta
Sharon Straus	University of Toronto

## **Forme suggérée pour les citations de cette note de breffage**

MacDonald, N., Comeau, J., Dubé, È., Graham, J., Greenwood, M., Harmon, S., McElhaney, J., McMurty, C. M., Middleton, A., Steenbeek, A., Taddio, A. *Promouvoir l'acceptation des vaccins contre la COVID-19 au Canada*. Société royale du Canada. 2021

## **Image de couverture**

L'affiche s'intitule *Protect Yourself — Protect Others — Get Immunized (2018)*

Un titre qui pourrait être librement traduit comme « Pour se protéger — pour protéger les autres — il faut se faire vacciner », et a été dessinée par Jersey Chan, une élève de 6e année de l'école Holy Ghost de Winnipeg, au Manitoba, à l'automne 2018, dans le cadre du Concours national d'affiches sur l'immunisation de 2018. Elle a remporté le prix provincial pour le Manitoba.

*Elle est utilisée ici avec l'autorisation d'Immunisation Canada.*

## **Reconnaissance territoriale**

Le siège social de la Société royale du Canada est situé à Ottawa, territoire traditionnel et non cédé de la nation algonquine.

**Les opinions exprimées dans ce rapport sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement les opinions de la Société royale du Canada.**

## Contexte concernant la préparation de cette note de breffage

En avril 2020, le président de la Société royale du Canada a établi le Groupe de travail de la SRC sur la COVID-19. Le mandat de ce groupe de travail est de dégager des perspectives éclairées par les données probantes sur les grands enjeux sociétaux qui se posent au Canada relativement à sa réponse à la COVID-19 et à sa démarche subséquente de rétablissement.

Pour rapidement produire des notes de breffage, le groupe de travail a établi une série de sous-groupes de travail ayant comme objectif de soutenir les décideurs politiques en leur fournissant des données probantes pour éclairer leurs décisions.

### À propos des auteurs

*Jeannette Comeau*, division des maladies infectieuses, professeure adjointe, directrice du programme de la sous-spécialité des maladies infectieuses, Dalhousie University

*Ève Dubé*, groupe scientifique sur l'immunisation de l'Institut national de santé publique du Québec; Département d'anthropologie, Université Laval

*Janice Graham*, professeure, Département de pédiatrie, division des maladies infectieuses, Dalhousie University

*Margo Greenwood*, École d'éducation; Département d'études sur les Premières Nations, University of Northern British Columbia; chef universitaire, National Collaborating Centre for Indigenous Health

*Shawn Harmon*, Département de pédiatrie, unité de recherche sur les technosciences et la réglementation, Dalhousie University

*Noni E. MacDonald (présidente)*, professeure, Département de pédiatrie (maladies infectieuses), Faculté de médecine, Dalhousie University

*Janet McElhaney*, division des sciences médicales, École de médecine du Nord de l'Ontario; vice-présidente de la recherche et directrice scientifique, Institut de recherches d'Horizon Santé-Nord

*C. Meghan McMurtry*, directrice, Laboratoire de la douleur, de la santé et de la communication pédiatriques (PPHC); professeure agrégée, Département de psychologie, University of Guelph; psychologue clinique et de la santé au Programme de douleur chronique pédiatrique, McMaster Children's Hospital

*Alan Middleton*, professeur auxiliaire distingué de marketing; ancien directeur général du Schulich Executive Education Centre; York University.

*Audrey Steenbeek*, professeure, École des sciences infirmières, Faculté de la santé, Dalhousie University

*Anna Taddio*, professeure de recherche pharmaceutique clinique, Faculté des sciences pharmaceutiques Leslie Dan, University of Toronto

### Note des auteurs

Les auteurs tiennent à remercier officiellement les travailleurs de la santé, les gestionnaires de programmes, leurs pairs et les membres du public qui ont généreusement contribué à la création de cette note de breffage, de même que Laryssa Laurignano et Michael Boivin, qui ont participé à la révision du rapport.

## **Mandat et portée**

Les auteurs ont élaboré un Cadre d'acceptation des vaccins inspiré du cadre préparé par Hasnan et Tan<sup>1</sup> en réponse à l'objectif de ne laisser personne de côté du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 de l'Assemblée mondiale de la santé, afin de l'utiliser comme épine dorsale de la présente note de breffage. Afin de limiter la longueur du rapport, des résumés généraux basés sur leurs constatations ont été préparés pour chaque section et sous-section et des références sont fournies pour appuyer ces références. Le groupe de travail a ensuite formulé pour chaque élément des recommandations, qui sont regroupées selon quatre domaines de responsabilité : *1. Les personnes et les communautés; 2. les travailleurs de la santé; 3. le système de santé et les bureaux locaux de santé publique; et 4. les systèmes fédéral, provincial, territorial et autochtone.*

---

<sup>1</sup> Hasnan S, Tan NC. Multi-domain narrative review of vaccine hesitancy in childhood. Vaccine 2021 online March 8

## Table des matières

<b>Chapitre 1. Sommaire</b> .....	7
Recommandations pour favoriser l'acceptation de la vaccination contre la COVID-19.....	9
Les personnes et les communautés : responsabilités .....	9
Travailleurs de la santé (professionnels réglementés et personnes essentielles à la prestation des soins de santé).....	9
Système de santé et programmes de santé publique : responsabilités.....	10
Responsabilités fédérales, provinciales, territoriales et autochtones .....	11
<b>Chapitre 2. Contexte</b> .....	13
2.1 Définition de l'acceptation de la vaccination .....	13
2.2 Acceptation de la vaccination contre la COVID-19 : similitudes et différences .....	17
<b>Chapitre 3. Facteurs influençant l'acceptation de la vaccination contre la COVID-19</b> .....	25
3.1. Cadre d'acceptation de la vaccination .....	25
3.2. Les gens en place : contexte, culture et société civile.....	28
3.2.1 Les communautés autochtones au Canada .....	29
3.2.2 Communautés racialisées et autres communautés en quête d'équité au Canada.....	30
3.2.3 Les jeunes en situation d'itinérance au Canada .....	30
3.2.4 Personnes aux capacités différentes.....	31
3.2.5 Autres exemples de groupes en quête d'équité.....	31
3.2.6 Religion : influence sur la confiance à l'égard des vaccins et sur leur acceptation .....	31
3.3 Travailleurs de la santé : professions réglementées et personnes essentielles à la prestation de soins de santé .....	33
3.3.1 Influence des travailleurs de la santé sur l'acceptation de la vaccination .....	33
3.3.2 Les travailleurs de la santé et l'infodémie relative à la COVID-19.....	34
3.3.3 Atténuation de la douleur, peur des aiguilles et acceptation des vaccins .....	35
3.3.4 Effets secondaires suivant l'immunisation (ESSI) .....	35
3.3.4.1 ESSI fréquents et réactions au stress de la vaccination .....	36
3.3.4.2 Anaphylaxie .....	36
3.3.5 Tous les travailleurs de la santé ont besoin d'une formation sur la COVID-19, les vaccins et le signalement des infections respiratoires aiguës, et doivent avoir de bonnes compétences de communication.....	37
3.3.6 L'acceptation des vaccins par les travailleurs de la santé doit être optimisée.....	38
3.4 Immunisation — informations exactes et fiables sur la maladie à COVID-19 et les vaccins contre la COVID-19 .....	38
3.4.1 Accès à des informations exactes et fiables .....	38
3.5 Système de santé : politiques, programmes, pratiques et stratégies politiques .....	39
3.5.1 Cadres juridiques : le cas particulier de la santé, y compris de la vaccination.....	39
3.5.2 Contexte juridique international global .....	40
3.5.3 Le cadre juridique canadien global .....	40
3.5.4 Droits des personnes autochtones .....	42
3.5.5 Droits des groupes considérés comme en quête d'équité .....	43



3.5.5.1 Exemple : les droits des personnes âgées.....	44
3.5.6 <i>Prise de décision concernant la vaccination contre la COVID-19 : le consentement</i> .....	44
3.5.7 <i>Programmes de soutien aux victimes de préjudices causées par un vaccin</i> .....	47
3.5.8 <i>Certificats et ordres de vaccination contre la COVID-19</i> .....	49
3.5.9 <i>Transparence et équité : que faudrait-il faire pour rassurer les gens sur l'innocuité et l'efficacité des vaccins ?</i> .....	51
3.5.9.1 <i>La transparence dans un monde de fantômes</i> .....	51
3.5.9.2 <i>Équité et politique</i> .....	53
3.5.9.3 <i>Différences dans le domaine de la vaccination au Canada : politiques, politique et traditions</i> .....	55
3.5.10 <i>Écarts entre les provinces et les territoires en matière d'accès. Exemples : établissements correctionnels et migrants</i> .....	57
3.5.11 <i>Programmes et politiques de soutien de l'immunisation</i> .....	58
<b>Chapitre 4. Thèmes généraux</b> .....	<b>60</b>
4.1 <i>Éducation : la COVID-19 et les vaccins</i> .....	60
4.2 <i>Contrôle des infections — Maladie à COVID-19 : impact de la prévention et du contrôle des infections (PCI) sur l'acceptation de la vaccination</i> .....	62
<i>Élimination de l'exposition et substitution d'activités</i> .....	64
<i>Contrôles techniques</i> .....	64
<i>Contrôles administratifs</i> .....	64
<i>Équipement de protection individuelle (EPI)</i> .....	64
4.3 <i>Communautés</i> .....	65
4.4 <i>Communications</i> .....	66
4.4.1 <i>Que recèle un mot?</i> .....	66
4.4.2 <i>Infodémie</i> .....	69
4.4.3 <i>Stratégies de communication efficaces</i> .....	70
4.4.4 <i>Bouchées, collations, repas</i> .....	71
4.4.5 <i>Cohérence, exactitude et actualité</i> .....	71
4.5 <i>Cohérence des communications partout au Canada</i> .....	71
<b>Chapitre 5. Recherche</b> .....	<b>73</b>
5.1 <i>Lacunes dans les données</i> .....	73
5.2 <i>Sensibilisation</i> .....	74
5.3 <i>Équité</i> .....	74
5.4 <i>Leçons apprises sur l'acceptation des vaccins contre la COVID-19</i> .....	74
<b>Chapitre 6. Recommandations</b> .....	<b>75</b>
<i>Les personnes et les communautés : responsabilités</i> .....	75
<i>Travailleurs de la santé (professionnels réglementés et personnes essentielles à la prestation des soins de santé)</i> .....	76
<i>Système de santé et programmes de santé publique : responsabilités</i> .....	76
<i>Responsabilités fédérales, provinciales, territoriales et autochtones</i> .....	77
<b>Annexe I</b> .....	<b>80</b>

## Chapitre 1. Sommaire

L'acceptation de la vaccination contre la COVID-19 (nous parlons ici de l'intention de recevoir un vaccin<sup>2</sup>, c'est-à-dire d'une attitude et non d'un comportement) s'inscrit dans un continuum allant d'une petite minorité de personnes qui s'opposent fermement à la vaccination, jusqu'à une majorité de gens qui acceptent la vaccination, mais qui pourraient ne pas passer de l'intention à l'acte, en passant par le groupe hétérogène des personnes qui hésitent à se faire vacciner, ou le groupe intermédiaire mobile de ceux et celles qui ont des niveaux variables d'inquiétude et d'incertitude à l'égard de la vaccination. Toutefois, l'acceptation du vaccin peut varier au fil du temps au gré des décisions personnelles, qui peuvent être influencées par de nombreux facteurs. Ceux-ci comprennent (i) les connaissances, les attitudes, les croyances culturelles et religieuses; (ii) l'environnement de communication, y compris les réseaux sociaux; (iii) le taux d'infection à la COVID-19 au sein de la communauté; et (iv) l'organisation des services et des politiques de santé et communautaires. Par conséquent, pour inciter les gens à faire des choix éclairés à l'égard de la vaccination contre la COVID-19 et pour leur donner les moyens de le faire, nous avons besoin d'interventions soigneusement conçues et adaptées aux besoins et aux préoccupations de la communauté, qui renforcent la confiance des gens dans les autorités de la santé et dans ceux qui administrent les vaccins, et qui favorisent l'acceptation de la vaccination.

Le groupe de travail de la Société royale du Canada (SRC) sur l'acceptation de la vaccination contre la COVID-19 a élaboré un Cadre d'acceptation des vaccins contre la COVID-19 en s'inspirant du cadre préparé par Hasnan et Tan<sup>3</sup> en réponse à l'objectif de ne laisser personne de côté<sup>4</sup> du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 de l'Assemblée mondiale de la santé. Compte tenu de la complexité des facteurs qui influencent l'acceptation des vaccins, le groupe de travail s'est concentré sur quatre grands facteurs interdépendants : les personnes et les communautés; les travailleurs de la santé; les informations exactes et fiables sur la vaccination; le système de santé et les programmes de santé publique (figure 1). Chacun de ces facteurs a des implications aux échelons fédéral, provincial, territorial et autochtone et est influencé par les quatre domaines primordiaux que sont l'éducation, le contrôle des infections, l'étendue des collaborations et les communications sur la maladie à COVID-19 et la vaccination contre la COVID-19.

---

2 Freemster K. Overview: Special Focus Vaccine acceptance. *Human Vaccines & Immunotherapeutics* 2013; 9:1752-54

3 Hasnan S, Tan NC. Multi-domain narrative review of vaccine hesitancy in childhood. *Vaccine* 2021 online March 8

4 <https://www.who.int/publications/m/item/immunization-agenda-2030-a-global-strategy-to-leave-no-one-behind>



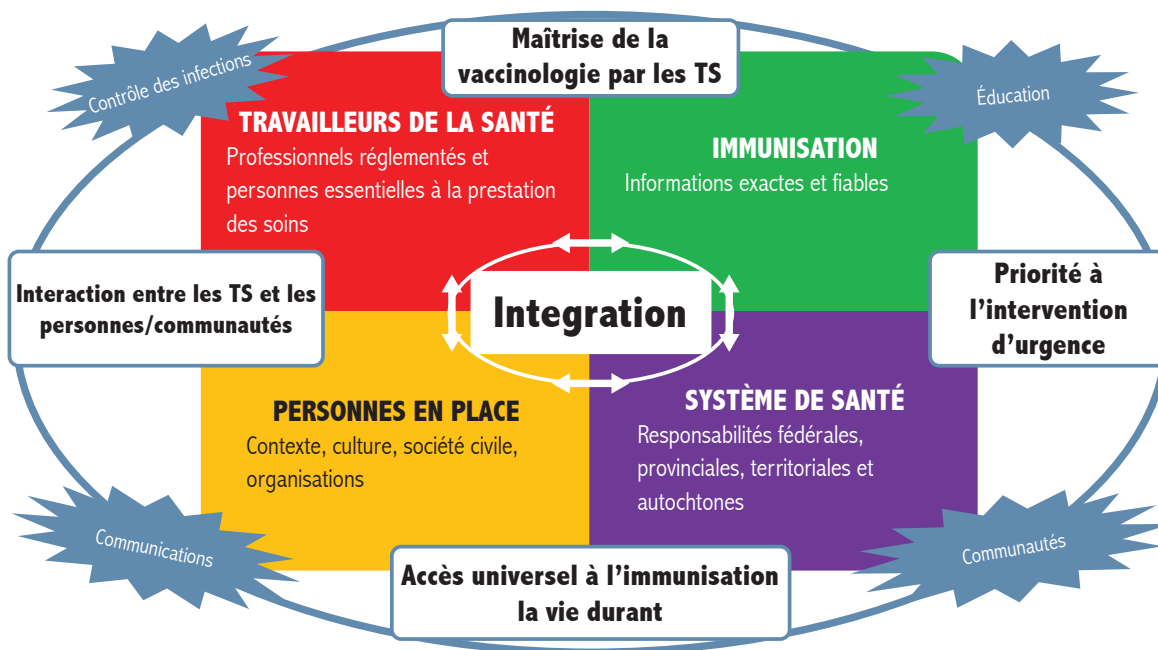


Figure 1. Cadre des facteurs influençant l'acceptation de la vaccination contre la COVID-19 (Société royale du Canada)

Au terme de ses délibérations sur cette question complexe, le groupe de travail de la SRC sur l'acceptation de la vaccination contre la COVID-19 propose les recommandations suivantes pour chacune des quatre catégories présentées dans la figure 1. Il y a 18 recommandations **urgentes** nécessitant une attention immédiate, 8 recommandations **à court terme** qui devraient être traitées dans les 3 à 6 prochains mois et 17 recommandations **à plus long terme** qui devraient être traitées au cours de la prochaine année.

Urgentes	À court terme	À plus long terme
⌚ ⌚ ⌚	⌚ ⌚	⌚







Comme ces recommandations sont interdépendantes, les approches plus traditionnelles, cloisonnées, pour favoriser l'acceptation des vaccins ne seront pas efficaces. Pour optimiser les résultats, il sera essentiel que les personnes et les communautés<sup>5</sup>, les travailleurs de la santé, les systèmes de santé, les programmes de santé publique ainsi que les programmes de santé fédéraux, provinciaux, territoriaux et autochtones participent tous à ces efforts pour assurer une coélaboration et une large appropriation des mesures.

5 MacQueen KM, McLellan E, Metzger DS, et al. What is community? An evidence-based definition for participatory public health. *Am J Public Health*. 2001;91(12):1929-1938. doi:10.2105/ajph.91.12.1929

## Recommandations pour favoriser l'acceptation de la vaccination contre la COVID-19




### Les personnes et les communautés : responsabilités

Les personnes et les communautés doivent travailler avec les autres partenaires pour promouvoir activement l'acceptation de la vaccination contre la COVID-19. Nous recommandons par conséquent :

1. Que les programmes de vaccination contre la COVID-19 soient adaptés au contexte et aux besoins de chaque communauté grâce à une concertation active et à une élaboration des mesures en collaboration avec la communauté.	
2. Que chaque programme local favorise le développement d'ambassadeurs de la vaccination (tels que des chefs religieux, des leaders communautaires) qui travailleront avec les sous-groupes de la communauté pour accroître l'acceptation de la vaccination contre la COVID-19.	
3. Que les personnes et communautés défendent en priorité les besoins des communautés mal desservies.	
4. Que du temps de congé payé soit accordé à tous les travailleurs pour faciliter la vaccination contre la COVID-19.	
5. Que l'accès à la vaccination soit facilité en fournissant des cliniques mobiles, le transport vers les sites de vaccination et une aide à la prise de rendez-vous.	
6. Les initiatives éducatives relevant du Cadre national d'immunisation devraient être élaborées en collaboration avec les communautés, y compris les groupes en quête d'équité.	

### Travailleurs de la santé (professionnels réglementés et personnes essentielles à la prestation des soins de santé)

Les travailleurs de la santé partagent la responsabilité de promouvoir activement l'acceptation de la vaccination contre la COVID-19 au sein de leur profession et de leurs communautés. Nous recommandons par conséquent :

1. Que tous les travailleurs de la santé aient accès à une formation sur la COVID-19, les vaccins contre la COVID-19 et les meilleures pratiques d'immunisation qui ont été coélaborées et adaptées à leurs besoins.	
2. Que tous les travailleurs de la santé participant aux programmes de vaccination reçoivent une formation adéquate sur l'acceptation des vaccins, l'atténuation de la douleur associée à la vaccination et les réactions liées au stress de la vaccination. Cette formation devrait notamment porter sur l'utilisation des mots appropriés (voir le tableau 4.4.1) et les autres facteurs qui favorisent une expérience de vaccination plus positive et, par le fait même, l'acceptation des vaccins.	
3. Que les travailleurs de la santé se soutiennent les uns les autres en se faisant vacciner le plus tôt possible contre la COVID-19 et en devenant des ambassadeurs de l'immunisation.	

4. Que les professionnels de la santé se soutiennent les uns les autres en adoptant et en appliquant les notes d'information/mises à jour bihebdomadaires (voir les responsabilités fédérales/provinciales/territoriales/autochtones plus bas) sur les questions d'actualité relatives à la maladie et aux vaccins contre la COVID-19 afin d'accélérer l'établissement de réponses de qualité aux questions des patients.



### **Systeme de sante et programmes de sante publique : responsabilites**

Les systemes de sante et les programmes de sante publique partagent la responsabilite de travailler en collaboration avec d'autres partenaires, notamment les travailleurs de la sante, les communautes et les gouvernements federal, provinciaux, territoriaux et autochtones, afin de promouvoir activement l'acceptation de la vaccination contre COVID-19 sur l'ensemble de leur territoire. Nous recommandons par consequent :

1. Que le systeme de sante et les programmes de sante publique se rapportant a la vaccination contre la COVID-19 soutiennent l'ecoute active des diverses communautes en ce qui concerne la COVID-19 et les questions liees a l'acceptation de la vaccination et a l'accès a celle-ci.



2. Que les problemes d'acceptation des vaccins chez les travailleurs de la sante soient abordes en utilisant des strategies fondees sur les donnees probantes et que ces efforts s'inscrivent dans un objectif d'amelioration continue de la qualite des programmes.



3. Que l'on evalue en temps reel les progres lies aux taux de vaccination des populations et des divers sous-groupes et que l'on ajuste les programmes pour combler les lacunes relevees.



4. Que les programmes de vaccination contre la COVID-19 mettent en oeuvre les pratiques exemplaires de controle des infections.



5. Que les systemes de sante et les programmes de sante publique soutiennent les notes d'information/mises a jour bihebdomadaires fondees sur des donnees (voir les responsabilites federales, provinciales, territoriales et autochtones plus bas).



6. Que le programme de vaccination contre la COVID-19 optimise les systemes de collecte de donnees (voir les responsabilites federales, provinciales, territoriales et autochtones plus bas) afin qu'ils soient conviviaux pour les travailleurs de la sante, pour ceux qui planifient les mesures sanitaires et pour le public.



7. Que les programmes de vaccination contre la COVID-19 mettent en oeuvre des modeles appropries qui renforceront les soins preventifs au sein du systeme de sante (voir egalement les responsabilites federales, provinciales, territoriales et autochtones plus bas) meme apres la pandémie.



8. Que les systemes de sante et les programmes de sante publique favorisent et soutiennent la sensibilisation sur la vaccination contre la COVID-19 et sur l'immunisation plus globalement.



















9. Que les systemes de sante et les programmes de sante publique utilisent l'experience et les lecons tirees de la vaccination contre la COVID-19 pour renforcer les programmes de vaccination systematique.



## Responsabilités fédérales, provinciales, territoriales et autochtones

Les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et autochtones partagent la responsabilité de travailler en collaboration avec les autres partenaires, notamment les communautés, les travailleurs de la santé, les systèmes de santé et les programmes de santé publique, afin de promouvoir activement l'acceptation de la vaccination contre la COVID-19 dans tout le pays. Nous recommandons par conséquent :

1. Que les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et autochtones assurent l'équité en matière d'immunisation pour les vaccins contre la COVID-19 et tous les autres vaccins recommandés par le CCNI.	
2. Que toutes les administrations s'emploient à promouvoir l'acceptation des vaccins contre la COVID-19 et des autres vaccins au sein des diverses communautés par le biais d'un vaste effort de sensibilisation des communautés.	
3. Que le gouvernement fédéral paie/subventionne le salaire des employés qui s'absentent du travail pour se faire vacciner contre la COVID-19.	
4. Que toutes les administrations élaborent une stratégie permettant de fournir des notes d'information bihebdomadaires fondées sur les données probantes à l'intention du système de santé, des programmes de santé publique, des travailleurs de la santé et des médias.	
5. Que toutes les administrations reconnaissent l'importance d'une communication publique claire, concise et pancanadienne sur la COVID-19 et les vaccins utilisés pour lutter contre la maladie. Cela comprend le fait de reconnaître que les choses sont susceptibles de changer au fur et à mesure de l'émergence de nouvelles informations.	
6. Que la cohérence et la transparence des communications soient encouragées à tous les échelons du gouvernement et de la santé publique par l'utilisation d'un langage adapté à la culture et à la communauté visée afin de renforcer la confiance dans les vaccins et leur acceptation. Il doit être clair que les messages/conseils sont fondés sur les meilleures données/preuves scientifiques disponibles.	
7. Que toutes les administrations soutiennent la suppression des protections de la propriété intellectuelle qui entravent le droit humain à un accès équitable aux soins de santé, y compris aux vaccins.	
8. Que les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et autochtones veillent à ce que toutes les parties du processus d'approbation et de recommandation des vaccins respectent les principes fondamentaux qui renforcent la confiance (voir le tableau 3.2.4.2).	
9. Que toutes les administrations reconnaissent l'immunisation comme un droit juridiquement exécutoire en recommandant publiquement la vaccination dans leurs lois sur la santé publique ou lois équivalentes, et qu'elles éliminent les obstacles à un accès équitable à la vaccination.	
10. Que toutes les administrations promulguent des lois qui soutiennent l'élaboration et la mise en œuvre d'un Cadre national d'immunisation qui garantirait un accès équitable aux vaccins, une éducation en matière d'immunisation pour tous les groupes d'âge et un soutien à la recherche sur l'immunisation.	

11. Que les ministères, y compris les ministères de la Santé et de l'Éducation, travaillent ensemble en vue d'optimiser les stratégies d'acceptation de l'immunisation.	
12. Que toutes les administrations utilisent l'expérience acquise pendant la pandémie de COVID-19 pour renforcer les soins préventifs partout au pays.	
13. Que les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et autochtones soutiennent énergiquement la mise à niveau des systèmes électroniques d'information sur la santé dans tout le pays et veillent à ce que ces systèmes soient tous axés sur le patient et entièrement intégrés.	
14. Que les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et autochtones examinent les risques liés à la prise de possession par les grandes entreprises du processus d'immunisation.	
15. Que les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et autochtones améliorent l'expertise et l'infrastructure scientifiques au sein des organismes et des programmes afin de mieux soutenir tous les programmes, y compris les programmes liés à la vaccination.	
16. Que les leçons tirées du programme d'immunisation à la COVID-19 soient appliquées pour améliorer tous les programmes d'immunisation à tous les échelons du gouvernement.	
17. Que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux s'entendent sur un âge commun de la majorité au Canada et qu'ils l'officialisent dans leurs lois respectives.	
18. Que les administrations mettent en œuvre le Programme de soutien aux victimes d'une vaccination sans égard à la faute.	

## Chapitre 2. Contexte

### 2.1 Définition de l'acceptation de la vaccination

La pandémie de COVID-19 a attiré l'attention sur l'accès à la vaccination toute la vie durant, étant donné que la 73<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la santé a reconnu dans son Programme pour la vaccination à l'horizon 2030<sup>6</sup> la nécessité de renforcer les efforts de vaccination à l'échelle mondiale afin de ne laisser personne de côté. L'acceptation généralisée du vaccin (l'intention de recevoir un vaccin<sup>7</sup>, c'est-à-dire l'attitude, et non pas le comportement réel) et l'adoption effective (l'action accomplie, c'est-à-dire le comportement) par environ 70 à 80 %<sup>8</sup> de la population (ces chiffres font encore l'objet de discussions) seront nécessaires pour générer une immunité collective et maîtriser efficacement la pandémie. Assurer un accès rapide et équitable aux services de vaccination tout au long de la vie, en commençant par donner la priorité aux groupes à risque, en répondant aux préoccupations relatives aux nouveaux vaccins et en luttant contre la désinformation, exigera un effort sans précédent de la part des autorités de la santé publique, du système de santé et des diverses communautés du Canada et du monde entier.

Jusqu'à maintenant, la définition et le concept de l'acceptation des vaccins de même que les données probantes sur la question ont principalement porté sur la vaccination des enfants. Il faut élargir ce concept.

#### ***Que savons-nous de l'acceptation des vaccins — la définition, le concept et les données probantes entourant la vaccination des enfants?***

La variolisation, la pratique consistant à injecter une petite dose préventive de variole de la vache pour créer des anticorps contre ce qui pourrait autrement causer la maladie, existait bien avant la rencontre mythique entre le médecin Jenner et une laitière<sup>9</sup>. Le mouvement anti-vaccin existe depuis l'époque de Jenner, mais il a été alimenté plus récemment par des groupes anti-scientifiques, anti-grandes entreprises et anti-gouvernements, ainsi que par la pléthore de fausses informations diffusées en ligne<sup>10</sup>. La mésinformation<sup>11</sup> (inexactitudes non intentionnelles) et la désinformation<sup>12</sup> (contenu délibérément faux ou trompeur) sur les plateformes des médias sociaux menacent désormais la réussite des programmes de vaccination, ce qui a incité les scientifiques, les cliniciens et les décideurs à s'intéresser de nouveau à l'hésitation vaccinale. La mésinformation qui, auparavant, ne se propageait que localement peut désormais déclencher des mouvements de masse qui contrecarrent les plans les mieux conçus mis en œuvre dans le cadre des efforts internationaux visant à maîtriser les épidémies de maladies évitables par la vaccination. L'hésitation reliée à l'acceptation tardive et au refus des vaccins ne peut plus rester ignorée<sup>13</sup>.

6 World Health Organization. 73rd World Health Assembly Decisions WHA73/9. Strengthening global immunization efforts to leave no one behind. <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/73rd-world-health-assembly-decisions> Accessed March 3, 2021

7 Freemster K. Overview: Special Focus Vaccine acceptance. *Human Vaccines & Immunotherapeutics* 2013; 9:1752-54

8 Anderson RM, Vegvari C, Truscott J, Collyer BS. Challenges in creating herd immunity to SARS-CoV-2 infection by mass vaccination. *Lancet* (London, England). 2020;396(10263):1614-6.

9 Boyleston, AW. The myth of the milkmaid. *NEJM* 2018, 378 : 414-415. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1715349>

10 Burki T. The online anti-vaccine movement in the age of COVID-19. *Lancet Digit Health* 2020 2(10):e504-505

11 <https://mediamanipulation.org/definitions/misinformation>

12 <https://mediamanipulation.org/definitions/disinformation>

13 Larson HJ, Cooper LZ, Eskola J, Katz SL, Ratzan S. Addressing the vaccine confidence gap. *Lancet* (London, England). 2011;378(9790):526-35.



L'acceptation de la vaccination des enfants, l'hésitation vaccinale, le rejet pur et simple de la vaccination ainsi que les déterminants de cette gamme d'états d'esprit intéressent depuis longtemps les chercheurs en santé mondiale, et les études à ce sujet ont explosé au cours de la dernière décennie. En 2012, le Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a nommé un groupe de travail sur l'hésitation à l'égard des vaccins pour définir cette question et entreprendre un examen de ses causes précises dans le contexte actuel ainsi que de son impact dans différents milieux<sup>14</sup>. Les recommandations du groupe de travail ont été approuvées par le SAGE de l'OMS en octobre 2014, y compris la proposition de définition de l'hésitation (ou de la réticence) à la vaccination comme étant « le retard dans l'acceptation des vaccins ou leur refus malgré la disponibilité de services de vaccination. L'hésitation vaccinale est complexe et liée au contexte, variant suivant le temps, le lieu et les vaccins particuliers. Elle est influencée par des facteurs tels que la complaisance, la commodité et la confiance<sup>15</sup> ». Une personne qui hésite à se faire vacciner peut retarder sa vaccination, hésiter à se faire vacciner (mais tout de même accepter) ou refuser/accepter un, certains ou tous les vaccins. En 2019, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré que l'hésitation vaccinale constituait l'une des dix principales menaces pour la santé mondiale<sup>16</sup>.

Le concept de l'« hésitation vaccinale » a été critiqué pour son ambiguïté et son manque de fondement théorique<sup>17</sup>, l'expression ne mettant pas suffisamment l'accent sur les obstacles pratiques (ou d'accès) à la prise d'un vaccin<sup>18</sup>. En revanche, l'expression « acceptation de la vaccination » se concentre uniquement sur l'attitude. Cependant, le concept d'hésitation a attiré l'attention sur le fait que, comme pour tous les comportements, les attitudes et les décisions en matière de vaccination se situent sur un continuum, allant d'une petite minorité de militants du refus de la vaccination à la majorité qui accepte la vaccination comme une mesure de santé publique essentielle<sup>19</sup> (figure 2.1).



**Figure 2.1:** Continuum d'acceptation des vaccins, adapté du concept de l'OMS (2014)<sup>20</sup>.

14 World Health Organization. SAGE working group dealing with vaccine hesitancy (March 2012 to November 2014). [cited 2021 February 17]; Available from: [https://www.who.int/immunization/sage/sage\\_wg\\_vaccine\\_hesitancy\\_apr12/en/](https://www.who.int/immunization/sage/sage_wg_vaccine_hesitancy_apr12/en/).

15 MacDonald NE. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*. 2015;33(34):4161-4.

16 World Health Organization. Ten threats to global health in 2019. [cited 2021 February 17]; Available from: <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>.

17 Peretti-Watel P, Larson HJ, Ward JK, Schulz WS, Verger P. Vaccine hesitancy: clarifying a theoretical framework for an ambiguous notion. *PLoS currents*. 2015;7.

18 Bedford H, Attwell K, Danchin M, Marshall H, Corben P, Leask J. Vaccine hesitancy, refusal and access barriers: The need for clarity in terminology. *Vaccine*. 2018;36(44):6556-8.

19 Hickler B, MacDonald NE, Senouci K, Schuh HB. Efforts to monitor Global progress on individual and community demand for immunization: Development of definitions and indicators for the Global Vaccine Action Plan Strategic Objective 2. *Vaccine*. 2017;35(28):3515-9.

20 World Health Organization. SAGE working group dealing with vaccine hesitancy (March 2012 to November 2014). Available from: [https://www.who.int/immunization/sage/sage\\_wg\\_vaccine\\_hesitancy\\_apr12/en/](https://www.who.int/immunization/sage/sage_wg_vaccine_hesitancy_apr12/en/). Accessed March 3, 2021

La reconnaissance croissante du fait que la vaccination est menacée par ses opposants a incité ses défenseurs à promouvoir activement l'acceptation de la vaccination et a amélioré la prestation des services de vaccination offerts par les programmes de santé publique<sup>21</sup>. L'acceptation des vaccins met en évidence la complexité multifactorielle des décisions sanitaires. Les raisons pour lesquelles un professionnel de la santé hésite à recevoir son vaccin annuel contre la grippe, par exemple, peuvent être très différentes des raisons pour lesquelles une personne enceinte ne reçoit pas le vaccin contre la coqueluche recommandé pendant la grossesse pour protéger le bébé à la naissance<sup>22,23</sup>. La facilité d'accès n'est qu'une partie du problème.

Les facteurs multidimensionnels, complexes et persistants qui influent sur l'acceptation des vaccins et l'hésitation vaccinale<sup>24</sup> en font pour les décideurs politiques un « problème vicieux », une expression qui a été utilisée pour la première fois dans le contexte de l'urbanisme<sup>25</sup>. Un problème vicieux ne peut être formulé de manière définitive et on ne lui connaît pas de solution facile, « bonne ou mauvaise ». Il peut être expliqué de nombreuses façons et s'infiltrer dans des conditions de risque, de fluidité et d'incertitude, souvent en tant que symptôme d'autres problèmes<sup>26</sup>.

Pour concevoir des interventions efficaces susceptibles d'aider à diminuer l'hésitation vaccinale et d'améliorer l'acceptation des vaccins, il est essentiel d'avoir une compréhension critique des contextes et des fluidités qui sous-tendent les connaissances et les croyances en matière de santé et de vaccination qui circulent dans les diverses communautés, dont certains pourraient autrement être négligés dans le discours scientifique<sup>27</sup>. Outre le fait qu'elles doivent être en phase avec les attitudes, les valeurs et les intérêts de la communauté, les interventions doivent être adaptées aux différentes positions qui existent au sein de ces communautés sur le continuum de l'acceptation des vaccins (figure 2.1 et tableau 2.1). Ces positions s'appliquent à la fois aux vaccinations infantiles systématiques et aux vaccinations reçues plus tard dans la vie, y compris les vaccins contre la COVID-19.

