

Protéger l'avenir

L'avenir de l'immunisation en Ontario



RAPPORT ANNUEL 2024

Du médecin hygiéniste en chef de l'Ontario à l'Assemblée législative de l'Ontario

Dédicace

Le présent rapport est dédié aux Ontariennes et Ontariens, aux travailleuses et travailleurs de la santé, aux partenaires locaux de la santé publique et aux dirigeants communautaires dont l'engagement indéfectible à fournir des vaccins à leurs communautés a sauvé la vie de nombreuses personnes.

Reconnaissance du territoire

Les personnes qui ont contribué à la rédaction du présent rapport reconnaissent respectueusement que les terres sur lesquelles ce travail a été réalisé sont les territoires traditionnels et ancestraux des Premières Nations, des Inuits et des Métis qui en ont pris soin et en ont assuré la gestion depuis des temps immémoriaux. Plus précisément, le présent rapport a été préparé sur les territoires traditionnels suivants :

- À Toronto, aussi connue sous le nom de Tkaronto, le territoire traditionnel de nombreuses nations, dont les Mississaugas de la Credit, la Première Nation anichinabée, les Chippewas, les Haudenosaunee et les Wendats. Toronto fait partie du territoire visé par le Traité n° 13 conclu avec les Mississaugas de la Credit et est aujourd'hui habité par de nombreux membres des Premières Nations, Inuits et Métis en milieu urbain. Toronto se trouve sur les terres protégées par le pacte de la ceinture de wampum dit « un plat à une cuillère », un accord entre les Haudenosaunee, la Première Nation anichinabée et les nations alliées concernant le partage et la gestion pacifiques des ressources autour des Grands Lacs.
- À Ottawa, aussi connue sous le nom d'Adawe, sur le territoire traditionnel non cédé et non abandonné du peuple algonquin, membre de l'Entente sur la gouvernance de la Nation Anishinabek.
- À London, sur les terres traditionnelles des premières Nations anichinabée, haudenosaunee, lūnaapéewak et chonnonton, sur les terres liées aux traités du canton de London et de Sombra de 1796 et au pacte de la ceinture de wampum dit « un plat à une cuillère ».
- À Hamilton, sur les territoires traditionnels des Premières Nations Mississauga et Haudenosaunee, et à l'intérieur des terres protégées par le pacte de la ceinture de wampum dit « un plat à une cuillère ».
- Dans la région de Durham, sur le territoire traditionnel de la Première Nation mississauga de l'île Scugog, visé par les traités Williams, et sur les terres traditionnelles des peuples anichinabée, haudenosaunee et huron-wendat.

Nous savons que la reconnaissance du territoire ne suffit pas. Nous reconnaissons que notre présence sur ces terres s'accompagne de responsabilités, non seulement envers leurs habitants, mais aussi envers la terre elle-même. Cette reconnaissance s'accompagne d'un engagement à continuer à apprendre, à prendre soin de la terre et à soutenir le leadership autochtone en matière d'intendance et de prise de décisions. Nous reconnaissons également que l'intendance n'est pas une question de propriété, mais une responsabilité partagée fondée sur le respect, l'humilité et la responsabilisation. Nous reconnaissons que les structures coloniales, y compris les espaces de santé publique, continuent de produire des inégalités, et nous nous engageons à travailler ensemble pour atténuer ces disparités et améliorer la santé de tous les Ontariens et Ontariennes. Nos partenaires des Premières Nations, des Inuits et des Métis nous guident dans l'élaboration des stratégies d'équité en santé et pour nous aider à accorder la priorité aux modes de connaissance et d'existence autochtones et à favoriser la prise en charge de la santé autochtone par les Autochtones eux-mêmes.

Lettre du Dr Moore



Monsieur le président,

J'ai le plaisir de vous présenter mon rapport annuel de 2024, « Protéger l'avenir : L'avenir de l'immunisation en Ontario » pour me conformer aux obligations du médecin hygiéniste en chef indépendant de l'Ontario et au paragraphe 81(4) de la Loi sur la protection et la promotion de la santé de 1990.

Le présent rapport célèbre l'effet profond et durable qu'a eu l'immunisation en Ontario. Il souligne le leadership et le dévouement des responsables des politiques et des cliniciens qui ont travaillé sans relâche pour réduire considérablement ou même éliminer la propagation de maladies autrefois dévastatrices, comme la variole, la poliomyélite et la rubéole.

Protéger l'avenir montre le rôle essentiel qu'a joué l'investissement provincial dans l'amélioration de l'accès à l'immunisation. Grâce à l'augmentation du nombre des fournisseurs de soins de santé autorisés qui peuvent administrer des vaccins, y compris les pharmaciens et les sages-femmes, et au renforcement des liens avec les soins primaires, les Ontariennes et les Ontariens sont maintenant plus nombreux à pouvoir se faire vacciner en temps opportun. De plus, de nouveaux outils numériques commencent à faciliter l'accès au dossier de santé, ce qui permettra aux gens de faire le suivi de leurs vaccinations ainsi que de celles de leurs enfants et des membres de leur famille.

Pour que les progrès rendus possibles par les investissements réalisés jusqu'à ce jour puissent se poursuivre, l'Ontario doit combler les lacunes qui subsistent dans son système d'immunisation. En raison de l'absence d'un système centralisé d'information sur l'immunisation, il est difficile de déterminer et de corriger les lacunes dans la couverture à l'échelle de la province.

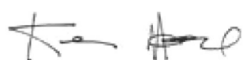
Bien que la vaccination systématique ait sauvé la vie de milliers d'enfants, l'accès demeure inégal dans certaines communautés. Parallèlement, la mésinformation et la lassitude face à la vaccination continuent d'éroder la confiance du public en le faisant douter de la sécurité et de l'importance de l'immunisation. En nous attaquant de front à ces problèmes, nous renforcerons la capacité de l'Ontario à protéger tous les résidents des maladies évitables, aujourd'hui et au cours des années à venir.

Des relations solides entre les fournisseurs de soins de santé et les communautés doivent être au cœur de la stratégie d'immunisation de l'Ontario. Je consacre une grande partie du rapport à souligner le succès des initiatives communautaires car nous savons que c'est ainsi que s'établit la confiance.

Le présent rapport présente une vision pratique et prospective du système d'immunisation de l'Ontario, un système qui comprend un système provincial centralisé d'information sur l'immunisation, un élargissement de l'accès aux vaccins qui sauvent des vies, un renforcement de la surveillance et de la confiance du public envers la vaccination ainsi qu'un investissement soutenu dans la préparation et l'innovation.

Je tiens à remercier sincèrement toutes les personnes qui ont contribué à la préparation du présent rapport, y compris le comité consultatif externe et les équipes d'évaluation interne du ministère de la Santé de l'Ontario, et à leur témoigner ma plus profonde reconnaissance.

Veuillez agréer l'expression de mes meilleurs sentiments.



Dr Kieran Moore

Table des matières

Dédicace	2
Reconnaissance du territoire	3
Lettre du Dr Moore.....	4
Résumé.....	7
Section 1. Introduction	10
L'immunisation sauve des vies	10
Un investissement dans la prévention	12
Section 2. Le paysage actuel de l'immunisation en Ontario	14
Programmes d'immunisation financés par le secteur public de l'Ontario	14
L'investissement dans l'immunisation	14
Section 3. Défis actuels	25
Comblar les lacunes dans les données sur l'immunisation	26
Remédier aux disparités d'accès et d'adoption	27
Freiner la perte de confiance en les vaccins	28
Section 4. Renforcer les programmes d'immunisation de l'Ontario	31
Une vision pour l'avenir de l'immunisation en Ontario	32
La vision pour un système national d'information sur l'immunisation au Canada.....	33
Relever le défi n° 1 :Comblar les lacunes dans les données sur l'immunisation	34
Relever le défi n° 2 :Remédier aux disparités dans l'accès et l'adoption	45
Relever le défi n° 3 :Freiner la perte de confiance en les vaccins	55
Section 5. L'évolution du paysage de l'immunisation	66
Intervenir contre les menaces émergentes	66
Innovations en matière de vaccination	69
Section 6. Recommandations et prochaines étapes	74
Conclusion	78
Références	79
Remerciements	90

Résumé

Le pouvoir et les promesses de l'immunisation

L'immunisation est l'une des interventions de santé publique les plus efficaces de l'histoire. À l'échelle mondiale, les vaccins préviennent jusqu'à cinq millions de décès par année. En Ontario, l'immunisation a contribué à éliminer des maladies comme la poliomyélite et la rubéole, et à réduire considérablement l'incidence d'autres maladies comme la coqueluche. En plus de sauver des vies, les vaccins offrent également d'importants avantages économiques. À eux seuls, les vaccins pour les adultes permettent au Canada d'économiser environ 2,5 milliards de dollars par année sous forme de réduction des coûts des soins de santé et de gains de productivité.

Les programmes d'immunisation de l'Ontario se sont considérablement développés au fil des années et offrent maintenant 29 vaccins qui protègent contre 23 maladies. Depuis 2014, l'investissement public dans ces programmes a augmenté de plus de 400 %. Parmi les nouveaux vaccins ajoutés, mentionnons le vaccin contre le virus respiratoire syncytial (VRS) pour les nourrissons et les personnes âgées à risque élevé, ainsi qu'une protection élargie contre les pneumocoques pour les enfants et les personnes âgées. Ces développements illustrent le fait que l'immunisation est de plus en plus reconnue comme étant un outil essentiel, non seulement pour la prévention des maladies infectieuses et du cancer, mais aussi pour la prise en charge des maladies chroniques.

Les investissements dans la prévention

Les investissements provinciaux ont joué un rôle essentiel dans l'élargissement de l'accès à l'immunisation dans toute la province. Grâce à l'augmentation du nombre des fournisseurs de soins de santé autorisés qui peuvent administrer des vaccins, y compris les pharmaciens et les sages-femmes, et au renforcement des liens avec les soins primaires, les Ontariennes et les Ontariens sont maintenant plus nombreux à pouvoir se faire vacciner en temps opportun. De plus, de nouveaux outils numériques qui permettent aux gens d'accéder facilement à leur dossier de santé les aideront à accéder plus aisément à l'historique de leur immunisation.

Se préparer pour l'avenir

Pour continuer à réaliser des progrès, l'Ontario doit combler les lacunes qui subsistent dans son système d'immunisation. En raison de l'absence d'un système centralisé d'information sur l'immunisation, il est extrêmement difficile de déterminer et de corriger les lacunes dans la couverture à l'échelle de la province. Bien que la vaccination systématique ait sauvé la vie de milliers d'enfants, l'accès demeure inégal dans certaines communautés. Parallèlement, la mésinformation et la lassitude face à la vaccination continuent d'éroder la confiance du public en le faisant douter de la sécurité et de l'importance de l'immunisation. En nous attaquant de front à ces problèmes, nous renforcerons la capacité de l'Ontario à protéger tous les résidents des maladies évitables, aujourd'hui et au cours des années à venir.

Protéger l'avenir

Le rapport de cette année présente une vision pratique et réalisable visant à renforcer les programmes d'immunisation de l'Ontario pour l'avenir.

Un système d'information numérique sur l'immunisation à l'échelle de la province consoliderait les dossiers, permettrait d'effectuer une surveillance en temps réel et favoriserait une amélioration de l'intervention en cas d'épidémie. Il serait également lié aux données sociodémographiques pour nous permettre de déterminer et de résoudre les problèmes d'accès.

Les relations au sein de la communauté doivent être au cœur de la stratégie d'immunisation de l'Ontario. Des initiatives communautaires comme la campagne de sensibilisation à la mpox, les séances de discussion ouverte du groupe de travail des scientifiques noirs et le pow-wow de vaccination de Na-Me-Res montrent comment des approches locales adaptées à la culture peuvent instaurer la confiance et améliorer l'accès.