---

21 Hickler B, MacDonald NE, Senouci K, Schuh HB. Efforts to monitor Global progress on individual and community demand for immunization: Development of definitions and indicators for the Global Vaccine Action Plan Strategic Objective 2. *Vaccine*. 2017;35(28):3515-9.

22 Dubé E, Gagnon D, MacDonald N, Bocquier A, Peretti-Watel P, Verger P. Underlying factors impacting vaccine hesitancy in high income countries: a review of qualitative studies. *Expert Review of Vaccines*. 2018;17(11):989-1004.

23 Mijovic, H., Greyson, D., Gemmell, E., Trottier, M-E., Vivion, M., Graham, J.E., Dube, E, Bettinger, J.A. Perinatal health care providers' perceptions of facilitators and barriers influencing pertussis vaccination in pregnancy: a qualitative study. *CMAJ Open*, 8(2), E377-E382. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20190215>.

24 N MacDonald, 'Vaccine Hesitancy: Definition, Scope and Determinants' (2015) 33 *Vaccine* 4161-4164; E Dubé, J Bettinger, et al., 'Improving Vaccination Rates: Vaccine acceptance, hesitancy and refusal in Canada: Challenges and potential approaches' (2016) 42 *CCDR* 246-251.

25 H Rittel and M Webber, 'Dilemmas in a General Theory of Planning' (1973) 4 *Policy Sciences* 155-169.

26 J Koppenjan and E Klijn, *Managing Uncertainties in Networks* (London: Routledge, 2004); J Camillus, 'Strategy as a Wicked Problem' (2008) 86 *Harvard Business Rev* 98-106; S Batie, 'Wicked Problems and Applied Economics' (2008) 90 *Am J Agricultural Economics* 1176-1191.

27 Dube E, Ward JK, Verger P, MacDonald NE. Vaccine hesitancy, acceptance and anti-vaccination: trends and future prospects for public health. *Ann Review Public Health* 2021;42:175-191.

**Table 2.1.** Continuum d'acceptation des vaccins; objectif de l'intervention et perceptions des vaccins\*

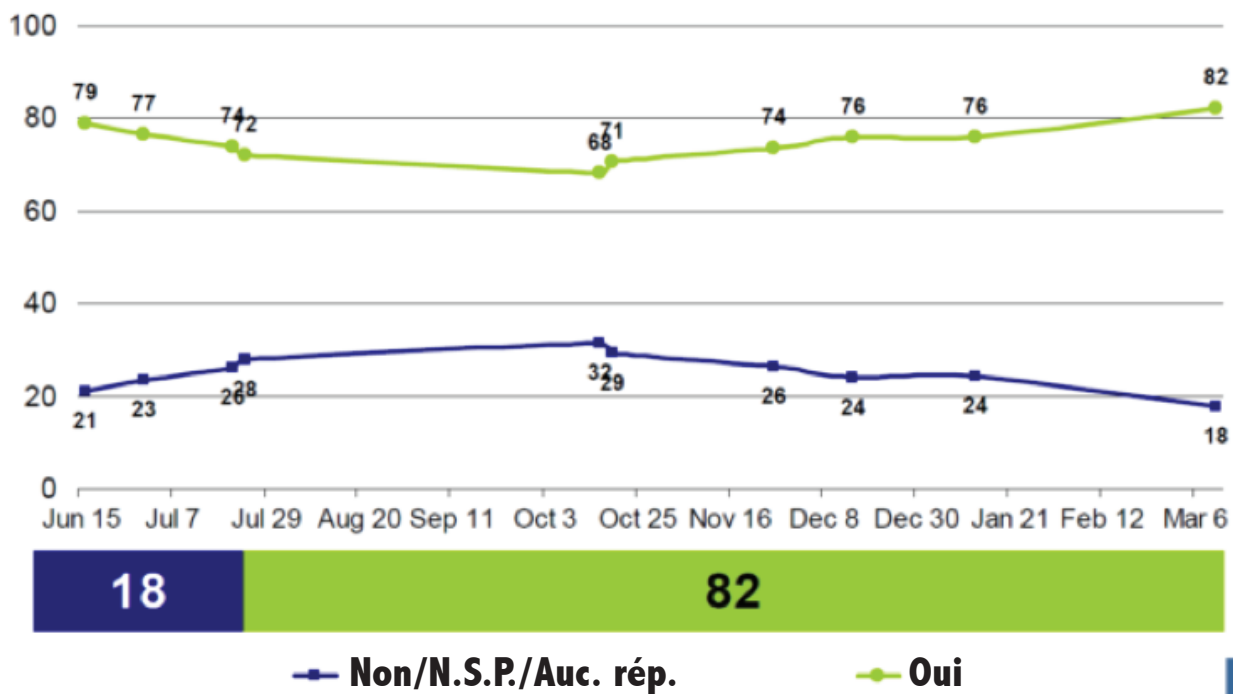
Intention de vaccination	But de l'intervention	Perceptions à l'égard de la vaccination
Opposition à la vaccination	Réduire l'impact sur les autres groupes. Il n'est pas possible de mettre fin au militantisme; l'objectif est de réduire son impact en utilisant des stratégies environnementales (par exemple, en limitant les panneaux d'affichage ou les publicités, etc.). Il est essentiel de corriger les informations erronées et d'apprendre au public à reconnaître la désinformation et à y résister.	Ceux qui font partie de ce groupe peuvent s'opposer à tous les vaccins ou à un vaccin en particulier et prendre part à des manifestations et à des activités connexes. Il s'agit d'un groupe restreint, mais très visible qui peut attirer l'attention du public, créer et diffuser des informations erronées sur les vaccins, notamment sur les réseaux sociaux.
Rejet, refus	Réduire la taille de ce groupe en gérant les préoccupations liées aux vaccins.	Une minorité substantielle a l'intention de rejeter/refuser un vaccin. Les préoccupations relatives à leur innocuité en sont souvent la raison, mais il existe de nombreux autres facteurs qui peuvent être liés à l'expérience, aux perceptions et aux valeurs.
Prudence, hésitation	Écouter et répondre aux préoccupations de manière transparente et efficace afin de promouvoir la prise de décisions éclairées.	Un nombre important de personnes hésitent à accepter un vaccin pour diverses raisons. L'hésitation est dynamique et peut être atténuée par une conversation avec un travailleur de la santé en qui la personne hésitante fait confiance.
Acceptation	Répondre aux questions lors des entretiens sur la vaccination. Fournir des ressources sur les vaccins à partager sur les réseaux sociaux.	La majorité des personnes accepteront la vaccination selon leur degré de motivation personnelle, les influences sociales et professionnelles qu'elles subissent, la disponibilité du vaccin et leur accès à celui-ci. Les personnes qui acceptent la vaccination peuvent avoir des questions sur le vaccin (par exemple sur les effets secondaires potentiels) et certaines peuvent vouloir connaître le risque en fonction de l'âge et/ou de leurs comorbidités.
Réclamation du vaccin	Répondre aux questions lors des entretiens sur la vaccination.	Certaines personnes exigeront fortement un vaccin. Une demande élevée et une offre faible peuvent entraîner des conflits et des perceptions de « favoritisme » qui peuvent diminuer la confiance à l'égard de l'ensemble du programme.
Appui ostensible au vaccin	Soutenir un plaidoyer constructif avec des outils qui répondent de manière précise et transparente aux préoccupations.	Un petit nombre de personnes seront d'ardents défenseurs des vaccins. Les défenseurs peuvent représenter un atout clé pour la communication sur les vaccins en diffusant rapidement l'information au sein de leurs réseaux sociaux parfois importants.

\*Adapté du chapitre 6.9 « COVID-19 vaccine safety communication », par Leask, Steffens et King, dans COVID-19 vaccines: Safety surveillance manual published by the World Health Organization. Disponible : <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1325611/retrieve> (téléchargement direct).

## 2.2 Acceptation de la vaccination contre la COVID-19 : similitudes et différences

Le contexte de l'acceptation de la vaccination contre la COVID-19 diffère de celui de la vaccination infantile systématique, mais il y a aussi des similitudes. Au-delà de la nécessité de vacciner les personnes de tout âge, des études montrent comment la pression d'une mise en œuvre rapide, combinée au décalage généralisé entre l'offre et la demande qui a été observé à partir du mois de mars 2021, affecte l'acceptation des vaccins contre la COVID chez les adultes.

Plusieurs enquêtes publiées récemment ont examiné l'acceptation des vaccins contre la COVID-19. L'intention de recevoir le vaccin varie considérablement d'un pays à l'autre (de 91 % en Chine à 54 % en Russie). Elle augmente avec l'âge et est plus faible au sein des minorités visibles<sup>28</sup>. Une baisse notable de l'intention d'acceptation entre le printemps et l'automne 2020 reflète probablement la réaction causée par l'assaut des informations confuses sur l'innocuité et l'efficacité qui ont été rapportées lors de l'approbation des vaccins. Au Canada, les enquêtes et les sondages indiquent généralement qu'environ 70 à 75 % des adultes sont prêts à se faire vacciner. Ce chiffre varie selon la province et le territoire et est passé à 82 % en mars 2021<sup>29,30</sup> (figure 2.21).



**Figure 2.21:** Constatations d'EKOS sur la volonté au fil du temps des Canadiens de recevoir le vaccin COVID-19 s'il est disponible. Graphique datant de mars 2021 (communication personnelle de Frank Graves).

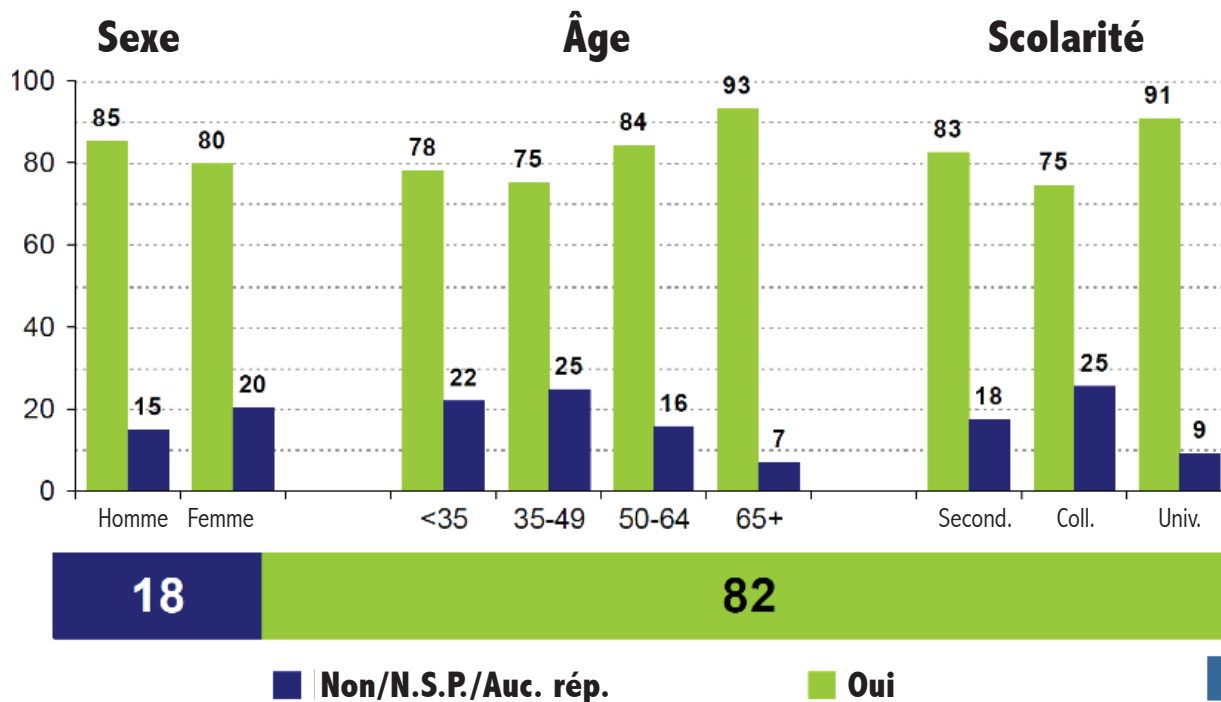
NSP = ne sait pas; PR = pas de réponse. Enquête menée du 3 au 11 mars N = 1 037, ME = ±3,0 % 19 fois sur 20.

Certaines différences ont été observées entre les différents groupes d'âge, les niveaux de scolarité et certaines caractéristiques sociodémographiques (figures 2.2. et 2.23).

28 Lin C, Tu P, Beitsch LM. Confidence and Receptivity for COVID-19 Vaccines: A Rapid Systematic Review. *Vaccines*. 2020;9(1).

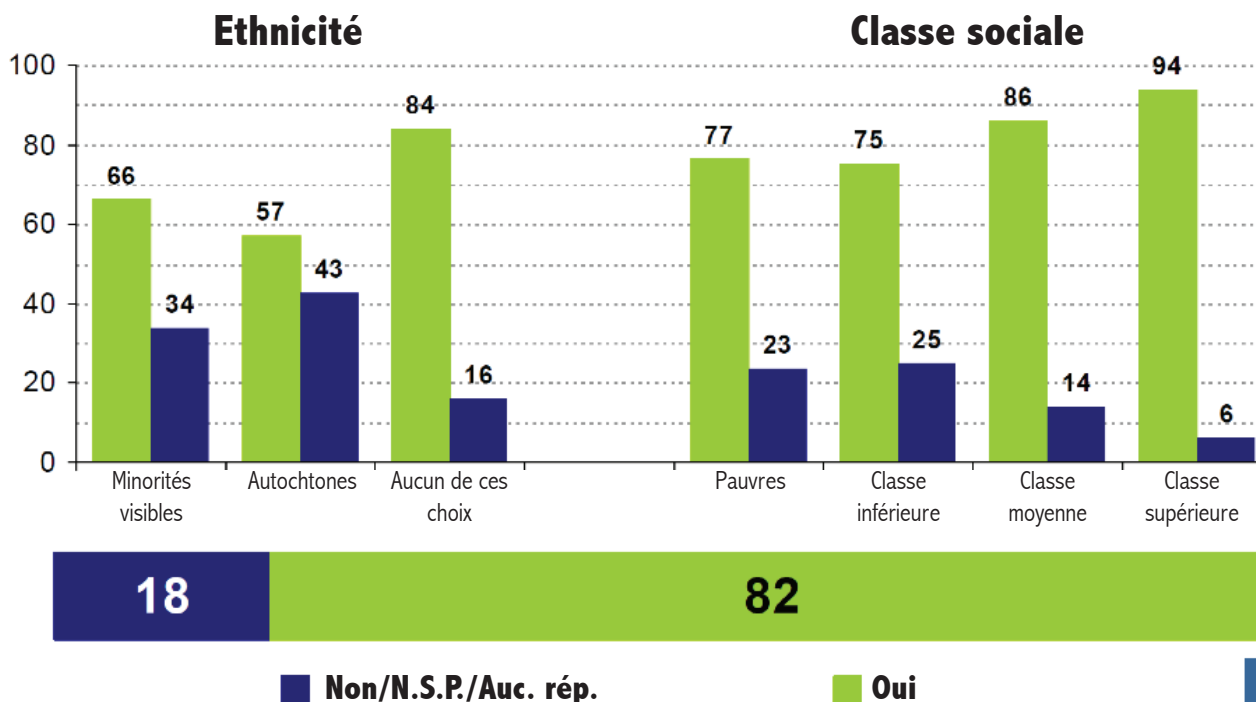
29 Statistics Canada. Majority of Canadians intend to get the COVID-19 vaccine, September 2020. 2020 [cited 2021 February 17]; Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/201217/dq201217c-eng.htm>.

30 Leger. Leger's North American Tracker - February 16, 2021. 2021 [cited 2021 February 17]; Available from: <https://leger360.com/surveys/legers-north-american-tracker-february-16-2021/>.



**Figure 2.22** Enquête EKOS sur l'acceptation du vaccin contre la COVID-19 : différences entre les hommes et les femmes, les groupes d'âge et les niveaux de scolarité. Graphique datant de mars 2021 (communication personnelle Frank Graves).

NSP = ne sait pas; PR = pas de réponse. Enquête menée du 3 au 11 mars 2021 N = 990, ME = ±3,1 % 19 fois sur 20.

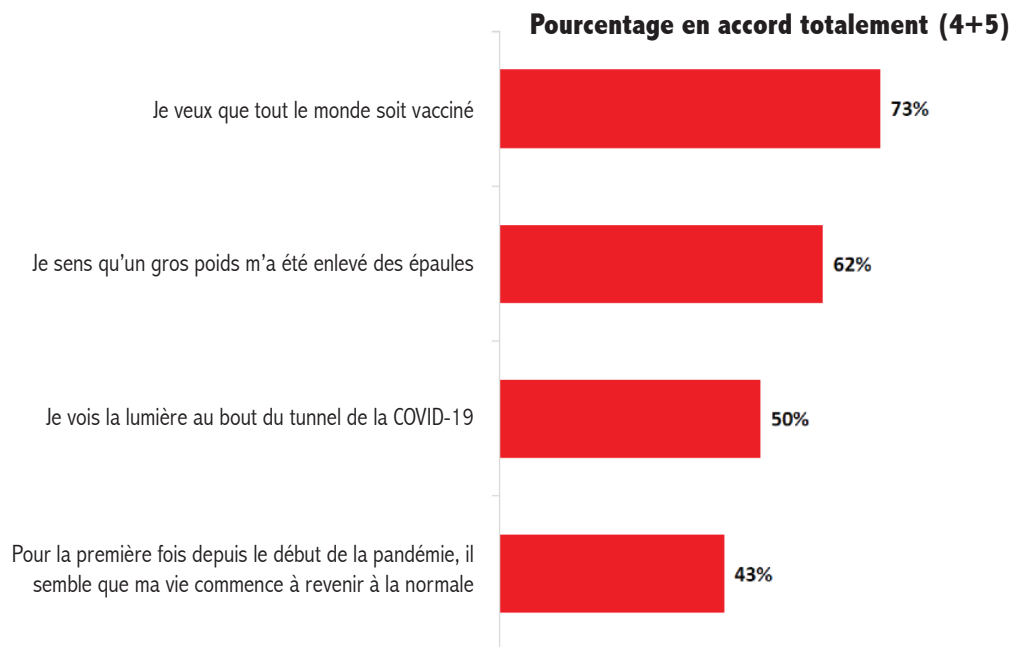


**Figure 2.23** Enquête EKOS sur l'acceptation du vaccin contre la COVID-19 s'il est disponible; différences selon l'ethnicité et la classe sociale. Graphique datant de mars 2021 (communication personnelle de Frank Graves).

NSP = ne sait pas; PR = pas de réponse. Enquête menée du 3 au 11 mars 2021 N = 990, ME = ±3,1 % 19 fois sur 20.

Les Canadiens plus jeunes, ceux qui n’ont pas de diplôme universitaire, les nouveaux arrivants et ceux qui ont un faible niveau de confiance dans le gouvernement fédéral étaient moins susceptibles d’indiquer qu’ils souhaitaient se faire vacciner contre la COVID-19<sup>31,32</sup>.

L’acceptation du vaccin contre la Covid-19 a évolué de 2020 à 2021. Les changements sont intervenus lorsque des vaccins ont été autorisés et que leur déploiement a débuté. La question de l’enquête est passée d’une question théorique à une question basée sur la réalité, puisque les vaccins existaient dorénavant et que des informations à leur sujet étaient disponibles. Le sondage EKOS mené du 3 au 11 mars (figure 2.2.1) qui est mentionné ci-dessus a révélé que la majorité des personnes (82 %) étaient prêtes à se faire vacciner et que l’acceptation des vaccins a eu tendance à augmenter au fil du temps. Un sondage de dépistage nord-américain mené par Léger le 1<sup>er</sup> mars 2021 fournit des données sur l’acceptation des vaccins contre la COVID-19 en recensant les personnes qui ont été vaccinées (figure 2.24). À l’échelle provinciale, on constate une tendance similaire; 74 % des Québécois interrogés par l’Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) depuis décembre 2020 ont dit avoir l’intention d’accepter la vaccination contre la COVID-19<sup>33</sup>.



**Figure 2.24** Question de l’enquête de suivi nord-américaine de Léger : « Sur une échelle de 1 à 5, 5 correspondant à « tout à fait d’accord » et 1 correspondant à « tout à fait en désaccord », que pensez-vous de chacune des affirmations suivantes, maintenant que vous avez reçu un vaccin contre la COVID-19? Graphique datant de mars 2020 (communication personnelle de Dave Scholz).

Les obstacles silencieux à l’accès rendent toutefois incertain le passage de toute intention de se faire vacciner à la réception<sup>34</sup> effective du vaccin. Il est donc essentiel de s’attaquer systématiquement

31 Frank K, Arim R. Canadians’ willingness to get a COVID-19 vaccine: Groupe differences and reasons for vaccine hesitancy. 2020 [cited 2021 February 18]; Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00073-eng.htm>.

32 Frank K, Arim R. Canadians’ willingness to get a COVID-19 vaccine when one becomes available: What role does trust play? 2020 [cited 2021 February 18]; Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00043-eng.htm>.

33 <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/sondages-attitudes-comportements-quebecois/9-mars-2021>

34 Brewer NT, Chapman GB, Rothman AJ, Leask J, Kempe A. Increasing Vaccination: Putting Psychological Science Into Action. Psychological science in the public interest : a journal of the American Psychological Society. 2017;18(3):149-207.



aux nombreux problèmes liés à la réception d'un vaccin et d'autres services de santé publique, comme les inquiétudes concernant l'innocuité des vaccins, la complaisance, l'influence négative des pairs et l'insuffisance des messages de santé publique. Ces problèmes représentent une menace relative au taux optimal de réception du vaccin.

L'acceptation des vaccins fluctuera sans doute au fur et à mesure que les preuves de leur innocuité et de leur efficacité s'accumuleront après leur autorisation et leur déploiement. Jusqu'à présent, la plupart des personnes âgées fragiles vivant dans la collectivité et de nombreux prestataires de soins de santé de première ligne faisant partie de la première cohorte selon l'ordre de priorité établi pour la vaccination contre la COVID-19 ont été disposés à se faire vacciner, et beaucoup sont devenus des ambassadeurs de la vaccination. Cependant, il n'est pas surprenant que lorsque des préoccupations sur l'innocuité des vaccins ont été soulevées, notamment au sujet des crises anaphylactiques<sup>35</sup> possibles, l'empressement à accepter le vaccin a faibli, bien que d'autres facteurs puissent être plus importants pour influencer l'intention d'accepter ou non le vaccin<sup>36</sup>. L'hésitation de certains travailleurs de la santé, y compris, mais sans s'y limiter, les préposés à l'entretien ménager et les préposés aux bénéficiaires, demeure une question à laquelle doivent s'attaquer les responsables de la santé publique, les autres membres du système de santé et leurs communautés.

L'innocuité des vaccins est l'une des causes les plus fréquentes de l'hésitation à se faire vacciner<sup>37</sup>. Les inquiétudes concernant la rapidité de leur développement, amplifiées par la relative nouveauté de certains vecteurs d'antigènes (par exemple, les vaccins à ARNm, les vaccins à vecteur viral), sont associées à une plus faible intention de recevoir un vaccin contre la COVID-19<sup>38</sup>. Le risque potentiel d'effets secondaires suivant l'immunisation (ESSI), ainsi que les incertitudes quant à l'innocuité et à l'efficacité immédiates et à long terme des vaccins et la façon dont elles sont traitées dans les études de pharmacovigilance, nécessiteront une surveillance attentive et une bonne communication avec les prestataires de soins de santé et le public. Lorsque des problèmes liés à l'innocuité des vaccins apparaissent, qu'ils soient réels ou perçus, même les programmes bien organisés peuvent dérailler si des données probantes ne sont pas rapidement fournies<sup>39,40</sup>. Dans le domaine de la COVID-19 et des vaccins mis au point pour la contrer, nous vivons une période d'incertitude scientifique<sup>41</sup>. Comme l'a si bien dit David Heymann, directeur exécutif du Département des maladies transmissibles de l'Organisation mondiale de la santé pendant la crise du SRAS : « Nous construisons notre bateau tout en naviguant<sup>42</sup>. » Une situation peu confortable pour plusieurs.

D'autres obstacles à l'acceptation et à la réception d'un vaccin contre la COVID-19 sont propres au contexte de cette pandémie. Tout d'abord, l'« infodémie » actuelle (c'est-à-dire la surabondance d'informations, certaines exactes, d'autres non, en ligne et hors ligne<sup>43</sup>) fait qu'il est plus difficile

35 <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7002e1.htm>

36 <https://www.cbc.ca/radio/whitecoat/some-health-care-workers-still-hesitant-to-get-covid-19-vaccine-1.5872004>

37 Lane S, MacDonald NE, Marti M, Dumolard L. Vaccine hesitancy around the globe: Analysis of three years of WHO/UNICEF Joint Reporting Form data-2015-2017. *Vaccine*. 2018;36(26):3861-7.

38 Lin C, Tu P, Beitsch LM. Confidence and Receptivity for COVID-19 Vaccines: A Rapid Systematic Review. *Vaccines*. 2020;9(1).

39 Corcoran B, Clarke A, Barrett T. Rapid response to HPV vaccination crisis in Ireland. *Lancet (London, England)*. 2018;391(10135):2103.

40 Suppli CH, Hansen ND, Rasmussen M, Valentiner-Branth P, Krause TG, Mølbak K. Decline in HPV-vaccination uptake in Denmark - the association between HPV-related media coverage and HPV-vaccination. *Am J Public Health*. 2018;108(11):1636-40.

41 Caulfield T. Science and the uncertainty dance. <https://rsc-src.ca/en/voices/science-and-uncertainty-dance>

42 <https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2007/04/riding-many-pandemic-seesaws>

43 World Health Organization. An ad hoc WHO technical consultation managing the COVID-19 infodemic: call for action, 7-8 April 2020. World

pour le public de trouver des sources d'information fiables sur les vaccins. La prolifération de la désinformation (informations fausses, mais non créées dans l'intention de nuire<sup>44</sup>) et de la mésinformation (informations fausses délibérément créées pour nuire) qui circulent sur Internet et dans les médias sociaux au sujet des vaccins contre la COVID-19 serait sans précédent. Dans ce contexte particulier, il est plus difficile pour les autorités gouvernementales et de santé publique de repérer et de contrer les fausses informations en temps voulu<sup>45,46,47</sup>. Différentes études ont démontré que l'exposition à des contenus négatifs sur la vaccination peut avoir un impact défavorable sur l'acceptation et la réception des vaccins<sup>48,49</sup>.

Deuxièmement, comme l'approvisionnement en vaccins contre la COVID-19 nouvellement autorisés ne répond pas à la demande et que l'approvisionnement échelonné des vaccins privilégie certains pays à revenu élevé, une confusion, une frustration et une iniquité considérables se sont développées autour de la livraison des vaccins. Un sondage réalisé du 12 au 14 février 2021 a révélé que 51 % des Canadiens ne croyaient pas que l'objectif déclaré du gouvernement de vacciner tous les Canadiens d'ici la fin du mois de septembre 2021 sera atteint<sup>50</sup>, alors qu'au même moment, le gouvernement canadien était mis sur la sellette à l'échelle internationale et par les partis d'opposition pour avoir eu recours à la part promise par le Canada aux pays à faible revenu dans le cadre de l'initiative COVAX.

Troisièmement, les différences de charge de morbidité à travers le pays influencent l'urgence perçue et épidémiologique d'être vacciné. Il est bien connu qu'une perception plus élevée du risque d'une maladie est une motivation nécessaire pour les comportements de santé préventifs, y compris la vaccination<sup>51</sup>. Le nombre de cas de COVID-19 diminuant, la complaisance et la diminution de la volonté de se faire vacciner pourraient s'ensuivre. De plus, la pandémie a engendré une stigmatisation et une discrimination à l'égard de certains Canadiens (par exemple, des personnes d'ethnicité asiatique ont fait l'objet d'actes de discrimination en raison de la fausse croyance selon laquelle elles auraient causé la pandémie, tandis que des voyageurs, des adolescents et de jeunes adultes ont été méprisés pour avoir adopté des comportements irresponsables ou dangereux). Comme pour les autres vaccins, la stigmatisation et la discrimination peuvent influencer négativement la volonté de se faire vacciner contre la COVID-19<sup>52,53</sup>.

Quatrièmement, l'évolution des connaissances scientifiques sur les vaccins contre la COVID-19 est de plus en plus complexe. Une surveillance bien exécutée des effets secondaires en Europe

---

Health Organization; 2020.

44 Scheufele DA, Krause NM. Science audiences, misinformation, and fake news. *PNAS* 2019; 116: 7662-7669

45 Burki T. The online anti-vaccine movement in the age of COVID-19. *The Lancet Digital health*. 2020;2(10):e504-e5.

46 The Lancet Infectious D. The COVID-19 infodemic. *Lancet Infect Dis*. 2020;20(8):875.

47 Johnson NF, Velásquez N, Restrepo NJ, Leahy R, Gabriel N, El Oud S, et al. The online competition between pro- and anti-vaccination views. *Nature*. 2020;582(7811):230-3.

48 Betsch C, Renkewitz F, Betsch T, Ulshofer C. The influence of vaccine-critical websites on perceiving vaccination risks. *J. Health Psychol*. 2010;15:446—55

49 Wang Y, McKee M, Torbica A, Stucler D. Systematic Literature Review on the Spread of Health-related Misinformation on Social Media. *Soc Science & Med*. 2019;240(112552):1-12

50 Leger. Leger's North American Tracker - February 16, 2021. 2021 [cited 2021 February 17]; Available from: <https://leger360.com/surveys/legers-north-american-tracker-february-16-2021/>.

51 Brewer NT, Chapman GB, Gibbons FX, Gerrard M, McCaul KD, Weinstein ND. Meta-analysis of the relationship between risk perception and health behavior: the example of vaccination. *Health Psychol*. 2007;26(2):136-45.

52 Quinn, SA, Jamison, A., Freimuth, V. S., An, J., Hancock, G. R., & Musa, D. Exploring racial influences on flu vaccine attitudes and behavior: Results of a national survey of White and African American adults. *Vaccine* 35.8 (2017): 1167-1174.

53 Nyblade, L., Singh, S., Ashburn, K., Brady, L., & Olenja, J. "Once I begin to participate, people will run away from me": Understanding stigma as a barrier to HIV vaccine research participation in Kenya. *Vaccine* 29.48 (2011): 8924-8928.

a permis de détecter 37 cas de thrombose/phénomène embolique parmi les 17 millions de personnes ayant reçu le vaccin Oxford-AstraZeneca en mars et avril 2021. Mais ces occurrences n'étaient pas toutes identiques. Vingt d'entre eux étaient des cas de thrombose du sinus veineux cérébral accompagnée d'un purpura thrombocytopénique. Globalement, ces phénomènes ont suscité suffisamment d'inquiétude pour que plusieurs pays interrompent la vaccination dans l'attente d'une clarification de la cause et de la relation possibles des cas avec le vaccin<sup>54</sup>. Bien que les préjudices potentiels liés au risque de maladie soient beaucoup plus élevés que les préjudices liés à la vaccination, la publicité autour de ces cas a semé le doute quant à l'innocuité du vaccin. Une gestion attentive de la communication des risques est nécessaire lors des déploiements de vaccins afin de ne pas amplifier les hésitations. De précédentes suspensions de campagnes de vaccination, même temporaires, ont eu un impact durable sur l'acceptation des vaccins correspondants (par exemple au Japon<sup>55</sup> pour le vaccin contre le VPH et en France<sup>56</sup> pour le vaccin contre l'hépatite B). En outre, ce que l'on sait de l'efficacité des différents vaccins contre la COVID-19 dans le monde réel par rapport à l'efficacité rapportée dans les essais cliniques, c'est-à-dire l'efficacité réelle par rapport à l'efficacité potentielle, évolue<sup>57</sup> et peut prêter à confusion. Par exemple, Santé Canada, l'organisme national de réglementation des médicaments au Canada, a approuvé le vaccin d'AstraZeneca contre la COVID-19 pour tous les adultes, mais le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) n'a pas recommandé son utilisation chez les adultes de plus de 65 ans en raison du manque de données cliniques pour ce groupe d'âge<sup>58</sup>. L'utilisation du vaccin a été approuvée pour les adultes plus âgés au Royaume-Uni (R.-U.). Par la suite, la publication par le service de santé publique du R.-U. de données sur l'efficacité en situation réelle a montré que ce vaccin est aussi efficace, sinon meilleur, que le vaccin Pfizer en ce qui concerne la prévention des hospitalisations et des décès dus à la COVID-19 chez les adultes plus âgés<sup>59</sup>. En outre, une étude cas-témoins de tests négatifs menée dans un seul centre chez des adultes âgés et fragiles a montré que les deux vaccins sont très efficaces, même avec une seule dose<sup>60</sup>. Trois semaines après avoir émis une recommandation pour l'utilisation de ce vaccin, le CCNI a mis à jour sa recommandation initiale pour inclure dorénavant les adultes plus âgés<sup>61</sup>, puis a abaissé l'âge recommandé le mois suivant<sup>62</sup>. Au fur et à mesure que la science évolue, les recommandations peuvent changer. Ces variations dans les recommandations et les conseils fournis par la santé publique peuvent être déroutantes, déstabilisantes et anxiogènes pour le public comme pour les prestataires de soins de santé.

---

54 <https://www.sciencemediacentre.org/expert-reaction-to-some-european-countries-pausing-the-oxford-astrazeneca-vaccine/>

55 Ueda Y, Yagi A, Abe H, Nakagawa S, Minekawa R, Kuroki H, Miwa A, Kimura T. The last strategy for re-dissemination of HPV vaccination in Japan while still under suspension of the governmental recommendation. *Scientific Reports* 2020;10:16091

56 Balinska MA. Hepatitis B vaccination and French Society ten years after the suspension of the vaccination campaign: how should we raise infant immunization coverage rates? *J Clin Virol*. 2009 Nov;46(3):202-5.

57 Fedson DS. Measuring protection: efficacy versus effectiveness. *Dev Biol Stand*. 1998;95:195-201. PMID: 9855432.

58 Government of Canada. Recommendations on the use of COVID-19 vaccines <https://www.canada.ca/en/public-health/services/immunization/national-advisory-committee-on-immunization-naci/recommendations-use-covid-19-vaccines.html#a7> accessed March 1 2021

59 GOV UK. New data show vaccines reduce severe COVID-19 in older adults . New data show both Pfizer-BioNTech and Oxford-AstraZeneca vaccines significantly reduce severe COVID-19 in older adults. <https://www.gov.uk/government/news/new-data-show-vaccines-reduce-severe-covid-19-in-older-adults> accessed March 2, 2021

60 Hyams C, Marlow R, Maseko Z, King J, Ward L, Fox K, Heath R, Tuner A, Friedrich Z, Morrison L, Ruffino G, Antico R, Adegbite D, Szasz-Benczur Z, Gonzalez MG, Oliver J, Danon L, Finn A. Assessing the effectiveness of BNT162b2 and ChAdOx1nCoV-19 COVID-19 vaccination in prevention of hospitalizations in elderly and frail adults: a single centre test negative case-control study. *The Lancet—online* March 3 2021 [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3796835](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3796835)

61 <https://www.canada.ca/en/public-health/services/immunization/national-advisory-committee-on-immunization-naci/recommendations-use-covid-19-vaccines/summary-updated-statement-16-march-2021.html>

62 <https://www.canada.ca/en/public-health/services/immunization/national-advisory-committee-on-immunization-naci/recommendations-use-covid-19-vaccines/summary-updated-statement-april-23-2021.html>

De plus, l'émergence non inattendue de variants de la COVID-19 présentant une transmissibilité accrue et associés à des efficacités vaccinales différentes<sup>63</sup> a ajouté à la complexité, à la confusion et aux préoccupations des personnes envisageant d'accepter le vaccin proposé.

Cinquièmement, et c'est important, la livraison des vaccins est compliquée par des problèmes logistiques, tels que les exigences de stockage à très basse température pour certains d'entre eux<sup>64</sup>, qui diffèrent de celles des vaccins utilisés pour les vaccinations habituelles. Parmi ceux-ci, citons :

**L'ampleur de la campagne.** Atteindre tous les Canadiens a des implications importantes non seulement pour les stratégies et les outils de communication (par exemple, les interventions adaptées aux groupes d'âge plus âgés peuvent être moins efficaces pour les jeunes adultes), mais aussi sur le plan de l'accès aux services de vaccination. De nouvelles stratégies seront nécessaires pour joindre et vacciner équitablement un grand nombre de Canadiens, car les lieux habituels de distribution des vaccins (par exemple, les cliniques, les pharmacies) peuvent ne pas être optimaux pour les personnes mal desservies qui ne peuvent pas accéder aux sites de vaccination. La durée et l'ampleur de la campagne de vaccination massive contre la COVID-19 nécessaire pour atteindre environ 70 à 80% de la population peuvent augmenter le risque d'erreurs commises dans le cadre du programme de vaccination (c'est-à-dire des erreurs dans la préparation, la manipulation, le stockage ou l'administration des vaccins). Si le programme n'est pas mené avec soin et bien communiqué, les erreurs pourraient miner la confiance du public et diminuer sa volonté de se faire vacciner.

**Possibilité de transmission de l'infection.** Des précautions devront être prises pour prévenir la transmission de la COVID-19 sur les sites de vaccination.

**Différences à travers le Canada.** L'administration des vaccins relève généralement des gouvernements provinciaux, territoriaux et autochtones. Le gouvernement fédéral est responsable de la vaccination de certains groupes, par exemple les détenus des établissements correctionnels fédéraux. Les différences entre les recommandations des différentes administrations et leurs ordres de priorité respectifs, même si elles sont justifiées par des contextes épidémiologiques différents, peuvent créer de la confusion. Les divergences relatives aux orientations des programmes<sup>65</sup>, aux informations normalisées et aux conseils de vaccination pourraient contribuer à la méfiance du public<sup>66</sup>.

**Disponibilité et utilisation des vaccins contre la COVID-19.** Le fait que différents vaccins contre la COVID-19, liés à des populations d'essais cliniques, des données d'innocuité, des profils d'efficacité et des calendriers de doses différents, sont utilisés au Canada sera source de confusion. On peut s'attendre à ce que cela augmente les inquiétudes quant à l'accès et à la disponibilité des vaccins perçus comme étant les « meilleurs ». Les reportages des médias sur les résultats des essais cliniques peuvent générer un engouement pour certains vaccins ainsi que de la confusion. En l'absence de normes pour la communication des résultats des essais cliniques, il faudra faire preuve de prudence lorsqu'on établira des comparaisons entre les

63 USA Advisory Committee on Immunization Practices. Emerging SARS-CoV-2 Variants : Considerations for vaccines. CDR Health Scobie March 1 2021 <https://www.cdc.gov/vaccines/acip/meetings/downloads/slides-2021-02/28-03-01/07-COVID-Scobie.pdf> accessed march 2,2021

64 [https://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/vaccine/vaccine\\_storage\\_handling\\_pfizer\\_moderna.pdf](https://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/vaccine/vaccine_storage_handling_pfizer_moderna.pdf)

65 Shapiro GK, Guichon J, Kelaher M. Canadian school-based HPV vaccine programs and policy considerations. *Vaccine*. 2017 Oct 9;35(42):5700-5707

66 Steenbeek, A., MacDonald, N., Downie, J., Appleton, M., & Baylis, F. (2012). Ill-Informed Consent? A Content Analysis of Physical Risk Disclosure in School-Based HPV Vaccine Programs. *Public Health Nursing*, 29(1), 71-79.

vaccins, car il pourra être difficile de changer les croyances une fois qu'elles seront établies. Le fait d'offrir à un groupe particulier un vaccin qui serait, selon les données, moins ou plus efficace, pourrait exacerber l'hésitation et nuire à l'acceptation du vaccin. Par exemple, les vaccins à dose unique et une collecte limitée d'informations personnelles pourraient être nécessaires pour favoriser l'acceptation par certaines communautés mal desservies pour lesquelles l'accès et le manque de confidentialité constituent des obstacles.

**Manque de données sur la couverture vaccinale.** Dans quelques provinces ou territoires, l'absence de données basées sur la population sur la couverture vaccinale rend impossible la détermination des personnes et des communautés dont la couverture vaccinale est sous-optimale. Cela empêche d'ajuster les programmes et de mettre en place des interventions adaptées pour faire en sorte que tous les Canadiens bénéficient équitablement des services de vaccination, y compris des personnes qui vivent dans des régions rurales éloignées, qui ont des capacités différentes, qui ont un logement précaire ou qui vivent dans des habitations collectives.

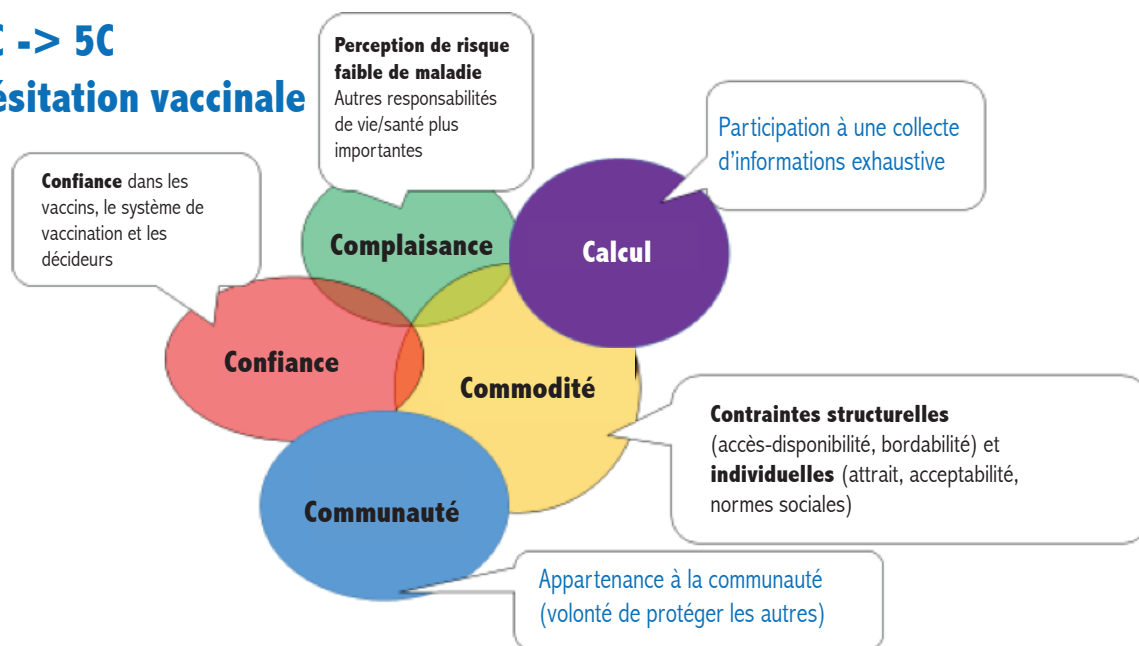
# Chapitre 3. Facteurs influençant l'acceptation de la vaccination contre la COVID-19

## 3.1. Cadre d'acceptation de la vaccination

On sait que de nombreux facteurs influencent l'acceptation et l'utilisation des vaccins, bien que la plupart aient été principalement examinés dans le contexte de la vaccination des enfants. Ces facteurs ont été regroupés sous l'expression « hésitation vaccinale<sup>67</sup> » et reconnus comme importants à prendre en compte si l'on veut que l'acceptation des vaccins atteigne les niveaux nécessaires pour prévenir les épidémies. Pour faciliter la compréhension de ce domaine complexe, le groupe de travail du SAGE sur l'hésitation à l'égard des vaccins a regroupé les facteurs en trois grandes catégories — la confiance, la complaisance et la commodité<sup>68</sup> — auxquelles ont ensuite été ajoutées les catégories de la réponse collective et du calcul<sup>69</sup>.

3C -> 5C

### Hésitation vaccinale



**Figure 3.1** Catégories de déterminants de l'hésitation vaccinale

Ce concept des 5 « C » (confiance, complaisance, commodité, communauté, calcul) ne rend toutefois pas compte des multiples dimensions et de la complexité de l'hésitation à l'égard de la vaccination des enfants<sup>70</sup>. Le cadre 5A de Thomson (encadré 3.1) représente un progrès, mais il ne rend toujours pas compte de la complexité et de l'interaction des facteurs<sup>71</sup>.

67 MacDonald NE. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*. 2015;33(34):4161-4.

68 MacDonald NE. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*. 2015;33(34):4161-4.

69 Betsch C, Schmid P, Heinemeier D, Korn L, Holtmann C, Bohm R. Beyond confidence: Development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination *PLoS ONE* 13(12): e0208601

70 Hasnan S, Tan NC. Multi-domain narrative review of vaccine hesitancy in childhood. *Vaccine* 2021 online March 8

71 Thomson A, Robinson K, Vallée-Tourangeau G. The 5As: A practical taxonomy for the determinants of vaccine uptake. *Vaccine*. 2016;34(8):1018-24.



### Encadré 3.1 Le cadre des 5A (en anglais Access, Affordability, Awareness, Acceptance, Activation)

**Accès** : possibilité pour un vaccin recommandé et la personne à vacciner d'être en un même lieu;

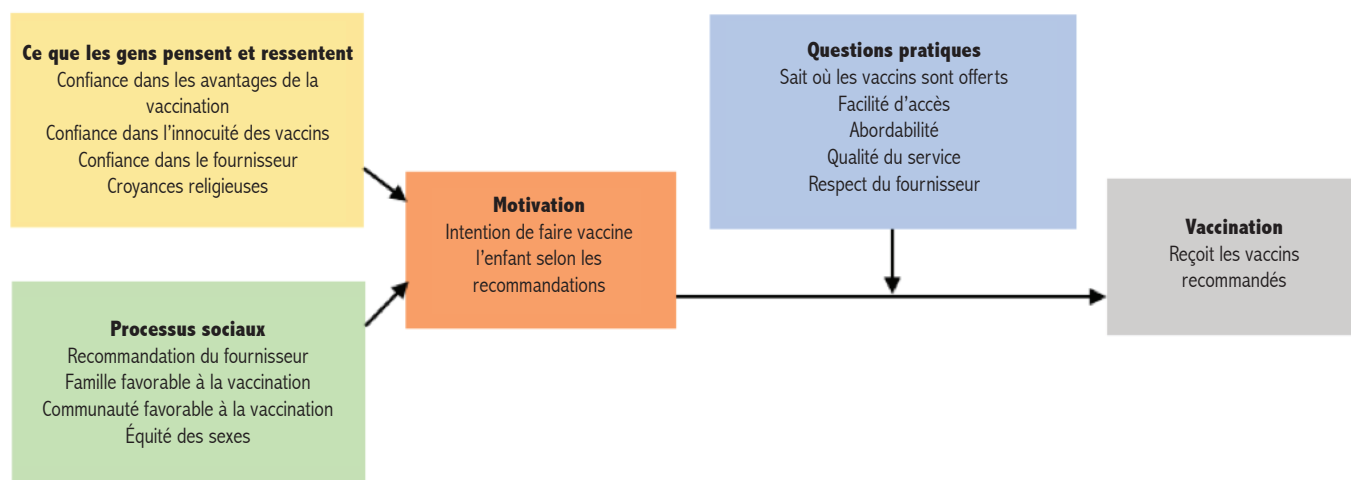
**Abordabilité** : capacité de la personne à s'offrir la vaccination, tant sur le plan financier que celui des coûts non financiers (par exemple, la capacité de se déplacer ou de s'absenter du travail pour se faire vacciner);

**Sensibilisation** : mesure dans laquelle la personne a conscience de la nécessité et de la disponibilité des vaccins recommandés ainsi que de leurs avantages et risques objectifs;

**Acceptation** : mesure dans laquelle la personne accepte, remet en question ou refuse la vaccination;

**Activation** : mesure dans laquelle la personne est incitée à se faire vacciner.

Le groupe de travail d'experts de l'Organisation mondiale de la santé sur les facteurs comportementaux et sociaux de la vaccination a utilisé le modèle de la figure 3.1 pour élaborer un cadre permettant de mesurer les facteurs d'acceptation de la vaccination<sup>72,73</sup> (figure 3.2).



**Figure 3.2** Facteurs comportementaux et sociaux de l'acceptation de la vaccination des enfants

L'hésitation à se faire vacciner est encore plus complexe pendant une épidémie<sup>74,75</sup>, car la vaccination ne doit pas être uniquement axée sur les enfants : elle doit couvrir l'ensemble de la population. L'impact de la COVID-19 nous a fait prendre conscience des coûts liés à notre santé et de l'importance de reprendre la maîtrise de nos vies pour retrouver un niveau adéquat de bien-être. Les vaccins contre la COVID-19 ne pourront contribuer à maîtriser la pandémie que si leur acceptation est élevée. Compte tenu de la complexité des facteurs qui influencent l'acceptation

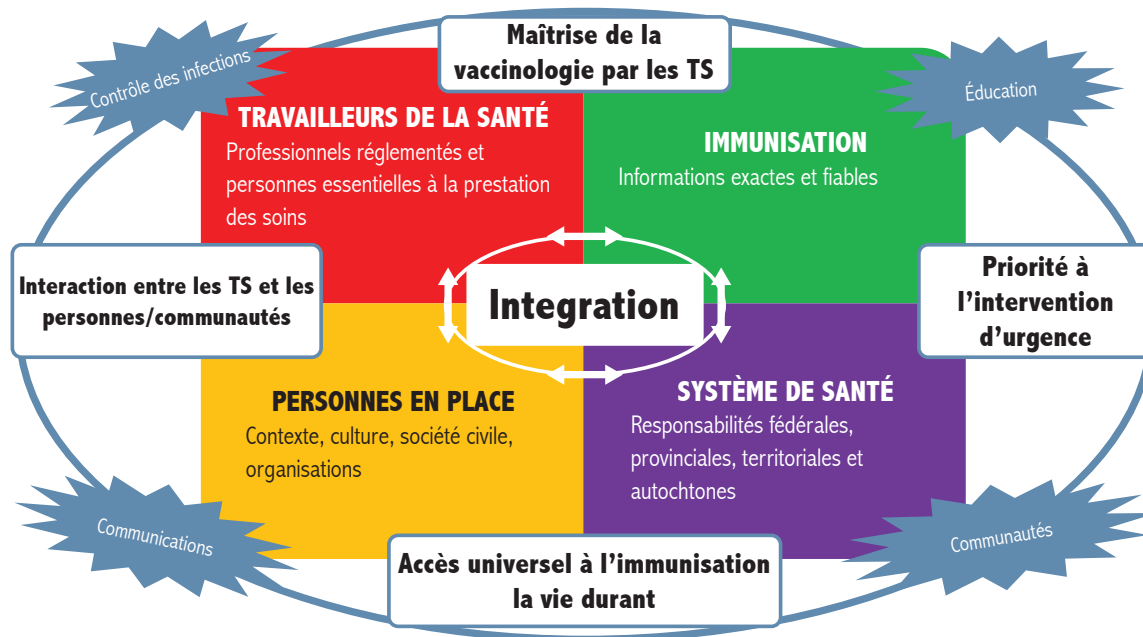
72 [https://terrance.who.int/mediacentre/data/sage/SAGE\\_eYB\\_Mar2021.pdf](https://terrance.who.int/mediacentre/data/sage/SAGE_eYB_Mar2021.pdf)

73 The BeSD expert working group. Based on: Brewer NT, Chapman GB, Rothman AJ, Leask J, and Kempe A (2017). Increasing vaccination: Putting psychological science into action. *Psychological Science for the Public Interest*. 18(3): 149-207

74 Dube E, MacDonald NE. How can a global pandemic affect vaccine hesitancy? *10, 2020, Expert Rev Vaccine* 2020; 19: 899-901.

75 Poland CM, Matthews AKS, Poland GA. Improving COVID-19 vaccine acceptance: Including insights from human. *Vaccine* 2021;39: 1547-1550.

des vaccins, le groupe de travail de la Société royale du Canada sur l'acceptation des vaccins contre la COVID-19 a élaboré un cadre pour les vaccins contre la COVID-19 qui est inspiré du cadre de Hasnan et Tan<sup>76</sup> de 2021, mais qui comporte de nombreux changements et ajouts<sup>77</sup> par rapport à ce dernier. Le cadre proposé par le groupe de travail tient également compte de l'objectif de ne laisser personne de côté du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 de l'Assemblée mondiale de la santé<sup>78</sup>. Il comporte quatre grands domaines de facteurs qui influent sur l'acceptation des vaccins (les personnes et les communautés, les travailleurs de la santé; les informations exactes et fiables sur la vaccination; et le système de santé et les programmes de santé publique) — qui ont chacun des implications aux échelons fédéral, provincial, territorial ou autochtone, qui s'influencent les uns les autres et qui sont influencés par les quatre domaines primordiaux que sont l'éducation, le contrôle des infections, l'étendue des collaborations ainsi que les communications au sujet de la COVID-19 et de l'immunisation à son égard.



**Figure 3.3** Cadre d'acceptation des vaccins de la Société royale du Canada : facteurs influençant l'acceptation des vaccins contre la COVID-19

Il convient de noter qu'aucune des grandes catégories n'est isolée — chacune influence les autres et est influencée par l'éducation, le contrôle de l'infection, l'étendue des collaborations ainsi que la nature des communications sur la COVID-19 et les vaccins, le moment où ces communications sont faites, la façon dont elles sont faites et les personnes qui les font.

Le chapitre 3 décrit chacune des quatre catégories et fournit des exemples de facteurs qui influencent l'acceptation des vaccins pour chaque catégorie et les quatre domaines primordiaux en soulignant les liens qui les unissent aux différentes catégories.

76 Hasnan S, Tan NC. Multi-domain narrative review of vaccine hesitancy in childhood. Vaccine 2021 online March 8

77 Les titres des quatre domaines de Hasnan et Tan ont été élargis, passant de *cliniciens* à travailleurs de la santé (professionnels réglementés et personnes essentielles à la prestation des soins de santé); de *maladie infectieuse et vaccin* à immunisation (informations exactes et fiables); des termes *système et politiques de santé* à système de santé (comprenant les politiques, programmes, pratiques, stratégies politiques fédéraux, provinciaux, territoriaux et autochtones); et de *d'enfant et parent/famille* à personnes en place (contexte, culture, organisations de la société civile). Quatre domaines primordiaux, à savoir la lutte contre les infections, l'éducation, les communautés et les communications, ont été ajoutés et les cases de liaison pour les quatre domaines ont été affinées de manière substantielle.

78 <https://www.who.int/publications/m/item/immunization-agenda-2030-a-global-strategy-to-leave-no-one-behind>

### 3.2. Les gens en place : contexte, culture et société civile

Pour maîtriser la COVID-19, il faut que tous les vaccins soient perçus comme étant sûrs et efficaces, et que leur degré d'acceptation par tous les groupes d'âge soit élevé<sup>79</sup>. La volonté d'accepter un vaccin contre la COVID-19 et les préoccupations liées à l'acceptation des vaccins ne sont pas statiques et varient dans le temps, comme le montre le sondage EKOS (figure 2.21). Les préoccupations à l'égard des vaccins peuvent varier en fonction des différents vaccins et changer au fur et à mesure de l'évolution des connaissances sur leur efficacité particulière<sup>80</sup> et sur les effets secondaires graves et rares qu'ils peuvent causer<sup>81</sup>.

La prise de décision en matière de vaccination, comme nous l'avons vu, est complexe. De nombreux facteurs influencent la décision d'une personne d'accepter ou non un vaccin<sup>82,83,84,85,86</sup>. Les anecdotes et les histoires, par exemple, sont souvent plus influentes que les preuves scientifiques et les données statistiques. Un lien de causalité peut être soupçonné même lorsqu'un événement est une coïncidence, comme ce qui a été affirmé en janvier 2021 lorsque des patients âgés très fragiles sont morts en Norvège après avoir reçu un vaccin contre la COVID-19 — le vaccin avait été perçu comme la cause<sup>87</sup>. L'Organisation mondiale de la santé, après un examen minutieux de ces cas, avait conclu que les décès étaient conformes au nombre et aux causes de décès attendus pour cette population et qu'il était peu probable qu'ils soient dus à la vaccination<sup>88</sup>. Il est important de noter qu'une surveillance attentive des effets secondaires de ces vaccins après leur déploiement dans les établissements de soins de longue durée au Canada et aux États-Unis n'a pas soulevé de problèmes d'innocuité. Cependant, ces décès ont suscité des inquiétudes et ont pu rendre certaines personnes âgées encore plus hésitantes à accepter un vaccin contre la COVID-19<sup>89</sup>. Les réseaux sociaux influencent les attentes et les actions, qui à leur tour influencent les décisions et les choix. Les informations négatives font plus de bruit et laissent une impression durable<sup>90</sup>, ce qui explique pourquoi les questions liées à la sûreté des vaccins sont si souvent soulevées, en particulier pour les nouveaux vaccins. Un manque de confiance sous-jacent dans le système de santé et/ou le gouvernement peut conduire à un déclin de la vaccination. L'avalanche d'informations sur la COVID-19 et sur les vaccins contre la COVID-19 peut être écrasante et déroutante en raison de l'étendue de la désinformation et de la désinformation ainsi que des changements qui sont apportés aux recommandations de la santé publique au fur et à mesure de l'évolution des connaissances scientifiques (voir la section 2.2 et la section 4.4.2 plus loin).

79 <https://rsc-src.ca/en/voices/vaccine-will-only-work-if-enough-people-take-it>

80 Vasileiou E, Simpson CR, Robertson C, et al. Effectiveness of first dose of covid-19 vaccines against hospital admissions in Scotland: national prospective cohort study of 5.4 million people. [Preprint.] 2021. [www.ed.ac.uk/files/atoms/files/scotland\\_firstvaccinatedata\\_preprint.pdf](http://www.ed.ac.uk/files/atoms/files/scotland_firstvaccinatedata_preprint.pdf).

81 <https://www.ema.europa.eu/en/news/meeting-highlights-pharmacovigilance-risk-assessment-committee-prac-6-9-april-2021>

82 Dube E, MacDonald NE Managing the risks of vaccine hesitancy and refusals *Lancet Infectious Diseases* 2016;16(5):518-519.

83 Browne M Epistemic divides and ontological confusions: the psychology of vaccine skepticism. *Human Vac & Imm* 2018; 14 (10):2540-2542

84 Kennedy J. Populist politics and vaccine hesitancy in Western Europe: an analysis of national-level data. *Eur J Public Health* 2019;29(3):512-516.

85 Kata A. Anti-vaccine activists, Web 2.0, and the postmodern paradigm--an overview of tactics and tropes used online by the anti-vaccination movement. *Vaccine*. 2012;30:3778—89

86 Strategic Advisory Group of Experts on Immunization. Global Vaccine Action Plan Assessment Report 2018: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276967/WHO-IVB-18.11-eng.pdf?ua=1>

87 Torjesen I. Covid-19: Norway investigates 23 deaths in frail elderly patients after vaccination. *BMJ* 2021;372:n149

88 <https://www.who.int/news/item/22-01-2021-gacvs-review-deaths-pfizer-biontech-covid-19-vaccine-bnt162b2>

89 <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/covid-19-vaccine-ontario-booking-appointments-1.5958792>

90 Pluviano S, Watt C, Della Sala S. Misinformation lingers in memory: Failure of three pro-vaccination strategies. *PLoS One*. 2017;12(7):e0181640.

Les facteurs qui déterminent la disposition à accepter un vaccin sont considérablement influencés par le contexte, la culture, les recommandations et les actions de la société civile et des organisations communautaires. Les raisons pour lesquelles certains groupes sont touchés de manière disproportionnée par la COVID-19 au Canada varient, mais ont un lien avec les déterminants sociaux de la santé, les facteurs communautaires locaux, ainsi que d'autres facteurs non encore identifiés. Voici des exemples, mais non une liste exhaustive, des groupes disproportionnellement touchés.

### **3.2.1 Les communautés autochtones au Canada**

La question de la confiance des Autochtones du Canada à l'égard des vaccins est également complexe. Leur méfiance est liée à la violence du colonialisme<sup>91</sup> : historiquement, les peuples autochtones ont failli être anéantis par des maladies évitables par la vaccination, comme la variole, la diphtérie, la polio et la tuberculose, car de nombreux Autochtones n'ont eu accès que tardivement aux vaccins. Les gouvernements de la population colonisatrice ont dépouillé les peuples autochtones de leurs terres et de leur droit à l'autodétermination, confinant nombre d'entre eux dans des réserves isolées. Des générations d'Autochtones n'ont eu droit qu'à des services séparés et de qualité inférieure, fournis par un gouvernement fédéral qui avait pourtant une responsabilité fiduciaire constitutionnelle de pourvoir à leur logement, à leur éducation et à leurs soins de santé. Les expériences médicales et les abus étaient monnaie courante pour les enfants dans les pensionnats ainsi que les enfants et les adultes dans les hôpitaux indiens et autres<sup>92,93,94</sup>.

Le souvenir de ces atrocités a été transmis de génération en génération et l'héritage de la violence coloniale peut encore être observé aujourd'hui dans les inégalités sanitaires et sociales qui perdurent<sup>95</sup>. Les problèmes sociaux ignorés depuis longtemps et ceux qui découlent de la négligence du gouvernement au regard de ses obligations liées ou non aux traités demeurent une urgence pour les Autochtones et leurs communautés.

Les inégalités historiques et actuelles mentionnées ci-dessus ne peuvent être dissociées de l'expérience vécue par les Autochtones relativement aux infections à la COVID-19, dont les taux étaient initialement disproportionnellement plus élevés que ceux des non-Autochtones, et des questions touchant la vaccination contre la COVID-19. Les dirigeants et les aînés des communautés ont travaillé avec acharnement pour mettre en œuvre des stratégies de santé publique, comprenant des mesures de vaccination, pour maîtriser la COVID-19. Ils ont tenu compte des préoccupations et se sont attaqués à la méfiance afin de renforcer l'intention de recevoir un vaccin dans les réserves et hors des réserves. Ces efforts ont conduit à des taux d'acceptation élevés et à un meilleur contrôle de la COVID-19 dans de nombreuses communautés<sup>96</sup>.

---

91 Mosby I, Swidrovich J. Medical experimentation and the roots of COVID-19 vaccine hesitancy among Indigenous Peoples in Canada *CMAJ* 2021 doi: 10.1503/cmaj.210112; early-released February 24, 2021

92 Collier R. Reports of coerced sterilization of Indigenous women in Canada mirrors shameful past. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal* 2017; 189(33), E1080—E1081.

93 MacDonald, N. E., Stanwick, R., Lynk, A. Canada's shameful history of nutrition research on residential school children: The need for strong medical ethics in Aboriginal health research. *Paediatrics & child health*, 2014;19(2), 64.

94 Mosby I., Swidrovich J. Medical experimentation and the roots of COVID-19 vaccine hesitancy among Indigenous Peoples in Canada. *CMAJ*, 2021;193: E381-3.

95 Greenwood M, MacDonald NE Vaccine mistrust: a legacy of colonialism. <https://rsc-src.ca/en/voices/vaccine-mistrust-legacy-colonialism>

96 <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1589895506010/1589895527965>

### **3.2.2 Communautés racialisées et autres communautés en quête d'équité au Canada**

Au Royaume-Uni, aux États-Unis et au Canada, des groupes racialisés, notamment les communautés noires, ont été touchés de manière disproportionnée par la COVID-19. Les quartiers au Canada comptant les plus grandes proportions de membres des minorités visibles ont signalé un taux plus élevé de mortalité liée à la COVID-19<sup>97</sup>. En décembre 2020, dans la région du Grand Toronto (RGT) en Ontario, les personnes noires représentaient 9 % de la population, mais plus de 21 % des cas signalés de COVID-19 au cours de l'été 2020. Au même moment, la population blanche représentait 48 % de la population de la RGT et 17 % des cas de COVID-19<sup>98</sup>. D'autres groupes racialisés sont également touchés de manière disproportionnée. Dans la région de Peel en Ontario, les Sud-Asiatiques représentent 32 % de la population et 59 % des cas de COVID-19, alors que les Blancs représentent 37 % de la population et uniquement 13 % des cas<sup>99</sup>. Les principaux facteurs contribuant à ces taux disproportionnés de personnes touchées par la COVID-19 sont liés aux déterminants sociaux de la santé.

### **3.2.3 Les jeunes en situation d'itinérance au Canada**

Les personnes en situation d'itinérance sont généralement plus touchées par les maladies physiques, les problèmes de santé mentale et les problèmes de dépendance et de toxicomanie. Beaucoup d'entre elles sont plus exposées à la COVID-19 parce qu'elles vivent dans des milieux collectifs et qu'elles ont une capacité souvent limitée d'utiliser des stratégies non pharmacologiques de prévention de la COVID-19 (p. ex. le port du masque, la distanciation sociale et le lavage fréquent des mains)<sup>100,101</sup>.

Les jeunes en situation d'itinérance sont particulièrement vulnérables<sup>102</sup>. Environ 20 % des Canadiens sans abri (près de 40 000) sont des jeunes âgés de 13 à 24 ans. La plupart de ces jeunes sont victimes de pauvreté, de négligence, de maltraitance et/ou de violence. Leurs circonstances sont souvent dues à des défaillances du système : plus de 50 % des jeunes ont passé plusieurs années dans le système de protection de l'enfance. En outre, 12 % des jeunes sans abri ont un handicap physique, 18 % souffrent de toxicomanie et 39 % ont des problèmes de santé mentale. L'itinérance est disproportionnellement plus élevée chez les jeunes LGBTQ2S, autochtones et noirs.

Les jeunes sans abri présentent également une incidence élevée de maladies infectieuses, dont certaines pourraient être prévenues par un vaccin. Cependant, le départ précoce de l'école, l'accès limité aux services de santé publique, la rareté des refuges destinés aux jeunes et la grande mobilité font de ces jeunes un groupe vulnérable et extrêmement difficile à atteindre par rapport aux autres Canadiens, y compris les populations itinérantes plus âgées. De plus, la vaccination peut être perçue comme une mesure non prioritaire par ces jeunes, qui ont tendance à vivre au jour le jour, à être à la recherche constante de nourriture, de vêtements, de sécurité, d'un abri et

97 <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00079-eng.htm>

98 <https://www.toronto.ca/home/covid-19/covid-19-latest-city-of-toronto-news/covid-19-status-of-cases-in-toronto/>

99 <https://www.peelregion.ca/coronavirus/case-status/>

100 Turnbull, J., Baral, S., Bond, A., Boozary, A., Bruketa, E., Elmi, N., Freiheit, D., Ghosh, M., Goyer, M.E., Orkin, A., Patel, J., Richter, T., Robertson, A., Sutherland, C., Svoboda, T., Wong, A., Zhu, A. Seeking Shelter: Homelessness and COVID-19. Royal Society of Canada. 2021

101 Baggett TP, Gaeta JM COVID-19 and homelessness: when crises intersect. *Lancet Public Health* 2021;6:e193-194. [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(21\)00022-0/fulltext?dgcid=raven\\_jbs\\_etoc\\_email](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(21)00022-0/fulltext?dgcid=raven_jbs_etoc_email)

102 Karabanow, J., Hopkins, S., Kisely, S., Parker, J., Hughes, J., Gahagan, J., and Campbell, LA. (2007). Can You Be healthy on the Street?: Exploring the Health Experiences of Halifax Street Youth. *The Canadian Journal of Urban Research*, 16(1), 12-32 .

de revenus. En outre, les jeunes sans abri peuvent avoir d'autres préoccupations qui font obstacle à l'acceptation du vaccin, comme l'accès limité aux services de santé (souvent en raison d'une méfiance à l'égard des systèmes de santé officiels), de la discrimination perçue et réelle de la part des travailleurs de la santé, le manque de pièces d'identification, des craintes relatives à la confidentialité de leurs renseignements et la peur d'être dénoncés aux autorités policières.

### **3.2.4 Personnes aux capacités différentes**

L'accès à la vaccination peut se heurter à des difficultés majeures chez les personnes vivant avec un handicap et/ou celles qui dépendent de soins à domicile pour vivre de manière indépendante dans la collectivité. Parmi les facteurs susceptibles d'affecter la capacité de se présenter à la vaccination, on peut citer : 1) la situation géographique [Quelle distance la personne doit-elle parcourir pour se rendre au lieu de vaccination?]; 2) le transport [Qui est responsable de l'organisation du transport vers le lieu de vaccination?]; 3) l'accessibilité [Y a-t-il un accès prioritaire pour faciliter le processus de vaccination? Le site est-il accessible en fauteuil roulant? Le site est-il en mesure d'obtenir le consentement à la vaccination des personnes malentendantes ou malvoyantes et de leur administrer le vaccin?]; 4) le soutien aux soignants [Que se passerait-il si la personne refusait de se manifester parce que ses soins et son soutien (son transport) sont assurés par un travailleur à domicile non vacciné et qu'elle est profondément préoccupée par les risques posés par la COVID 19 dans le cadre des soins à domicile offerts?].

### **3.2.5 Autres exemples de groupes en quête d'équité**

Parmi les autres groupes qui soulèvent des préoccupations, mais qui n'ont pas été cités ci-dessus figurent les segments de la population qui ne sont pas assez nombreux dans une région, une province ou un territoire pour être reconnus comme un groupe en quête d'équité, par exemple les travailleurs migrants et les migrants sans papiers. Ces groupes nécessitent une attention particulière et le développement de stratégies adaptées à leurs préoccupations et à leurs besoins.