Il est tout aussi essentiel de renforcer la confiance qu'inspirent les vaccins. Les fournisseurs de soins de santé demeurent la source d'information sur les vaccins qui inspire le plus confiance et il est essentiel de s'assurer qu'ils aient accès aux meilleures ressources disponibles pour renforcer la confiance du public. Un centre de ressources centralisé sur l'immunisation fournirait aux fournisseurs et au public une information exacte et accessible. Les ambassadeurs communautaires, qui sont des messagers de confiance au sein de leurs communautés, peuvent également jouer un rôle important dans la lutte contre la mésinformation.

L'Ontario doit également se préparer aux menaces émergentes qui vont des épidémies de maladies infectieuses, comme la rougeole aux futures pandémies. Il faut pour cela investir dans le développement et la fabrication des vaccins au pays et soutenir les innovations pour lutter contre la résistance aux antimicrobiens et prévenir le cancer.

Principales recommandations:

Créer un système provincial centralisé d'information sur l'immunisation pour que les personnes puissent consulter plus facilement leur historique de l'immunisation.



Plaider en faveur d'un système national d'information sur l'immunisation et d'un calendrier de vaccination harmonisé pour assurer l'uniformité et l'équité partout au Canada.

Remédier aux inégalités d'accès en soutenant les stratégies communautaires et en améliorant l'accès aux soins primaires.



Renforcer la confiance en les vaccins grâce à des relations de confiance avec les fournisseurs de soins de santé et les ambassadeurs communautaires.

Renforcer les systèmes de surveillance pour surveiller l'innocuité et l'efficacité des vaccins en temps réel.



Investir dans l'innovation et la préparation, y compris le développement et la fabrication de vaccins à l'échelle nationale; utiliser de nouvelles technologies pour faire face aux menaces émergentes.



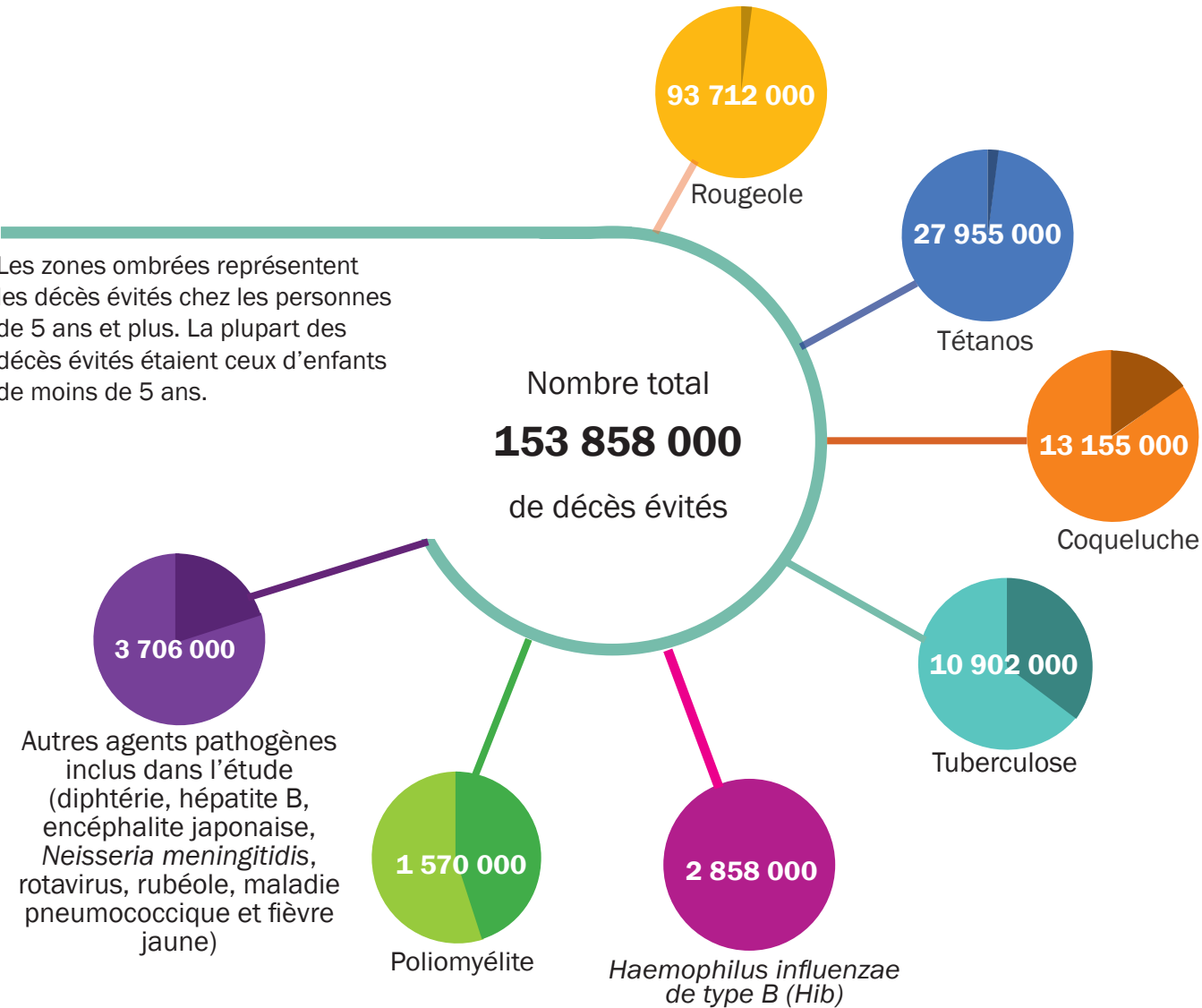
Section 1. Introduction

L'immunisation sauve des vies

L'immunisation est l'une des interventions de santé publique les plus efficaces de l'histoire. Elle prévient la propagation des maladies infectieuses, réduit la mortalité infantile et a permis d'accroître l'espérance de vie à l'échelle mondiale.¹

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime qu'entre 3,5 et 5 millions de vies sont sauvées chaque année, uniquement grâce aux vaccinations systématiques qui préviennent des maladies comme la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la grippe et la rougeole.¹ Au cours des 50 dernières années, on estime que 154 millions de décès ont été évités dans le monde grâce à l'immunisation, dont plus de 100 millions chez les enfants de moins d'un an.²

Figure 1. Nombre total de décès évités à l'échelle mondiale grâce aux vaccins, 1974-2024



Source : Adapté de: Shattock et al., Contribution of vaccination to improved survival and health: modeling 50 years of the Expanded Programme on Immunization. The Lancet. 2024;403(10441):2307-2316. doi:10.1016/s0140-6736(24)00850-x.

L'immunisation a permis de prévenir de nombreuses maladies autrefois redoutées et d'en éradiquer une. En 1967, l'OMS a annoncé un programme de vaccination visant à éradiquer la variole, une maladie mortelle qui défigurait ses victimes et causait la cécité. Grâce à un effort mondial, la variole a été éradiquée en 1980, ce qui constituait une avancée historique en matière de santé publique. Bien que la variole soit la seule maladie à avoir été éradiquée à l'échelle mondiale, l'immunisation a permis d'éliminer des maladies comme la polio, la rougeole endémique et la rubéole au Canada.

Les programmes d'immunisation universelle ont également permis de réduire considérablement l'incidence de maladies comme la coqueluche, les oreillons, la rougeole, la diphtérie et la rubéole au Canada (voir la Figure 2).

Figure 2 : Les vaccins fonctionnent : Nombre de cas de 6 maladies évitables par la vaccination avant et après la vaccination de routine

Nombre de cas avant l'introduction du vaccin*	Maladie	Réduction du nombre de cas (en pourcentage)	Nombre de cas après l'introduction du vaccin**
17 777	Coqueluche 	87% ↓	2 340
36 101	Oreillons 	98% ↓	737
53 584	Rougeole 	99% ↓	37
8 142	Diphtérie 	99% ↓	5
14 974	Rubéole 	99% ↓	1
2 545	Poliomyélite 	100% ↓	0

* Les nombres de cas avant l'introduction du vaccin sont des dénombrements annuels moyens du nombre de cas au Canada au cours des cinq années qui ont précédé la vaccination de routine ou des cinq années les plus proches d'une période de déclaration stable.

** Les nombres de cas après l'introduction du vaccin sont des dénombrements annuels moyens du nombre de cas au Canada de 2016 à 2020. Le Canada détient le statut de pays où la rougeole endémique a été éliminée depuis 1998. En raison de la circulation mondiale, des éclosions causées par des cas importés surviennent encore au Canada.

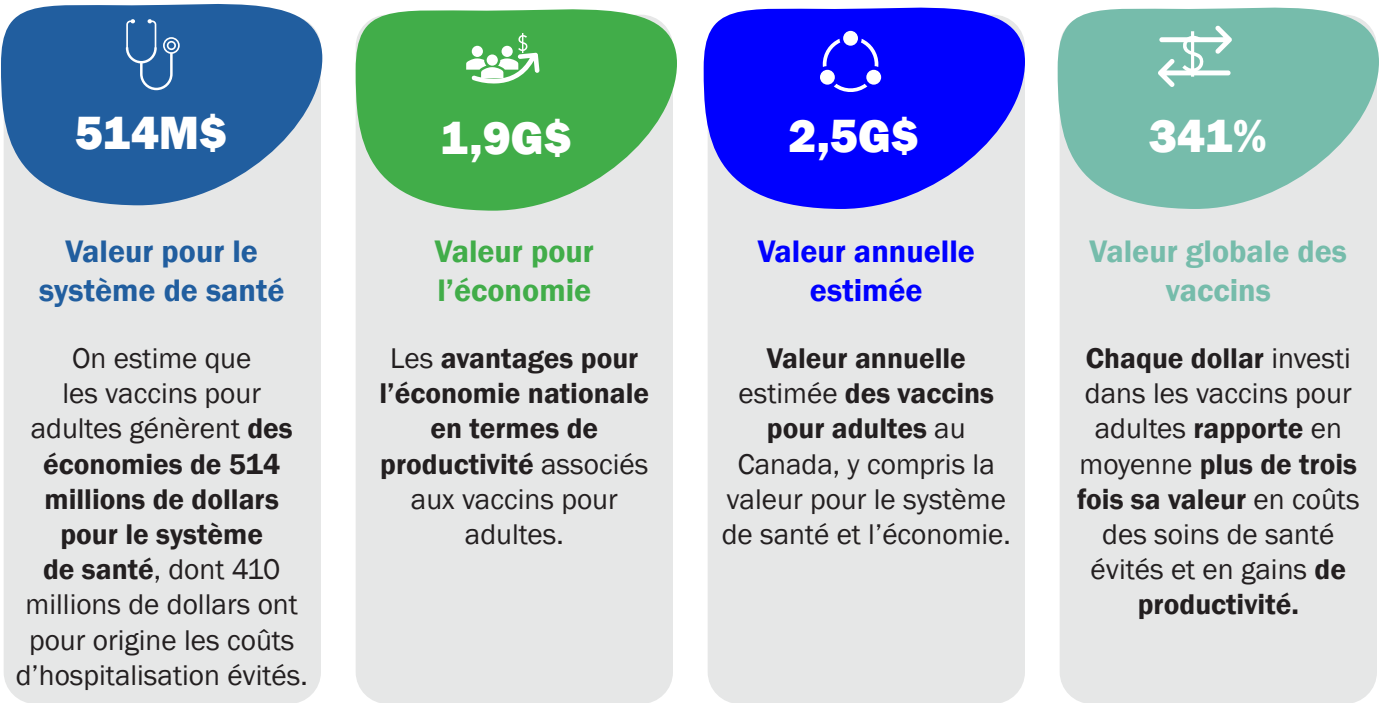
Source : Agence de la santé publique du Canada. Les vaccins fonctionnent : Nombre de cas de 6 maladies évitables par la vaccination avant et après la vaccination de routine. 6 avril 2018.

Un investissement dans la prévention

En plus de réduire la morbidité et la mortalité, l'immunisation est également une source importante d'économies pour le système de santé car elle réduit le nombre des visites aux salles d'urgence, des hospitalisations et des admissions aux unités de soins intensifs.