### **3.2.6 Religion : influence sur la confiance à l'égard des vaccins et sur leur acceptation**

Les communautés religieuses font partie des forces culturelles qui socialisent leurs membres à l'intérieur de cadres éthiques qui les aident à prendre des décisions aussi bien banales que lourdes de conséquences. Les communautés religieuses sont elles-mêmes si profondément diverses qu'il est difficile de les regrouper. Néanmoins, aucune des grandes traditions religieuses qui sont familières à la plupart d'entre nous ne rejette les vaccins. En fait, les institutions et les chefs religieux de toutes les communautés considèrent en grande majorité que les vaccins sont compatibles avec des valeurs intérieures telles que l'attention portée aux autres, la préservation de la vie et la responsabilité envers la communauté<sup>103</sup>. Néanmoins, des préoccupations religieuses concernant la vaccination ont été soulevées depuis la fin des années 1700, lorsque la vaccination a été déployée pour la première fois par la médecine occidentale. Des travaux universitaires<sup>104</sup> récents et des enquêtes menées par l'Organisation mondiale de la santé et l'UNICEF<sup>105</sup> ont montré que les préoccupations religieuses étaient souvent inextricablement liées au retard

103 Grabenstein JD. What the World's religions teach, applied to vaccines and immune globulins. *Vaccine* 2013;31:2011-2023

104 Public Health in the Age of Anxiety: Religious and Cultural Roots of Vaccine Hesitancy in Canada Edited by Paul Bramadat, Maryse Guay, Julie A. Bettinger, and Réal Roy. University of Toronto Press. 2017

105 Lane S, MacDonald NS, Marti M, Dumolard L. Vaccine hesitancy around the globe: Analysis of three years of WHO/UNICEF Joint Reporting Form data-2015-2017. *Vaccine* 2018; 36(26):3861-3867



dans l'acceptation des vaccins pour nourrissons et enfants que l'on constate dans le monde entier. Le lien entre la religion et l'acceptation des vaccins plus tard dans la vie est inconnu, mais probablement du même ordre que celui qui est observé pour les enfants. Au Canada, les préoccupations religieuses officielles n'ont pas été particulièrement mises en évidence dans les données d'enquête sur l'acceptation des vaccins, mais plusieurs épidémies de maladies évitables par la vaccination ont eu lieu dans certaines communautés religieuses qui évitent certains aspects des soins de santé conventionnels, y compris la vaccination. Par exemple, une étude<sup>106</sup> récente sur l'acceptation des vaccins par les enfants d'âge scolaire en Ontario a révélé que les points chauds de sous-vaccination étaient souvent regroupés et, dans certains cas, étroitement associés à des communautés religieuses particulières. En ce qui concerne les vaccins contre la COVID-19, la Conférence des évêques catholiques du Canada a déclaré au début du mois de mars 2021 que « les paroissiens devraient essayer d'éviter de recevoir des vaccins à vecteur viral comme ceux produits par AstraZeneca-Oxford, car ils ont été mis au point à partir de lignées cellulaires qui pourraient avoir été dérivées d'un avortement il y a près de 50 ans [traduction libre] »<sup>107</sup>. L'impact de ce conseil sur l'acceptation de ces vaccins est encore inconnu. Il est à noter que cet avis a été « clarifié » une semaine plus tard par une déclaration selon laquelle « tous les vaccins contre la COVID-19 qui ont été approuvés par les autorités sanitaires compétentes peuvent être licitement reçus par les catholiques<sup>108</sup> ». Il est important de souligner qu'aucun des vaccins à vecteur viral contre la COVID-19 ne contient de tissu fœtal. Il est toutefois à craindre que le Canada ne soit confronté, de la part des chrétiens évangéliques, à une résistance à la vaccination contre la COVID-19 semblable à celle qui a été observée aux États-Unis<sup>109</sup>. Parmi eux, nombreux sont ceux qui sont anti-science, anti-gouvernement et qui croient aux théories conspirationnistes sur la COVID-19<sup>110</sup>. L'avenir nous le dira, mais le fait que certaines grandes congrégations religieuses bafouent les directives de la santé publique sur la COVID-19 lors de leurs rassemblements publics n'est pas encourageant<sup>111</sup>. Il se peut cependant que cette attitude soit davantage ancrée dans un fond de désobéissance civile que dans des préoccupations religieuses précises.

Chacun des exemples cités ci-dessus se rapportant à des communautés religieuses souligne la complexité et la diversité des facteurs qui influencent l'acceptation potentielle des vaccins contre la COVID-19 à l'échelle de la personne : l'importance de la personne qui propose/recommande le vaccin, la valeur accordée à ces vaccins au sein de la communauté, la connaissance des risques et des avantages du vaccin contre la COVID-19, la perception des risques posés par la COVID-19 dans le contexte de la communauté, la facilité d'accès au vaccin et la recommandation ou l'absence de recommandation par une organisation de la société civile appréciée. Ils soulignent également l'importance d'adapter les stratégies de vaccination contre la COVID-19 à ces communautés. Un plan unique ne convient pas à tous. Par exemple, pour les sans-abri, une approche ciblée, flexible, contextuelle et culturellement adaptée est nécessaire — et non une campagne intensive

---

106 Wilson SE, Bunko A, Johnson S, Murray J, Wang Y, Deeks SL, Crowcroft NS, Friedman L, Loh LC, MacLeod M, Taylor C, Li Y. The geographic distribution of un-immunized children in Ontario, Canada: Hotspot detection using Bayesian spatial analysis *Vaccine*. 2021;39(8):1349-1357.

107 <https://www.cbc.ca/news/politics/catholic-bishops-astra-zeneca-vaccine-1.5945928>upd

108 <https://www.cbc.ca/news/politics/catholic-bishops-astra-zeneca-vaccine-1.5945928>

109 <https://theconversation.com/christian-nationalism-is-a-barrier-to-mass-vaccination-against-covid-19-158023>

110 McLaren P. Religious Nationalism and the Coronavirus Pandemic: Soul-Sucking Evangelicals and Branch Covidians Make America Sick Again [published online ahead of print, 2020 May 19]. *Postdigital Science and Education*. 2020;1-22. doi:10.1007/s42438-020-00122-7

111 <https://globalnews.ca/news/7738119/b-c-churches-flout-covid-19-health-restrictions-proceed-with-indoor-easter-services/>

de vaccination de masse en clinique<sup>112</sup>. Les résultats d'une récente revue des données sur la vaccination des sans-abri ont mis en évidence des stratégies utiles dans ce domaine<sup>113</sup>.

### 3.3 Travailleurs de la santé: professions réglementées et personnes essentielles à la prestation de soins de santé

#### 3.3.1 Influence des travailleurs de la santé sur l'acceptation de la vaccination

L'un des principaux facteurs influençant l'acceptation de la vaccination est la conviction avec laquelle le travailleur<sup>114</sup> ou la travailleuse de la santé fait ses recommandations et la manière dont la personne les fait, par exemple si elle utilise une approche présomptive plutôt que participative pour s'adresser à la personne<sup>115</sup> : « *C'est à votre tour aujourd'hui de recevoir un vaccin contre la COVID-19...* » et non « *Que voulez-vous faire à propos du vaccin contre la COVID19?* ». Les travailleurs de la santé sont depuis longtemps considérés comme la source d'information la plus fiable sur les vaccins et les enquêtes sur les vaccins contre la COVID indiquent que les gens jugent qu'ils sont dignes de confiance<sup>116,117</sup>. Quelques réserves s'imposent, toutefois.

Le fait que les travailleurs de la santé se fassent ou non eux-mêmes vacciner dans le cadre des programmes de vaccination systématique a également une incidence sur leurs recommandations en matière de vaccination<sup>118</sup>, ce qui est probablement aussi vrai dans le cas des vaccins contre la COVID-19. Il est donc essentiel d'assurer des taux élevés de vaccination parmi les travailleurs de la santé (voir plus bas)<sup>119,120</sup>. Les travailleurs de la santé ne sont pas tous identiques; l'acceptation des vaccins varie chez les travailleurs de la santé<sup>121,122,123</sup>. Les médecins et les gestionnaires de soins de santé sont plus susceptibles d'accepter la vaccination, par exemple, que les infirmières.

Dans une enquête canadienne non publiée réalisée en 2020, les facteurs qui se sont révélés importants pour influencer l'intention des travailleurs de la santé de se faire vacciner contre la COVID-19 étaient l'innocuité du vaccin, l'efficacité du vaccin, la confiance dans le processus réglementaire, la recommandation du CCNI, les facteurs de risque personnels, la recommandation

---

112 Gosh M, Trunbull J, MacDonald N, Bond A, Orkin A. time to innovate for vulnerable people and vulnerable points in society: COVID immunization for people experiencing homelessness. <https://rsc-src.ca/en/voices/time-to-innovate-for-vulnerable-people-and-vulnerable-points-in-society-covid-immunization>

113 Ghosh M, Trunbull J, MacDonald N, Bond A, Orkin A. Key strategies to vaccinate homeless populations. Royal Society of Canada Informed perspectives <https://rsc-src.ca/en/voices/key-strategies-to-vaccinating-homeless-populations>

114 Giambi C et al Parental vaccine hesitancy in Italy—Results from a national survey. *Vaccine* 2018;36:779-787

115 Opel et al., The Architecture of Provider-Parent Vaccine Discussions at Health Supervision Visits *Pediatrics* 2013; 132: 1037-46

116 Costa-Pinto, JC et al. Parental Immunisation Needs and Attitudes Survey in paediatric hospital clinics and community maternal and child health centres in Melbourne, Australia. *Journal of Paediatrics and Child Health* 2018; 54:522-529

117 <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7006e3.htm>

118 Karlsson LC, Lewandowsky S, Antfolk J, et al. The association between vaccination confidence, vaccination behavior, and willingness to recommend vaccines among Finnish healthcare workers. *PLoS One*. 2019;14(10):e0224330

119 Zhang J., While AE, Norman IJ. Knowledge and attitudes regarding influenza vaccination among nurses: a research review *Vaccine* 2010, 28:7207-14

120 Collange F. et al. Knowledge, attitudes, beliefs and behaviors of general practitioners/family physicians toward their own vaccination: A systematic review. *Hum Vaccin Immunother*. 2016 May; 12(5): 1282—1292.

121 Crawshaw J, Castillo, G, Grimshaw, JM, Pesseau, J. Factors affecting healthcare worker COVID-19 vaccination acceptance and uptake: a living behavioural science evidence synthesis (v1.0, March 31st, 2021). Ottawa: Ottawa Hospital Research Institute, <https://drive.google.com/file/d/10W5XDumdcwta5YMLWrXmB5UI3mHhKISa/view>

122 Desveaux, L., Savage, R.D., Kithulegoda, N., Thai, K., Stall, N.M., Ivers, N.M. (2021). Beliefs associated with Intentions of Non-Physician Healthcare Workers to Receive the COVID-19 Vaccine in Ontario, Canada. Pre-print article. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.02.19.21251936v1>

123 Dzieciolowska S, Hamel D, Gadio S et al Covid-19 Vaccine Acceptance, Hesitancy and Refusal among Canadian Healthcare Workers: a Multicenter Survey *American Journal Infection Control* in revision Apr 2021

de leur autorité locale de santé publique et la recommandation de leur association professionnelle. Les travailleurs à domicile qui ne sont pas vaccinés peuvent également influencer sur la décision de leurs clients d'accepter le vaccin et augmenter leur risque de contracter la COVID-19, car les propos d'un travailleur de la santé peuvent influencer sur l'acceptation du vaccin par le patient.

Les travailleurs de la santé doivent non seulement avoir des connaissances régulièrement mises à jour sur la COVID-19 et les vaccins afin d'être en mesure de répondre aux questions soulevées par les patients, mais ils doivent également comprendre les meilleures pratiques de vaccination pour optimiser l'acceptation. Les membres des communautés et des groupes qui n'ont pas été respectés et/ou qui ont été stigmatisés par des travailleurs de la santé lorsqu'ils se sont présentés pour recevoir des soins ont peu de chances de leur faire facilement confiance. Les ambassadeurs de la vaccination au sein de la communauté, les membres de la communauté qui encouragent la vaccination, peuvent aider. Les travailleurs de la santé peuvent contribuer à apaiser les craintes et à renforcer la confiance dans les vaccins en respectant les expériences vécues et les antécédents et en adaptant l'interaction à la personne et au groupe en particulier. Une formation sur les meilleures pratiques pour aborder un patient réticent à la vaccination, comme l'entretien incitatif<sup>124</sup>, serait utile. Pour répondre à certaines préoccupations concernant la sûreté des vaccins, les travailleurs de la santé doivent pouvoir accéder facilement aux réponses scientifiques les plus récentes aux questions pertinentes. Cela n'est pas facile actuellement. Il faut consacrer beaucoup de temps aux recherches en ligne, à la consultation de sources fiables et dignes de confiance sur Internet, ainsi que porter attention aux médias officiels et sociaux pour connaître les principales questions de l'heure et déterminer quelles réponses fondées sur la science et les données probantes devraient être données à ces questions. Pour les travailleurs de la santé de première ligne, qui sont très occupés, cela peut constituer un obstacle majeur à la volonté de conseiller des patients réticents à la vaccination et de travailler avec eux.

### **3.3.2 Les travailleurs de la santé et l'infodémie relative à la COVID-19**

La mésinformation et la désinformation associées à l'infodémie<sup>125</sup> accompagnant la COVID-19 et les vaccins nuisent à l'acceptation des vaccins (voir la section 4.4.2). Les travailleurs de la santé peuvent eux-mêmes être influencés<sup>126</sup>. Lorsque les patients soulèvent des préoccupations découlant de cette désinformation, les professionnels de la santé doivent pouvoir déboulonner les mythes<sup>127</sup>, fournir des informations scientifiques précises et à jour<sup>128</sup> et, si possible, s'attaquer à la désinformation sur les médias sociaux et la signaler aux prestataires. L'OMS fournit des conseils à ce sujet<sup>129</sup>. Les mots utilisés pour parler de la mésinformation et de la désinformation ainsi que de ceux qui la propagent doivent être choisis avec soin (voir la section 4.4.1). Comme nous l'avons vu plus haut, si les prestataires de soins de santé ont facilement accès à des réponses fondées sur des données probantes aux questions soulevées par les patients, à des notifications sur les sujets « brûlants » associés aux cercles de désinformation et de mésinformation, ainsi qu'aux données

124 Gagneur A. Motivational interviewing: A powerful tool to address vaccine hesitancy . *Can Commun Dis Rep* 2020 Apr 2;46(4):93-97

125 [https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab_1)

126 Tomboloni C, Tersigni C, de Martino M, et al. Knowledge, attitude and disinformation regarding vaccination and immunization practices among healthcare workers of a third-level paediatric hospital. *Ital J Pediatr*. 2019;45(1):104. Published 2019 Aug 19. doi:10.1186/s13052-019-0684-0

127 The Debunking handbook 2020. [https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab_1)

128 MacDonald NE. Fake news and science denial attacks on vaccines. What can you do? *Can Commun Dis Rep* 2020;46(11/12):432—5.

129 [https://www.who.int/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/how-to-report-misinformation-online?gclid=EAlaIqObChMI4IevluCq7wVxt71Ch0KmwO2EAAYASAAEgLV\\_PD\\_BwE](https://www.who.int/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/how-to-report-misinformation-online?gclid=EAlaIqObChMI4IevluCq7wVxt71Ch0KmwO2EAAYASAAEgLV_PD_BwE)

scientifiques qui permettent d’y répondre, cela pourrait les aider à conseiller plus efficacement les patients sur les vaccins contre la COVID-19.

### **3.3.3 Atténuation de la douleur, peur des aiguilles et acceptation des vaccins**

Les préoccupations fréquentes concernant tous les vaccins, y compris les vaccins contre la COVID-19, ne portent pas seulement sur leur innocuité, mais aussi sur la nature de leur administration. Par exemple, l’inconfort associé à leur administration — c’est-à-dire la piqûre de l’aiguille — est un problème pour de nombreuses personnes. Au Canada, environ un adulte sur quatre déclare avoir peur dans une certaine mesure des aiguilles et environ un adulte sur dix déclare que la douleur et la peur liées à la piqûre influencent sa décision de se faire vacciner. Les travailleurs de la santé chargés d’administrer les vaccins doivent aussi savoir comment traiter la peur des aiguilles<sup>130</sup> et atténuer la douleur<sup>131</sup> au moment de la vaccination afin de rendre l’expérience aussi positive que possible<sup>132</sup>, en particulier pour les vaccins contre la COVID-19, dont certains nécessitent la prise de deux doses.

### **3.3.4 Effets secondaires suivant l’immunisation (ESSI)**

Les vaccins sont soumis à des normes de sûreté très élevées en raison de leur rôle important dans la lutte contre les maladies infectieuses graves. Le Canada dispose d’un solide système de vérification de l’innocuité des vaccins, qui exige des tests rigoureux dans le cadre d’essais précliniques et cliniques, suivis d’un examen minutieux des données des essais cliniques avant l’homologation, afin de déterminer si le vaccin doit être approuvé et, le cas échéant, pour qui, comment et quand il doit l’être<sup>133</sup>. Ces essais préalables à l’homologation doivent être suffisamment vastes pour que puissent être déterminés l’efficacité et les effets secondaires. Si le vaccin n’est pas efficace, ou si des effets secondaires graves lui sont attribuables, le vaccin n’est pas approuvé. Le système canadien de surveillance de l’innocuité après l’approbation est largement structuré et mis en œuvre à l’échelon provincial. Pour les enfants, un réseau national basé dans les hôpitaux pédiatriques assure une surveillance active des échecs vaccinaux, des ESSI graves et de certaines maladies infectieuses qui sont, ou seront, évitables par la vaccination (IMPACT)<sup>134</sup>. La collecte des données est normalisée, les infirmières qui l’assurent sont bien formées et l’évaluation des données est rigoureuse. En revanche, la détection d’un ESSI grave chez les adultes, nécessaire pour les vaccins contre la COVID-19, est principalement assurée par un système passif, ce qui signifie que les travailleurs de la santé sont censés reconnaître un ESSI grave et le signaler<sup>135</sup>. On ne sait pas exactement combien de travailleurs de la santé connaissent cette responsabilité et son importance. Des efforts supplémentaires seraient nécessaires pour éduquer les travailleurs de la santé, mais aussi pour améliorer les programmes<sup>136</sup> sur les plans de la déclaration des ESSI, des enquêtes à leur sujet et de l’évaluation de leurs causes.

130 <https://rsc-src.ca/en/voices/high-needle-fear-and-covid-19-vaccines>

131 Taddio et al Reducing pain during vaccine injections: clinical practice guideline CMAJ. 2015 Sep 22;187(13):975-982

132 <https://rsc-src.ca/en/voices/what-cards-will-you-play-to-improve-your-covid-19-vaccination-experience>

133 MacDonald NE, Law BJ. Canada’s eight-component vaccine safety system: A primer for health care workers Paediatr Child Health. 2017 Jul;22(4):236

134 Bettinger JA, Halperin SA, Vaudry W, Law BJ, Scheifele DW; Canadian IMPACT members. The Canadian Immunization Monitoring Program, ACTive (IMPACT): Active surveillance for vaccine adverse events and vaccine-preventable diseases. *Can Commun Dis Rep.* 2014;40(Suppl 3):41-44. Published 2014 Dec 4. doi:10.14745/ccdr.v40is3a06

135 Bettinger JA, Halperin SA, Vaudry W, Law BJ, Scheifele DW; Canadian IMPACT members. The Canadian Immunization Monitoring Program, ACTive (IMPACT): Active surveillance for vaccine adverse events and vaccine-preventable diseases. *Can Commun Dis Rep.* 2014;40(Suppl 3):41-44. Published 2014 Dec 4. doi:10.14745/ccdr.v40is3a06

136 Harmon SHE, MacDonald NE. COVID-19 Vaccines and Serious Adverse Events Following Immunization: Action Needed! <https://rsc-src.ca/en/voices/covid-19-vaccines-and-serious-adverse-events-following-immunization-action-needed>

### 3.3.4.1 ESSI fréquents et réactions au stress de la vaccination

Les quatre vaccins contre la COVID-19 dont l'utilisation est approuvée au Canada — deux vaccins à ARNm, de Pfizer-BioNTech (BNT162b2) et de Moderna (mRNA-1273), et deux vaccins à vecteurs adénoviraux, d'Oxford AstraZeneca (ChAdOx1-S) et de Janssen (Ad26.COV2.S)<sup>137</sup> — peuvent provoquer des effets secondaires mineurs tels qu'une douleur au point d'injection, une rougeur et une enflure locale, ainsi que des symptômes plus généralisés, tels que des frissons, de la fatigue, des douleurs articulaires, des maux de tête, une fièvre légère et des douleurs musculaires<sup>138</sup>. Ces derniers symptômes ne sont pas dus à la COVID-19, car aucun de ces vaccins ne peut transmettre ce virus, mais correspondent plutôt à la réponse immunitaire normale déclenchée par l'organisme aux vaccins. Il n'est pas surprenant, étant donné l'origine de ces réactions, qu'elles soient plus fréquentes lors de l'administration de la deuxième dose que de la première et qu'elles soient plus fréquentes chez les femmes, dont la réponse immunitaire est plus vive<sup>139</sup>. Les médicaments en vente libre comme l'ibuprofène, l'acétaminophène ou les antihistaminiques sont utiles pour traiter la douleur et l'inconfort qui peuvent survenir après la vaccination, mais il n'est pas recommandé de les administrer avant<sup>140</sup>. Au cours du premier mois de surveillance de l'innocuité des vaccins contre la COVID-19 aux États-Unis, 78,7 % des signalements inscrits dans le système de déclaration passif concernaient des femmes. Les maux de tête (22,4 %), la fatigue (16,5 %) et les vertiges (16,5 %) étaient les symptômes les plus fréquemment signalés. La plupart de ces symptômes généralisés disparaissent en trois ou quatre jours, mais peuvent se manifester jusqu'à deux semaines après la vaccination<sup>141</sup>.

D'autres réactions courantes, sans rapport avec les vaccins ou la réponse immunitaire, peuvent également se produire. Elles sont liées au stress et à l'anxiété que certaines personnes ressentent lors d'une injection ou avant une injection. Elles sont appelées « réactions au stress de la vaccination (RSV) et constituent un autre type d'ESSI<sup>142</sup>. La personne vaccinée peut devenir pâle, commencer à transpirer, se sentir étourdie, avoir des engourdissements ou des picotements, commencer à respirer très rapidement et/ou ressentir une perte de sensation dans le visage, les mains ou les pieds. Ces symptômes peuvent survenir avant, pendant ou après l'injection du vaccin. Le risque de RSV peut être atténué en veillant à diminuer la douleur et les autres facteurs de stress qui peuvent accroître la peur et l'anxiété<sup>143</sup>.

### 3.3.4.2 Anaphylaxie

L'anaphylaxie est un exemple d'ESSI grave qui doit être reconnue rapidement et correctement par les travailleurs de la santé qui vaccinent, puis cliniquement traitée dans les plus brefs délais et signalée<sup>144</sup>. Là encore, une formation est nécessaire pour que les travailleurs de la santé soient en mesure de distinguer avec précision l'anaphylaxie des réactions liées au stress de la vaccination.

137 Health Canada. Vaccines for COVID-19: Authorized vaccines <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-health-products/covid19-industry/drugs-vaccines-treatments/vaccines.html>

138 Health Canada. Vaccines for COVID-19: Authorized vaccines <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-health-products/covid19-industry/drugs-vaccines-treatments/vaccines.html>

139 Fink AL, Klein SL. Sex and Gender Impact Immune Responses to Vaccines Among the Elderly. *Physiology (Bethesda)*. 2015;30(6):408-416.

140 <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/expect/after.html>

141 Chapin-Bardales J, Gee J, Myers T. Reactogenicity Following Receipt of mRNA-Based COVID-19 Vaccines. *JAMA*. Published online April 05, 2021. doi:10.1001/jama.2021.5374

142 <https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-151594-8>

143 <https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-151594-8>

144 Commeau J, Top K. Anaphylaxis and COVID-19 vaccines. <https://rsc-src.ca/en/voices/anaphylaxis-and-covid-19-vaccines>



La façon dont les travailleurs de la santé expliquent un ESSI en particulier et les résultats de l'évaluation de la causalité de l'ESSI réalisée pour déterminer si le vaccin a été ou non la cause de l'événement sont essentiels pour renforcer la confiance du patient à l'égard du travailleur de la santé. Comme nous l'avons vu plus haut (section 3.2.1), certains ESSI graves, comme les décès signalés chez les personnes âgées norvégiennes fragiles après un vaccin contre la COVID-19, n'étaient pas dus au vaccin. Les travailleurs de la santé doivent avoir les connaissances et les compétences nécessaires pour en discuter efficacement si un patient est inquiet.

Dans l'ensemble, les quatre vaccins autorisés pour la COVID-19 ont un très bon profil d'innocuité. Ils n'auraient pas été autorisés si des effets secondaires graves étaient fréquents. Les travailleurs de la santé doivent bien connaître les effets secondaires fréquents et les effets très rares afin de pouvoir soigner et rassurer les personnes qui viennent se faire vacciner. Les vaccinateurs doivent également connaître et utiliser les meilleures pratiques pour atténuer les RSV, notamment les stratégies d'atténuation de la douleur, afin que l'expérience de la vaccination contre la COVID-19 soit la plus positive possible<sup>145,146,147</sup>.

### **3.3.5 Tous les travailleurs de la santé ont besoin d'une formation sur la COVID-19, les vaccins et le signalement des infections respiratoires aiguës, et doivent avoir de bonnes compétences de communication**

Un point essentiel à reconnaître est que le public se tourne vers un large éventail de travailleurs de la santé pour obtenir des conseils, non seulement les professionnels de la santé réglementés à l'échelle nationale, comme les infirmières, les médecins, les pharmaciens, etc., mais aussi ceux qui ne sont pas réglementés à l'échelle nationale, comme les ambulanciers et les prestataires de soins personnels, et ceux qui fournissent des services environnementaux. Considérant la complexité des facteurs qui peuvent influencer l'acceptation d'un vaccin contre la COVID-19, les travailleurs de la santé doivent avoir une bonne formation sur le rôle de premier plan qu'ils jouent lors de leurs interactions avec tous les patients, sur la maladie à COVID-19, sur les vaccins et les ESSI ainsi que sur la série de compétences de communication qui sont nécessaires lorsqu'ils abordent les questions d'immunisation et d'acceptation de la vaccination afin d'optimiser les interactions avec les patients et de favoriser leur acceptation. Compte tenu de la grande diversité des formations en matière d'immunisation qui suivent les différents professionnels de la santé — qu'ils soient réglementés ou non — le niveau de connaissances et de compétences est très variable et, par conséquent, les besoins d'éducation le sont aussi. Il serait nécessaire de travailler à l'élaboration d'outils et de modules de formation facilement accessibles pour combler les lacunes des différents professionnels de la santé en matière de connaissances, de compétences et de pratiques exemplaires pour faciliter la mise à jour des connaissances des professionnels de la santé à mesure que la science évolue.

L'ampleur de la campagne de déploiement des vaccins contre la COVID-19 signifie que de nombreux travailleurs de la santé seront impliqués, y compris certains ayant une formation limitée en matière de vaccination. Il est essentiel que ces travailleurs soient formés pour administrer les vaccins de manière compétente et sûre en utilisant les pratiques exemplaires établies, et qu'ils soient outillés pour répondre de manière adéquate aux questions et aux inquiétudes des personnes

145 Taddio A, What Cards will you play to improve your COVID-19 vaccination experience? <https://rsc-src.ca/en/voices/what-cards-will-you-play-to-improve-your-covid-19-vaccination-experience>

146 McMurtry CM. High Needle fear and COVID-19 vaccines. <https://rsc-src.ca/en/voices/high-needle-fear-and-covid-19-vaccines>

147 <https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-151594-8>

qui se présentent dans les cliniques (par exemple, les personnes qui refusent le vaccin d'Oxford-AstraZeneca parce qu'elles le considèrent comme moins efficace). Contrairement aux essais cliniques, dont les paramètres d'évaluation étaient différents, dans le « monde réel », les vaccins de Pfizer et d'AstraZeneca se sont révélés très efficaces dans la prévention des hospitalisations et des décès<sup>148</sup>. Pour comprendre cela, les travailleurs de la santé doivent comprendre la différence entre efficacité et efficience, qui est bien expliquée dans un rapport des National Academies of Sciences, Engineering, Medicine des États-Unis, qui fournit également des stratégies de communication pour expliquer cet aspect dans le contexte des vaccins contre la COVID-19<sup>149</sup>. L'OMS a aussi publié un rapport en mars 2017 sur les critères d'efficacité des vaccins contre la COVID-19<sup>150</sup>. De même, l'effet secondaire très rare, mais grave de la thrombose accompagnée d'une thrombocytopénie qui est associé aux vaccins d'AstraZeneca<sup>151</sup> et de Janssen<sup>152</sup> doit être expliqué dans le contexte du risque de complications graves, notamment de thrombose, que pose la maladie à COVID-19. Ce n'est pas une mince tâche.

### **3.3.6 L'acceptation des vaccins par les travailleurs de la santé doit être optimisée**

Compte tenu du rôle important que jouent les travailleurs de la santé dans l'acceptation des vaccins, comme nous l'avons vu ci-dessus<sup>153,154</sup>, tous les efforts doivent être faits pour optimiser l'acceptation des vaccins contre la COVID-19 par les travailleurs de la santé. Des stratégies doivent être mises en place pour déterminer les obstacles et les facteurs favorables. L'écoute est essentielle, tout comme la cocréation des programmes. Comme pour le grand public, les stratégies à plusieurs volets sont susceptibles d'être plus efficaces qu'une stratégie unique et il ne faut pas présumer des raisons d'une hésitation ou d'une vaccination tardive. Les ambassadeurs locaux de la vaccination peuvent être très utiles à cet égard. Les retards dans l'acceptation peuvent être liés à des expériences vécues (Noirs, Autochtones, religion, etc. — voir la section 3.2.1 plus haut) et nécessitent des approches respectueuses appropriées. Les obstacles à l'accès au vaccin, tels que l'absence de congés payés, etc., doivent être levés non seulement pour les travailleurs de la santé, mais pour tous les employés.

## **3.4 Immunisation — informations exactes et fiables sur la maladie à COVID-19 et les vaccins contre la COVID-19**

### **3.4.1 Accès à des informations exactes et fiables**

Les connaissances scientifiques sur la maladie à COVID-19 et les vaccins correspondants évoluent. L'accès aux informations nécessaires aux travailleurs de la santé, aux gestionnaires de programmes, aux décideurs et au grand public doit être facile et les informations doivent être

148 Torjesen I. COVID-19: First doses of vaccines in Scotland led to a substantial fall in hospital admissions BMJ 2021; 372 :n523

149 <https://www.nationalacademies.org/news/2021/04/new-rapid-expert-consultation-shares-insights-from-social-science-on-communicating-covid-19-vaccine-efficacy-effectiveness-and-equity>

150 [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-vaccine\\_effectiveness-measurement-2021.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-vaccine_effectiveness-measurement-2021.1)

151 <https://www.canada.ca/en/public-health/services/immunization/national-advisory-committee-on-immunization-naci/recommendations-use-covid-19-vaccines/summary-updated-statement-april-23-2021.html>

152 <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-and-cdc-lift-recommended-pause-johnson-johnson-janssen-covid-19-vaccine-use-following-thorough>

153 Zhang J., While AE, Norman IJ. Knowledge and attitudes regarding influenza vaccination among nurses: a research review Vaccine 2010, 28:7207-14 .

154 Collange F. et al. Knowledge, attitudes, beliefs and behaviors of general practitioners/family physicians toward their own vaccination: A systematic review. Hum Vaccin Immunother. 2016 May; 12(5): 1282—1292.



mises à jour régulièrement à mesure que la science évolue. Les gestionnaires des programmes de vaccination contre la COVID-19 et les travailleurs de la santé ont besoin de données et de preuves exactes, fiables et à jour sur la maladie à COVID-19 et les vaccins contre la maladie afin qu'ils puissent ajuster les programmes et répondre aux questions soulevées par les personnes qui se présentent pour se faire vacciner. Le public a besoin de savoir pourquoi, c'est-à-dire sur la base de quelles données probantes, les décideurs ont formulé leurs recommandations, si celles-ci sont susceptibles de changer et, le cas échéant, à quel moment et pour quelles raisons. Lorsque les conseils changent, il faut prendre soin d'expliquer les nouvelles données qui soutiennent ce changement. L'un des principaux problèmes touchant l'information fournie sur les vaccins approuvés au Canada contre la COVID-19 est que les essais cliniques n'ont pas tous utilisé les mêmes critères d'évaluation ni les mêmes définitions pour leurs critères d'évaluation, que les résultats préliminaires font la une des journaux avant même l'examen par les pairs et qu'une grande partie des preuves sont très techniques, ce qui en rend l'interprétation plus difficile. En outre, les experts autoproclamés des vaccins contre la COVID-19 et de leur meilleure utilisation abondent. Il y a eu un manque de cohérence dans les recommandations fournies sur l'utilisation des vaccins (voir la section 2.2). En fonction de données limitées, l'organisme de réglementation, Santé Canada, et le Comité national d'experts en immunisation (CCNI), un organisme indépendant, sont arrivés à des recommandations différentes sur l'utilisation du vaccin d'Oxford/AstraZeneca par les adultes de plus de 65 ans. Cette divergence a été aggravée par le fait que les provinces ont adopté des stratégies différentes pour ce vaccin, l'une d'entre elles approuvant l'utilisation du vaccin chez les personnes âgées de plus de 65 ans (le Québec) et les autres ne l'approuvant pas. L'avis du CCNI a changé en mars 2021, lorsque des données en contexte réel sur l'efficacité du vaccin pour ce groupe d'âge plus avancé ont été disponibles<sup>155</sup>, puis ont été révisées de nouveau en avril 2021 en tenant compte de l'évolution des connaissances scientifiques<sup>156</sup>.

### **3.5 Système de santé : politiques, programmes, pratiques et stratégies politiques**

#### **3.5.1 Cadres juridiques : le cas particulier de la santé, y compris de la vaccination<sup>157</sup>**

Cette sous-section décrit les cadres juridiques essentiels à l'acceptation, à l'accès équitable et à l'utilisation des vaccins. Ces cadres liés aux droits de la personne soutiennent que les personnes en mauvais état de santé ne peuvent pas participer aux activités sociales importantes, qu'il s'agisse de fonder une famille, de travailler ou de contribuer à la culture. En effet, il existe un lien entre une mauvaise santé et l'instabilité sociale et politique<sup>158</sup>. C'est pourquoi les vaccins sont considérés comme des « biens collectifs mondiaux », qui sont censés contribuer à la protection équitable des populations. L'OMS a donc proposé un cadre de valeurs pour le déploiement des vaccins contre la COVID-19, qui englobe les notions du bien-être humain, de l'égalité du respect, de l'équité, de la réciprocité et de la légitimité<sup>159</sup>.

155 <https://www.canada.ca/en/public-health/services/immunization/national-advisory-committee-on-immunization-naci/recommendations-use-covid-19-vaccines/summary-updated-statement-16-march-2021.html>

156 <https://www.canada.ca/en/public-health/services/immunization/national-advisory-committee-on-immunization-naci/recommendations-use-covid-19-vaccines/summary-updated-statement-april-23-2021.html>

157 Harmon SH, MacDonald NE, Petite W, Graham JE. Invigorating Public Health in Canada: New Governance for Immunization in the Post-COVID-19 Era. . Royal Society of Canada. 2021-Policy briefing in press

158 J Ruger, 'Ethics and Governance of Global Health Inequalities' (2006) 60 J Epidemiology Community Health 998-1003.

159 WHO, *WHO SAGE Values Framework for the Allocation and Prioritization of COVID-19 Vaccination*, 14 September 2020, at [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334299/WHO-2019-nCoV-SAGE\\_Framework-Allocation\\_and\\_prioritization-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334299/WHO-2019-nCoV-SAGE_Framework-Allocation_and_prioritization-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

### 3.5.2 Contexte juridique international global

La Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 (DUDH) affirme que la reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine ainsi que de leurs droits égaux et inaliénables constitue le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde, et que tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits, sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité<sup>160</sup>. La DUDH a inspiré le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966 (PIDESC)<sup>161</sup>, en vigueur au Canada, et tous deux sont des composantes de la Charte internationale des droits de l'homme (CIDH).

Deux dispositions de la CIDH interviennent particulièrement dans le contexte de la pandémie de COVID-19. *L'article 12* (PIDESC) énonce le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre, et demande aux États de prendre des mesures en vue d'assurer le plein exercice de ce droit, y compris celles qui visent la prophylaxie (prévention et contrôle) et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, et celles qui visent à assurer les conditions propres à assurer la prestation de services médicaux. Ce droit à la santé est réitéré dans de multiples instruments internationaux. *L'article 15* (PIDESC) énonce le droit de chacun de bénéficier du progrès scientifique et de ses applications. Il impose aux États la responsabilité de diffuser la science et la culture par de multiples moyens. Il reconnaît la science comme un « bien collectif » et les bienfaits de la science comme le patrimoine de l'humanité<sup>162</sup>. Il place le bien-être au centre de toute justification de l'action scientifique<sup>163</sup>.

### 3.5.3 Le cadre juridique canadien global

Les droits qui sont directement justiciables au Canada doivent trouver leur expression dans le droit canadien, qui devrait refléter, et c'est plus ou moins le cas, les instruments mentionnés ci-dessus. Le cadre canadien des droits de la personne est représenté par la *Charte canadienne des droits et libertés* (Charte)<sup>164</sup> et la *Loi canadienne sur les droits de la personne*<sup>165</sup>, et, avec ses équivalents provinciaux et territoriaux, vise à éliminer la discrimination que peuvent exercer les acteurs privés.

La Charte accorde aux personnes vivant au Canada une série de droits et impose aux gouvernements, aux acteurs gouvernementaux ainsi qu'aux personnes exerçant des fonctions gouvernementales l'obligation de s'abstenir de porter indûment atteinte à ces droits dans l'exercice de leurs fonctions publiques<sup>166</sup>. Toutefois, la Charte n'énonce pas un droit à la santé ou aux soins de santé. Cela dit, il est possible d'interpréter les droits existants de la Charte — à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne, à l'égalité, à ne pas subir de traitements cruels — de manière à promouvoir un droit à un accès équitable à des soins de santé (d'un niveau raisonnable), conformément à la CIDH.

---

160 UN General Assembly Resolution 217A of 10 December 1948, at <https://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>, Preamble, Articles 1 and 2.

161 United Nations General Assembly Resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966, in force 3 January 1976, at <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cescr.aspx>.

162 J Morsink, *The Universal Declaration of Human Rights: Origins, Drafting and Intent* (Philadelphia U Press, 1999).

163 A Chapman, 'Towards an Understanding of the Right to Enjoy the Benefits of Scientific Progress and its Applications' (2009) 8 J Human Rights 1-36.

164 *Constitution Act, 1982*, Part I, being Schedule B to the *Canada Act 1982*, 1982, c. 11 (U.K.), in force on 17 April 1982.

165 RSC 1985, c. H-6.

166 *McKinney v. University of Guelph*, [1990] 3 SCR 229.

Les mesures prises au Canada pour vaincre la COVID-19 ont entravé l'exercice ou la jouissance de certains droits (par exemple, l'obligation de porter un masque [art. 7], les mesures de contrôle aux frontières [art. 8 et 9], etc.). Toutefois, tous nos droits et libertés sont assujettis aux « limites raisonnables prescrites par la loi dont la justification peut se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique », conformément à l'article 1<sup>167</sup>. Cela signifie que tous les droits garantis par la Charte, qu'ils comportent ou non des limites internes (beaucoup en ont), sont limités par la nature de notre État démocratique et par les besoins associés à la préservation et à l'amélioration de cet État démocratique dans diverses circonstances. Les gouvernements ont le droit de prendre des mesures pour protéger la santé publique, même si ces mesures portent atteinte à certains droits, à condition qu'il y ait suffisamment de données probantes qui justifient leurs mesures (c.-à-d. qui démontrent qu'elles seront efficaces et proportionnées, qu'elles ne porteront que peu atteinte à la santé et qu'elles ne seront pas intrusives<sup>168</sup>). Essentiellement, les décideurs en matière de santé publique doivent fonder leurs interventions sur des données probantes et sur des analyses de risques de grande portée, et on s'attend à ce qu'ils communiquent clairement les motifs de leurs décisions. Les gouvernements canadiens ont fait l'objet de critiques à cet égard pour un large éventail de leurs interventions.

Contrairement à la Charte, les mesures législatives sur les droits de l'homme s'appliquent aux gouvernements — en ce qui concerne l'exécution de certaines tâches et la prestation de divers services — de même qu'aux acteurs privés (c'est-à-dire les employeurs, les syndicats, les propriétaires d'immeubles, les entreprises, etc.). Les personnes et les groupes peuvent déposer une plainte pour discrimination, qui est ensuite examinée par la commission des droits de l'homme compétente, qui, si la plainte est acceptée, élaborera une solution appropriée. La discrimination peut être définie comme un traitement différent accordé à une personne ou à un groupe, que la différence soit intentionnelle ou non. Une discrimination sera fondée sur des motifs liés à des caractéristiques personnelles et aura pour effet d'imposer à la personne ou au groupe des désavantages qui ne sont pas imposés à d'autres, ou de refuser ou limiter l'accès de la personne ou du groupe à des possibilités offertes à d'autres<sup>169</sup>. Les distinctions qui sont fondées sur des caractéristiques personnelles immuables ou des aspects de la personne qui ne peuvent être modifiés qu'à un coût inacceptable et celles qui sont attribuées à une personne uniquement en raison de son association avec un groupe seront souvent considérées comme discriminatoires.

Pour avoir gain de cause dans une plainte pour discrimination déposée en vertu d'une mesure législative liée aux droits de l'homme, les demandeurs doivent démontrer (1) qu'ils sont membres d'un groupe protégé par ces lois (par exemple, un groupe caractérisé par une religion, des croyances, une origine ethnique, un genre, des caractéristiques génétiques, un handicap, etc.), et (2) qu'ils ont fait l'objet d'un traitement défavorable pour lequel ce motif interdit était un facteur<sup>170</sup>. Si un employeur envisageait la vaccination obligatoire, par exemple, un employé pourrait prétendre que la vaccination est contraire à ses croyances religieuses ou à ses convictions. Si la Commission des droits de la personne (ou le tribunal judiciaire ou administratif) acceptait cette affirmation, l'employeur devrait alors justifier sa mesure en démontrant qu'il s'agit d'une exigence

167 Flood C et al Reconciling Civil Liberties and Public Health in the Response to COVID-19. <https://rsc-src.ca/en/research-and-reports/covid-19-policy-briefing/reconciling-civil-liberties-and-public-health-in>

168 Flood C et al Reconciling Civil Liberties and Public Health in the Response to COVID-19. <https://rsc-src.ca/en/research-and-reports/covid-19-policy-briefing/reconciling-civil-liberties-and-public-health-in>

169 *Andrews v Law Society of British Columbia*, [1989] 1 SCR 143. Cette définition générale est pertinente pour la discrimination, qu'elle soit revendiquée en vertu du droit à l'égalité de la Charte (article 15) ou de la législation relative aux droits de l'homme.

170 *British Columbia v. BCGSEU*, [1999] 3 SCR 3.

professionnelle justifiée (EPJ). Pour ce faire, il devrait démontrer que la vaccination : (1) est rationnellement liée à l'exécution du travail; (2) est imposée en croyant honnêtement et de bonne foi qu'elle est nécessaire à la réalisation de cet objectif légitime lié au travail, comme c'est le cas pour les travailleurs hospitaliers et les travailleurs à domicile qui prodiguent des soins aux patients/clients à risque élevé de maladie grave liée à la COVID-19; et (3) est raisonnablement nécessaire pour accomplir cet objectif légitime lié au travail. Des politiques obligatoires de « vaccination ou de port d'un masque » contre la grippe pour les travailleurs de la santé ont été invalidées en Colombie-Britannique<sup>171</sup> et en Ontario<sup>172</sup>. Dans ces cas, les politiques ont été considérées comme une violation de la convention collective et un exercice déraisonnable des droits de la direction. Les arbitres ont également déterminé qu'il n'existait pas de preuves scientifiques suffisantes pour étayer l'efficacité de la règle du « vacciné ou masqué » en ce qui concerne la transmission asymptomatique de la grippe saisonnière. Il est important de noter que ces décisions arbitrales ne nient pas l'aspect approprié des règles. Elles soulignent plutôt le fait qu'elles doivent reposer sur des fondements scientifiques (concernant l'efficacité de la mesure imposée) et qu'elles ne peuvent être contraires aux conditions de travail préalablement convenues.

### **3.5.4 Droits des personnes autochtones**

Les peuples autochtones sont généralement confrontés à des taux de morbidité supérieurs à la moyenne, à un accès insuffisant aux services essentiels et aux soins de santé, ainsi qu'à des interventions sanitaires de qualité inférieure, souvent entachées de stigmatisation et de préjugés<sup>173</sup>. La pandémie de COVID-19 représente une menace accrue pour les communautés autochtones du Canada, pour lesquelles son taux de prévalence est 40 % plus élevé que dans la population générale<sup>174</sup>, et ce, malgré le fait que la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (DNUDPA)<sup>175</sup> reconnaît que ces derniers sont libres et égaux et qu'ils ont le droit de jouir pleinement de tous les droits de l'homme<sup>176</sup>. La Déclaration stipule également que les peuples autochtones ont droit à l'autodétermination et à l'autonomie gouvernementale<sup>177</sup>, et que les Autochtones ont droit à la vie, à la liberté, à la sécurité de la personne et à l'intégrité physique et mentale<sup>178</sup>. En ce qui concerne la santé, les Autochtones ont droit à l'amélioration de leurs conditions sociales, notamment en matière de logement, d'assainissement, de santé et de sécurité sociale, et les États ont le devoir d'adopter des mesures efficaces pour assurer l'amélioration de leurs conditions, en accordant une attention particulière aux besoins particuliers des personnes âgées, des femmes, des jeunes, des enfants et des personnes handicapées<sup>179</sup>.

---

171 <http://www.phsa.ca/staff-resources-site/Documents/Occupational%20Health%20Documents/FAQ%20Amended%20provincial%20policy%202019.pdf>

172 *Sault Area Hospital & Ontario Nurses' Association*, [2015] OLA No. 339 (Arb.); *St. Michael's Hospital v Ontario Nurses' Association*, 2018 CanLII 82519 (ON LA)

173 UN Department of Economic and Social Affairs, *COVID-19 and Indigenous Peoples*, at <https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/covid-19.html>.

174 C Somos, 'A year later, Indigenous communities are fighting twin crises: COVID-19 and inequality', *CTV News*, 25 January 2021, at <https://www.ctvnews.ca/health/coronavirus/a-year-later-indigenous-communities-are-fighting-twin-crises-covid-19-and-inequality-1.5280843>.

175 UN General Assembly Resolution 61/295, 13 September 2007, voting 144-4-11. See [https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2018/11/UNDRIP\\_E\\_web.pdf](https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2018/11/UNDRIP_E_web.pdf). Le Canada avait initialement voté contre la Déclaration en raison de préoccupations liées aux revendications territoriales et à l'exploitation des ressources, mais il y a adhéré en 2010, la qualifiant de « document d'aspirations » : W Henderson and G Albers, 'Indigenous Self-Government in Canada', *Canadian Encyclopedia*, 4 December 2020, at <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/aboriginal-self-government>.

176 UNDRIP, Articles 1 and 2.

177 UNDRIP, Articles 3-5 and 19-20.

178 UNDRIP, Article 7.

179 UNDRIP, Article 21.

Toutefois, là encore, c'est le droit interne qui façonne plus directement l'expérience des peuples autochtones au Canada, et le gouvernement canadien a qualifié la DNUDPA de « document d'aspirations<sup>180</sup> ». Malgré la reconnaissance constitutionnelle de l'autonomie gouvernementale<sup>181</sup>, les avancées en la matière ont été modestes et lentes (25 accords d'autonomie gouvernementale ont été conclus avec 43 communautés autochtones et deux accords sur l'éducation ont été signés avec 35 communautés autochtones<sup>182</sup>), et les ressources permettant à ces communautés de réagir efficacement à des événements tels que la pandémie de COVID-19 n'ont pas été mises à leur disposition<sup>183</sup>. En effet, les données sanitaires ventilées selon l'ethnicité sont rarement recueillies, alors qu'elles sont essentielles pour comprendre le véritable impact de la COVID-19 sur ces communautés et pour adapter les services afin de les rendre plus équitables<sup>184</sup>.

À l'heure actuelle, les soins de santé destinés aux peuples autochtones du Canada (les Premières Nations, les Inuits et les Métis) sont fournis de manière fragmentaire, les gouvernements fédéral et provinciaux se partageant les responsabilités (et se renvoyant souvent la balle au détriment des patients<sup>185</sup>). Il en résulte d'importantes lacunes et inégalités dans les services et les résultats de santé<sup>186</sup>. Reconnaisant l'écart important en matière de santé qui existe entre les populations autochtones et non autochtones du Canada, le gouvernement du Canada a mis en place le programme des Services de santé non assurés (SSNA) pour les Premières Nations et les Inuits afin d'aider à couvrir les coûts des services et des interventions nécessaires sur le plan médical. Certains programmes provinciaux existent également, mais les disparités en matière de santé demeurent, tout comme plusieurs obstacles importants à l'amélioration des résultats<sup>187</sup>.

### **3.5.5 Droits des groupes considérés comme en quête d'équité**

Comme nous l'avons vu, la discrimination peut être définie comme un traitement différent accordé à une personne ou à un groupe, que la différence soit intentionnelle ou non. Une discrimination sera fondée sur des motifs liés à des caractéristiques personnelles et aura pour effet d'imposer à la personne ou au groupe des désavantages qui ne sont pas imposés à d'autres, ou de refuser ou limiter l'accès de la personne ou du groupe à des possibilités offertes à d'autres<sup>188</sup>. Les distinctions qui sont fondées sur des caractéristiques personnelles immuables ou des aspects de la personne qui ne peuvent être modifiés qu'à un coût inacceptable et celles qui sont attribuées à une personne uniquement en raison de son association avec un groupe seront souvent considérées comme discriminatoires. Les personnes appartenant à certains groupes ont historiquement été privées de pouvoir ou « marginalisées » par la société et au sein de celle-ci, et ont donc été considérées

---

180 W Henderson and G Albers, 'Indigenous Self-Government in Canada', *Canadian Encyclopedia*, 4 December 2020, at <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/aboriginal-self-government>.

181 Voir l'article 35 de l'annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada* (R.-U.), c. 11, qui reconnaît et confirme les droits ancestraux et issus de traités existants, y compris les droits existants issus d'accords sur des revendications territoriales ou ceux susceptibles d'être ainsi acquis.

182 Government of Canada, *Self-Government*, at <https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/eng/1100100032275/1529354547314>.

183 T Power, D Wilson et al., 'COVID-19 and Indigenous Peoples: An imperative for action' (2020) 29 *J Clinical Nursing* 2737-2741.

184 Kauh TJ, Read JG, Scheitler AJ. The Critical Role of Racial/Ethnic Data Disaggregation for Health Equity [published online ahead of print, 2021 Jan 8]. *Popul Res Policy Rev.* 2021;1-7. doi:10.1007/s11113-020-09631-6

185 C. Blackstock, Toward the full and proper implementation of Jordan's Principle: An elusive goal to date, *Paediatrics & Child Health*, 2016;21(5): 245—246

186 F Nader, F Kolahdooz and S Sharma, 'Assessing health care access and use among Indigenous peoples in Alberta: A systematic review' (2017) 28 *J Health Care Poor Underserved* 1286-1303; L Wylie and S McConkey, 'Insiders' Insight: Discrimination against Indigenous peoples through the eyes of health care professionals' (2018) 6 *J Racial Ethn. Health Disparities* 37-45.

187 N Nguyen, F Subhan, et al., 'Barriers and Mitigating Strategies to Healthcare Access in Indigenous Communities of Canada: A Narrative Review' (2020) 8 *Healthcare* 112.

188 *Andrews v Law Society of British Columbia*, [1989] 1 SCR 143.



comme plus exposées, ou « vulnérables », à un traitement injuste et souvent systémique, qu'il soit intentionnel ou non. Certaines d'entre elles peuvent désormais recourir à des cadres juridiques spéciaux.

### 3.5.5.1 Exemple : les droits des personnes âgées

La pandémie de COVID-19 a été particulièrement dure pour les personnes âgées, qui ont souffert du virus et de l'incapacité à répondre de manière appropriée à leurs besoins de santé et de soutien avant et pendant la pandémie<sup>189</sup>. Alors qu'il n'existe pas d'instrument juridique international contraignant visant précisément la discrimination fondée sur l'âge<sup>190</sup>, il existe une série de documents et de conseils politiques internationaux (non contraignants) qui visent à encourager l'amélioration des conditions des personnes âgées et à éliminer la discrimination à leur égard. Par exemple, le Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement (2002)<sup>191</sup> présente un programme d'orientations politiques relatives au vieillissement, et la plupart des Objectifs de développement durable (2015) concernent directement ou indirectement les personnes âgées<sup>192</sup>. La Charte et les mesures législatives sur les droits de la personne font de l'âge un motif de discrimination interdit au Canada, et d'autres lois visent à protéger les personnes âgées dans des contextes particuliers. La loi néo-écossaise *Protection for Persons in Care Act*<sup>193</sup>, par exemple, s'applique aux « établissements de santé » (hôpitaux, établissements de soins résidentiels, établissements de soins de longue durée et foyers pour personnes âgées ou handicapées<sup>194</sup>). Elle stipule que les prestataires de services ont le devoir de prendre toutes les mesures raisonnables pour assurer la sécurité et le bien-être des patients et des résidents<sup>195</sup>. Les administrateurs ont également le devoir de protéger les patients et les résidents contre les mauvais traitements<sup>196</sup>. En vertu du règlement néo-écossais *Protection of Persons in Care Regulations*<sup>197</sup>, la « maltraitance » est définie comme l'administration, la rétention ou la prescription de médicaments à des fins inappropriées, et comme un mauvais traitement causant un préjudice émotionnel, par exemple une menace, l'intimidation, l'humiliation, le harcèlement, la coercition ou une restriction de contacts sociaux appropriés<sup>198</sup>.

### 3.5.6 Prise de décision concernant la vaccination contre la COVID-19 : le consentement

Les campagnes ciblées de vaccination contre la COVID-19 ont permis d'atteindre des taux de vaccination élevés chez les personnes ayant nettement la capacité de se rendre à un site de vaccination où les vaccins sont administrés, notamment en raison de sa facilité d'accès. Pour faciliter la prise des vaccins contre la COVID-19, le processus de consentement doit être efficace et

---

189 Informal Advocacy Group, *Time for a UN Convention on the Rights of Older Persons*, August 2020, at [https://www.age-platform.eu/sites/default/files/Discussion\\_Paper\\_COVID-19\\_Time\\_for\\_a\\_UN\\_Convention-Aug2020.pdf](https://www.age-platform.eu/sites/default/files/Discussion_Paper_COVID-19_Time_for_a_UN_Convention-Aug2020.pdf).

190 Coalition to Strengthen the Rights of Older People, *Strengthening Older People's Rights: Towards a UN Convention*, 2009, at <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/Coalition%20to%20Strengthen%20the%20Rights%20of%20Older%20People.pdf>.

191 Second World Assembly on Aging, Madrid, 8-12 April 2002, at <https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/MIPAA/political-declaration-en.pdf>.

192 M O'Sullivan, '2018 Update on the UN Convention on the Rights of Older Persons', *O'Sullivan Estate Lawyers*, 16 July 2018, at [https://www.osullivanlaw.com/blog/2018/07/2018-update-on-the-un-convention-on-the-rights-of-older-persons/?utm\\_source=mondaq&utm\\_medium=syndication&utm\\_campaign=linkedin-integration](https://www.osullivanlaw.com/blog/2018/07/2018-update-on-the-un-convention-on-the-rights-of-older-persons/?utm_source=mondaq&utm_medium=syndication&utm_campaign=linkedin-integration).

193 SNS 2004, c. 33.

194 PPCA, s 2.

195 PPCA, s 5(3).

196 PPCA, s 4(1).

197 NS Reg 364-2007.

198 PPCR, s 3(1).

le consentement doit être donné en toute connaissance de cause et sans coercition. Le processus doit être sensible aux besoins et au contexte de la personne et ne pas constituer un obstacle supplémentaire à la vaccination.

Dans la plupart des cas, le consentement est relativement simple. En règle générale, la capacité à consentir est présumée, sauf si les circonstances rendent cette présomption déraisonnable. Les personnes réputées aptes à donner leur consentement ont le droit de consentir ou de refuser de consentir à tout traitement médical ou de retirer leur consentement même si cela est contraire aux recommandations médicales<sup>199</sup>. Ce droit de common law, qui est inscrit dans la loi partout au Canada, découle des principes constitutionnels de la dignité et de l'autonomie<sup>200</sup>.

Les choses se compliquent lorsque la personne n'est peut-être pas apte à consentir (c'est-à-dire dans le cas des personnes mineures, des personnes en soins de longue durée, où les taux de démence sont relativement élevés, et des personnes recevant des soins communautaires et dont les handicaps cognitifs ou physiques peuvent limiter leur aptitude à consentir). Dans de tels cas, l'évaluation de l'aptitude doit être contextuelle et spécifique (c'est-à-dire liée à l'événement ou à l'intervention en question, comme la vaccination contre la COVID-19). Les médecins, les psychologues, les infirmières, les ergothérapeutes ou les travailleurs sociaux formés et certifiés pour l'évaluation de l'aptitude peuvent effectuer cette évaluation. Pour que les facteurs soient pris en compte, il faut se reporter à la législation propre à la province et au contexte, car les règles relatives au consentement et au consentement au nom d'autrui varient selon le lieu de résidence (province, territoire) et le domaine d'intervention.

La plupart des provinces ont une loi générale qui fixe l'âge auquel les mineurs deviennent des adultes ayant le plein droit d'exercer leur autonomie. Cependant, les gouvernements de quelques provinces ou territoires ont fixé l'âge à 18 ans, et d'autres à 19 ans, sans qu'aucune justification ne soit donnée pour cette divergence<sup>201</sup>, et l'âge limite pour prendre des décisions peut varier au sein d'une même province selon le contexte. Par exemple, en vertu de la loi sur l'âge de la majorité de la Nouvelle-Écosse (*Age of Majority Act*<sup>202</sup>), les mineurs deviennent adultes à 19 ans, sans que l'âge du consentement à un traitement médical soit stipulé. En vertu de la *Personal Directives Act*<sup>203</sup> de la même province, qui a remplacé la *Medical Consent Act*, toute personne qui est apte à prendre une décision en matière de soins personnels (c.-à-d. qui est en mesure de comprendre les renseignements pertinents et d'apprécier les conséquences raisonnablement prévisibles) peut rédiger une directive personnelle. Toutefois, un mandataire spécial doit avoir atteint l'âge de la majorité, sauf s'il s'agit d'un conjoint ou d'un partenaire, auquel cas il n'y a pas d'âge requis. En vertu de la loi sur les services à l'enfance et à la famille de la Nouvelle-Écosse (*Children and Family Services Act*<sup>204</sup>), les enfants de 16 à 18 ans inclusivement peuvent conclure un contrat de service avec l'agence.

En revanche, la *Loi sur la majorité et la capacité civile* de l'Ontario<sup>205</sup> fixe l'âge de la majorité à 18 ans, encore une fois sans stipulation quant à l'âge du consentement au traitement. Toutefois,

---

199 *Hopp v. Lepp*, [1980] 2 SCR 192; *Ciarlariello v. Schacter*, [1993] 2 SCR 119.

200 See *Cuthbertson v. Rasouli*, [2013] 3 SCR 341.

201 Pour un résumé province par province utile, voir K Coughlan, *Medical Decision-Making in Paediatrics: Infancy to Adolescence*, 2018, n° 23, « Paediatric Child Health », p. 138-146.

202 RSNS 1989, c. 4.

203 SNS 2008, c. 8.

204 SNS 1990, c. 5.

205 RSO 1990, c. A.7.



en vertu de la *Loi sur le consentement aux soins de santé*<sup>206</sup> de cette province, toute personne est présumée capable de prendre des décisions relatives à un traitement, et en vertu de la *Loi sur la prise de décisions au nom d'autrui*<sup>207</sup>, les personnes de 16 ans et plus sont capables de donner ou de refuser leur consentement en ce qui concerne leurs propres soins, à moins qu'il n'y ait des motifs raisonnables de croire le contraire. La *Loi sur le consentement aux soins de santé* reconnaît les « désirs » d'une personne, qui peuvent être exprimés par voie de procuration ou sous une autre forme écrite, ou oralement ou de toute autre manière, et un mandataire spécial doit être âgé d'au moins 16 ans, sauf s'il est le parent d'un patient incapable. De même, en vertu de la *Loi sur la prise de décisions au nom d'autrui*, le mandataire spécial doit être âgé d'au moins 16 ans.

Les parents ou les tuteurs sont les décideurs habituels pour les mineurs, mais en vertu de la common law et de divers régimes juridiques, plus les mineurs sont matures, plus leurs souhaits sont pris en compte. Les personnes considérées comme des « mineurs matures » peuvent prendre des décisions qui l'emportent sur celles de leurs parents ou de leur tuteur<sup>208</sup>. Dans le contexte des soins de santé, lorsqu'un tribunal détermine qu'un mineur est suffisamment mature pour comprendre la nature du traitement et les conséquences de son acceptation ou de son refus, le tribunal autorisera le mineur à prendre la décision malgré les objections des parents, des tuteurs ou des prestataires de soins, tout en tenant compte de l'intérêt supérieur de l'enfant en vertu de sa compétence *parens patriae*. Bien qu'il puisse être inhabituel pour un tribunal d'accorder un pouvoir de décision autonome à un enfant de moins de 14 ou 15 ans, il n'y a pas de seuil absolu et tous les cas dépendent du contexte particulier<sup>209</sup>. Certains ont suggéré que le seuil de décision concernant une acceptation de la vaccination contraire aux souhaits des parents pourrait être plus bas que pour d'autres interventions médicales plus complexes comme la chirurgie, en raison du risque moins important posé par la vaccination<sup>210</sup>.

Pour les adultes qui sont inaptes en raison de maladies cognitives progressives liées à l'âge, de problèmes de santé mentale, de difficultés d'apprentissage, de lésions cérébrales, etc., d'autres lois s'appliquent. Par exemple, en Nouvelle-Écosse, l'*Adult Capacity and Decision-making Act*<sup>211</sup>, qui a remplacé l'*Incompetent Persons Act*, stipule qu'une autre personne peut être désignée pour prendre des décisions importantes à la place d'une personne lorsque son inaptitude est pertinente au regard de la question qui se pose. Pour une liste des facteurs généraux à prendre en compte en ce qui concerne les décisions relatives à la vaccination contre la COVID-19, voir le tableau 3.5.6.

---

206 SO 1996, c. 2.

207 SO 1992, c. 30.

208 *AC v. Manitoba (Director of Child and Family Services)*, [2009] 2 SCR 181.

209 Dans l'affaire *CMG c. DWS*, 2015 ONSC 2201, le tribunal a rejeté une entente parentale en vertu de laquelle les parents en litige refusaient la vaccination de leur enfant de 10 ans et avaient fixé à 12 ans l'âge auquel leur enfant pouvait prendre sa propre décision. En prenant en considération l'intérêt supérieur de l'enfant, le tribunal a ordonné que l'enfant soit vacciné et que la mère qui refusait de faire vacciner l'enfant ne signifie pas à l'enfant qu'elle avait une opinion défavorable à l'égard de la vaccination. Dans l'affaire *Re Calgary health Region*, 2006 CanLII 80851 (OIPC), le commissaire a donné effet au refus de la jeune fille de 15 ans et demi de communiquer son dossier médical à sa mère.

210 W Glaser, 'Teens, Vaccines and the Age of Consent', *CMAJ News*, 7 March 2019, at <https://cmajnews.com/2019/03/07/teens-vaccines-and-the-age-of-consent-cmaj-109-5730/>, citing Timothy Caulfield.

211 SNS 2017, c. 4.

**Tableau 3.5.6.** Éléments permettant d'évaluer le processus décisionnel utilisé pour déterminer l'aptitude des adultes à consentir à la vaccination contre la COVID-19, à titre d'exemple

Compréhension	La personne peut comprendre le problème, les solutions possibles et les risques et avantages associés. Consentement à la vaccination : la personne reconnaît que la pandémie de COVID-19 est un problème majeur de santé publique, qu'il existe un vaccin et que ce dernier est très sûr et efficace.
Appréciation	La personne est consciente de la façon dont le problème pourrait l'affecter. Consentement à la vaccination : la personne reconnaît qu'elle court un risque élevé de tomber très malade à cause de la COVID-19.
Raisonnement	Bien-fondé de l'intervention : comment elle pourrait affecter la personne et le processus de réflexion logique utilisé pour faire le choix. Consentement à la vaccination : la personne reconnaît que le vaccin est sûr pour elle et qu'il l'empêchera de tomber très malade à cause de la COVID-19.
Expression d'un choix	Aptitude à considérer clairement les choix possibles au regard de la décision à prendre. Consentement à la vaccination : la personne choisit de se faire vacciner.
Aide à la prise de décision	Lorsque les personnes sont limitées dans leur aptitude à prendre cette décision, elles devraient être encouragées à en discuter avec leur mandataire ou leur prestataire de soins essentiels et à se faire aider par cette personne.

Tous les prestataires de soins de santé et les gestionnaires de programmes de vaccination doivent se rappeler que tous les Canadiens ont droit à l'égalité des chances, à un traitement équitable et à un environnement exempt de discrimination<sup>212</sup>. Le fait de s'en remettre automatiquement à un mandataire lorsque la personne a effectivement la capacité de prendre des décisions, ou le fait de laisser des personnes manquer l'occasion d'être vaccinées en raison de problèmes d'accès sont deux exemples de violations potentielles du droit de la personne à être vaccinée contre la COVID-19 au Canada.

### **3.5.7 Programmes de soutien aux victimes de préjudices causés par un vaccin**

Au fur et à mesure que le programme de vaccination le plus ambitieux de l'histoire du Canada prend son essor, des personnes subiront des « effets secondaires suivant l'immunisation » (ESSI) causés par un vaccin contre la COVID-19. La plupart de ces effets seront bénins et sans grande conséquence. Cependant, il est possible que de très rares ESSI graves entraînent des conséquences néfastes telles qu'une invalidité ou un décès, comme peut le faire le cas très rare, mais grave de la thrombose accompagnée d'une thrombocytopenie que nous avons précédemment évoqué. Bien qu'il n'y ait aucune preuve que la mise en place d'un programme de soutien en cas de préjudice causé par un vaccin conduit à une meilleure acceptation des vaccins, le moment est opportun d'envisager un programme national à cet effet puisqu'un tel programme serait justifié sur le plan de l'équité et sur le plan éthique, étant donné que l'immunisation profite à la communauté et pas seulement à l'individu.

Comment devrions-nous traiter un cas où une personne subit un préjudice causé par un vaccin recommandé et administré dans l'intérêt public?

212 McElhane J, Andrew M. Reducing barriers to vaccination: decision-making and access. <https://rsc-src.ca/en/voices/reducing-barriers-to-vaccination-decision-making-and-access>

Pour les personnes vivant à l'extérieur du Québec, les coûts associés à une blessure permanente ou débilante causée par la vaccination sont actuellement assumés par la personne blessée (et sa famille), soit personnellement en tant que dépenses personnelles ou par le biais d'une assurance privée, soit par les acteurs qui ont une certaine responsabilité dans la blessure (par exemple, le fabricant du vaccin, le prestataire de soins de santé qui a administré le vaccin, etc. Cependant, l'accès à ces options dépend des conditions et des capacités socioéconomiques de la personne. De plus, les litiges en matière de responsabilité civile imposent un éventail de coûts personnels supplémentaires, notamment le retard des prestations, un coût financier, des obstacles liés à l'établissement de la preuve et des répercussions émotionnelles.

Il est certain que les préoccupations et le sentiment de solidarité qui ont poussé le Québec, à la fin des années 1980, à adopter son programme d'indemnisation des victimes d'une vaccination sans égard à la faute sont partagés dans tout le Canada. En décembre, le Canada a annoncé la création d'un « Programme de soutien aux victimes d'une vaccination (PSVV) » sans égard à la responsabilité, afin d'indemniser et d'aider ces personnes<sup>213</sup>. La façon dont ce programme sera mis en œuvre est d'une importance capitale. À quoi devrait ressembler un tel PSVV? Le tableau 3.5.7 présente les sept caractéristiques essentielles au fonctionnement équitable, transparent et efficace d'un PSVV moderne<sup>214</sup>.

**Tableau 3.5.7.** Les sept caractéristiques d'un programme de soutien aux victimes de la vaccination (PSVV) sans égard à la faute

**Fondement** : Le PSVV doit être fondé sur un acte législatif qui définit son objectif, ses principes opérationnels et sa gestion et qui stipule les mesures de transparence et de reddition de comptes qui doivent s'appliquer.

**Couverture** : le PSVV devrait être offert aux résidents de tous âges pour tous les vaccins recommandés par les autorités de la santé publique et administrés au Canada par des vaccinateurs autorisés et devrait préciser clairement le seuil minimal de préjudice corporel ou d'invalidité nécessaire à partir duquel une victime devient admissible.

**Accessibilité** : le processus de demande devrait être simple et clair, et l'administrateur du PSVV devrait avoir l'obligation d'aider les demandeurs et les familles tout au long du processus. La loi habilitante devrait traiter des délais de prescription, du processus de demande ainsi que des échéances, des preuves, des coûts, des réévaluations et des appels possibles. Le processus de demande devrait aboutir à des décisions écrites donnant aux demandeurs un aperçu des prochaines étapes.

**Préservation des droits** : le PSVV ne devrait pas compromettre le droit d'un demandeur d'intenter une action civile contre les parties potentiellement responsables, comme les fabricants, et il devrait garantir que le fonds du PSVV sera remboursé pour toute prestation déjà fournie lorsqu'un montant d'indemnisation est adjugé relativement à un tel litige.

**Causalité** : il est essentiel de déterminer si un ESSI est, en fait, causé par un vaccin, car cela aura des conséquences sur les profils d'innocuité et d'efficacité du vaccin, sur les recommandations concernant la vaccination systématique et sur l'acceptation générale du vaccin. Bien que les

213 <https://www.canada.ca/en/public-health/news/2020/12/government-of-canada-announces-pan-canadian-vaccine-injury-support-program.html>

214 Harmon S. Characteristics of a fair vaccine injury compensation program for Canada. <https://rsc-src.ca/en/voices/characteristics-fair-vaccine-injury-compensation-program-for-canada>

demandeurs doivent prouver que leur blessure a été causée par le vaccin, cette question doit être traitée avec soin et sensibilité.

**Indemnisation** : lorsqu'un grave ESSI grave est causé par un vaccin, il est important pour nous — la société — d'indemniser et de soutenir la victime. Un PSVV national devrait couvrir : les frais d'obsèques; toute perte de revenu; les frais médicaux; les frais de réadaptation physique, sociale et professionnelle; les frais d'assistance personnelle; les frais d'aménagement du domicile; une indemnisation pour tout préjudice corporel, y compris pour la douleur et la souffrance subies par la victime; des dommages-intérêts symboliques pour la douleur et la souffrance subies par la famille immédiate.

**Financement** : le PSVV devrait être financé par le trésor national et par des contributions au fonds provenant d'une taxe imposée aux fabricants.

### 3.5.8 Certificats et ordres de vaccination contre la COVID-19

La pandémie de COVID-19 ayant réduit la participation de la population à de nombreuses activités et limité ses déplacements, le déploiement de vaccins efficaces contre la COVID-19 a soulevé la question de l'utilisation de certificats de vaccination contre la COVID-19<sup>215</sup>. Ce n'est pas un concept nouveau. Le certificat international de vaccination ou de prophylaxie (CIVP) approuvé par l'OMS, la carte jaune, est largement utilisé depuis 2007 comme document attestant la vaccination contre des maladies à propagation géographique limitée, comme la fièvre jaune<sup>216</sup>. Bien qu'il y ait des motifs valables de croire qu'un tel document serait utile pour attester la vaccination contre la COVID-19<sup>217</sup>, par exemple pour diminuer les risques en interdisant aux personnes non vaccinées de participer à certaines activités telles que les voyages aériens, les repas dans des restaurants à l'intérieur ou certaines formes de travail dans des environnements à risque élevé, des inquiétudes ont été soulevées quant à la possibilité que ces documents soient facilement falsifiés, créent un faux sentiment de sécurité, puisque les vaccins contre la COVID-19 ne préviennent pas les infections associées à tous les variants<sup>218</sup>, et accroissent les inégalités sanitaires et sociales. Certains affirment qu'il s'agit même d'une distraction de discuter de cette question à ce stade de la pandémie<sup>219</sup>. Rien ne prouve à ce jour que de tels certificats inciteraient les gens à accepter de se faire vacciner contre la COVID-19, car cette question n'a pas été étudiée. Certains pensent que cette exigence constitue une façon de plus d'accorder des privilèges à la classe de gens qui peut envisager de voyager ou de manger à l'intérieur, c'est-à-dire à une élite relative. La légitimité juridique et éthique des certificats de vaccination dépend des garanties qui pourraient être offertes d'un accès équitable aux vaccins et de l'efficacité de tels certificats, c'est-à-dire de leur impact sur la transmission de la COVID-19. Le Groupe de travail de la Société royale du Canada sur l'acceptation des vaccins n'a pas jugé qu'il s'agissait là d'une incitation majeure à prendre en compte pour renforcer l'acceptation des vaccins à l'heure actuelle, mais cet aspect pourrait devenir plus pertinent lorsque le déploiement des vaccins COVID-19 dépassera le stade des cohortes plus âgées.