Un rapport récent commandé par l'Adult Vaccine Alliance et 19 to Zero estime qu'au Canada, les vaccins pour adultes permettent de réaliser des économies de **2,5 milliards de dollars** par an, dont **514 millions de dollars** en économies sur les soins de santé et **1,9 milliard de dollars** en avantages économiques.³ Ces économies ont pour origine une réduction du nombre des hospitalisations et une productivité accrue.

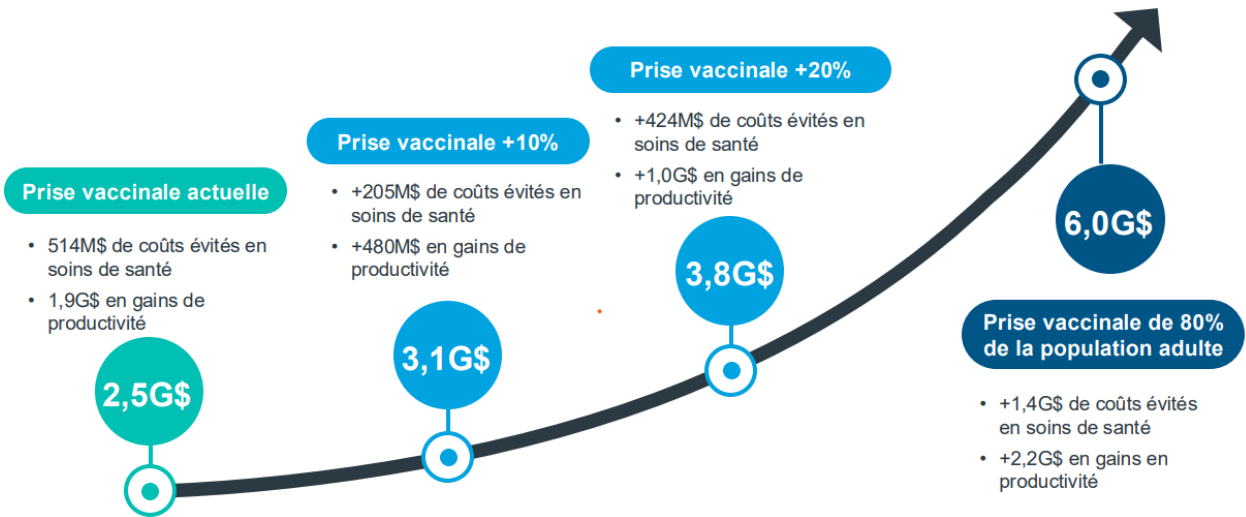
Figure 3. Valeur des vaccins pour adultes au Canada



Source : IQVIA SOLUTIONS. La valeur non satisfaite des vaccins au Canada – étude d'IQVIA, Adult Vaccine Alliance, 2024.

La vaccination pourrait permettre de réaliser des économies encore plus importantes si davantage de personnes se faisaient vacciner. Une augmentation de 20 % seulement du nombre des adultes vaccinés contre le zona, le virus respiratoire syncytial (VRS), le pneumocoque, le virus du papillome humain (VPH), la COVID-19 et la grippe pourrait permettre de réaliser des gains de productivité supplémentaires d'**un milliard de dollars** à l'échelle nationale.³ Si 80 % des adultes recevaient ces vaccins, la valeur annuelle totale des vaccins pour adultes au Canada pourrait atteindre **6 milliards de dollars**.³

Figure 4. Une hausse du nombre des personnes qui reçoivent les vaccins pour adultes entraînerait des économies sur le plan économique et dans le domaine des soins de santé



Source : IQVIA SOLUTIONS. La valeur non satisfaite des vaccins au Canada – étude d'IQVIA , Adult Vaccine Alliance, 2024.

The background of the header features a stylized city skyline in shades of blue and grey. Overlaid on this are several orange, spiky virus-like particles. In the center, a large medical syringe is depicted, with its needle pointing upwards. The syringe's plunger is at the top, and the barrel is filled with a yellow liquid. A large, orange shield is positioned behind the syringe, partially obscuring it. The text 'Section 2.' is written in a large, bold, black font at the top left. Below it, the main title 'Le paysage actuel de l'immunisation en Ontario' is written in a slightly smaller, bold, black font.

Section 2.

Le paysage actuel de l'immunisation en Ontario

Programmes d'immunisation financés par le secteur public de l'Ontario

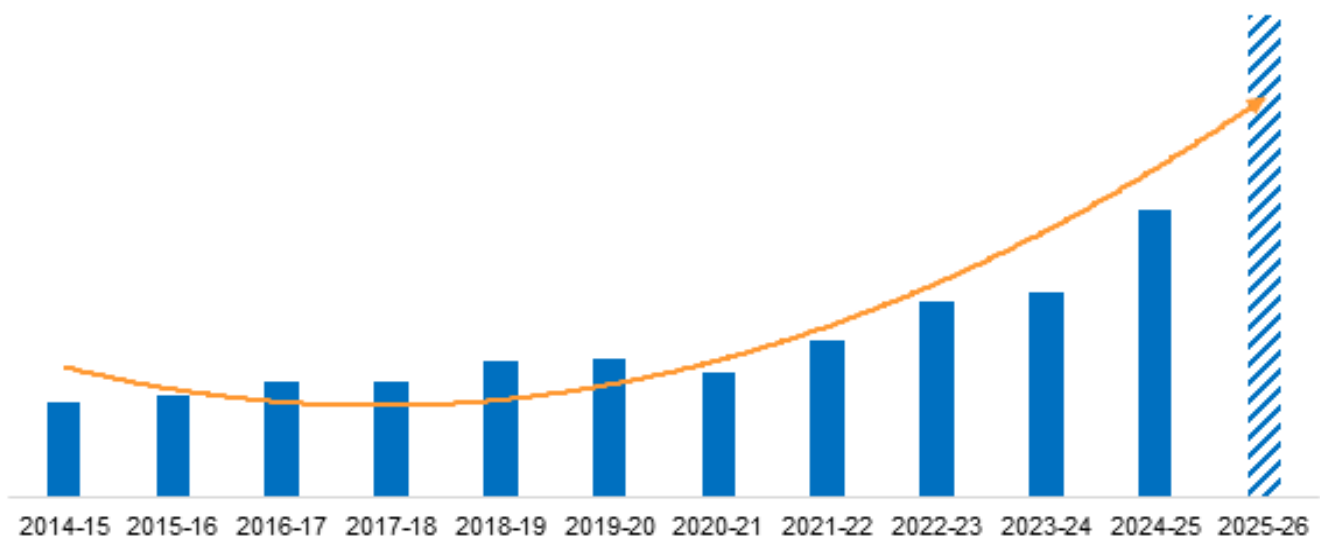
La vaccination protège tout au long de la vie contre les maladies infectieuses potentiellement mortelles, y compris celles qui peuvent entraîner le cancer et d'autres complications graves. Elle joue également un rôle essentiel dans la gestion des maladies chroniques en prévenant les complications graves et les infections secondaires.

Comme les projections montrent qu'un(e) Ontarien(ne) sur quatre recevra un diagnostic de maladie chronique d'ici à 2040, la vaccination deviendra de plus en plus essentielle à l'amélioration de la santé dans toute la province.

L'investissement dans l'immunisation

Les programmes de vaccination financés par le secteur public de l'Ontario ont pris de l'ampleur ces dernières années et comprennent maintenant 29 produits d'immunisation uniques qui protègent contre 23 maladies différentes. Entre 2014 et 2025, les investissements dans l'immunisation financée par le secteur public en Ontario ont augmenté de plus de 400 % (voir la Figure 5).

Figure 5. Programmes d’immunisation de l’Ontario : dépenses d’une année sur l’autre, 2014-2025



Source : Ministère de la Santé, 2025

Depuis 2023, l’Ontario offre de nouveaux vaccins pour mieux protéger les personnes à risque élevé de maladies graves telles que :

Le virus respiratoire syncytial (VRS)	Programme pour les personnes âgées à risque élevé, lancé à l’automne/hiver 2023-2024 Programme universel pour les nourrissons, lancé à l’automne/hiver 2024-2025
Pneumococcie invasive (PI)	Vaccins Prevnar 15 (pour les enfants et les adultes à risque élevé) et Prevnar 20 (pour les personnes âgées) offerts depuis l’été 2024

Depuis plus d’une décennie, l’Ontario est un chef de file en matière de programmes d’immunisation de la petite enfance. En 2011, l’Ontario a été l’une des premières provinces canadiennes à offrir le vaccin contre le rotavirus à tous les nourrissons. Puis, en septembre 2024, l’Ontario est devenu l’une des trois seules provinces à offrir le vaccin contre le VRS à tous les nourrissons.

L’investissement continu dans la recherche et les nouvelles technologies vaccinales contribuera à créer de nouvelles façons de protéger la population des maladies évitables par la vaccination.

Plains feux sur : Un calendrier national d'immunisation harmonisé au Canada

Depuis 1997, la Société canadienne de pédiatrie préconise l'adoption d'un calendrier de vaccination harmonisé.⁵ Contrairement à des pays comme les États-Unis, l'Australie et le Royaume-Uni, où un calendrier normalisé unique est utilisé à l'échelle nationale, le Canada s'appuie sur un système fragmenté. Chaque province et territoire établit son propre calendrier de vaccination en déterminant quels vaccins sont disponibles pour les enfants, quand ils sont administrés et qui y est admissible.

Cette approche fragmentée peut être source de confusion lorsque les familles déménagent d'une province à l'autre, ce qui augmente le risque que des vaccinations soient omises ou retardées. Elle présente également un problème d'équité car les enfants de certaines régions peuvent recevoir des vaccins essentiels plus tard que les autres ou même ne pas les recevoir du tout.

En plus d'accroître l'accessibilité et l'uniformité, un calendrier national pourrait présenter des avantages économiques. Grâce aux achats en gros, les coûts de l'approvisionnement centralisé par le gouvernement fédéral seraient probablement moindres que ceux des ententes provinciales séparées. Comme le régime national d'assurance médicaments du Canada est déjà en cours d'élaboration, l'infrastructure nécessaire à l'achat coordonné de vaccins par le gouvernement fédéral prend déjà forme.

Figure 6 : L'immunisation au cours de la vie en Ontario

Grossesse

Des vaccins contre le tétanos, la diphtérie, la coqueluche, la grippe et la COVID-19 sont offerts pendant la grossesse pour protéger les nouveau-nés au cours des premiers mois de leur vie.



Enfants

Des vaccins contre 12 infections graves (diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, rougeole, oreillons, rubéole, varicelle, Hib, maladie pneumococcique, VRS et rotavirus) sont offerts lors des consultations pédiatriques.



Adolescents

Les élèves de 7e année se voient offrir des vaccins contre le VPH, l'hépatite B et la méningite par les cliniques en milieu scolaire.



Personnes âgées

Les vaccins contre les maladies pneumococciques et le zona sont offerts aux personnes âgées et, à partir de 2023, le VRS est proposé aux personnes âgées à risque élevé.



Vaccins saisonniers

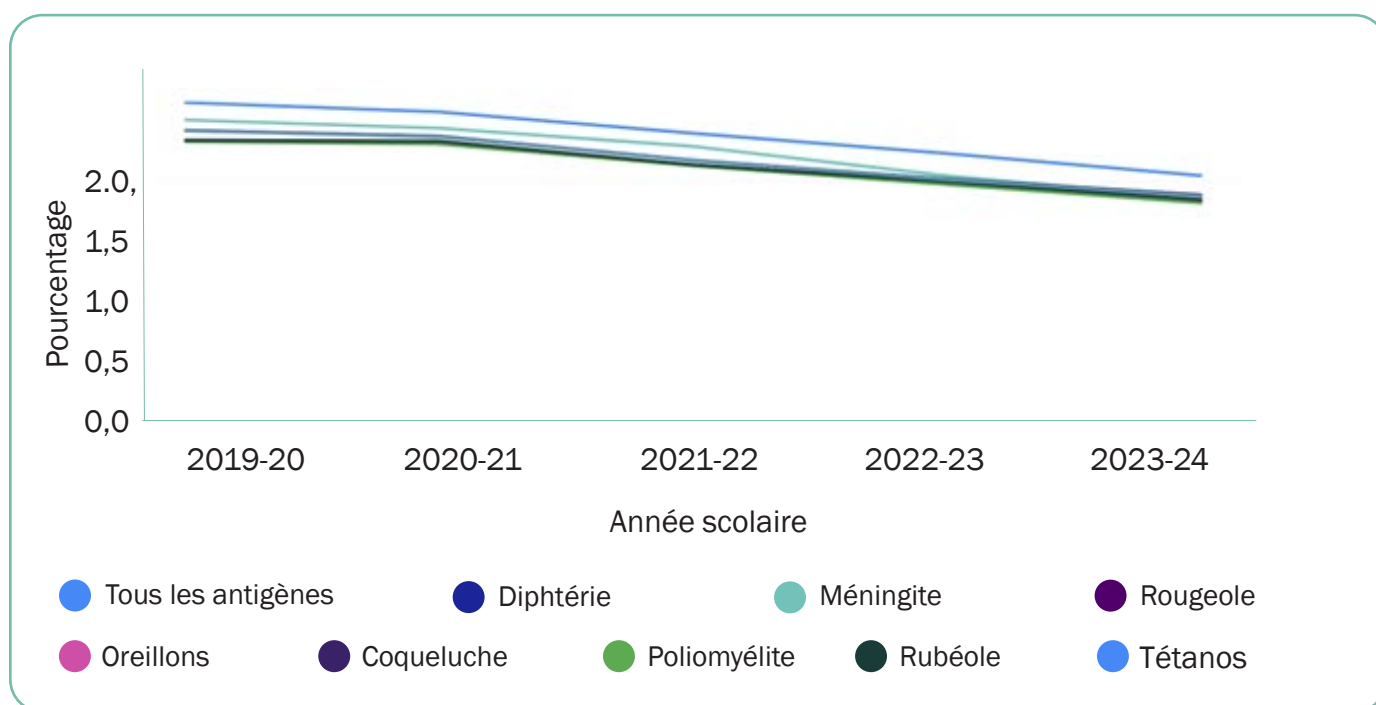
Les vaccins contre la grippe et la COVID-19 sont offerts à tous, mais ils sont particulièrement importants pour les personnes qui présentent un risque élevé de maladie grave, comme les personnes âgées et celles qui vivent dans des établissements de soins de longue durée.

Législation sur l'immunisation et exigences en milieu de travail

La [Loi sur l'immunisation des élèves \(LIE\)](#) exige que les élèves présentent une preuve de vaccination contre neuf maladies ou bénéficient d'une exemption valide.

Les exemptions valides autorisées par la LIE sont réparties en deux catégories : les exemptions médicales (contre-indication ou immunité préalable) et les exemptions non médicales (conscience ou croyances religieuses). Le pourcentage des enfants qui bénéficient d'une exemption non médicale en Ontario est resté stable à 2 % depuis 2019.⁶

Figure 7. Exemptions non médicales pour certains antigènes chez les jeunes de 17 ans en Ontario (années scolaires 2013-2014 à 2023-2024)



Source : Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Exemptions non médicales pour certains antigènes en Ontario. 2025.

La [Loi sur la garde d'enfants et la petite enfance \(LGEPE\)](#) exige une preuve de vaccination contre les maladies indiquées par le médecin hygiéniste local pour l'inscription aux services de garde d'enfants.

Les politiques en milieu de travail exigent des vaccins pour les [exploitants de garderie](#), les [ambulanciers](#) et les [ambulanciers paramédicaux](#) afin de protéger ces établissements des maladies infectieuses.

Figure 8. Comment les vaccins sont administrés en Ontario

En Ontario, de nombreux fournisseurs de soins de santé offrent des vaccins pour les rendre facilement accessibles.



Vaccins de routine de l'enfance

Administrés par les médecins de famille et les pédiatres lors des examens réguliers (visites de médecine préventive pendant l'enfance).



Vaccins en milieu scolaire

Les infirmiers et infirmières en santé publique administrent des vaccins aux élèves de 7e année dans les cliniques scolaires.

Les bureaux de santé publique organisent également des cliniques de rattrapage pour les élèves qui sont en retard dans leurs vaccinations systématiques.



Vaccins pendant la grossesse

Les personnes enceintes reçoivent des vaccins comme le vaccin DTP, les vaccins contre la grippe, le VRS et la COVID-19 qui sont administrés par des sages-femmes, des obstétriciens et des médecins de famille.



Vaccines pour le personnel des hôpitaux

Les médecins, les membres du personnel infirmier et les pharmaciens des hôpitaux administrent des vaccins au personnel pour respecter les politiques de santé en milieu de travail.



Vaccins d'urgence

Les services des urgences administrent des vaccins contre la rage ou le tétanos après une exposition possible.



Vaccins contre la grippe et la COVID-19

Ils sont principalement administrés par des pharmaciens de la communauté mais certains le sont par des médecins de famille.



Immunisations pendant les éclosions de maladie ou les pandémies

Les bureaux de santé publique coordonnent les cliniques de vaccination de masse avec leurs partenaires du système de santé pour fournir un accès à l'immunisation dans les situations d'urgence ou d'épidémie.

Figure 9. Le calendrier d'immunisation financée par le secteur public de l'Ontario

Ces vaccins sont gratuits pour les personnes admissibles dans le cadre du programme d'immunisation financé par le secteur public de l'Ontario.

6 mois et plus : vaccin contre la grippe (chaque automne) et vaccin contre la COVID-19 (chaque automne).

 GROSSESSE ✓ Tétanos, diphtérie et coqueluche	 NOUVEAU-NÉ ✓ Virus respiratoire syncytial	 2 MOIS ✓ Coqueluche, poliomyélite et Haemophilus influenzae de type b (Hib) ✓ Pneumocoque ✓ Rotavirus	 4 MOIS ✓ Diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite et Haemophilus influenzae de type b (Hib) ✓ Pneumocoque ✓ Rotavirus
 6 MOIS ✓ Diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite et Haemophilus influenzae de type b (Hib))	 12 MOIS ✓ Rougeole, oreillons et rubéole ✓ Méningocoque ✓ Pneumocoque	 15 MOIS ✓ Varicelle	 18 MOIS ✓ Diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite et Haemophilus influenzae de type b (Hib) 4-6 ANS ✓ Tétanos, diphtérie, coqueluche et poliomyélite ✓ Rougeole, oreillons, rubéole et varicelle
 7e ANNÉE ✓ Hépatite B ✓ Méningocoque ✓ Virus du papillome humain	 14-16 ANS ✓ Tétanos, diphtérie et coqueluche	 18-64 ANS ✓ Tétanos, diphtérie et coqueluche (entre 24 et 26 ans) ✓ Tétanos et diphtérie (tous les 10 ans après la dose ci-dessus)	 65 ANS ET PLUS ✓ Pneumocoque (à 65 ans) ✓ Zona (entre 65 et 70 ans) ✓ Tétanos et diphtérie (tous les 10 ans)

Adapté de : Ministère de la Santé. La vaccination au cours de la vie. 2024

Plains feux sur vaccin RRO: L'immunisation de la petite enfance

La rougeole, les oreillons et la rubéole sont des maladies graves qui peuvent entraîner de graves complications, en particulier chez les jeunes enfants. La rougeole peut entraîner une pneumonie, une encéphalite et une méningite, tandis que la rubéole, si elle est contractée pendant la grossesse, peut provoquer une fausse couche, une mortinaissance et de graves malformations congénitales.

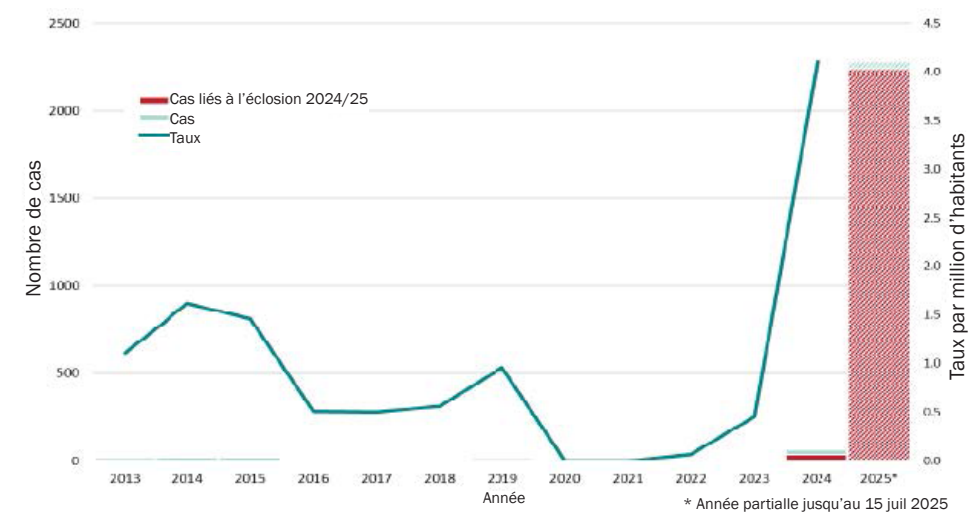
Pour se protéger contre ces maladies, le vaccin RRO est administré aux enfants après l'âge de 12 mois et est suivi d'une deuxième dose de vaccin RRO (avec ajout de l'antigène de la varicelle) entre l'âge de quatre et six ans pour assurer une protection tout au long de la vie.

Le vaccin est très efficace : à **près de 100 %** pour la rougeole, à **95 %** pour les oreillons et à **97 %** pour la rubéole après deux doses selon le calendrier de vaccination. Une couverture vaccinale élevée est essentielle car la rougeole est très contagieuse, avec un taux d'infection de 90 % chez les personnes non immunisées. Même de petites lacunes dans la couverture au sein de la population peuvent entraîner des écloptions.

Éclosion de rougeole en Ontario en 2024-2025

En octobre 2024, l'Ontario a connu sa plus importante éclosion de rougeole depuis près de trente ans, lors de laquelle la transmission avait lieu principalement au sein de communautés non vaccinées isolées. En date du 2 juillet 2025, cette éclosion multiterritoriale causée par un cas lié à un voyage avait entraîné 2 223 cas, 150 hospitalisations et 12 admissions aux unités de soins intensifs en Ontario depuis le début de l'éclosion. Des données épidémiologiques récentes, en date de juillet 2025, indiquent que le nombre des cas s'est stabilisé en Ontario.

Figure 10. Nombre de cas de rougeole et taux d'incidence par million d'habitants, Ontario, du 1er janvier 2013 au 2 juillet 2025

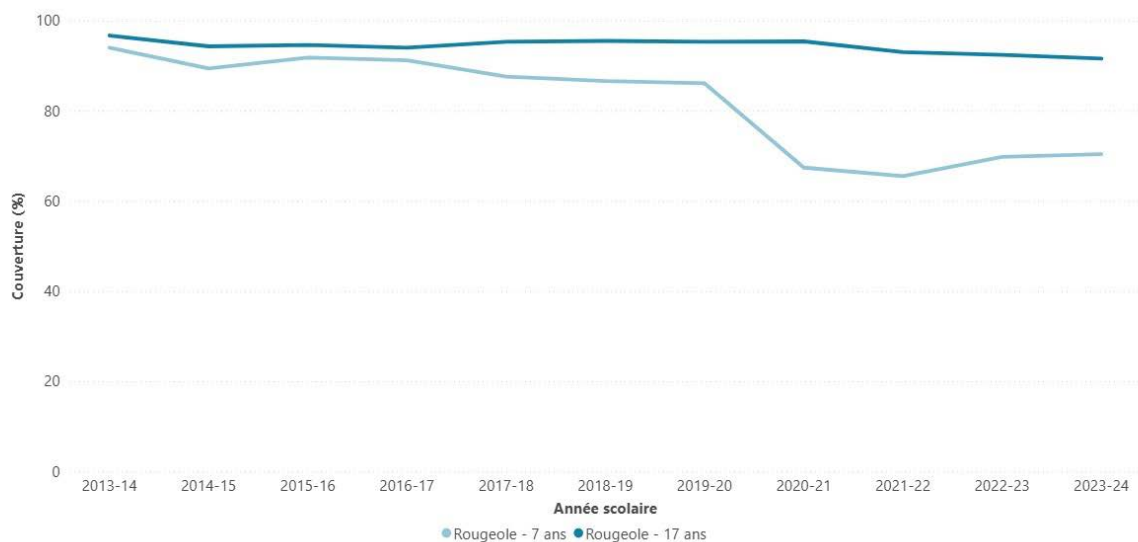


Source : Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Measles in Ontario. Toronto (Ontario) : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2025.