215 <https://policyoptions.irpp.org/magazines/march-2021/vaccine-certificates-should-not-come-at-expense-of-other-covid-priorities/>

216 [https://www.who.int/ihr/ports\\_airports/icvp/en/](https://www.who.int/ihr/ports_airports/icvp/en/)

217 Flood C, Thomas B. The case for a COVID-19 vaccination certificate. <https://rsc-src.ca/en/voices/case-for-covid-19-vaccination-certificate>

218 [https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/the-effects-of-virus-variants-on-covid-19-vaccines?gclid=EAlaIqobChMltujX17Ke8AlVjf7jBx29oAFjEAAYASAAEgLRPD\\_BwE](https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/the-effects-of-virus-variants-on-covid-19-vaccines?gclid=EAlaIqobChMltujX17Ke8AlVjf7jBx29oAFjEAAYASAAEgLRPD_BwE)

219 <https://policyoptions.irpp.org/magazines/march-2021/vaccine-certificates-should-not-come-at-expense-of-other-covid-priorities/>

En ce qui concerne les ordres de vaccination contre la COVID-19, un certain nombre de facteurs devraient être réunis avant qu'une telle mesure puisse être envisagée<sup>220,221</sup>. Un sondage d'opinion a été mené concernant l'obligation imposée par les gouvernements de recevoir un vaccin contre la COVID-19, et le soutien à cette idée a diminué du mois de juillet au mois de septembre 2020<sup>222</sup>. Cependant, alors que les gouvernements pourraient, pour diverses raisons, renoncer à rendre les vaccins obligatoires, il reste la possibilité, motivée par le désir des entreprises de revenir rapidement à un mode de fonctionnement normal, que les employeurs exigent que leurs employés soient vaccinés. D'où la question suivante : les entreprises privées doivent-elles ou peuvent-elles obliger leurs employés à démontrer qu'ils ont été vaccinés contre la COVID-19 pour conserver leur emploi? Si un employeur envisage d'imposer une telle obligation, il doit le faire avec circonspection, car les employés contraints d'accepter un vaccin ou de quitter leur emploi pourraient tenter des actions en vertu de la Charte (si l'employeur est un acteur gouvernemental), déposer des plaintes pour discrimination en vertu de la législation sur les droits de la personne ou déposer des griefs de travail par l'intermédiaire de leur syndicat en cas de violation d'une convention collective. La question de la vaccination obligatoire des employés a été abordée dans l'exemple présenté plus haut (dans la section sur les cadres juridiques).

Ces décisions arbitraires ne nient pas le bien-fondé des obligations de vaccination, mais soulignent plutôt le fait qu'elles doivent avoir une base scientifique (concernant l'efficacité de la mesure exigée) et ne doivent pas être contraires aux conditions de travail préalablement convenues.

Une bien meilleure approche pour les employeurs — en particulier pour les grands employeurs ou les employeurs de secteurs critiques (par exemple, les soins de santé, les services sociaux, le transport routier et maritime, l'éducation, etc.) — serait de s'associer activement aux autorités de la santé publique pour la distribution des vaccins, en contribuant à faciliter l'accès à la vaccination et aux renseignements qui encourageraient les gens à se faire vacciner. Un certain nombre de stratégies pourraient aider à soutenir une prise de décision favorable en matière de vaccination<sup>223</sup> :

- demander (sur une base volontaire) des informations utiles pour les vaccinés relativement à l'intention de leurs employés de se faire vacciner et à leurs réactions antérieures à des vaccins;
- réserver des moments de la journée de travail pour la vaccination qui conviennent à leurs employés;
- mettre en place, en coopération avec les autorités de la santé publique, des espaces de vaccination sur le lieu de travail qui mettraient les employés à l'aise;
- faire venir quelqu'un pour parler aux employés, répondre à leurs questions, apaiser leurs craintes, les reconforter (par exemple, un obstacle bien connu à la vaccination est la peur

---

220 MacDonald NE, Harmon S, Dube E, Steenbeek A, Crowcroft N, Opel DJ, Faour D, Leask J, Butler R. Mandatory infant & childhood immunization : rationales, issues and knowledge gaps. *Vaccine*. 2018 Sep 18;36(39):5811-5818

221 Harmon S. Vaccine rollouts and the role of employers <https://rsc-src.ca/en/voices/vaccine-rollouts-and-role-employers>

222 IPSOS, 'Many Canadians Aren't in a Hurry to Receive COVID-19 Vaccine', 6 November 2020, <https://www.ipsos.com/en-ca/news-polls/many-canadians-arent-in-a-hurry-to-receive-covid-19-vaccine>

223 Harmon S. Vaccine rollouts and the role of employers <https://rsc-src.ca/en/voices/vaccine-rollouts-and-role-employers>

des aiguilles<sup>224</sup>, ou la peur de la douleur causée par les piqûres d'aiguille; il est utile d'avoir quelqu'un sur place pour en parler ou pour distraire les employés<sup>225,226</sup>;

- distribuer aux employés, en quantités appropriées et dans des formats utiles, des informations fiables et fondées sur des données probantes provenant des autorités sanitaires. Promouvoir la vaccination avec des ambassadeurs locaux de la vaccination, le renforcement positif de l'acceptation du vaccin et des outils visuels qui rappellent que l'acceptation est la norme, comme des épingles, des autocollants, des formulaires d'engagement, etc.

### **3.5.9 Transparence et équité : que faudrait-il faire pour rassurer les gens sur l'innocuité et l'efficacité des vaccins ?**

Onze vaccins contre la COVID-19 ont été autorisés ou sont en cours d'évaluation (en date du 14 avril 2021) par l'Organisation mondiale de la santé grâce à des collaborations sans précédent que la menace mondiale posée par le virus SRAS-CoV2 a suscitées<sup>227</sup>. Au mois d'avril 2021, le Canada a approuvé quatre d'entre eux dans le cadre de son processus d'examen prioritaire : le BNT162b2 de Pfizer-BioNTech, le mRNA-1273 de Moderna, le ChAdOx 1 d'AstraZeneca-Oxford et l'AD26.CoV2.S de Johnson & Johnson (Janssen). Tous sont assortis de conditions<sup>228</sup> qui stipulent qu'ils peuvent être rapidement retirés du marché en cas d'effets secondaires graves suivant l'immunisation (ESSI). La surveillance de leur innocuité et de leur efficacité a reçu un coup de pouce financier de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)<sup>229,230,231</sup> et des efforts ont été faits pour rétablir la capacité de surveillance internationale des maladies<sup>232</sup> et la capacité nationale de bioproduction de vaccins<sup>233,234</sup>.

#### **3.5.9.1 La transparence dans un monde de fantômes**

Des combinaisons d'interventions biomédicales, de santé publique et sociales génèrent des données qui contribueront à l'amélioration des systèmes et des technologies de contrôle de la transmission des maladies en vue des futures épidémies. Les connaissances et l'accès indépendant aux résultats des essais cliniques liés à l'approbation des nouveaux vaccins<sup>235</sup> renforcent la confiance dans leur innocuité et leur efficacité<sup>236,237</sup>. La confiance, cependant, « arrive à pied et

---

224 Le groupe de travail de la Société royale du Canada sur l'acceptation des vaccins n'a pas considéré qu'il s'agissait à l'heure actuelle d'un problème majeur à prendre en compte pour améliorer l'acceptation des vaccins. Toutefois, à mesure que le contexte évolue et que l'accès aux vaccins contre la COVID-19 s'accroît, ce domaine complexe et potentiellement délicat pourrait être examiné plus attentivement.

225 Taddio et al. Reducing pain during vaccine injections: clinical practice guideline CMAJ. 2015 Sep 22;187(13):975-982

226 <https://rsc-src.ca/en/voices/what-cards-will-you-play-to-improve-your-covid-19-vaccination-experience>

227 [https://extranet.who.int/pqweb/sites/default/files/documents/Status\\_COVID\\_VAX\\_14April2021.pdf](https://extranet.who.int/pqweb/sites/default/files/documents/Status_COVID_VAX_14April2021.pdf)

228 <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-health-products/covid19-industry/drugs-vaccines-treatments/authorization/applications.html>

229 <https://health-infobase.canada.ca/covid-19/vaccine-safety/>

230 <http://cirnetwork.ca/network/national-ambulatory-network/>

231 <http://cirnetwork.ca/network/serious-outcomes/>

232 <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-without-early-warning-you-cant-have-early-response-how-canadas/>

233 <https://www.thestar.com/opinion/contributors/2020/11/30/when-canada-was-a-world-leader-in-vaccine-research-and-production.html>

234 <https://www.theglobeandmail.com/opinion/editorials/article-other-countries-are-making-vaccines-why-cant-canada/>

235 MacDonald NE, Law BJ. Canada's eight-component vaccine safety system: A primer for health care workers. Paediatr Child Health. 2017 Jul; 22(4): e13—e16

236 Morten C.J., Kapczynski A, Krumholz HM, Ross, J.S. To help develop the safest, most effective coronavirus tests, treatments, and vaccines, ensure public access to clinical research data. Health Affairs 2020

237 Herder, Matthew and Janice E. Graham. Opinion: Herder and Graham: Canadians need and deserve transparency on COVID-19 vaccines. Ottawa Citizen Sept 15



repart à cheval »; elle exige des preuves transparentes et accessibles<sup>238</sup> et un véritable dialogue de longue haleine avec la collectivité<sup>239</sup>. Certains principes fondamentaux permettraient de renforcer la confiance des gens dans un écosystème vaccinal caractérisé par l'accessibilité des données, des directives strictes en matière de conflits d'intérêts et une équité dans les interventions et le déploiement des vaccins à l'échelle mondiale (tableau 3.5.9.1)<sup>240</sup>.

**Tableau 3.5.9.1** Principes fondamentaux de la confiance dans l'homologation accélérée des vaccins.

1	Des lignes directrices claires en matière de divulgation qui excluent de la participation aux décisions relatives aux vaccins les personnes perçues comme ayant un conflit d'intérêts (personnel et professionnel)
2	La transparence et le libre accès à tous les protocoles d'essai (y compris toute modification) et aux données (y compris aux protocoles liés au contrôle de la qualité de la fabrication <sup>241</sup> , aux composants du vaccin, c'est-à-dire aux adjuvants, aux processus décisionnels et aux justifications liés aux modifications, aux adaptations et aux contrats d'approvisionnement);
3	Dans les essais adaptatifs, aucun risque accru pour les participants résultant des modifications apportées pour comprimer les phases d'essai ou ajouter de nouveaux volets en réponse à de nouvelles découvertes. Si, comme l'affirme GAVI, l'Alliance du vaccin, « ces changements ne sont pas le fruit du hasard — ils sont fondés sur des règles clairement définies qui ont été établies par des scientifiques spécialisés dans l'évaluation de l'incertitude <sup>242</sup> », alors ces modifications doivent être immédiatement connues et accompagnées d'une justification et de données/preuves à l'appui de ces décisions;
4	Une évaluation indépendante de toutes les données probantes des essais cliniques et des motifs de décision, des recommandations des comités consultatifs et de la promotion des vaccins afin d'éviter toute perception de conflit d'intérêts;
5	Des essais correctement conçus et de puissance statistique suffisante pour évaluer l'efficacité. La prévention de la maladie plutôt que des critères de substitution (p. ex. sérologiques) représente une norme plus élevée qui doit être encouragée dans les essais de phase III. Les essais doivent être suffisamment vastes pour que les effets secondaires rares (taux d'occurrence $\geq 0,01$ % et $< 0,1$ %) soient détectés; les effets secondaires très rares, mais graves qui peuvent entraîner une morbidité peuvent n'être détectés qu'après l'approbation lorsque de très grandes populations (plusieurs millions de personnes) ont été vaccinées; des efforts doivent être faits pour encourager la poursuite de ces essais après les autorisations accélérées d'urgence;
6	Un suivi robuste et une surveillance active doivent être mis en place après l'approbation afin de détecter les ESSI très rares, mais graves (par exemple les très rares caillots sanguins inhabituels avec faibles niveaux de plaquettes sanguines qui peuvent être causés par le vaccin contre la COVID-19 d'AstraZeneca <sup>243</sup> et peut-être par celui de Janssen <sup>244</sup> ) ainsi que les échecs de vaccination;

238 O'Neill O. Trust, trustworthiness, and accountability. In: Morris N, Vines D, eds. *Capital failure: rebuilding trust in financial services*. Oxford: Oxford University Press, 2014: 172—92.

239 Ryan, M.\*, Giles-Vernick, T., Graham, J.E. (2019) Technologies of trust in epidemic response: openness, reflexivity and accountability during the 2014-2016 Ebola outbreak in West Africa. *BMJ Global Health* 2019;4:e001272 <https://gh.bmj.com/content/4/1/e001272>

240 Cette liste apparaît comme un document évolutif sous le titre « Quelles mesures assurent l'innocuité des vaccins? » <https://canvax.ca/covid-19-vaccine-questions-and-answers-healthcare-providers>

241 <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n627>

242 GAVI. Can vaccine clinical trials be sped up safely for COVID-19? <https://www.gavi.org/vaccineswork/how-covid-19-leading-innovation-clinical-trials>

243 <https://www.ema.europa.eu/en/news/astrazenecas-covid-19-vaccine-ema-finds-possible-link-very-rare-cases-unusual-blood-clots-low-blood>

244 <https://www.cdc.gov/media/releases/2021/s0413-JJ-vaccine.html>



7	La réalisation des essais de phase III aux endroits où la maladie est prévalente, y compris dans les zones présentant des variants préoccupants, est essentielle pour l'exposition à la maladie et la détermination de l'efficacité du vaccin à prévenir la maladie; en l'absence de remèdes disponibles contre la COVID-19, les essais de provocation chez l'humain ne sont pas considérés comme éthiques;
8	La participation équitable à la recherche des groupes sous-représentés qui courent un risque élevé de maladie grave (c'est-à-dire les adultes plus âgés, certains groupes raciaux/ethniques, les femmes enceintes et les personnes immunodéprimées) combinée à un suivi continu après la fin de l'essai.
9	« L'accès universel, en temps utile et équitable aux vaccins approuvés, ainsi que leur distribution équitable <sup>245</sup> » suivant des principes appropriés d'allocation et de priorisation. Les protections de la propriété intellectuelle qui citent des clauses d'informations commerciales confidentielles empêchant ces droits devraient être activement contestées plutôt que renforcées par les gouvernements.
10	Renforcer et soutenir la santé publique communautaire, y compris les programmes de vaccination au sein des communautés. Pour renforcer la confiance dans les recommandations et les processus de santé publique visant à suivre, à évaluer et à traiter les ESSI graves par l'évaluation de la causalité, ceux qui prennent ces décisions doivent s'appuyer sur des connaissances et une expertise scientifiques solides. L'Agence de santé publique du Canada, Santé Canada et toutes les institutions de santé publique provinciales, territoriales et autochtones doivent être présentes dans les communautés locales et disposer de l'expertise scientifique et technique nécessaire pour tester et traiter les gens et pour répondre à toute urgence liée aux systèmes de santé provinciaux et nationaux plus larges de détection et d'intervention <sup>246</sup> .

### 3.5.9.2 Équité et politique

La lutte contre la COVID-19 constitue un problème complexe et vicieux qui nécessite une action scientifique, un effort soutenu de sensibilisation en matière de santé publique et une gouvernance exceptionnels pour être menée à bien. Les taux de morbidité et de mortalité liés à la COVID constituent des vagues scélérates géopolitiques. En janvier 2021, l'impact économique mondial de la COVID-19 avait été chiffré à 16,2 billions de dollars<sup>247</sup>. On a beaucoup appris au Canada et ailleurs, notamment : i) que les conditions de vie et de travail à haute densité de population (où les personnes sont regroupées) sont des « faucheuses », surtout pour ceux et celles qui sont déjà confrontés aux conséquences des inégalités structurelles, soit les personnes marginalisées, racialisées, âgées et plus fragiles (section 3.2.2, plus haut); ii) que la stigmatisation et la désinformation sont omniprésentes (section 4.4.2, plus bas); iii) que la réduction des maladies graves et de la transmission est l'objectif principal; et iv) que la vaccination pour tous, partout, est un élément essentiel pour l'élimination de la pandémie. Pour s'attaquer aux conséquences des inégalités structurelles, l'élaboration des programmes devra se faire en collaboration avec ces communautés, comme nous l'avons vu à la section 3.2.1. Le dialogue avec la communauté et sa participation sont indispensables<sup>248</sup>.

Pour le Canada, un pays fondé avant la Confédération sur les principes de paix, de bien-être et de bon gouvernement, l'accès équitable aux vaccins contre la COVID demeure un principe hautement valorisé, mais constitue en pratique une bête noire. Depuis que l'assurance-maladie s'est étendue

245 [https://www.ema.europa.eu/en/documents/prac-recommendation/signal-assessment-report-embolic-thrombotic-events-smq-covid-19-vaccine-chadox1-s-recombinant\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/prac-recommendation/signal-assessment-report-embolic-thrombotic-events-smq-covid-19-vaccine-chadox1-s-recombinant_en.pdf)

246 Graham, J.E., Lees, S., Le Marcis F., Faye, S., Ronse, M., Lorway, R., Abramowitz, S., Peeters Grietens, K. (2018) Prepared for the "unexpected"? Lessons from the 2014-16 Ebola epidemic in West Africa on integrating emergent theory designs into outbreak response. *BMJ Global Health* 2018;3:e000990. doi:10.1136/bmjgh-2018-000990 <https://gh.bmj.com/content/3/4/e000990>

247 <https://www.visualcapitalist.com/putting-the-cost-of-covid-19-in-perspective/>

248 Ortiz K, Nash J, Shea L, Oetzel J, Garoutte J, Sanchez-Youngman S, Wallerstein N. Partnerships, processes, and outcomes: a health equity—focused scoping meta-review of community-engaged scholarship *Annual Review of Public Health* 2021;41:177-199

de la Saskatchewan au reste du Canada, des accords commerciaux internationaux sont venus se mêler à des mesures d'austérité et ont fracturé le système de santé<sup>249</sup>. Les gouvernements successifs n'ont pas toujours protégé les biens publics; les institutions, les infrastructures et les services de santé publics ont été minés, réduits en miettes et vendus sous le couvert de la collaboration, du libre-échange et des partenariats public-privé. Les capacités nationales de production de vaccins ont été négligées. Et comme les structures et les services sociaux ont été vidés de leur substance, le champ est resté libre pour que la COVID-19 ravage en grande majorité les personnes plus démunies.

Au niveau international, d'autres problèmes d'équité sont évidents. Des dizaines de candidats-vaccins contre la COVID-19 ont bénéficié d'un processus accéléré d'essais cliniques financé par des fonds publics<sup>250</sup>. Les pays qui pouvaient se le permettre ont entamé des négociations bilatérales avec les fabricants de vaccins<sup>251,252,253</sup>, dont certains en dépit des engagements pris envers les principes de l'Accélérateur ACT (accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19) et du programme COVAX<sup>254</sup>, qui vise à garantir un accès équitable et juste aux vaccins contre la COVID-19. À la mi-mars 2021, 16 % seulement de la population mondiale avait eu accès à 70 % des vaccins contre la COVID-19 disponibles<sup>255</sup>. Le 1<sup>er</sup> mars 2021 a marqué le début du déploiement du programme COVAX sur le continent africain, tandis que plusieurs pays à revenu élevé se targuaient d'avoir déjà vacciné plus de 30 à 60 % de leur propre population<sup>256</sup>.

Au milieu de ces inégalités mondiales flagrantes, la science au Canada était également assiégée. Au Canada, les experts scientifiques et cliniques du gouvernement ont subi des suppressions d'emplois. Les universités sont devenues de plus en plus dépendantes de partenariats avec les entreprises<sup>257</sup>. Les chercheurs de tout le pays ont été persuadés de collaborer avec l'industrie dans des entreprises qui ont privatisé la propriété intellectuelle de leurs découvertes<sup>258</sup>. En 2020, le Réseau mondial d'information sur la santé publique (RMISP)<sup>259</sup> du Canada, un organisme de classe mondiale, était tellement décimé que lorsque l'OMS a déclaré une urgence de santé publique le 30 janvier 2020, le gouvernement fédéral n'avait pas la capacité de respecter l'engagement pris en 2005 dans le Règlement sanitaire international (RSI) au regard de la préparation à une pandémie. Sans capacité de production, le Canada s'est retrouvé à la recherche d'équipements de protection individuelle et d'experts pour négocier l'acquisition de candidats-vaccins<sup>260</sup>. Le fait que les mesures d'austérité successives aient réduit la capacité nationale au point d'exposer la

---

249 Mijovic, H., Greyson, D., Gemmell, E., Trottier, M-E., Vivion, M., Graham, J.E., Dube, E, Bettinger, J.A. (2020) Perinatal health care providers' perceptions of facilitators and barriers influencing pertussis vaccination in pregnancy: a qualitative study. *CMAJ Open*, 8(2), E377-E382. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20190215>

250 <https://www.keionline.org/covid-contracts>

251 <https://khn.org/news/rather-than-give-away-its-covid-vaccine-oxford-makes-a-deal-with-drugmaker/>

252 <https://www.theguardian.com/world/2021/jan/22/south-africa-paying-more-than-double-eu-price-for-oxford-astrozeneca-vaccine>

253 [https://www.washingtonpost.com/world/coronavirus-vaccine-access-poor-countries-moderna/2021/02/12/0586e532-6712-11eb-bf81-c618c88ed605\\_story.html?fbclid=IwAR1kxT08\\_FuAnfnVPLC2w1P\\_UQniL4R1bnOOtqDopaOhiKQy2EEEnSrEvLLg](https://www.washingtonpost.com/world/coronavirus-vaccine-access-poor-countries-moderna/2021/02/12/0586e532-6712-11eb-bf81-c618c88ed605_story.html?fbclid=IwAR1kxT08_FuAnfnVPLC2w1P_UQniL4R1bnOOtqDopaOhiKQy2EEEnSrEvLLg)

254 <https://www.gavi.org/covax-facility>

255 Editorial. Access to COVID-19 vaccines: looking beyond COVAX *Lancet* 2021; 397:p941 [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00617-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00617-6/fulltext)

256 <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>

257 <https://www.thestar.com/opinion/contributors/2020/11/30/when-canada-was-a-world-leader-in-vaccine-research-and-production.html>

258 <https://www.statnews.com/2020/01/16/public-science-behind-merck-ebola-vaccine/>

259 <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-without-early-warning-you-cant-have-early-response-how-canadas/>

260 <https://nationalpost.com/news/politics/every-covid-vaccine-manufacturer-passed-on-making-them-in-canada-federal-procurement-minister>

sécurité canadienne n'a pas échappé aux membres de la Société royale du Canada qui, en avril 2020, ont recommandé un réoutillage immédiat pour combler les lacunes observées<sup>261</sup>.

Le Canada n'était pas seul. Les gouvernements du monde entier, répondant à des pressions politiques plutôt qu'aux appels des autorités de la santé publique, ont mis du temps à fermer les frontières de leurs pays; ils ont préféré maintenir le commerce international plutôt que de prévenir la propagation de la maladie<sup>262</sup>. Certaines collectivités et provinces ont réagi rapidement dès l'apparition du virus, en mettant en œuvre des mesures de santé publique structurées, dirigées par des médecins hygiénistes sensibles à l'épidémiologie plutôt qu'aux politiciens. Elles ont donné la priorité aux mesures de santé publique qui, plus que toutes les autres, avaient fait leurs preuves, et les ont appliquées : l'hygiène des mains, le port du masque et la distanciation sociale. Ces interventions de santé publique, suffisamment renforcées par le gouvernement et les citoyens, ont tenu le virus en échec avant l'apparition des vaccins. Les estimations des coûts économiques engendrés par le maintien de l'activité économique modélisent les complexités de la conformité aux recommandations en termes de dollars et de décès<sup>263</sup>. Le temps nous dira si les pays qui ont été verrouillés s'en sont mieux sortis que ceux dont les entreprises et les frontières sont restées ouvertes. Nous avons appris que le respect des consignes de la santé publique comme la distanciation sociale, l'hygiène des mains et le port du masque est influencé par des enjeux microéconomiques et macroéconomiques, et que l'accès à des ressources limitées, depuis l'EPI jusqu'aux vaccins, peut être incertain et discriminatoire. L'immunité collective n'étant pas encore à nos portes, les Canadiens se retrouvent, ce qui leur ressemble un peu, quelque part au milieu du peloton sur le plan des statistiques et des politiques liées aux taux d'infection, à la vaccination et à la réponse à la COVID-19.

### *3.5.9.3 Différences dans le domaine de la vaccination au Canada : politiques, politique et traditions*

Contrairement aux autres pays de l'OCDE, le Canada, en tant que fédération où la santé relève des provinces et des territoires<sup>264</sup>, n'a pas un calendrier de vaccination harmonisé pour tout le pays. Il a un calendrier différent pour chacune des 10 provinces, un pour chacun des 3 territoires, ainsi que des calendriers fédéraux pour les personnes sous leur responsabilité, comme celles qui vivent dans les réserves. Cette situation a entraîné un manque de cohérence dans la vaccination systématique au pays. La Stratégie nationale d'immunisation, établie en 2003 pour fournir un cadre de collaboration intergouvernementale efficace afin d'améliorer la pertinence, l'efficacité et l'efficience des programmes de vaccination au Canada<sup>265</sup>, est un échec. Il n'y a toujours pas de calendrier harmonisé d'immunisation nationale en 2021. Cette situation n'est ni sécuritaire ni équitable. C'est un problème pour les parents et les prestataires de soins de santé. « Qui n'est pas à jour dans sa vaccination et quel vaccin n'a pas été reçu<sup>266</sup>? » Il est difficile de répondre à cette question lors d'un déménagement. Bien que l'on puisse soutenir que la situation géographique et les différents contextes au Canada pourraient/devraient influencer les calendriers de vaccination,

261 <https://rsc-src.ca/en/voices/return-to-new-normal-royal-society-members-identify-key-societal-challenges-posed-by-covid-19>

262 <https://www.cbc.ca/news/canada/we-charity-student-grant-justin-trudeau-testimony-1.5666676>

263 <https://www.nature.com/articles/s41598-020-75280-6>

264 MacDonald NE, Bortolussi R. A harmonized immunization schedule for Canada: A call to action. *Paediatr Child Health*. 2011 Jan; 16(1): 29–31

265 <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/national-immunization-strategy-objectives-2016-2021.html>

266 MacDonald NE, Bortolussi R. A harmonized immunization schedule for Canada: A call to action. *Paediatr Child Health*. 2011 Jan; 16(1): 29–31

ceux-ci diffèrent le plus souvent en fonction de l'autonomie, des capacités, des ressources locales et des traditions locales plutôt qu'en fonction d'un raisonnement fondé sur des preuves scientifiques<sup>267</sup>. Si nous disposions d'un registre national d'immunisation dans lequel toutes les personnes vaccinées et non vaccinées seraient consignées, nous pourrions peut-être apporter des améliorations, mais nous n'en avons pas, pas plus qu'un système d'information sur la santé entièrement intégré et centré sur le patient, où non seulement le statut d'immunisation serait disponible, mais aussi les facteurs de risque de complications liées aux maladies évitables par la vaccination. Actuellement, avec nos systèmes de santé aux données très fragmentées et disjointes, il n'est pas possible de savoir en temps réel combien de personnes de plus de 50 ans souffrant de diabète ou d'hypertension ont été ou non vaccinées contre la COVID-19.

Malgré les appels lancés pour que soient corrigés ces problèmes avant l'approbation des vaccins contre la COVID-19<sup>268</sup>, la disparité entre les divers programmes de vaccination contre la COVID-19 règne toujours. Certaines provinces ont rallongé l'intervalle entre les doses de vaccin à ARNm, tandis que d'autres ne l'ont pas fait au moment où le CCNI recommandait l'administration d'une deuxième dose au bout de 21 ou 28 jours. Cette situation a changé depuis que les recommandations du CCNI ont été modifiées<sup>269</sup> — mais encore une fois, les provinces n'agissent pas toutes de la même façon. De même, comme nous l'avons vu, neuf provinces ont limité l'accès au vaccin d'Oxford-AstraZeneca aux personnes de moins de 65 ans, comme le recommandait initialement le CCNI, tandis qu'une autre ne l'a pas fait. Les provinces ont modifié de même leurs politiques respectives de vaccination lorsque des préoccupations concernant des caillots sanguins inhabituels combinés à un faible taux de plaquettes sanguines, un effet secondaire très rare, ont été soulevées en Europe<sup>270</sup>. La Colombie-Britannique et la Saskatchewan ont décidé de n'utiliser ce vaccin que pour les personnes de plus de 55 ans; le Québec a ouvert le vaccin à toute personne de plus de 55 ans, mais laissant la possibilité aux gens de le refuser (beaucoup ont accepté le vaccin) et la Nouvelle-Écosse a ciblé ce vaccin pour les personnes de 55 à 64 ans. Cette incohérence peut nuire à l'acceptation du vaccin et à la confiance de la population dans les conseils des autorités de la santé publique. Par exemple, alors que l'acceptation du vaccin d'AstraZeneca est élevée au Québec, ce n'est pas le cas en Saskatchewan, malgré des taux importants de COVID-19<sup>271</sup>.

Il existe également des disparités sur le plan de la détermination des groupes prioritaires. Certaines différences sont logiques, d'autres non. La vitesse à laquelle les personnes en soins de longue durée et celles de plus de 80 ans ont eu accès aux vaccins a varié dans les diverses régions du pays, ce qui a laissé certaines personnes âgées et leurs familles anxieuses et inquiètes. L'examen du statut vaccinal des gens à Toronto en fonction du code postal au début du mois d'avril 2021 a révélé des disparités marquées entre les différentes classes socioéconomiques<sup>272</sup>.

---

267 MacDonald NE, Bortolussi R. A harmonized immunization schedule for Canada: A call to action. *Paediatr Child Health*. 2011 Jan; 16(1): 29—31

268 MacDonald NE, Comeau J, Dubé E, Bucci L, Graham JE. A public health timeline to prepare for COVID-19 vaccines in Canada. *Can J Public Health*. 2020 Dec; 111(6): 945—952

269 <https://www.canada.ca/en/public-health/services/immunization/national-advisory-committee-on-immunization-naci/recommendations-use-covid-19-vaccines.html#t2>

270 <https://www.ema.europa.eu/en/news/astrazenecas-covid-19-vaccine-ema-finds-possible-link-very-rare-cases-unusual-blood-clots-low-blood>

271 <https://leaderpost.com/news/saskatchewan/scott-moe-laments-vaccine-dilemma-as-astrazeneca-lines-shrink>

272 <https://globalnews.ca/news/7741950/covid-toronto-vaccines-cases-ices-postal-code-data/>

### **3.5.10 Écarts entre les provinces et les territoires en matière d'accès. Exemples : établissements correctionnels et migrants**

Les écarts entre les différentes provinces et les différents territoires relativement à un même système constituent un problème important, puisqu'il est difficile de modifier les politiques en place. Les personnes travaillant et vivant dans les établissements correctionnels fédéraux partagent de nombreux facteurs qui augmentent la probabilité de propagation de la COVID-19 s'il y est introduit, ainsi que de maladies plus graves pour les détenus en raison de la prévalence élevée chez eux des problèmes médicaux sous-jacents<sup>273</sup>. Les éclosions survenues dans les établissements correctionnels ont suscité beaucoup d'inquiétudes et de craintes dans les collectivités qui les entourent. L'accès aux vaccins contre la COVID-19 est problématique — les détenus dans les établissements fédéraux sont couverts par un programme fédéral, mais les agents correctionnels relèvent de la province dans laquelle se trouve l'établissement. Cette incohérence dans le déploiement du vaccin (les prisonniers se voyant offrir le vaccin, mais pas les agents correctionnels) mine la confiance des deux groupes dans les vaccins<sup>274</sup>. De plus, il n'existe aucun motif scientifique pour justifier une telle incohérence dans l'accès (voir les exemples ci-dessous).

Les travailleurs migrants, qu'ils arrivent au Canada ou qu'ils y soient déjà, fournissent d'autres exemples de disparités entre les provinces et territoires. Ni l'un ni l'autre groupe n'est géré de manière cohérente sur la base d'une évaluation scientifique des risques et de l'impact potentiel sur la communauté. Lors de la première vague de COVID-19 en Ontario, 12 % des travailleurs agricoles migrants avaient été infectés après leur arrivée au Canada et trois d'entre eux en sont décédés<sup>275</sup>. Ces personnes sont des travailleurs essentiels qui contribuent à assurer notre approvisionnement alimentaire et pourtant, à l'heure actuelle, le Canada, tant au niveau fédéral que provincial, ne dispose pas d'un plan intégré cohérent pour l'accès de ces travailleurs migrants du secteur alimentaire à la vaccination contre la COVID 19<sup>276</sup>.

Les travailleurs des sables bitumineux de l'Alberta, dont beaucoup sont des travailleurs migrants en rotation à l'intérieur du Canada, ont également présenté des taux élevés d'infection à la COVID-19 et même de décès<sup>277</sup>. Cela n'est pas surprenant compte tenu de la densité de population des camps d'hébergement des travailleurs associés à plusieurs sites. Beaucoup de ces travailleurs migrants ont des maisons et des familles dans d'autres régions du Canada où ils retournent chaque mois. Cela augmente le risque de propager la COVID-19 dans d'autres collectivités et de l'importer également à leur retour au travail. Il n'existe pas encore de programme interprovincial cohérent d'accès aux vaccins pour ces travailleurs qui font la navette ni pour leurs familles. Ni la migration vers le Canada pour la prestation d'un service essentiel, ni les déplacements à l'intérieur du Canada ne comptent pour obtenir un accès prioritaire aux vaccins, même si ces conditions entraînent des risques plus élevés de maladie et d'impact potentiel sur les collectivités de résidence.

273 RSC Correctional Services during and beyond COVID-19, <https://rsc-src.ca/en/research-and-reports/covid-19-policy-briefing/correctional-services-during-and-beyond-covid-19>.