Vingt-six bureaux de santé publique ont été touchés par l'éclosion. La majorité des cas sont survenus dans l'ouest de l'Ontario. Comme le vaccin est très efficace pour la prévention de la maladie, la grande majorité des cas de rougeole associés à l'éclosion sont survenus chez des personnes qui n'étaient pas vaccinées ou dont le statut vaccinal était inconnu.

Compte tenu de la très forte transmissibilité du virus de la rougeole, un taux de couverture vaccinale d'au moins 95 % à l'échelle de la population est recommandé pour prévenir les éclosions. En Ontario, les perturbations de la prestation des soins primaires pendant la pandémie de COVID-19 ont entraîné une diminution de la couverture vaccinale. Bien que les retards dans l'évaluation de la couverture vaccinale puissent entraîner une sous-estimation des taux réels de couverture, les données disponibles actuellement indiquent que le taux de vaccination contre la rougeole chez les enfants de sept ans en Ontario est tombé de 86 % en 2019-2020 à 70 % en 2023-2024.⁷

Figure 11. Couverture de la vaccination contre la rougeole en Ontario de 2013-2014 à 2023-2024



Source : Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Outil de surveillance des données sur les immunisations. Santé publique Ontario. 2025.

L'éclosion de rougeole en Ontario a eu de lourdes conséquences pour les familles, les collectivités, les services d'urgence, les hôpitaux et les unités de soins intensifs. Les autorités de santé publique locales continuent de jouer un rôle essentiel dans les interventions en cas d'éclosion : elles mènent des enquêtes sur la gestion des cas et des contacts, signalent les cas et organisent des cliniques de vaccination de rattrapage.

Pleins feux sur le vaccin contre le VPH : L'immunisation chez les adolescents

Le virus du papillome humain (VPH) se transmet par contact intime et on estime que 80 % des personnes seront infectées par le VPH au cours de leur vie. Certaines souches du VPH peuvent causer des verrues génitales, tandis que d'autres peuvent entraîner des cancers, notamment du col de l'utérus, de la gorge, du pénis et de l'anus. La vaccination avant l'exposition est essentielle à la prévention du cancer.

En Ontario, le taux de cancers de l'oropharynx a augmenté de 13 % par année entre 1993 et 2010, et ce résultat est lié à la hausse du nombre des infections par le VPH observée au Canada, aux États-Unis et en Europe.⁸ Le sous-type 16 du VPH est la cause de 70 % des cancers de l'oropharynx qui sont près de quatre fois plus susceptibles d'être diagnostiqués chez les hommes que chez les autres personnes.⁹

La quasi-totalité des cas de cancer du col de l'utérus sont causés par des infections persistantes au VPH et sont donc presque entièrement évitables grâce à une combinaison de vaccination et de dépistage précoce. Bien que les cancers du col de l'utérus puissent être traités s'ils sont détectés tôt, le traitement est invasif et coûteux. La vaccination avant exposition offre une protection de 90 % contre le cancer du col de l'utérus et peut éviter des interventions plus effractives.

Figure 12. Le coût de la prévention primaire et secondaire par rapport à celui du traitement du cancer du col envahissant

Prévention primaire	Traitement du cancer invasif
Immunisation contre le VPH – 200 \$ par dose	• Chirurgie • Radiothérapie • Chimiothérapie
Prévention secondaire 70 \$ - 1 000 \$ • Dépistage de routine (test de dépistage du VPH) • Suivi et traitement des lésions précancéreuses - o Colposcopie / biopsie - o Coagulation froide - o LEEP/LLETZ - o Conisation	79 500 \$ pour cinq années de traitement

L'élargissement du dépistage du cancer du col de l'utérus et de l'immunisation contre le VPH a réduit le nombre de cas de cancer du col de l'utérus au Canada. Cependant, il demeure le troisième cancer le plus fréquent chez les femmes âgées de 20 à 40 ans, avec 400 décès par année au Canada.¹⁰ On estime que plus de 6 000 cas de cancer du col de l'utérus pourraient être évités d'ici à 2050 au Canada en haussant le taux de vaccination à 90 % et en procédant à un dépistage systématique.¹¹ Alors que l'Ontario adopte le test de dépistage du VPH pour le cancer du col de l'utérus, des améliorations de l'infrastructure des données sur l'immunisation nous aideront à évaluer et à mesurer l'impact de la vaccination contre le VPH sur les taux de cancer.

Pleins feux sur la maladie pneumococcique L'immunisation pour les personnes âgées

Streptococcus pneumoniae est une cause fréquente d'infections respiratoires comme la pneumonie et les infections de l'oreille. Il peut également entraîner des infections sanguines (bactériémie) ou cérébrales (méningite) plus graves appelées pneumocoques invasives (PI). Il existe des programmes d'immunisation systématique et des personnes à risque élevé qui ont pour but de protéger les personnes qui risquent le plus d'être atteintes d'une PI, notamment les personnes âgées et les adultes qui souffrent de problèmes médicaux sous-jacents qui les prédisposent à des issues graves.

La mise en œuvre en 1996 du programme de vaccination antipneumococcique pour les personnes âgées (de 65 ans et plus) et les personnes à risque élevé a permis de réduire le nombre des PI de 49 %.¹² L'introduction du vaccin PCV7 pour les enfants en 2005 a encore réduit l'incidence des PI chez les personnes âgées grâce à l'immunité collective.¹³

En juillet 2024, l'Ontario a lancé un nouveau vaccin, le Pevnar20, pour les personnes âgées et les personnes à risque élevé. Ce vaccin offre une protection plus étendue et à plus long terme. Cette mise à jour fait suite à l'approbation de Santé Canada et aux recommandations du CCNI concernant le fardeau de la maladie pneumococcique chez les personnes âgées.

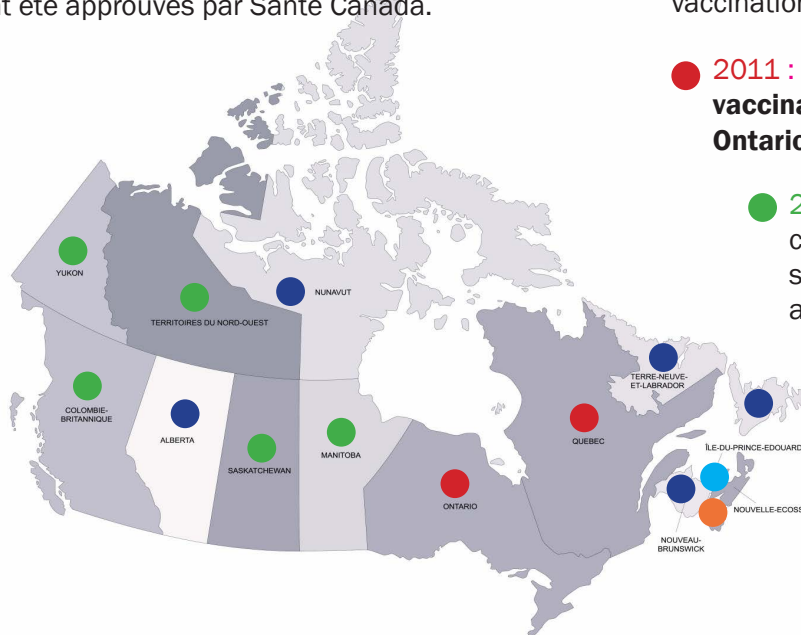


Pleins feux sur le rotavirus : Une réussite pour l'Ontario

Le rotavirus est une maladie infectieuse courante qui provoque des symptômes gastro-intestinaux chez les enfants. Avant la vaccination, la plupart des enfants étaient infectés avant l'âge de cinq ans. Bien que les infections soient généralement bénignes chez les enfants en bonne santé, elles peuvent entraîner une déshydratation grave et la mort chez les enfants immunodéprimés. Au Canada, deux vaccins, RotaTeq et Rotarix, ont été approuvés par Santé Canada. Le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) a recommandé ces vaccins pour les nourrissons en bonne santé en 2008 et 2010 respectivement, mais leur ajout aux calendriers de vaccination financée par le secteur public n'a pas eu lieu au même moment dans toutes les provinces et tous les territoires (voir la Figure 13).

Figure 13. Mise en œuvre de l'immunisation contre le rotavirus au Canada en 2008-2019

2006-2007 : Les vaccins RotaTeq et Rotarix ont été approuvés par Santé Canada.



2010 : Ils ont été ajoutés au calendrier de vaccination financée par le secteur public à l'Î.-P.-É.

2011 : Ils ont été ajoutés au calendrier de vaccination financée par le secteur public en Ontario et au Québec.

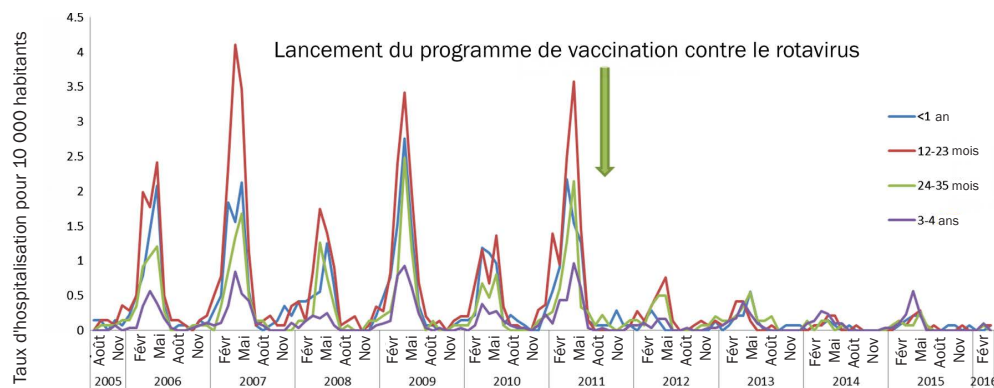
2012-2014 : Ils ont été ajoutés au calendrier de vaccination financée par le secteur public en C.-B./en Sask./au Man./au Yukon/dans les T.N.-O.

2015-2017 : Ils ont été ajoutés au calendrier de vaccination financée par le secteur public en Alberta/au Nunavut/à T.-N.-L./au N.-B.

2019 : Ils ont été ajoutés au calendrier de vaccination financée par le secteur public en N.-É.

En août 2011, l'Ontario est devenu la deuxième province canadienne à financer publiquement le vaccin contre le rotavirus. Avant la vaccination, les infections à rotavirus étaient surtout répandues chez les enfants de un à deux ans et les complications graves qui nécessitent une hospitalisation touchaient de façon disproportionnée les enfants qui vivent dans les quartiers les plus défavorisés.¹⁴ Après la vaccination, le nombre des hospitalisations et le nombre des visites aux services des urgences ont diminué de 86 % et de 89 %, respectivement, dans ce groupe d'âge, et les différences de taux d'hospitalisation entre les quartiers ont disparu, de sorte que les disparités dans l'évolution de la maladie ont été essentiellement éliminées.¹⁴

Figure 14. Hospitalisations pour RV-AGE (Gastroentérite aiguë à rotavirus) chez les enfants de moins de 5 ans par 10 000 habitants, par mois et année, août 2005-31 mars 2016 : Ontario, Canada



Source : Wilson SE, Rosella LC, Wang J, et coll. Equity and impact: Ontario's infant rotavirus immunization program five years following implementation. A population-based cohort study. Vaccine. 2019;37(17):2408-2414

Section 3.

Défis actuels



Malgré ces réussites, l'Ontario est confronté à des difficultés qui pourraient accroître les inégalités en santé, réduire les taux de vaccination et accroître la pression sur le système de santé si elles ne sont pas résolues.

Pour que tous les Ontariens et Ontariennes puissent vivre plus longtemps, être en meilleure santé et bénéficier pleinement de l'immunisation, il faut résoudre trois problèmes fondamentaux :

1

Lacunes
dans les
données sur
l'immunisation

2

Disparités
dans l'accès et
l'adoption

3

Baisse de la
confiance en
les vaccins

Comblar les lacunes dans les données sur l'immunisation

En Ontario, les données sur l'immunisation sont réparties dans de multiples registres, de sorte qu'il est difficile de vérifier si les personnes sont à jour dans leur vaccination, de fournir des services cliniques efficaces et de déterminer la couverture vaccinale des collectivités et des régions. L'absence d'un système de données sur l'immunisation complet à l'échelle provinciale crée plusieurs difficultés, notamment :

Pour les patients et les familles

- Manque de clarté concernant l'admissibilité aux vaccins et les vaccinations antérieures;
- Inconvénients d'un dossier de vaccination sur papier (« carte jaune »);
- Difficulté à faire le suivi des vaccinations et à communiquer leur historique et leurs effets indésirables à plusieurs fournisseurs, ce qui augmente le risque d'erreurs de vaccination et de lacunes dans la protection;
- Difficulté de fournir une preuve de vaccination pour l'école, le travail, les voyages ou la réinstallation.



Pour les fournisseurs de soins de santé

- Il est difficile d'accéder à l'historique complet de l'immunisation des patients, ce qui augmente le risque d'erreurs ou de protection inadéquate;
- Il est impossible d'évaluer efficacement la couverture vaccinale au niveau du cabinet en temps réel afin de prendre des décisions en matière de prévention et de contrôle des infections pour les patients.



Pour la santé publique

- Manque d'outils pour évaluer systématiquement et en temps réel la couverture vaccinale des personnes qui vivent en Ontario (comme ceux qui, pendant la pandémie de COVID-19, ont guidé l'intervention et rassuré la population sur la protection);
- Incapacité à détecter et à surveiller les inégalités d'accès aux vaccins entre les groupes sociodémographiques;
- Recours à des enquêtes nationales périodiques et à des évaluations de santé publique pour estimer la couverture vaccinale;
- Difficulté à évaluer les risques pour la communauté et à planifier des interventions ciblées pour rendre l'adoption de la vaccination plus équitable;
- Complique les évaluations de l'efficacité des vaccins et la surveillance continue de leur innocuité en raison de l'absence d'un système d'information unifié relié aux données des soins primaires, des hôpitaux et des laboratoires;
- Nécessité de s'en remettre aux parents ou aux fournisseurs pour la déclaration des vaccinations, ce qui ne permet pas d'obtenir des renseignements exhaustifs en temps opportun.



Pour le système de soins de santé

- Vaccinations en double ou manquées en raison de la multiplicité des systèmes de registre;
- Utilisation inefficace du temps car les fournisseurs et les patients doivent reconstituer les dossiers de vaccination à partir de différentes sources;
- Problèmes d'innocuité si les renseignements relatifs aux contre-indications ou aux EI/AV antérieurs ne sont pas communiqués à tous les fournisseurs de soins de santé du cercle de soins de la personne;
- Gaspillage de produits causé par la difficulté d'évaluer les stocks.



Remédier aux disparités d'accès et d'adoption

Les disparités sont influencées par des facteurs structurels et systémiques qui créent des obstacles à l'accès aux vaccins ainsi que des croyances et des attitudes qui peuvent se répercuter sur la confiance.

- Des facteurs contextuels peuvent empêcher les personnes qui se rendent à leurs rendez-vous pour la vaccination, p. ex. des problèmes de travail, de transport ou de garde d'enfants.¹⁵ Les problèmes de mobilité¹⁶ et les barrières linguistiques entravent également l'accès et l'adoption.¹⁷
- La discrimination passée et en cours au sein des établissements de santé et dans la société en général peut également influencer les attitudes envers la vaccination. Les communautés noires et autochtones sont confrontées à des traumatismes intergénérationnels et à une méfiance envers les institutions en raison de la stigmatisation et des mauvais traitements.^{18,19} Les communautés 2ELGBTQIA+ peuvent craindre d'être victimes d'une mégenrage ou d'une maltraitance émotionnelle dans les établissements de santé, ce qui suscite une méfiance envers les services médicaux.²⁰ Cette méfiance peut réduire l'adoption de la vaccination et accroître les inégalités en matière de santé.²¹

L'Enquête nationale sur la couverture vaccinale des enfants, 2021, réalisée par l'Agence de la santé publique du Canada, a révélé que la couverture vaccinale des groupes suivants était inférieure à celle des autres pour les vaccinations systématiques de la petite enfance²² :

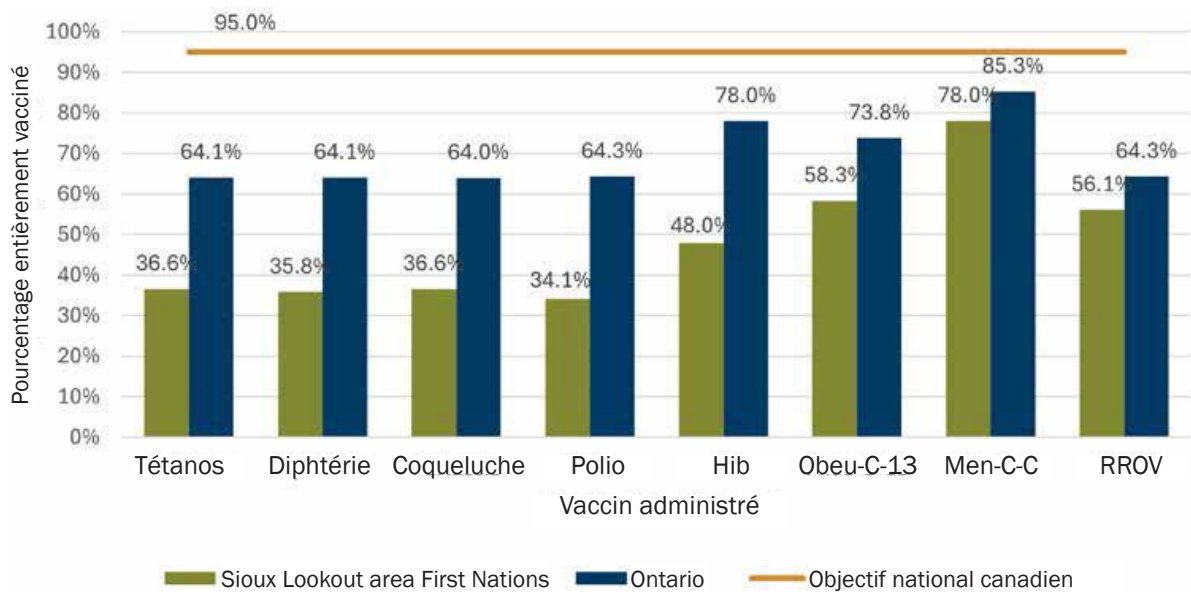
- Enfants qui s'identifient comme Noirs;
- Enfants qui vivent dans des régions éloignées;
- Enfants qui vivent dans des ménages à faible revenu;
- Enfants qui vivent dans des ménages dont un parent ou un tuteur a un faible niveau de scolarité.

L'Ontario ne dispose pas de données cohérentes pour suivre l'adoption de la vaccination chez différents groupes sociodémographiques, de sorte qu'il est difficile de déterminer les lacunes et d'y remédier.

Les enquêtes nationales et les données locales portent à croire que certains groupes de l'Ontario ont plus de mal que les autres à accéder à la vaccination, ce qui crée des différences de résultats en matière de santé injustes.

Par exemple, la couverture vaccinale des enfants de sept ans de la Sioux Lookout First Nation Health Authority s'est avérée nettement inférieure à celle du reste de l'Ontario²³ (voir la Figure 15).

Figure 15. Couverture vaccinale chez les enfants de sept ans par type de vaccin, 2024



Source: © Sioux Lookout First Nations Health Authority (SLFNHA), 2024. Reproduit avec autorisation.

Freiner la perte de confiance en les vaccins

La confiance en les vaccins est essentielle à leur adoption.²⁴

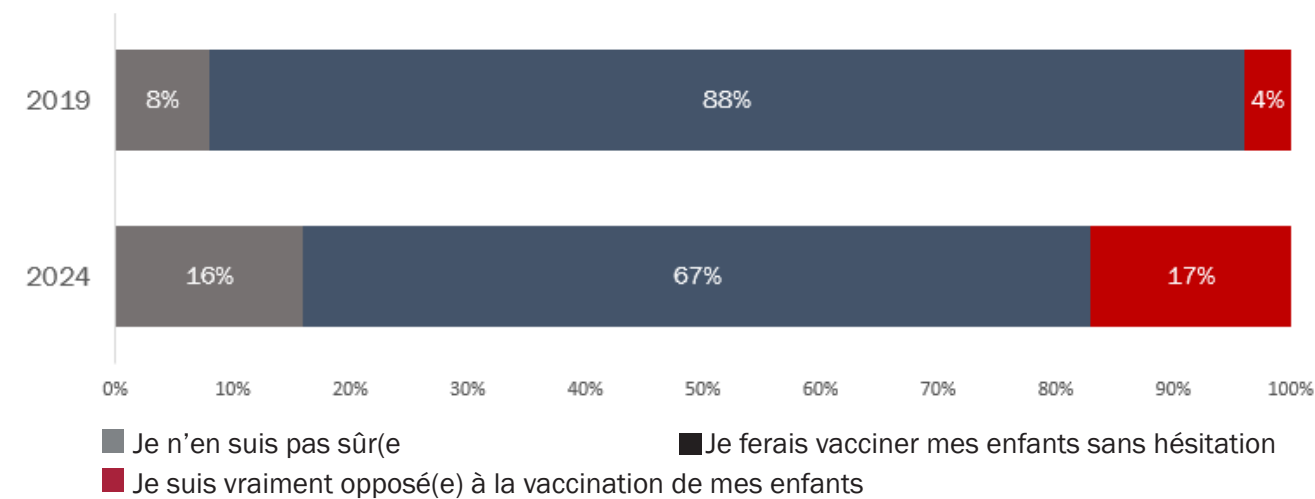
En 2019, avant la pandémie de COVID-19, l’OMS a signalé qu’il était urgent de combattre la menace mondiale que représentait la réticence à la vaccination.²⁵ Avec la prolifération de la désinformation sur les réseaux sociaux, exacerbée par la pandémie de COVID-19, la confiance envers les vaccins a diminué au Canada et dans le monde. Au Canada, le scepticisme des parents à l’égard des vaccinations systématiques a doublé entre 2019 et 2024.