274 Rosemary Ricardelli person communication March 8,2021

275 Faraday et al. Migrant workers need priority access to the COVID-19 vaccine. <https://rsc-src.ca/en/voices/migrant-workers-need-priority-access-to-covid-19-vaccine>

276 Faraday et al. *Migrant workers need priority access to the COVID-19 vaccine*. <https://rsc-src.ca/en/voices/migrant-workers-need-priority-access-to-covid-19-vaccine>

277 <https://edmontonjournal.com/business/energy/covid-oilsands-alberta>



### 3.5.11 Programmes et politiques de soutien de l'immunisation

Comme nous l'avons vu à la section 2, de nombreux facteurs influencent l'acceptation des vaccins, y compris celle des vaccins contre la COVID-19. Nombre de ces facteurs relèvent du programme de soins de santé. Par exemple, la facilité d'accès est importante — l'endroit où les cliniques sont installées, les personnes qui peuvent s'y rendre, la distance à parcourir, le coût du stationnement, les heures d'ouverture, etc. influencent tous la fréquentation et l'acceptation. Actuellement, de nombreuses cliniques de vaccination contre la COVID-19 ont été ouvertes principalement en fonction des exigences du système (préoccupations initiales concernant le transport des vaccins, plans de vaccination de masse, etc.). Peu d'attention, voire aucune, n'a été accordée à la collaboration qui doit être établie avec les communautés que ces centres sont censés desservir pour faire en sorte qu'ils répondent à leurs besoins des communautés et non seulement à ceux des programmes. Comment les personnes ayant des problèmes de mobilité vont-elles se débrouiller? Qu'en est-il des aveugles, des malentendants ou des personnes ayant des compétences linguistiques limitées en anglais ou en français? Par exemple, près de trois quarts des personnes de plus de 80 ans en Ontario au 23 mars 2021 avaient été vaccinées ou avaient pris rendez-vous, mais près de 200 000 d'entre elles ne s'étaient pas inscrites<sup>278</sup>. Il n'est pas surprenant que les principaux problèmes constatés soient les suivants : la réticence de certaines personnes âgées à se rendre dans un site de vaccination de masse pour se faire vacciner, soit en raison de problèmes de transport ou de mobilité, soit parce qu'elles craignent que cela augmente leurs contacts avec d'autres personnes et, par conséquent, leur risque de contracter le virus; la possibilité limitée de se faire vacciner par leur médecin de famille; les obstacles linguistiques, technologiques et de littératie à la prise de rendez-vous pour la vaccination; les inquiétudes persistantes quant au taux d'efficacité du vaccin d'Oxford-AstraZeneca et la réticence à le recevoir en raison de l'avis initial du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) selon lequel il ne devrait pas être utilisé pour les adultes de 65 ans et plus; et l'hésitation à se faire vacciner, en particulier chez les personnes âgées qui craignent une interaction avec les médicaments qui leur sont prescrits. Le programme doit aborder ces questions, mais sans blâmer ou humilier ceux qui ne se sont pas encore manifestés.

Comme nous avons vu à la section 3.2.1, les programmes doivent être adaptés au groupe desservi (p. ex. les adultes sans domicile fixe<sup>279</sup>), faute de quoi le taux de couverture vaccinale sera faible. L'identité des participants et la manière dont ils sont accueillis sont importantes. L'acceptation d'un vaccin contre la COVID-19 dépend de la confiance accordée au vaccin, au vaccinateur et au programme de vaccination. Les ambassadeurs de la vaccination au sein de la communauté, ceux qui défendent activement le vaccin, peuvent être très utiles pour accroître cette confiance et encourager les personnes susceptibles d'être vaccinées à se présenter aux sites de vaccination<sup>280</sup>. L'expérience doit être aussi positive que possible<sup>281</sup> afin que les patients reviennent pour leur deuxième dose, qui pourrait être administrée plusieurs mois plus tard.

278 <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/covid-19-vaccine-ontario-booking-appointments-1.5958792>

279 Gosh M, Trunbull J, MacDonald N, Bond A, Orkin A. time to innovate for vulnerable people and vulnerable points in society: COVID immunization for people experiencing homelessness. <https://rsc-src.ca/en/voices/time-to-innovate-for-vulnerable-people-and-vulnerable-points-in-society-covid-immunization>

280 Habersaat K, Jackson C. Understanding vaccine acceptance and demand—and ways to increase them. *Bundesgesundheitsbl* 2020 · 63:32—39 <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-019-03063-0>

281 Taddio A What CARDS will you play to improve your COVID-19 vaccination experience



Pour plusieurs groupes, la bureaucratie doit être réduite au minimum. Exiger un ordinateur ou un téléphone pour fixer un rendez-vous est trop contraignant pour de nombreux groupes en quête d'équité. De même, comme nous avons vu, les politiques ne doivent pas empêcher les personnes qui n'ont pas les documents administratifs souhaitables (carte santé, pièce d'identité, etc.) d'avoir accès aux vaccins. Même dans les régions rurales reculées de l'Afghanistan et du Pakistan, la réception du vaccin contre la polio par les populations analphabètes est attestée par un doigt marqué à l'encre bleue et non à l'aide d'une note inscrite dans un ordinateur. Le programme d'immunisation mis en place doit être suffisamment adaptatif pour servir tout le monde et ne pas constituer un obstacle.

Toutes les étapes du programme doivent être examinées sous un autre angle encore. Sont-elles nécessaires ou simplement traditionnelles? L'utilisation d'un tampon d'alcool pour « nettoyer » la zone avant l'injection est un exemple de procédure inutile<sup>282</sup>. Non seulement cela n'a aucune valeur ajoutée pour la prévention des infections, mais l'odeur peut être désagréable pour certaines personnes et ces tampons coûtent de l'argent et augmentent le gaspillage médical et la quantité de ressources (temps/personnel) de vaccination qui pourraient être déployées autrement pour améliorer l'accès. Il ne faut pas oublier que le programme de vaccination contre la COVID-19 nécessitera probablement la désinfection de plus de 70 millions de bras si deux doses de vaccin sont nécessaires.

L'une des principales lacunes de nos programmes actuels de vaccination et des soins de santé fournis au Canada concerne les données<sup>283</sup>. Nous n'avons pas de système d'informations électroniques sur la santé entièrement intégré et centré sur le patient dans toutes les provinces et tous les territoires. Par conséquent, on ne sait pas, au niveau provincial, quelles personnes devraient être vaccinées en priorité en raison de leurs problèmes médicaux sous-jacents. Un tel système permettrait également de mieux recenser les ESSI graves et les échecs vaccinaux<sup>284</sup>. Notre système fragmentaire actuel n'est pas du tout utile et nuit à la qualité du système de santé publique ainsi qu'aux soins de santé actifs, de longue durée et préventifs. Bien que la mise en œuvre de tels systèmes prenne du temps, la COVID-19 peut donner l'impulsion nécessaire. De tels systèmes peuvent améliorer les résultats de santé tout en réduisant les coûts si la gestion du programme est intégrée dès le début<sup>285</sup>. Nous ne pouvons pas nous permettre d'ignorer ce manque de données.

---

282 Pakes BN, Taddio A. Wiping the alcohol swab away from COVID-19 vaccine program <https://rsc-src.ca/en/voices/wiping-alcohol-swab-away-from-covid-19-vaccine-program>

283 [https://www.macleans.ca/news/canada/canadas-public-health-data-meltdown/?utm\\_source=nl&utm\\_medium=em&utm\\_campaign=mme\\_daily&sf=cb2875a77ac4cec0219658e665f53d1a](https://www.macleans.ca/news/canada/canadas-public-health-data-meltdown/?utm_source=nl&utm_medium=em&utm_campaign=mme_daily&sf=cb2875a77ac4cec0219658e665f53d1a)

284 MacDonald NE, Comeau J, Dubé E, Bucci L, Graham JE. A public health timeline to prepare for COVID-19 vaccines in Canada. *Can J Public Health*. 2020 Dec;111(6):945-952

285 Graven M, Allen P, Smith I, MacDonald NE. Decline in mortality with the Belize integrated patient-centred country wide health information system (BHIS) with embedded program management. *International Journal of Medical Informatics*. 2013;82(10):954—963.

## Chapitre 4. Thèmes généraux

Quatre thèmes généraux, l'éducation, la lutte contre l'infection, les communautés et la communication, influencent les quatre grands domaines (les personnes en place — le contexte, la culture et les organisations de la société civile; les travailleurs de la santé — les services réglementés, non réglementés et environnementaux; l'immunisation — les maladies et les vaccins; et le système de santé — les politiques, les programmes et les pratiques réelles), qui doivent également être intégrés les uns aux autres.

### 4.1 Éducation : la COVID-19 et les vaccins

La pandémie de COVID-19 a mis en évidence l'insuffisance des connaissances et de la confiance collectives des Canadiens (et des autres) en matière de vaccination. Un pourcentage important de la population hésite à se faire vacciner, y compris contre la COVID-19, même dans le contexte de la pandémie (voir la section 2.2). Les gens se posent de nombreuses questions sur la vaccination contre la COVID-19 en particulier, et sur l'immunisation en général. Ils s'interrogent notamment sur le fonctionnement des vaccins, la rapidité de leur mise au point, leur efficacité et leur innocuité.

Alors que les experts de la santé publique parlent ouvertement et souvent de la vaccination contre la COVID-19, leurs messages ne sont pas faciles à comprendre pour tout le monde. Pour beaucoup, des termes comme *essais cliniques*, *mutations virales*, *immunogénicité* et *immunité collective*, sont nouveaux. La mésinformation et la désinformation au sujet de la COVID-19 et des vaccins n'ont fait qu'aggraver le problème (voir la section 4.4.2).

Plusieurs stratégies de communication sur les « notions de base » sur les vaccins sont employées pour nous aider à surmonter la pandémie de COVID-19. Les responsables de la santé publique et d'autres experts doivent faire en sorte que tous aient accès à des informations en ligne qui répondent à leurs questions sur la vaccination, lesquelles sont appelées à changer au fil du temps. Dans tout le pays, les prestataires de soins de santé doivent avoir accès à des informations à jour qu'ils pourront transmettre à leurs patients et sur lesquelles ils pourront s'appuyer pour corriger les fausses informations qui circulent (voir la section 3.2.3). Des stratégies à plusieurs volets sont nécessaires : des informations sur les vaccins facilement accessibles, précises et actualisées, diffusées à l'aide d'outils adaptés aux sous-groupes ciblés (voir la section 4.4 plus bas), une éducation sur les vaccins dans les écoles et des jeux en ligne attractifs qui enseignent non seulement les faits relatifs aux vaccins, mais surtout l'esprit critique et la culture scientifique.

Les données indiquent qu'on peut enseigner de manière fructueuse les principes de la vaccination au public, qu'il s'agisse des adultes ou des écoliers. Le Canada est un chef de file dans ce domaine avec le jeu en ligne ***I Boost Immunity***, développé en partenariat avec la Public Health Association of British Columbia, le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et le BC Centre for Disease Control<sup>286</sup>, et approuvé par le Réseau pour la sécurité des vaccins de l'OMS<sup>287</sup>. Il a été mis à jour pour englober les questions sur la COVID-19 et les vaccins utilisés pour lutter contre elle. Il a été mis à jour pour englober les questions sur la COVID-19 et les vaccins contre elle. La version destinée aux enfants d'âge scolaire — Kids Boost Immunity — qui comporte également des éléments visant à soutenir les enseignants, est maintenant utilisée dans les écoles

286 <https://iboostimmunity.com/>

287 [https://www.who.int/vaccine\\_safety/initiative/communication/network/ibi/en/](https://www.who.int/vaccine_safety/initiative/communication/network/ibi/en/)

du pays ainsi qu'en Écosse et en Irlande<sup>288</sup>. On a évalué et démontré que ce jeu permettait aux élèves d'améliorer leurs connaissances sur la vaccination, de développer leur esprit critique et d'adopter une attitude positive à l'égard des vaccins<sup>289</sup>. Le programme CARD (C=comfort [se rassurer], A=ask [demander], R=relax [se détendre], D=distract [se distraire]) peut être incorporé dans les programmes de vaccination scolaires afin d'améliorer les attitudes envers la vaccination et d'atténuer les craintes<sup>290</sup> et devrait être appliqué aux programmes de vaccination contre la COVID-19.

Pour aider à lutter contre la désinformation en général, non seulement concernant les vaccins, le Royaume-Uni propose des jeux en ligne pour différents âges : les jeux **Badnews**, conçus pour les adultes et les écoliers<sup>291,292</sup>. L'évaluation de ces jeux a montré une fois de plus qu'expliquer les techniques utilisées par ceux qui diffusent la désinformation pourra aider les gens à se protéger à l'avenir contre la désinformation<sup>293</sup>.

**It's Contagious!** (C'est contagieux!)<sup>294</sup>, **It's Infectious!** (C'est infectieux!)<sup>295</sup> et **Know It Or Not!** (Le sais-tu ou non!)<sup>296</sup> sont des expériences éducatives ludiques développées par un organisme à but non lucratif<sup>297</sup> à partir d'un projet de la Munk School of Global Affairs and Policy de l'Université de Toronto. Ces jeux donnent aux gens la possibilité de vérifier leurs connaissances sur les éléments de désinformation qui circulent sur la COVID-19 et les vaccins. Cette plateforme éducative se distingue par le fait qu'elle cherche intentionnellement à faire participer les personnes et les communautés qui sont vulnérables à la désinformation et aux disparités en matière de santé. Les segments vulnérables de la population ont été identifiés et invités à participer aux jeux par le biais de publicités ciblées présentées sur les médias sociaux. Ces jeux numériques ont réussi à capter et à maintenir l'attention des personnes vulnérables au système médiatique infodémique contemporain : en seulement cinq mois (2020-2021), plus de 200 000 Canadiens et Américains ont participé aux jeux éducatifs sur la COVID-19 et, parmi eux, 41,5 % des personnes ont joué jusqu'à la fin, le joueur moyen visionnant 11,6 affirmations et corrections. Environ 2,33 millions d'affirmations ont été évaluées pendant tout le cycle de vie des projets. De plus, 14,5 % des joueurs ont choisi de « Lire la suite » et 10 % ont parlé du jeu sur leurs comptes de médias sociaux, ce qui est indicateur d'une recherche d'informations plus approfondie et d'un potentiel multiplicateur pour la diffusion des interventions. Les jeux ont également permis aux participants d'accumuler et de conserver des connaissances exactes : un essai comparatif randomisé mené auprès d'un échantillon canadien représentatif au niveau national a révélé un gain de connaissances de l'ordre de 15 %.

Bien que tous les programmes mentionnés ci-dessus constituent des pas importants dans la bonne direction, un plan national d'éducation sur l'immunisation, qui aurait pour objectif que

---

288 <https://kidsboostimmunity.com/>

289 [https://www.youtube.com/watch?v=UZLm\\_gna2go](https://www.youtube.com/watch?v=UZLm_gna2go)

290 Taddio A. What CARDS will you play to improve COVID-19 vaccination experience? <https://rsc-src.ca/en/voices/what-cards-will-you-play-to-improve-your-covid-19-vaccination-experience>

291 <https://getbadnews.com/#intro>; <https://www.goviralggame.com/en/share>

292 <http://www.getbadnewsjunior/#intro>

293 Roozenbeek, van der Linden. Fake news game confers psychological resistance against online misinformation Nature 2019. <https://www.nature.com/articles/s41599-019-0279-9>

294 <https://itscontagiousgame.com/>

295 <https://itsinfectious.com/>

296 <https://knowitornot.com/>

297 <https://digitalpublicsquare.org/>

chacun comprenne le processus d'immunisation et la manière dont les vaccins peuvent contenir une grave maladie évitable comme la COVID-19, serait essentiel, compte tenu de l'importance qu'a l'immunisation pour notre santé, notre bien-être, notre économie et notre qualité de vie<sup>298</sup>.

Une mesure importante serait d'éduquer la prochaine génération — et l'endroit idéal pour le faire est l'école<sup>299</sup>. La vaccination est un sujet qui peut être intégré à de nombreux cours, en santé (apprendre à connaître les maladies et à garder son corps en bonne santé), en sciences (apprendre le fonctionnement des vaccins et des essais cliniques), en mathématiques (comprendre les risques liés aux maladies et à la vaccination), en santé mentale (apprendre à gérer la peur et la douleur associées aux aiguilles<sup>300</sup>) et en histoire (apprendre comment les vaccins et les maladies évitables par la vaccination ont façonné l'histoire). La vaccination est un sujet que nous devons tous connaître et dont nous devons nous préoccuper, tout comme le régime alimentaire et l'exercice physique, et il est donc temps de l'aborder dans le programme scolaire. Enseigner la vaccination aux enfants leur permettra d'acquérir une compréhension juste du sujet et favorisera l'acceptation des vaccins, par eux et leurs familles, à mesure qu'ils discuteront de leurs apprentissages.

L'éducation des prestataires de soins de santé doit également être renforcée. Cela les habilitera à défendre la vaccination et à discuter davantage de la question avec les patients (voir la section 3.2.2 plus haut). Cela permettra également de fournir des informations plus cohérentes, ce qui réduira la confusion. Pour les professions de santé qui ont des examens nationaux d'agrément, il serait important que ces examens comprennent des questions sur la vaccination.

## **4.2 Contrôle des infections — Maladie à COVID-19 : impact de la prévention et du contrôle des infections (PCI) sur l'acceptation de la vaccination<sup>301</sup>**

L'expérience a montré que le nombre d'infections à la COVID-19 varie en fonction des pratiques non pharmacologiques locales de contrôle des infections<sup>302</sup>. Le respect de ces pratiques est important. Les voyageurs de l'extérieur du Canada ou d'une autre région du Canada qui arrivent dans une collectivité peuvent y introduire de nouvelles infections, y compris de nouveaux variants. Le confinement et le dépistage des voyageurs jusqu'à ce qu'il soit déterminé qu'ils ne sont pas infectés peuvent contribuer à réduire le risque de propagation si le virus est importé.

Le contexte local dans lequel s'inscrit le déploiement des vaccins contre la COVID-19 varie d'un bout à l'autre du pays : certaines régions du Canada atlantique ne comptent que quelques infections, tandis que d'autres présentent des taux quotidiens élevés de nouveaux cas, ce qui est important sur le plan de la perception du risque<sup>303</sup>. Les taux varient même au sein d'une même province, où les cas peuvent être concentrés dans quelques points chauds régionaux. Le contexte influe sur la perception de la nécessité de se faire vacciner ainsi que sur l'aisance à se présenter pour se faire vacciner ou, en d'autres mots, la perception du risque de contracter la

298 Immunization Agenda 2030: Global strategy to leave no one behind <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/strategies/ia2030>

299 Taddio, A., MacDonald NE. Building knowledge about immunization to promote good health. <https://rsc-src.ca/en/voices/building-knowledge-about-immunization-to-promote-good-health>

300 McMurtry, C Meghan. High needle fear and COVID-19 Vaccines. <https://rsc-src.ca/en/voices/high-needle-fear-and-covid-19-vaccines>

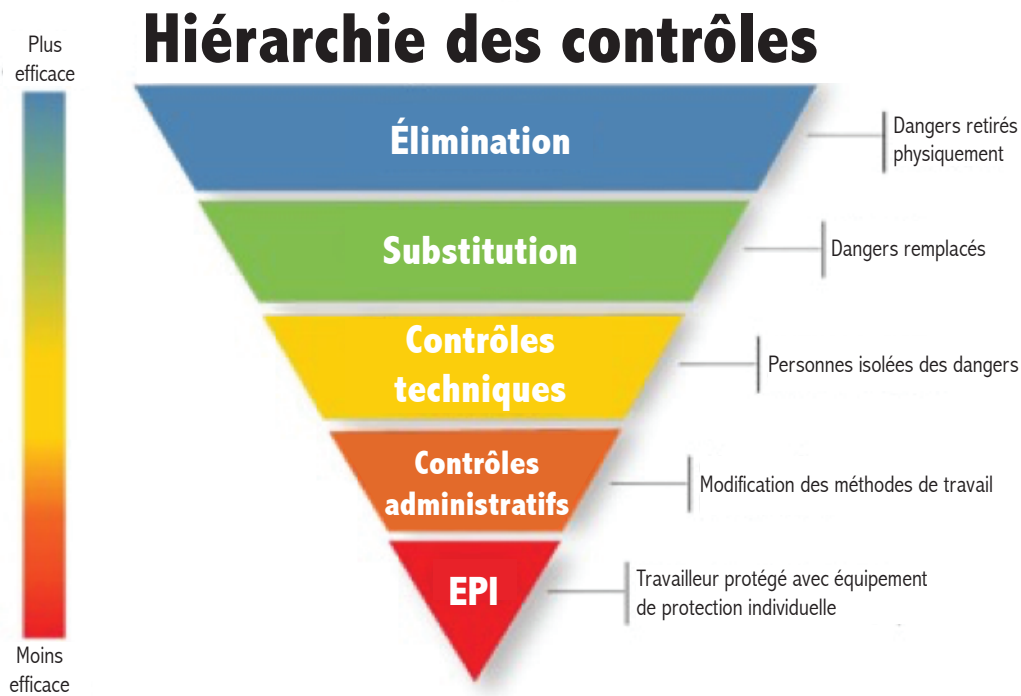
301 Comeau J Keeping everyone safe: infection prevention & control in COVID-19 vaccine clinics. <https://rsc-src.ca/en/voices/keeping-everyone-safe-infection-prevention-control-in-covid-19-vaccine-clinics>

302 Chu DK, Akl EA, Duda S, Solo K, Yaacoub S, Schünemann HJ; COVID-19 Systematic Urgent Review Group Effort (SURGE) study authors. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2020 Jun 27;395(10242):1973-1987.

303 <https://health-infobase.canada.ca/covid-19/epidemiological-summary-covid-19-cases.html>

COVID-19 dans la collectivité et la perception du risque que pose le lieu de vaccination<sup>304</sup>. Quel que soit le lieu d'administration du vaccin, il faut veiller à ce que les pratiques de contrôle des infections favorisent la sécurité des professionnels de la santé<sup>305</sup> et du public<sup>306</sup>. Certains receveurs potentiels peuvent être réticents à se rendre au lieu de vaccination s'ils considèrent qu'il y a un risque d'exposition à d'autres personnes qui pourraient être infectées à la COVID-19. Un système doit être mis en place pour rassurer le public et les professionnels de la santé sur le fait que le système de santé a appliqué les meilleures pratiques de contrôle des infections possibles<sup>307</sup>.

Au cours de la dernière année, le grand public a pris conscience de l'importance de l'équipement de protection individuelle (EPI) comme moyen de réduire la propagation de la COVID-19. Cependant, pour ceux qui travaillent dans le domaine de la prévention et du contrôle des infections (PCI), de multiples autres considérations et mesures de contrôles devraient être respectivement prises en compte et mises en œuvre en amont pour s'assurer que les personnes présentes dans les centres de vaccination de masse ne contractent pas la COVID-19 pendant qu'elles administrent ou reçoivent le vaccin. Par ordre d'efficacité (et aussi d'importance) (voir la figure 4.2), ces considérations et mesures incluent : l'élimination de l'exposition, la substitution de certaines activités, les contrôles techniques, les contrôles administratifs et l'équipement de protection individuelle (EPI)<sup>308</sup>.



**Figure 4.2.** Hiérarchie des mesures de contrôle des infections (Centers for Disease Control and Prevention, États-Unis)

304 Comeau J Keeping everyone safe: infection prevention & control in COVID-19 vaccine clinics. <https://rsc-src.ca/en/voices/keeping-everyone-safe-infection-prevention-control-in-covid-19-vaccine-clinics>

305 <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/health-professionals/infection-prevention-control.html>

306 [https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/prevention-risks.html?utm\\_campaign=hc-sc-coronavirus2021-ao-20-21&utm\\_medium=sem&utm\\_source=ggl&utm\\_content=ad-text-en&utm\\_term=%2Bcovid%20%2B19%20%2Bcanada&adv=2021-0005&id\\_campaign=10020125402&id\\_source=107800103024&id\\_content=434525470206&gclid=EAlaIqobChMI9Ju-iqTE7wIVDotaBR0NVgKbEAAAYASAAEgJdZ\\_D\\_BwE&gclsrc=aw.ds#p](https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/prevention-risks.html?utm_campaign=hc-sc-coronavirus2021-ao-20-21&utm_medium=sem&utm_source=ggl&utm_content=ad-text-en&utm_term=%2Bcovid%20%2B19%20%2Bcanada&adv=2021-0005&id_campaign=10020125402&id_source=107800103024&id_content=434525470206&gclid=EAlaIqobChMI9Ju-iqTE7wIVDotaBR0NVgKbEAAAYASAAEgJdZ_D_BwE&gclsrc=aw.ds#p)

307 <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/updated-ipac-measures-covid-19.pdf?la=en>

308 <https://www.cdc.gov/niosh/topics/hierarchy/default.html>

## **Élimination de l'exposition et substitution d'activités**

Dans le contexte des centres de vaccination, la présélection des personnes vaccinées bien avant qu'elles se présentent au centre (et, si elles ne sont pas bien, le fait de leur demander de revenir seulement lorsqu'elles seront de nouveau bien portantes) constitue une forme d'élimination locale.

## **Contrôles techniques**

Une attention considérable a été accordée aux systèmes de ventilation pour les moments où les gens sont à l'intérieur, et il a été recommandé de se réunir à l'extérieur lorsque cela est possible. Bien que les sites de vaccination ne puissent pas nécessairement être aménagés à l'extérieur, ils devraient se trouver dans de grandes salles ou dans des installations avec service au volant, qui offrent de l'espace pour la distanciation physique et une capacité de ventilation adéquate, tant pendant l'administration du vaccin que pendant la période d'observation après la vaccination. Idéalement, la circulation devrait être à sens unique.

## **Contrôles administratifs**

Des politiques et procédures soigneusement consignées doivent être utilisées, notamment des listes de vérification des mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) mises en œuvre sur chaque site. Il est également nécessaire de mettre en place un système de dépistage et de suivi des vaccinateurs et des personnes vaccinées pour faire en sorte que si une exposition accidentelle se produit, les personnes concernées soient rapidement averties.

## **Équipement de protection individuelle (EPI)**

Dans un environnement médical, l'EPI a pour objectif de protéger le porteur. Les utilisateurs mettent leur EPI (comme les masques, les visières, les blouses et les gants) lorsqu'ils rencontrent un patient potentiellement contagieux, puis l'enlève. Il est essentiel que cela soit fait correctement pour éviter toute possibilité d'auto-contamination. Dans le contexte de la pandémie, le port du masque est devenu une mesure importante pour protéger les autres. Les centres de vaccination doivent donc disposer d'un stock suffisant, tant pour les prestataires de soins que pour les personnes qui se présentent pour être vaccinées et qui n'ont pas leur propre masque<sup>309</sup>.

Les Centers for Disease Control (CDC) américains ont formulé des conseils exhaustifs à l'intention des personnes qui effectuent la vaccination contre la COVID-19. Ces conseils sont valables dans le contexte canadien<sup>310</sup>. Il convient de noter que, même si elle peut sembler contradictoire avec la prévention des infections, la pratique courante, mais inutile consistant à appliquer un tampon d'alcool sur le bras avant l'injection du vaccin n'est pas conseillée, car elle peut accroître l'anxiété de certaines personnes et ne s'appuie sur aucune donnée probante médicale relative à la prévention des infections<sup>311</sup>.

Les décideurs et les gestionnaires de programmes doivent s'assurer que les sites de vaccination suivent toutes ces pratiques exemplaires et disposent de l'équipement nécessaire pour le

309 Comeau J Keeping everyone safe: infection prevention & control in COVID-19 vaccine clinics. <https://rsc-src.ca/en/voices/keeping-everyone-safe-infection-prevention-control-in-covid-19-vaccine-clinics>

310 [https://www.cdc.gov/vaccines/pandemic-guidance/index.html?deliveryName=USCDC\\_7\\_3-DM34944](https://www.cdc.gov/vaccines/pandemic-guidance/index.html?deliveryName=USCDC_7_3-DM34944)

311 Pakes BN, Taddio A. Wiping the alcohol swab away from COBID-19 vaccine program <https://rsc-src.ca/en/voices/wiping-alcohol-swab-away-from-covid-19-vaccine-program>



faire. Les travailleurs de la santé doivent respecter les pratiques exemplaires et répondre aux préoccupations des personnes anxieuses. Les gens doivent avoir l'assurance que leur présence à un centre de vaccination contre la COVID-19 sera sécuritaire.

### 4.3. Communautés

Le partenariat avec les communautés, définies comme des groupes de personnes aux caractéristiques diverses qui partagent des liens sociaux et des points de vue communs, et qui participent à des actions communes dans des lieux géographiques ou des contextes communs (par exemple sur les médias sociaux<sup>312</sup>), est un élément bien connu qui améliore l'acceptation de la vaccination des enfants, car il permet d'accroître la confiance dans le programme de vaccination, les vaccins et les travailleurs de la santé qui le mettent en œuvre<sup>313</sup>. Comme le souligne l'OMS, le partenariat avec les communautés pour la vaccination désigne « une action de soutien et de coordination qui peut être menée par les travailleurs de la santé et les membres de la communauté pour atteindre un objectif commun, à savoir la prestation de services accessibles, fiables et conviviaux qui sont utilisés de manière appropriée par tous. Il repose sur le principe selon lequel la participation des communautés à la planification, à la prestation et à l'évaluation des services leur permet d'acquiescer une plus grande confiance dans ces services et de se les approprier<sup>314</sup> ». Il s'agit d'un élément essentiel pour renforcer l'appui aux vaccins contre la COVID-19 chez le grand public ainsi que chez les populations en quête d'équité telles que les sans-abri, les Noirs, les Autochtones, etc. Mais surtout, travailler en partenariat ne doit pas se réduire à récupérer ou à simplement consulter ces groupes. Cela suppose une planification en collaboration, l'établissement de conditions favorables à leur adhésion et la concertation avec les leaders de la communauté. Il ne faut pas non plus que l'initiative soit perçue comme une action ponctuelle. Un tel partenariat est essentiel pour assurer un appui soutenu aux mesures de lutte contre la COVID-19 au fur et à mesure de leur évolution. Il est à noter qu'un partenariat avec une communauté ne conduit pas nécessairement à des délais longs ou prolongés pour le déploiement des vaccins. Si les compétences et la volonté de travailler en collaboration sont présentes de part et d'autre, le déploiement pourra s'effectuer rapidement et efficacement.

Malheureusement, plusieurs des premiers programmes de déploiement de vaccins n'ont pas été mis en œuvre en partenariat avec les communautés. Par exemple, dans certaines provinces, des couples d'âges différents ne peuvent pas être vaccinés en même temps grâce à des rendez-vous contigus, et la distance entre les cliniques empêche les personnes ayant peu de moyens de transport de s'y rendre.

Les partenariats avec les communautés contribuent à favoriser la demande de vaccination et l'acceptation des vaccins par les communautés ainsi que leur résilience par rapport à l'évolution des programmes et des recommandations. Trop souvent, les partenariats avec les communautés ont été plutôt symboliques que fondamentaux. Les partenariats ne doivent pas être des événements ponctuels et ne doivent être perçus comme tels.

---

312 MacQueen KM, McLellan E, Metzger DS, et al. What is community? An evidence-based definition for participatory public health. *Am J Public Health*. 2001;91(12):1929-1938. doi:10.2105/ajph.91.12.1929

313 Hardt K, Schmidt-Ott R, Glismann S, Adegbola RA, Meurice FP. Sustaining vaccine confidence in the 21st century. *Vaccines (Basel)*. 2013 Jun 24;1(3):204-24.

314 [https://www.who.int/immunization/documents/IIP2015\\_Module7.pdf?ua=1](https://www.who.int/immunization/documents/IIP2015_Module7.pdf?ua=1)

L'éventail des communautés avec lesquelles un partenariat peut être envisagé est vaste : elles peuvent être de type géographique, regrouper des personnes aux mêmes besoins d'équité, être un groupe d'âge ou avoir un lien avec une organisation de la société civile ou avec des entreprises privées ou publiques, etc. Lorsque la collaboration est réelle, des suggestions véritablement créatives et perspicaces peuvent surgir. Pour optimiser le soutien que la stratégie de concertation communautaire peut apporter l'acceptation du vaccin, il faut prêter attention au moment opportun, au leadership, à la rétroaction et à la capacité de soutenir l'appropriation. À plus long terme, le fait de prendre soin de créer de nombreux partenariats communautaires permettra de maintenir la demande en vaccins contre la COVID-19 et en général. Lorsqu'une communauté soutient la vaccination, cela contribue à inciter ceux qui hésitent à l'accepter<sup>315</sup>. Cela renforce la résilience face aux problèmes d'accès ou de désinformation, car l'acceptation du vaccin est considérée comme un comportement normatif.

## 4.4 Communications

### 4.4.1 Que recèle un mot?

Des préoccupations concernant les mots utilisés dans les discussions sur les vaccins et les personnes réticentes à accepter un vaccin ont été soulevées avant la COVID-19<sup>316</sup>. Les mots peuvent avoir une influence considérable sur la façon dont un message sur les vaccins contre la COVID-19 est entendu, sur la façon dont une invitation à se faire vacciner est reçue, et sur la décision d'accepter ou non la vaccination. Les étiquettes peuvent aussi simplifier à l'excès une dynamique complexe et ne pas conduire aux changements nécessaires<sup>317</sup>. Elles peuvent aussi occulter l'impact de l'histoire et du vécu sur la décision d'accepter un vaccin (voir aussi la section 3.2.1). Le groupe de travail de la Société royale du Canada sur l'acceptation de la vaccination contre la COVID-19 s'est penché sur la question des mots et a discuté des solutions de rechange possibles aux termes qui peuvent être perçus comme irrespectueux, désobligeants et offensants dans le matériel de communication et les discussions tenues avec les personnes, ainsi que des mots utilisés lors de la vaccination d'un patient<sup>318</sup>. Ces mots peuvent constituer un obstacle supplémentaire à l'acceptation des vaccins. Le tableau 3.3.4 ci-dessous présente certaines de ces expressions et propose d'autres solutions possibles. La liste n'est pas exhaustive, mais elle constitue un point de départ pour ceux qui souhaitent élaborer des plans et du matériel de communication pour le public et pour les travailleurs de la santé qui interagissent avec le public au sujet de la COVID-19 et de ses vaccins.

315 Atwell K, Smith DT. Hearts, minds, nudges and shoves: (how) can we mobilise communities for vaccination in a marketised world? *Vaccine* 2018;36:6506-6508.

316 Dudley MZ, Privor-Dumm, Dube E, MacDonald NE. Words matter: Vaccine hesitancy, vaccine demand, vaccine confidence, herd immunity and mandatory vaccination *Vaccine* 2020; 38 :709-711.

317 <https://rsc-src.ca/en/covid-19/impact-covid-19-in-racialized-communities/data-or-politics-why-answer-still-remains>

318 McMurtry MC, Taddio A, MacDonald NE. COVID-19 vaccines, vaccine acceptance: words matter <https://rsc-src.ca/en/voices/covid-19-vaccines-vaccine-acceptance-words-matter>

**Tableau 4.4.1.** Les mots ont leur importance pour l'acceptation des vaccins

Mot	Problème/commentaires	Variantes possibles
<b>Dans les supports de communication et les discussions avec les personnes</b>		
Hésitation à se faire vacciner <sup>319</sup>	Différentes significations Polarisant Le terme « confiance » est parfois utilisé pour simplifier la question, alors que la portée du concept est beaucoup plus large.	Acceptation des vaccins Facteurs influençant l'acceptation des vaccins
Demande en vaccins	<i>Signification imprécise : pour certains, cela s'applique à l'échelle de la communauté; pour d'autres, cela s'applique aussi à l'échelle individuelle.</i> <i>Notez également qu'accepter la vaccination ne veut pas dire la demander ou l'exiger : « une personne ou une communauté peut accepter sans hésitation la vaccination, mais ne pas la réclamer ni réclamer un vaccin en particulier<sup>320</sup> ».</i>	Appui de la communauté et de la personne aux vaccins et au programme de vaccination
Personnes marginalisées, vulnérables confrontées à des inégalités sanitaires et sociales	Un concept important en matière d'équité vaccinale. Certains considèrent ces termes comme irrespectueux et même blessants, comme si elles avaient choisi leur condition.	Personnes mal desservies Méritant l'équité En quête d'équité Équité-plus (nécessitant une attention relative au soutien nécessaire pour atteindre l'équité)
« Refuseur » de vaccins	Sur le continuum allant de l'acceptation totale à la non-acceptation. « Refuseur » implique un refus actif et éventuellement public. Certains considèrent ce terme comme péjoratif et blessant.	(Personne qui) souhaite ne pas être vaccinée
Anti-vaccins	Peut faire entendre ses préoccupations et participer activement à la diffusion de fausses informations sur les vaccins. Certains considèrent ce terme comme désobligeant. Ajoute une note d'adversité (eux contre nous) qui pourrait rebuter les personnes qui envisagent encore la possibilité de se faire vacciner. N'est pas constructif dans une relation patient-professionnel de la santé.	Personne opposée à la vaccination
Immunité grégaire (5)	Jargon technique. Pour certains, cette expression est rébarbative parce qu'elle renvoie à l'élevage du bétail, etc.	Immunité collective Immunité de groupe

319 Dudley MZ, Privor-Dumm, Dube E, MacDonald NE. Words matter: Vaccine hesitancy, vaccine demand, vaccine confidence, herd immunity and mandatory vaccination *Vaccine* 2020; 38 :709-711.