Baisse de la confiance en les vaccins

Principales préoccupations :

- Confiance des parents : En 2024, seulement 67 % des parents canadiens feraient vacciner leurs enfants sans hésitation alors qu’ils étaient 88 % en 2019.²⁶
- Scepticisme et effets secondaires : 29 % sont sceptiques vis-à-vis de la science des vaccins et 34 % sont préoccupés par les effets secondaires.²⁶
- Incidence économique : La désinformation a retardé l’adoption des vaccins contre la COVID-19 pour 2,3 millions de Canadiens, ce qui a coûté 300 millions de dollars au système de soins de santé en 2021.²⁷

Figure 16. Attitudes envers les vaccins chez les parents canadiens qui ont des enfants de moins de 18 ans

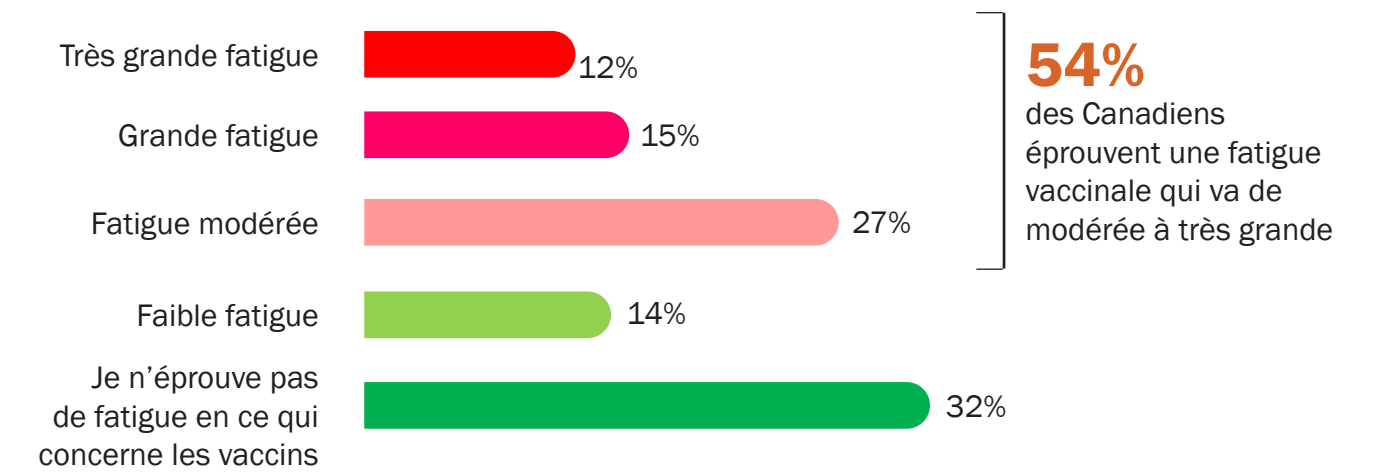


Source : Angus Reid Institute. Parental Opposition to Childhood Vaccination Grows as Canadians Worry about Harms of Anti-Vax Movement, 2024.

Fatigue vaccinale

À la suite de la pandémie de COVID-19, il y a eu une augmentation de la fatigue vaccinale, qui est définie comme étant « l’inaction face aux renseignements sur les vaccins causée par un fardeau perçu ou un épuisement ». ²⁸ Cinquante-quatre pour cent des Canadiens déclarent éprouver une fatigue vaccinale modérée ou élevée, en particulier ceux de moins de 45 ans. ²⁹ Cette fatigue peut alimenter une perte de confiance dans la valeur des vaccins, en particulier chez les jeunes enfants et les personnes en bonne santé, et peut diminuer leur adoption.

Figure 17. Fatigue vaccinale signalée par les Canadiens, août 2023

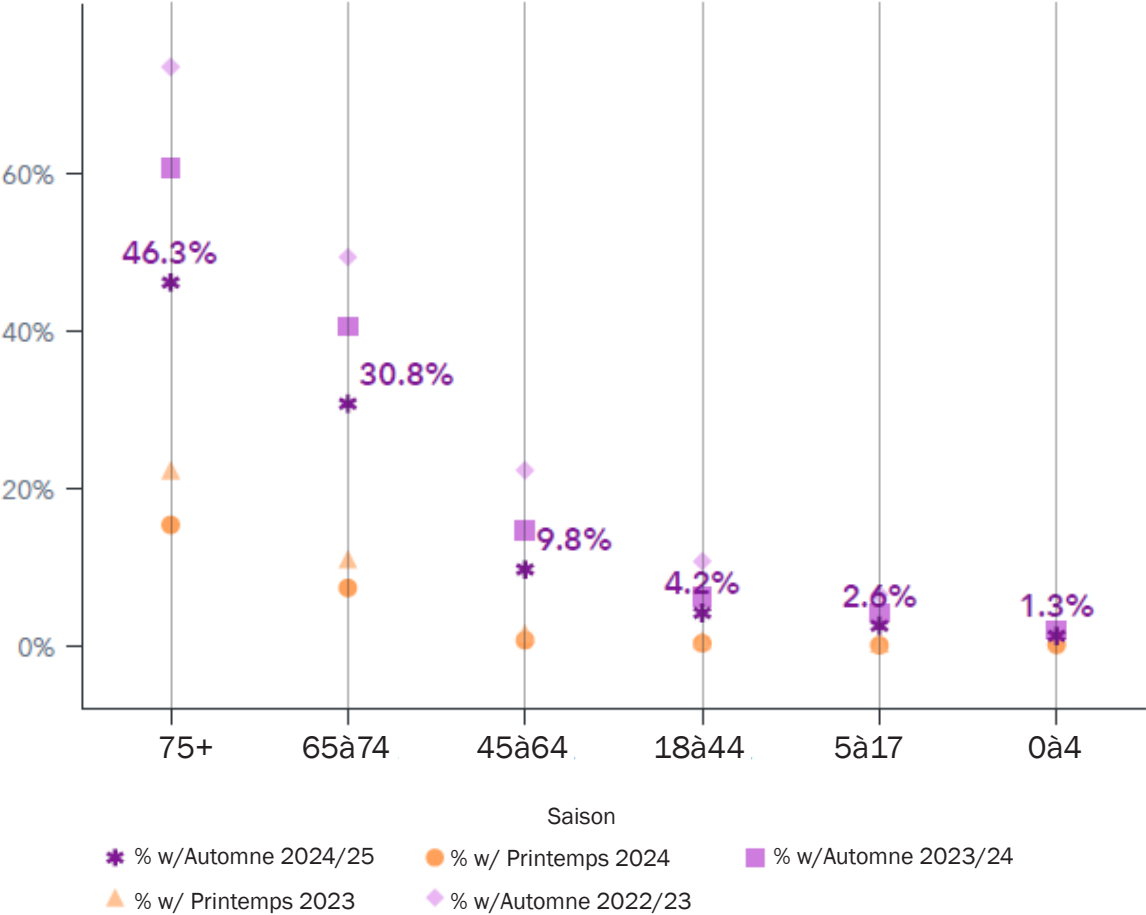


Source : Association des pharmaciens du Canada. La fatigue vaccinale des Canadiens inquiète les pharmaciens à l’approche de la saison des rhumes et des grippes – en anglais, 2023.

Les vaccins saisonniers qui offrent une protection dont le maintien nécessite des doses de rappel annuelles ou semestrielles sont particulièrement susceptibles d’être touchés par la fatigue vaccinale.

En Ontario, l’impact de la fatigue vaccinale est de plus en plus visible dans l’adoption des vaccins contre la COVID-19, même chez les personnes âgées. En 2022, 73,7 % des personnes de 75 ans ou plus avaient reçu un vaccin contre la COVID-19, contre seulement 46,3 % à l’automne 2024.³⁰ Cette situation est particulièrement préoccupante car les personnes âgées risquent plus que les autres d’être atteintes d’une maladie grave en cas d’infection.

Figure 18. Couverture de la vaccination saisonnière contre la COVID-19 par tranche d’âge en Ontario, 2022-2025

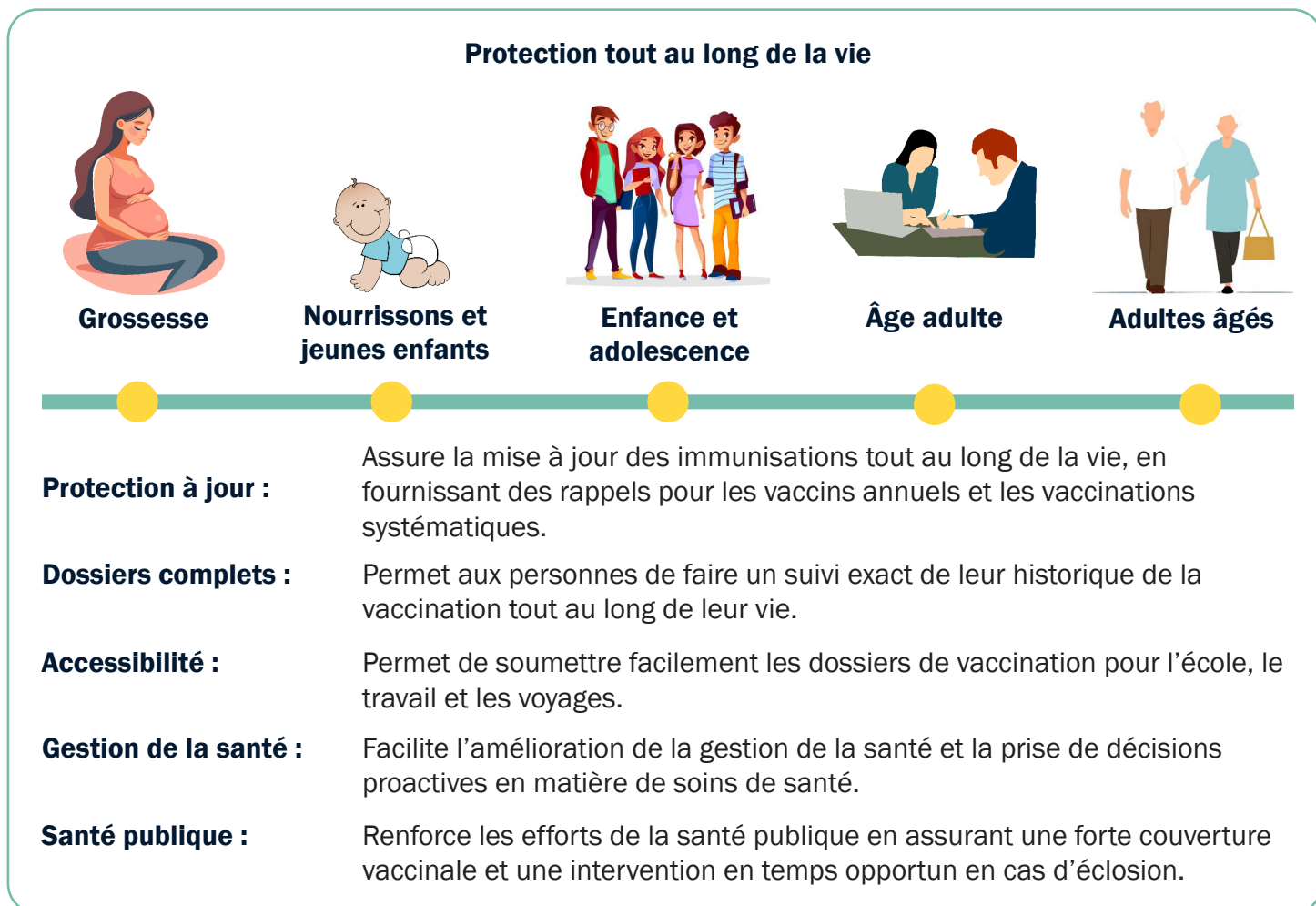


Source : Ministère de la Santé. Couverture saisonnière de la vaccination contre la COVID-19 par tranche d’âge en Ontario, 2022-2025.

Section 4.

Renforcer les programmes d'immunisation de l'Ontario

Figure 19 : Un dossier de vaccination pour tous les Ontariens et Ontariennes



Une vision pour l'avenir de l'immunisation en Ontario

Les programmes de vaccination doivent reposer sur un système d'information sur l'immunisation efficace et complet qui recense toutes les immunisations effectuées par tous les fournisseurs tout au long de la vie. Ce système provincial interconnecté d'information sur l'immunisation fournirait des données en temps réel à tout le monde, y compris aux patients et aux fournisseurs de soins de santé, et améliorerait ainsi considérablement la surveillance et l'évaluation des programmes de vaccination. Cette vision pour l'avenir comprend :

Dossiers de vaccination numériques :

- Chaque Ontarienne et Ontarien disposerait d'un dossier numérique unique de toutes ses immunisations, qu'elles soient financées par le secteur public ou achetées dans le secteur privé, qui serait relié à son dossier médical numérique.
- Tant la personne/sa famille que ses fournisseurs de soins de santé pourraient accéder à ce dossier.
- S'il y a lieu, les personnes seraient informées automatiquement que leur vaccination est à jour et du moment où elles pourront recevoir leur prochaine immunisation.