320 MacDonald NE and SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine Hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine* 2015; 33:4161-4.

Aînés, vieux	Nombreux sont ceux et celles qui ne veulent pas être étiquetés comme « vieux », car cela peut impliquer qu'ils « ne sont plus utiles ».	Adultes plus âgés Aînés (personnes sages et plus âgées qui sont dépositaires des enseignements) Personnes dépassant un âge déterminé (p. ex., de plus de 65 ans)
<i>Dans le contexte de la collecte des données,</i> - identité de genre : homme, femme - identité raciale	La raison pour laquelle les informations sont recueillies peut ne pas être claire. Certains programmes peuvent demander aux gens de s'identifier selon des catégories d'identité raciale ou de genre que les personnes trouvent péjoratives ou inappropriées. Par exemple, demander à une personne d'indiquer si elle est de sexe masculin ou féminin ne convient pas à une personne qui s'identifie comme non binaire.	Expliquer clairement pourquoi l'information est recueillie et offrir la possibilité de ne pas répondre et/ou de « sélectionner toutes les réponses pertinentes » Être flexible concernant les réponses possibles lors de la collecte de ces données (par exemple, homme, femme, non binaire, bispirituel, autre, préfère ne pas répondre, etc.)
<b>Communication pendant la vaccination</b>		
« Ça va pincer. » « Ça va brûler un petit peu. »	Les mots perçus comme menaçants peuvent susciter la peur.	Utiliser des mots neutres pour signaler la procédure et pendant les interactions « On y va. » « Un, deux, trois. »
« Ne vous inquiétez pas... » « Tout va bien... ça va bien aller. » « C'est presque terminé, c'est presque terminé. »	Les apaisements répétitifs peuvent exacerber les craintes en attirant l'attention sur la procédure.	« Voudriez-vous parler d'autre chose? Ou voulez-vous prendre quelques respirations lentes et profondes? » Si la personne opte pour une distraction, envisagez la question suivante : « Quelle musique, quel livre, quel sport aimez-vous? »
« Ça ne fera pas mal du tout. »	Les fausses affirmations sont inefficaces et favorisent la méfiance.	Fournissez des informations de manière équilibrée. « Certaines personnes disent qu'elles ressentent un pincement ou une certaine pression. D'autres ne ressentent presque rien. Nous ne savons pas ce que vous allez ressentir. Vous pouvez me le faire savoir. »
« Regardez ailleurs maintenant. » « Respirez profondément maintenant. »	Imposer des stratégies d'adaptation qui ne correspondent pas aux stratégies préférées d'une personne peut accroître son anxiété.	Inviter la personne à opter pour la stratégie qu'elle préfère. « Aimez-vous regarder ou détourner le regard? » « Voulez-vous prendre une grande respiration? »

Zone de récupération : zone où l'on attend pendant 15 minutes après la vaccination.	Exagère le risque et la gravité de la procédure de vaccination en utilisant une expression utilisée après une chirurgie, et qui peut avoir une connotation négative.	Salon de départ Zone de célébration
---	--	--

#### 4.4.2 Infodémie

Au printemps de 2020, l'Organisation mondiale de la santé a déclaré que la pandémie de COVID-19 était accompagnée d'une « infodémie<sup>321</sup> ». Un déluge d'informations nocives et inexacts pollue désormais l'écosystème de l'information, semant la confusion, alimentant les divisions au sein des communautés et sapant les messages de la santé publique<sup>322,323,324</sup>. À titre d'exemple, Twitter a été submergé de messages sur la COVID-19 en 2020<sup>325</sup>. La mésinformation<sup>326</sup> sur les vaccins contre la COVID-19 (inexactitudes involontaires) et la désinformation<sup>327</sup> (contenu délibérément faux ou trompeur) se sont répandues rapidement et largement<sup>328</sup>. Des stratégies permettant de lutter contre ce phénomène ont été décrites par l'OMS<sup>329</sup> et comprennent la communication prompte d'informations exactes fondées sur des données scientifiques et des preuves à toutes les communautés, et en particulier aux communautés à haut risque, ainsi que la prise de mesures pour empêcher la propagation de la mésinformation et de la désinformation. Il faut apprendre au public à reconnaître les techniques utilisées. La santé publique et les prestataires de services doivent faciliter la tâche aux profanes qui souhaitent trouver des informations exactes et vérifier la véracité des rumeurs, en offrant au public la possibilité d'interroger des experts en santé publique sur des sujets déroutants et en promulguant des lois qui exigent un meilleur contrôle de l'exactitude des informations sur les médias sociaux<sup>330</sup>, etc. Toutes les personnes qui remarquent de fausses informations en ligne sont également encouragées à les signaler aux plateformes de médias sociaux afin qu'elles puissent prendre des mesures pour y remédier<sup>331</sup>. Parfois même des interventions bien intentionnées d'institutions reconnues peuvent contribuer à l'infodémie en renforçant la confusion<sup>332</sup>. L'OMS a fourni des conseils pas-à-pas sur la manière de signaler les cas de désinformation et de mésinformation<sup>333</sup>.

321 [https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab_1)

322 Kurasawa F. #COVID19: Social media both a blessing and a curse during coronavirus pandemic. <https://rsc-src.ca/en/voices/covid19-social-media-both-blessing-and-curse-during-coronavirus-pandemic>

323 Abdul-Mageed M Negotiating the Pandemic twitterverse. <https://rsc-src.ca/en/voices/negotiating-pandemic-twitterverse>

324 Swire-Thompson B, Lazar D. Public health and online misinformation: challenges and recommendations. *Annual Review of Public Health* 2021; 41: 433-451.

325 <https://rsc-src.ca/en/voices/negotiating-pandemic-twitterverse>

326 <https://mediamanipulation.org/definitions/misinformation>

327 <https://mediamanipulation.org/definitions/disinformation>

328 <https://covid19misinfo.org/>

329 <https://www.who.int/news/item/23-09-2020-managing-the-covid-19-infodemic-promoting-healthy-behaviours-and-mitigating-the-harm-from-misinformation-and-disinformation>

330 MacDonald NE. Fake news and science denier attacks on vaccines. What can you do? *Can Commun Dis Rep* 2020;46:432—5

331 [https://www.who.int/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/how-to-report-misinformation-online?gclid=EAlaIqObChMI4IevluCq7wVxt7lCh0KmwO2EAAYASAAEgLV\\_PD\\_BwE](https://www.who.int/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/how-to-report-misinformation-online?gclid=EAlaIqObChMI4IevluCq7wVxt7lCh0KmwO2EAAYASAAEgLV_PD_BwE)

332 MacDonald NE. COVID-19, public health and constructive journalism in Canada. *Can J Public health* 2021;112:179-182.

333 MacDonald NE. COVID-19, public health and constructive journalism in Canada. *Can J Public health* 2021;112:179-182.

### 4.4.3 Stratégies de communication efficaces

La clé d'une communication publique fructueuse pour lutter contre les facteurs qui diminuent l'acceptation des vaccins réside dans le ciblage minutieux des messages sur l'efficacité, l'innocuité et la disponibilité des vaccins. Il faut pour cela prêter attention aux douze points importants d'une stratégie de communication (tableau 4.4.3.) :

**Tableau 4.4.3.** Douze stratégies et principes de communication

	Stratégie	Principe
1	Stratégie de segmentation	Comprendre les opinions dominantes des différents groupes cibles afin de concevoir le message qui leur convient.
2	Stratégie visant à éviter/ réduire la confusion	Cohérence du message fondamental sur les vaccins et la santé
3	Stratégie reposant sur la clarté des communications	Utilisation d'un langage compréhensible par le groupe cible dans la documentation qui lui est destinée
4	Stratégie de l'incitation équilibrée	Utiliser des messages qui, tout en étant cohérents, varient afin d'obtenir une réponse optimale de la part du public cible; utiliser une combinaison appropriée de communication sensorielle, rationnelle et émotionnelle.
5	Stratégie de communication basée sur l'inoculation préventive	Utilisation d'arguments qui anticipent les objections
6	Stratégie du « écouter plus, parler moins »	Favoriser la conversation et la communication bilatérales, et assurer un suivi dans la mesure du possible.
7	Stratégie de combinaison des médias traditionnels et des médias sociaux	Utiliser les médias auxquels les groupes cibles peuvent accéder avec un minimum d'effort
8	Stratégie basée sur la crédibilité des sources	Utilisation de porte-paroles et de sources d'information qui ont une grande crédibilité aux yeux du groupe cible.
9	Stratégie de répétition	Des messages de suivi fréquents et réguliers, mais transmis de différentes façons pour éviter l'épuisement du message.
10	Stratégie de la boucle de rétroaction	Mesurer en continu la réaction aux messages et l'expérience de vaccination vécue par le groupe cible.
11	Stratégie du bouche-à-oreille	Poursuivre la conversation avec les personnes vaccinées afin de les rassurer et de susciter des réactions positives dans les médias sociaux.
12	Stratégie de disponibilité	Faire en sorte que la stratégie qui permet une vaccination facile, contrôlée, à des endroits appropriés et à des moments opportuns soit largement communiquée.



#### **4.4.4 Bouchées, collations, repas**

Comme nous venons de voir, l'infodémie sur la COVID-19 est écrasante, non seulement pour le public, mais aussi pour les travailleurs de la santé. On reconnaît de plus en plus que même lorsque l'information sur la vaccination est fournie à un sous-groupe cible à l'aide des stratégies que nous venons de mentionner, les membres du sous-groupe ne veulent pas tous recevoir la même quantité d'information. Certains ne veulent qu'une réponse brève à la question posée — une bouchée — d'autres veulent une bouchée et quelques explications — une collation — et d'autres encore veulent tout cela plus des preuves — soit un repas complet. Cela s'applique à toutes les circonstances, depuis les interactions individuelles entre les patients et les professionnels de la santé jusqu'aux documents de santé publique destinés à être consultés par le public et/ou les professionnels de la santé. Cela signifie qu'au moment de la préparation de la documentation probante, les sources doivent être référencées et, si possible, rendues accessibles par des hyperliens pour ceux et celles qui veulent plus qu'une bouchée ou une collation. Les sites Web dignes de confiance pour trouver de l'information doivent être communiqués. Le projet Vaccine Safety Net (VSN) de l'OMS aide les internautes à trouver des informations fiables et adaptées à leurs besoins sur l'innocuité des vaccins<sup>334</sup>. Il existe au Canada un certain nombre de sites Web en anglais et en français qui sont approuvés par le VSN.

#### **4.4.5 Cohérence, exactitude et actualité**

Au milieu de la cacophonie de la mésinformation et de la désinformation, les messages de la santé publique et des professionnels de la santé doivent se distinguer par leur cohérence et leur exactitude, c'est-à-dire qu'ils doivent être fondés sur des données probantes et être à jour. Ils doivent refléter la vérité, indiquer que la science a évolué et préciser les résultats les plus récents. Il est essentiel de corriger les informations erronées et trompeuses. Dans le passé, on craignait que le fait de corriger un mythe ne le rende encore plus tenace. Des recherches récentes ont montré qu'il est utile de déboulonner les mythes et de présenter des faits exacts fondés sur des données probantes<sup>335</sup>. Bien que le Précis de réfutation ait été préparé par des experts de 20 universités (Australie, Canada, Allemagne, Royaume-Uni et États-Unis) pour lutter contre la désinformation sur les changements climatiques, ses principes s'appliquent également à la désinformation sur les vaccins<sup>336</sup>.

### **4.5 Cohérence des communications partout au Canada**

Une communication cohérente partout au pays est essentielle pour que le public s'y retrouve dans le paysage complexe de la COVID-19<sup>337</sup>. Le fait que chaque province et territoire présente des politiques et des informations différentes sur le même vaccin, comme cela s'est produit au Canada avec le vaccin contre le VPH, crée de la confusion et mine la confiance du public<sup>338,339</sup>. Comme nous l'avons mentionné à la section 3.2.3, il existe déjà des exemples de confusion qui ont miné la

334 [https://www.who.int/vaccine\\_safety/initiative/communication/network/vaccine\\_safety\\_websites/en/](https://www.who.int/vaccine_safety/initiative/communication/network/vaccine_safety_websites/en/)

335 <https://www.climatechangecommunication.org/wp-content/uploads/2020/10/DebunkingHandbook2020.pdf>

336 <http://repository.essex.ac.uk/29625/1/The%20COVID-19%20Vaccine%20Communication%20Handbook.pdf>

337 MacDonald NE, Comeau J, Dubé E, Bucci L, Graham JE. A public health timeline to prepare for COVID-19 vaccines in Canada. *Can J Public Health*. 2020 Dec; 111(6): 945—952

338 Shapiro GK, Guichon J, Kelaher M. Canadian school-based HPV vaccine programs and policy considerations. *Vaccine*. 2017 Oct 9;35(42):5700-5707

339 Steenbeek, A, MacDonald N, Downie, J, Appleton, M, Baylis, F. Ill-Informed Consent? A Content Analysis of Physical Risk Disclosure in School-Based HPV Vaccine Programs. *Public Health Nursing* 2012;29:71-79

confiance de la population à l'égard de la vaccination en raison des conseils différents fournis par Santé Canada, le CCNI et les quelques provinces et territoires sur l'utilisation du vaccin d'Oxford-AstraZeneca contre la COVID-19. Une meilleure coordination et une plus grande unité dans les messages sont nécessaires. Si certains programmes doivent être différents, les messages doivent souligner pourquoi un contexte différent justifie une stratégie différente. Le contenu de base sur les vaccins disponibles contre la COVID-19 doit être présenté de manière semblable, bien que la nature exacte des messages et la façon dont ils sont transmis puissent varier pour s'adapter à la communauté visée<sup>340</sup>. Les incertitudes concernant les vaccins en général et leurs particularités doivent être reconnues — il est important de communiquer la science qui sous-tend ce que l'on sait, ce que l'on ne sait pas et ce que l'on fait pour combler ces lacunes afin de maintenir la confiance des personnes et des communautés dans le programme et dans ces vaccins<sup>341</sup>.

---

340 Dube E, Gagnon D, Vivion M. Optimizing communication material to address vaccine hesitancy. *CCDR* 202;46 (2/3):48—5

341 MacDonald NE, Comeau J, Dubé E, Bucci L, Graham JE. A public health timeline to prepare for COVID-19 vaccines in Canada *Can J Public Health*. 2020 Dec; 111(6): 945—952

## Chapitre 5. Recherche

Comme nous l'avons indiqué au chapitre 2, l'acceptation des vaccins est une question complexe et de nombreux facteurs l'influencent, y compris, mais sans s'y limiter, les problèmes liés à l'innocuité des vaccins, les problèmes d'accès et la confiance du public dans les prestataires de soins de santé. La COVID-19 et les vaccins utilisés pour lutter contre elle n'ont fait que rendre ce domaine encore plus complexe. La plupart des recherches menées sur cette question avant l'apparition de la COVID-19 se sont concentrées sur l'acceptation des vaccins courants administrés durant l'enfance et peu d'études ont été faites concernant la vaccination des adultes. Les problèmes liés à l'acceptation des vaccins contre la COVID-19 ont donc mis en évidence de nombreuses lacunes dans nos connaissances scientifiques et autres informations sur l'acceptation des vaccins chez les adultes. Les domaines de recherche qui devraient être explorés concernant l'acceptation des vaccins ont été regroupés ici sous les rubriques « Lacunes dans les données », « Sensibilisation », « Équité » et « Leçons apprises ».

### 5.1 Lacunes dans les données

Bon nombre de ces lacunes sont dues au manque de recherches sur les vaccins destinés aux adultes et leur acceptation, sur l'acceptation des vaccins dans certaines régions et au sein de sous-groupes particuliers au Canada et/ou sur l'acceptation des vaccins contre la COVID-19 et les stratégies qui permettraient d'accroître leur acceptation.

Quelles relations y a-t-il entre l'acceptation des vaccins et les déterminants sociaux de la santé au Canada?

Quelles sont les préoccupations/objections exactes qui minent l'acceptation des vaccins contre la COVID-19 et comment varient-elles selon l'âge, le sous-groupe et le contexte régional?

Quelles stratégies se sont révélées les plus efficaces pour chaque sous-groupe? Dans quels contextes? Pour quelles tranches d'âge?

Comment définir le travailleur de première ligne et le travailleur essentiel lors d'une pandémie — sur la base de quelles données probantes doit-on le faire? Quels facteurs doivent être pris en compte dans l'analyse des risques? Le principe de précaution est-il toujours valable et utile relativement aux événements vaccinaux très très rares qui surviennent dans le contexte d'une pandémie? Quelles données existent et quelles analyses ont été faites à cet égard?

Quel est l'objectif du programme de vaccination contre la COVID-19 [contrôle ou prévention d'une maladie grave (hospitalisation et décès)] et comment cela affecte-t-il l'acceptation du vaccin?

Comment rendre plus cohérents les informations et les conseils disparates fournis par les différents experts?

Quelles sont les stratégies les plus efficaces pour combattre l'infodémie et son impact sur l'acceptation du vaccin? Comment ces stratégies varient-elles selon le sous-groupe, l'âge et le contexte exact associé à la COVID-19?

Les lacunes en matière d'information sur la santé des patients ont-elles entravé la planification et l'acceptation du déploiement des vaccins? Comment ces lacunes peuvent-elles être comblées pour éviter que les mêmes problèmes nuisent à l'acceptation de futurs vaccins?

## 5.2 Sensibilisation

Quelles sont les stratégies les plus efficaces pour sensibiliser les travailleurs de la santé, le grand public, les groupes en quête d'équité, les enfants, les adolescents et les diverses collectivités sur les vaccins contre la COVID-19? Comment tout cela affecte-t-il l'acceptation et la résilience?

## 5.3 Équité

Quelles sont les meilleures stratégies pour optimiser l'acceptation des vaccins au sein de chaque sous-groupe en quête d'équité et dans chaque contexte?

Quelles sont les meilleures et les pires stratégies pour communiquer avec les communautés afin d'accroître l'acceptation des vaccins?

## 5.4 Leçons apprises sur l'acceptation des vaccins contre la COVID-19

Quelles sont les leçons apprises à ce jour sur l'acceptation des vaccins? Quels changements devraient être apportés maintenant pour accroître le taux d'acceptation? Comment ces leçons peuvent-elles être appliquées à la vaccination systématique et aux futurs programmes de vaccination?

Quelles stratégies peuvent accroître la cohérence de la vaccination au Canada, réduire la confusion dans l'esprit du public et accroître le taux d'acceptation des vaccins?

Quels enseignements tirés des programmes de vaccination contre la COVID-19 et de l'acceptation des vaccins peuvent être appliqués au Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 de l'Assemblée mondiale de la santé<sup>342</sup>, qui vise à promouvoir l'immunisation tout au long de la vie à l'échelle mondiale?

---

<sup>342</sup> <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/strategies/ia2030>

## Chapitre 6. Recommandations

Comme nous l'avons vu dans ce survol, l'acceptation des vaccins contre la COVID-19 est une question complexe : de nombreux facteurs influencent la décision de se faire vacciner ou non contre la COVID-19, tels que les connaissances, les attitudes et les croyances, les réseaux sociaux, l'environnement de communication, le taux d'infections dans une communauté (c'est-à-dire le contexte), les influences culturelles et religieuses, ainsi que l'organisation des services et des politiques sanitaires et communautaires. Des interventions soigneusement conçues, fondées sur des données probantes et adaptées aux besoins et aux préoccupations de la communauté<sup>343</sup> sont nécessaires pour inciter et habiliter les gens à faire des choix éclairés sur les vaccins contre la COVID-19, pour renforcer leur confiance dans les autorités sanitaires et ceux qui administrent les vaccins et pour favoriser leur acceptation de la vaccination.



Au terme de ses délibérations sur cette question complexe, le groupe de travail de la SRC sur l'acceptation de la vaccination contre la COVID-19 propose les recommandations suivantes pour chacune des quatre catégories présentées dans la figure 1. Il y a 18 recommandations **urgentes** nécessitant une attention immédiate, 8 recommandations **à court terme** qui devraient être traitées dans les 3 à 6 prochains mois et 17 recommandations **à plus long terme** qui devraient être traitées au cours de la prochaine année.

Urgente	À court terme	À plus long terme
		

Comme ces recommandations sont interdépendantes, les approches plus traditionnelles, cloisonnées, pour favoriser l'acceptation des vaccins ne seront pas efficaces. Pour optimiser les résultats, il sera essentiel que les personnes et les communautés<sup>344</sup>, les travailleurs de la santé, les systèmes de santé, les programmes de santé publique ainsi que les programmes de santé fédéraux, provinciaux, territoriaux et autochtones participent tous à ces efforts pour assurer une coopération et une large appropriation des mesures.





### Les personnes et les communautés : responsabilités

Les personnes et les communautés doivent travailler avec les autres partenaires pour promouvoir activement l'acceptation de la vaccination contre la COVID-19. Nous recommandons par conséquent :

1. Que les programmes de vaccination contre la COVID-19 soient adaptés au contexte et aux besoins de chaque communauté grâce à une concertation active et à une élaboration des mesures en collaboration avec la communauté.	
2. Que chaque programme local favorise le développement d'ambassadeurs de la vaccination (tels que des chefs religieux, des leaders communautaires) qui travailleront avec les sous-groupes de la communauté pour accroître l'acceptation de la vaccination contre la COVID-19.	





343 MacQueen KM, McLellan E, Metzger DS, et al. What is community? An evidence-based definition for participatory public health. *Am J Public Health*. 2001;91(12):1929-1938. doi:10.2105/ajph.91.12.1929

344 MacQueen KM, McLellan E, Metzger DS, et al. What is community? An evidence-based definition for participatory public health. *Am J Public Health*. 2001;91(12):1929-1938. doi:10.2105/ajph.91.12.1929

3. Que les personnes et communautés défendent en priorité les besoins des communautés mal desservies.	
4. Que du temps de congé payé soit accordé à tous les travailleurs pour faciliter la vaccination contre la COVID-19.	
5. Que l'accès à la vaccination soit facilité en fournissant des cliniques mobiles, le transport vers les sites de vaccination et une aide à la prise de rendez-vous.	
6. Les initiatives éducatives relevant du Cadre national d'immunisation devraient être élaborées en collaboration avec les communautés, y compris les groupes en quête d'équité.	

### **Travailleurs de la santé (professionnels réglementés et personnes essentielles à la prestation des soins de santé)**










Les travailleurs de la santé partagent la responsabilité de promouvoir activement l'acceptation de la vaccination contre la COVID-19 au sein de leur profession et de leurs communautés. Nous recommandons par conséquent :

1. Que tous les travailleurs de la santé aient accès à une formation sur la COVID-19, les vaccins contre la COVID-19 et les meilleures pratiques d'immunisation qui ont été coélaborées et adaptées à leurs besoins.	
2. Que tous les travailleurs de la santé participant aux programmes de vaccination reçoivent une formation adéquate sur l'acceptation des vaccins, l'atténuation de la douleur associée à la vaccination et les réactions liées au stress de la vaccination. Cette formation devrait notamment porter sur l'utilisation des mots appropriés (voir le tableau 4.4.1) et les autres facteurs qui favorisent une expérience de vaccination plus positive et, par le fait même, l'acceptation des vaccins.	
3. Que les travailleurs de la santé se soutiennent les uns les autres en se faisant vacciner le plus tôt possible contre la COVID-19 et en devenant des ambassadeurs de l'immunisation.	
4. Que les professionnels de la santé se soutiennent les uns les autres en adoptant et en appliquant les notes d'information/mises à jour bihebdomadaires (voir les responsabilités fédérales/provinciales/territoriales/autochtones plus bas) sur les questions d'actualité relatives à la maladie et aux vaccins contre la COVID-19 afin d'accélérer l'établissement de réponses de qualité aux questions des patients.	

### **Systeme de santé et programmes de santé publique : responsabilités**


Les systèmes de santé et les programmes de santé publique partagent la responsabilité de travailler en collaboration avec d'autres partenaires, notamment les travailleurs de la santé, les communautés et les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et autochtones, afin de promouvoir activement l'acceptation de la vaccination contre COVID-19 sur l'ensemble de leur territoire. Nous recommandons par conséquent :









1. Que le système de santé et les programmes de santé publique se rapportant à la vaccination contre la COVID-19 soutiennent l'écoute active des diverses communautés en ce qui concerne la COVID-19 et les questions liées à l'acceptation de la vaccination et à l'accès à celle-ci.	
2. Que les problèmes d'acceptation des vaccins chez les travailleurs de la santé soient abordés en utilisant des stratégies fondées sur les données probantes et que ces efforts s'inscrivent dans un objectif d'amélioration continue de la qualité des programmes.	
3. Que l'on évalue en temps réel les progrès liés aux taux de vaccination des populations et des divers sous-groupes et que l'on ajuste les programmes pour combler les lacunes relevées.	
4. Que les programmes de vaccination contre la COVID-19 mettent en œuvre les pratiques exemplaires de contrôle des infections.	
5. Que les systèmes de santé et les programmes de santé publique soutiennent les notes d'information/mises à jour bihebdomadaires fondées sur des données (voir les responsabilités fédérales, provinciales, territoriales et autochtones plus bas).	
6. Que le programme de vaccination contre la COVID-19 optimise les systèmes de collecte de données (voir les responsabilités fédérales, provinciales, territoriales et autochtones plus bas) afin qu'ils soient conviviaux pour les travailleurs de la santé, pour ceux qui planifient les mesures sanitaires et pour le public.	
7. Que les programmes de vaccination contre la COVID-19 mettent en œuvre des modèles appropriés qui renforceront les soins préventifs au sein du système de santé (voir également les responsabilités fédérales, provinciales, territoriales et autochtones plus bas) même après la pandémie.	
8. Que les systèmes de santé et les programmes de santé publique favorisent et soutiennent la sensibilisation sur la vaccination contre la COVID-19 et sur l'immunisation plus globalement.	
9. Que les systèmes de santé et les programmes de santé publique utilisent l'expérience et les leçons tirées de la vaccination contre la COVID-19 pour renforcer les programmes de vaccination systématique.	

### **Responsabilités fédérales, provinciales, territoriales et autochtones**

Les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et autochtones partagent la responsabilité de travailler en collaboration avec les autres partenaires, notamment les communautés, les travailleurs de la santé, les systèmes de santé et les programmes de santé publique, afin de promouvoir activement l'acceptation de la vaccination contre la COVID-19 dans tout le pays. Nous recommandons par conséquent :

1. Que les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et autochtones assurent l'équité en matière d'immunisation pour les vaccins contre la COVID-19 et tous les autres vaccins recommandés par le CCNI.	
--	---

2. Que toutes les administrations s’emploient à promouvoir l’acceptation des vaccins contre la COVID-19 et des autres vaccins au sein des diverses communautés par le biais d’un vaste effort de sensibilisation des communautés.	
3. Que le gouvernement fédéral paie/subventionne le salaire des employés qui s’absentent du travail pour se faire vacciner contre la COVID-19.	
4. Que toutes les administrations élaborent une stratégie permettant de fournir des notes d’information bihebdomadaires fondées sur les données probantes à l’intention du système de santé, des programmes de santé publique, des travailleurs de la santé et des médias.	
5. Que toutes les administrations reconnaissent l’importance d’une communication publique claire, concise et pancanadienne sur la COVID-19 et les vaccins utilisés pour lutter contre la maladie. Cela comprend le fait de reconnaître que les choses sont susceptibles de changer au fur et à mesure de l’émergence de nouvelles informations.	
6. Que la cohérence et la transparence des communications soient encouragées à tous les échelons du gouvernement et de la santé publique par l’utilisation d’un langage adapté à la culture et à la communauté visée afin de renforcer la confiance dans les vaccins et leur acceptation. Il doit être clair que les messages/conseils sont fondés sur les meilleures données/preuves scientifiques disponibles.	
7. Que toutes les administrations soutiennent la suppression des protections de la propriété intellectuelle qui entravent le droit humain à un accès équitable aux soins de santé, y compris aux vaccins.	
8. Que les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et autochtones veillent à ce que toutes les parties du processus d’approbation et de recommandation des vaccins respectent les principes fondamentaux qui renforcent la confiance (voir le tableau 3.2.4.2).	
9. Que toutes les administrations reconnaissent l’immunisation comme un droit juridiquement exécutoire en recommandant publiquement la vaccination dans leurs lois sur la santé publique ou lois équivalentes, et qu’elles éliminent les obstacles à un accès équitable à la vaccination.	
10. Que toutes les administrations promulguent des lois qui soutiennent l’élaboration et la mise en œuvre d’un Cadre national d’immunisation qui garantirait un accès équitable aux vaccins, une éducation en matière d’immunisation pour tous les groupes d’âge et un soutien à la recherche sur l’immunisation.	
11. Que les ministères, y compris les ministères de la Santé et de l’Éducation, travaillent ensemble en vue d’optimiser les stratégies d’acceptation de l’immunisation.	
12. Que toutes les administrations utilisent l’expérience acquise pendant la pandémie de COVID-19 pour renforcer les soins préventifs partout au pays.	
13. Que les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et autochtones soutiennent énergiquement la mise à niveau des systèmes électroniques d’information sur la santé dans tout le pays et veillent à ce que ces systèmes soient tous axés sur le patient et entièrement intégrés.	

14. Que les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et autochtones examinent les risques liés à la prise de possession par les grandes entreprises du processus d'immunisation.	
15. Que les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et autochtones améliorent l'expertise et l'infrastructure scientifiques au sein des organismes et des programmes afin de mieux soutenir tous les programmes, y compris les programmes liés à la vaccination.	
16. Que les leçons tirées du programme d'immunisation à la COVID-19 soient appliquées pour améliorer tous les programmes d'immunisation à tous les échelons du gouvernement.	
17. Que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux s'entendent sur un âge commun de la majorité au Canada et qu'ils l'officialisent dans leurs lois respectives.	
18. Que les administrations mettent en œuvre le Programme de soutien aux victimes d'une vaccination sans égard à la faute.	

## Annexe I

La complexité de la question de l'acceptation des vaccins, en particulier des vaccins contre la COVID-19, est mise en évidence par les ressources de la Société royale du Canada (SRC) sur la COVID-19 (<https://rsc-src.ca/en/covid-19>), notamment ses notes de breffage et ses perspectives éclairées. Les ressources de la SRC auxquelles le présent document fait référence apparaissent ci-dessous dans l'ordre de leur première apparition :

Caulfield T. Science and the uncertainty dance. <https://rsc-src.ca/en/voices/science-and-uncertainty-dance>

Loewen, P., Owen, T., & Ruths, D. The vaccine will only work if enough people take it. <https://rsc-src.ca/en/voices/vaccine-will-only-work-if-enough-people-take-it>

Greenwood M. & MacDonald, N. Vaccine mistrust: a legacy of colonialism. <https://rsc-src.ca/en/voices/vaccine-mistrust-legacy-colonialism>

Ghosh M., Turnbull J., MacDonald N, Bond A., & Orkin A. Time to innovate for vulnerable people and vulnerable points in society: COVID immunization for people experiencing homelessness. <https://rsc-src.ca/en/voices/time-to-innovate-for-vulnerable-people-and-vulnerable-points-in-society-covid-immunization>

Ghosh M, Trunbull J, MacDonald N, Bond A, Orkin A. Key strategies to vaccinate homeless populations. Royal Society of Canada Informed perspectives <https://rsc-src.ca/en/voices/key-strategies-to-vaccinating-homeless-populations>

McMurtry CM. High needle fear and COVID-19 vaccines. <https://rsc-src.ca/en/voices/high-needle-fear-and-covid-19-vaccines>

Taddio, A. What CARDS will you play to improve your COVID-19 vaccination experience? <https://rsc-src.ca/en/voices/what-cards-will-you-play-to-improve-your-covid-19-vaccination-experience>

Harmon, SHE. & MacDonald NE. COVID-19 vaccines and serious adverse events following immunization: action needed! <https://rsc-src.ca/en/voices/covid-19-vaccines-and-serious-adverse-events-following-immunization-action-needed>

Comeau, J. & Top, K. Anaphylaxis and COVID-19 vaccines. <https://rsc-src.ca/en/voices/anaphylaxis-and-covid-19-vaccines>

McElhaney, J. & Andrew MK. Reducing barriers to vaccination: decision-making and access. <https://rsc-src.ca/en/voices/reducing-barriers-to-vaccination-decision-making-and-access>

Harmon SH, MacDonald NE, Petite W, Graham JE. Invigorating Public Health in Canada: New Governance for Immunization in the Post-COVID-19 Era. Royal Society of Canada. 2021-Policy briefing in press

Harmon S. Characteristics of a fair vaccine injury compensation program for Canada. <https://rsc-src.ca/en/voices/characteristics-fair-vaccine-injury-compensation-program-for-canada>

Flood, CM. & Thomas, B. The case for a COVID-19 vaccination certificate. <https://rsc-src.ca/en/voices/case-for-covid-19-vaccination-certificate>

Harmon, SHE. Vaccine rollouts and the role of employers. <https://rsc-src.ca/en/voices/vaccine-rollouts-and-role-employers>

Graham, J. & Manca, T. Return to a new normal: Royal Society members identify key societal challenges posed by COVID-19. <https://rsc-src.ca/en/voices/return-to-new-normal-royal-society-members-identify-key-societal-challenges-posed-by-covid-19>

Faraday, F., Fudge, J., Hanley, J., McLaughlin, J., Ramsaroop, C., Tungohan, E. & Weiler, A. Migrant workers need priority access to the COVID-19 vaccine. <https://rsc-src.ca/en/voices/migrant-workers-need-priority-access-to-covid-19-vaccine>

Pakes, BN. & Taddio A. Wiping the alcohol swab away from COVID-19 vaccine program. <https://rsc-src.ca/en/voices/wiping-alcohol-swab-away-from-covid-19-vaccine-program>

Taddio, A. & MacDonald, NE. Building knowledge about immunization to promote good health. <https://rsc-src.ca/en/voices/building-knowledge-about-immunization-to-promote-good-health>

Comeau, J. Keeping everyone safe: infection prevention & control in COVID 19 vaccine clinics. <https://rsc-src.ca/en/voices/keeping-everyone-safe-infection-prevention-control-in-covid-19-vaccine-clinics>

Walcott, R. Data or politics? Why the answer still remains political. <https://rsc-src.ca/en/covid-19/impact-covid-19-in-racialized-communities/data-or-politics-why-answer-still-remains>

McMurtry, MC., Taddio, A. & MacDonald NE. COVID-19 vaccines, vaccine acceptance: words matter. <https://rsc-src.ca/en/voices/covid-19-vaccines-vaccine-acceptance-words-matter>

Kurasawa, F. #COVID19: Social media both a blessing and a curse during coronavirus pandemic. <https://rsc-src.ca/en/voices/covid19-social-media-both-blessing-and-curse-during-coronavirus-pandemic>

Abdul-Mageed, M. Negotiating the pandemic twitterverse. <https://rsc-src.ca/en/voices/negotiating-pandemic-twitterverse>



RSC SRC

**The Royal Society of Canada**

282 Somerset Street West  
Ottawa, Ontario K2P 0J6  
[www.rsc-src.ca](http://www.rsc-src.ca)  
613-991-6990

**La Société royale du Canada**

282, rue Somerset ouest  
Ottawa (Ontario) K2P 0J6  
[www.rsc-src.ca](http://www.rsc-src.ca)  
613-991-6990