Données exhaustives :

- Le dossier comprendra des renseignements sur chaque dose de vaccin, comme les détails sur le produit, les effets indésirables, les contre-indications, le consentement et les exemptions.
- La compatibilité entre les systèmes permettra de recueillir des données auprès de tous les fournisseurs, y compris dans les dossiers médicaux électroniques, les dossiers d'hospitalisation et les systèmes des autres provinces, afin de permettre un échange de renseignements transparent.
- Tous les vaccinateurs seront tenus de saisir leurs dossiers de vaccination dans le système d'information.



Identifiant unique :

- Le dossier de vaccination unique de chaque personne sera lié à d'autres données provinciales sur la santé, telles que les dossiers des soins cliniques, d'hospitalisation et des unités de soins intensifs, ce qui assurerait l'intégration dans l'ensemble du système de santé ainsi que dans le cercle de soins du patient.



Renforcement du suivi et de la surveillance :

- Les données liées permettront aux autorités de santé publique de mieux surveiller l'efficacité des vaccins, la couverture vaccinale, l'innocuité et le rendement des programmes.
- Le lien entre l'immunisation et les données sociodémographiques permettra de détecter et de surveiller les inégalités en matière d'adoption de la vaccination, ce qui permettra d'éclairer les stratégies visant à améliorer l'accès et la confiance.
- La saisie obligatoire des données sur tous les vaccins administrés fera en sorte que le dossier de vaccination de chaque personne soit complet et à jour.



La vision pour un système national d'information sur l'immunisation au Canada



Depuis plus de 20 ans, les personnes, les familles, les fournisseurs de soins de santé et les experts en santé publique soulignent la nécessité de disposer d'un système national de données sur l'immunisation. Ce système améliorerait le suivi de la couverture vaccinale et faciliterait le transfert des dossiers entre les provinces et les territoires. Il favoriserait également la surveillance de la prévalence des maladies ainsi que de l'efficacité et de l'innocuité des vaccins à l'échelle nationale.³¹⁻³⁴

L'Agence de la santé publique du Canada travaille avec les provinces et les territoires à l'élaboration d'une validation de principe visant à relier les registres de l'immunisation et à améliorer l'accès aux données. L'objectif consiste à assurer la portabilité des dossiers individuels entre les administrations et à créer ainsi des dossiers complets pour l'évaluation de la santé publique afin d'assurer la protection des personnes de partout au Canada, où qu'elles résident dans le pays.

Enseignements tirés du SRAS

- L'épidémie de SRAS de 2003 a mis en évidence la nécessité de disposer d'un système unifié de surveillance de la santé publique pour gérer les interventions nationales en cas d'épidémie.
- Le Comité consultatif national sur le SRAS a recommandé un système national de suivi des immunisations en temps réel.

Système de panorama

- Le gouvernement fédéral a financé l'Inforoute Santé du Canada pour travailler avec ses partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux à la mise en œuvre de Panorama, un système de surveillance de la santé publique que beaucoup de provinces et territoires utilisent.
- Malgré cela, la collecte de données exhaustives et normalisées ainsi que l'interopérabilité entre les systèmes provinciaux restent difficiles.

Efforts d'interopérabilité

- En 2020, le comité consultatif d'experts sur la Stratégie pancanadienne de données relatives à la santé a recommandé des principes communs pour l'utilisation, le partage et la gestion des données relatives à la santé afin d'améliorer la compatibilité du système.
- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (FPT) se sont engagés à élaborer des politiques et des outils normalisés en matière de données relatives à la santé.

Investissements récents

- Le budget fédéral de 2023 prévoyait près de 200 milliards de dollars sur dix ans pour moderniser les soins de santé, notamment grâce à des données de santé et à des outils numériques normalisés.
- Le Plan d'action FPT conjoint sur les données de santé et la santé numérique, signé par tous les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé, a été annoncé en octobre 2023 et a pour but d'améliorer la gestion et la transparence des données de santé.

Permettre la création d'un calendrier de vaccination national harmonisé

- Un système national d'information sur l'immunisation permettrait d'établir un calendrier de vaccination national harmonisé pour tous les Canadiens et de rendre ainsi l'accès plus équitable dans les différentes administrations.
- Un calendrier de vaccination pancanadien permettrait de réaliser des gains d'efficacité dans l'approvisionnement en vaccins, notamment grâce à l'achat en gros, à la production nationale et à des contrats avec gestion des risques.

Relever le défi n° 1 : Comblers les lacunes dans les données sur l'immunisation



Les programmes de vaccination modernes nécessitent des registres complets de données sur l'immunisation.³⁵

Alors que les investissements dans les programmes de vaccination financés par le secteur public continuent de croître en Ontario, un système complet d'information sur l'immunisation est nécessaire pour faire en sorte que les Ontariennes et les Ontariens aient accès à leurs propres renseignements sur la santé, que les fournisseurs disposent des renseignements nécessaires pour orienter les services cliniques et que les ressources de santé publique soient gérées de manière efficace et efficace.

Actuellement, en Ontario, les données sur l'immunisation sont conservées dans trois endroits distincts :

1 **Panorama :**

Pour les
Immunisations
dans les écoles et
les garderies.

2 **Système COVaxON :**

Pour les
vaccinations
contre la
COVID-19.

3 **Ensembles de données administratives :**

Comprend les demandes de
remboursement adressées à l'Assurance-
santé de l'Ontario et les dossiers médicaux
électroniques pour les vaccinations
administrées dans les cabinets de médecin
ou les pharmacies communautaires.

Le système disparate de dossiers de vaccination de l'Ontario présente d'importants problèmes d'accès aux données :

- La couverture vaccinale est évaluée à différents endroits (p. ex. par l'entremise de Panorama pour les enfants d'âge scolaire et du système COVaxON pour les vaccins contre la COVID-19).
- La déclaration des vaccinations par le fournisseur de soins de santé et les parents n'est pas obligatoire, de sorte que les dossiers de Panorama sont incomplets.
- L'évaluation de la couverture vaccinale par les autorités de santé publique présente des délais importants et représente un lourd fardeau administratif.
- Les vaccinations des adultes sont consignées dans des dossiers médicaux électroniques qui ne sont pas centralisés ou ne sont disponibles sous forme de demandes de remboursement par l'Assurance-santé de l'Ontario que pour les vaccins administrés dans les pharmacies.
- Il n'existe aucun mécanisme permettant d'évaluer la couverture vaccinale des adultes non liée à la COVID-19.

À l’heure actuelle, l’Ontario accuse un retard par rapport à d’autres provinces comme la Colombie-Britannique, le Québec, l’Alberta, le Manitoba et la Nouvelle-Écosse qui continuent d’élargir leurs solutions numériques pour les dossiers de vaccination.

Un énoncé de position récent du [Comité consultatif ontarien de l’immunisation \(CCOI\)](#) a confirmé qu’il était urgent de disposer d’un système central d’information sur l’immunisation pour améliorer la prestation des programmes d’immunisation de l’Ontario et assurer une utilisation plus efficace des ressources en soins de santé.³⁶

Comme la province ne dispose pas d’un répertoire central pour toutes les données sur les vaccinations reçues par une personne tout au long de sa vie, les personnes (et les parents/ fournisseurs de soins) doivent assumer le rôle de gardiens des dossiers centraux.

Dans le rapport du [Bureau de la vérificatrice générale de l’Ontario 2022](#), il a été souligné que l’absence d’un système centralisé d’information sur la vaccination contre la COVID-19 au début de la pandémie a entravé l’évaluation de la couverture et la surveillance de l’équité, de sorte que certains groupes à risque élevé ont été négligés.³⁷

Figure 20. Caractéristiques des systèmes actuels de données sur la vaccination de l’Ontario

Caractéristique	Répertoire numérique des immunisations (RNI) (Panorama)	Registre de vaccination contre la COVID-19 (COVaxON)	Données administratives (p. ex. données de facturation des fournisseurs de l’Assurance-santé de l’Ontario)
Programmes de vaccination	- Vaccins systématiques financés par le secteur public (enfants et adolescents) et vaccins administrés à l’école - Non exhaustif (dépend de la déclaration du parent ou du fournisseur de soins de santé aux bureaux de santé publique pour les vaccins systématiques) - Limité aux enfants d’âge scolaire et aux enfants qui fréquentent un service de garde agréé	L’ensemble des vaccins contre la COVID-19 administrés en Ontario ou aux résidents de l’Ontario (c.-à-d. les doses administrées à l’extérieur de la province) tout au long de la vie	- Vaccins systématiques financés par le secteur public (du nourrisson aux personnes âgées) administrés au sein d’un établissement de soins primaires - Non exhaustif (p. ex. consignation très limitée des vaccins sans codes de facturation propres aux vaccins de l’Assurance-santé de l’Ontario, aucune consignation des doses administrées par les fournisseurs de services non rémunérés à l’acte [p. ex. personnel infirmier praticien])

Caractéristique	Répertoire numérique des immunisations (RNI) (Panorama)	Registre de vaccination contre la COVID-19 (COVaxON)	Données administratives (p. ex. données de facturation des fournisseurs de l'Assurance-santé de l'Ontario)
Rappel ou relance	• Envoi d'avis pour rappeler aux parents/tuteurs les vaccins recommandés (enfants d'âge scolaire et enfants dans les services de garde agréés seulement). • Permet de prévoir quand un enfant doit recevoir un vaccin (utilisé dans les cliniques mises sur pied en vertu de la LIE et à l'école)	• Envoi d'avis pour rappeler aux personnes les vaccins recommandés • Permet de prévoir quand une personne doit recevoir un vaccin	• S.O.
Accès aux dossiers de vaccination	• Accès limité au personnel des bureaux de santé publique • Portail en ligne (Connexion immunisations Ontario) pour la déclaration par les parents ou tuteurs des vaccins administrés dans l'enfance (les parents ou tuteurs doivent fournir l'information sur l'immunisation)	• Accès pour les fournisseurs de soins de santé et les vaccinateurs autorisés au moyen d'une plateforme Web, et consultation par l'intermédiaire du Répertoire numérique des médicaments de l'Ontario • Les patients peuvent accéder à leurs propres dossiers et certificats de vaccination contre la COVID-19.	• L'accès aux données de facturation dépersonnalisées de l'Assurance-santé de l'Ontario est limité et présente des délais importants.
Saisie des dossiers de vaccination	• Saisie rétrospective des données individuelles sur la vaccination découlant des activités menées en vertu de la LIE (vaccins systématiques)	• Saisie en temps réel et rétrospective (p. ex. doses administrées à l'extérieur de la province) des données individuelles sur la vaccination	• Saisie rétrospective des données individuelles sur la vaccination au moyen des données de facturation de l'Assurance-santé de l'Ontario
Éléments de données et terminologie	• Éléments de données normalisés, éléments de données requis	• Éléments de données normalisés, terminologie et éléments de données requis	• Codes de facturation de l'Assurance-santé de l'Ontario génériques et propres aux vaccins

Characteristic	Digital Health Immunization Repository (Panorama)	COVID-19 Immunization Registry (COVaxON)	Administrative Data (e.g., OHIP provider billing data)
Soutien aux programmes de vaccination	- Gestion des stocks des bureaux de santé publique locaux - Mise en place de cliniques de vaccination de masse - Outil mobile pour les cliniques (m-Imms)	- Gestion des stocks - Mise en place de cliniques de vaccination de masse - Liens avec le système d'établissement des horaires et de réservation	S.O.
Surveillance et évaluation	Données individuelles sur la vaccination pour les évaluations rétrospectives de la couverture vaccinale et de l'incidence des programmes	Données individuelles sur la vaccination avec des couplages systématiques avec d'autres bases de données provinciales pour soutenir la surveillance et l'évaluation des programmes de vaccination en temps quasi réel (y compris la couverture vaccinale)	Numérateur pour les évaluations rétrospectives de la couverture vaccinale et de l'incidence des programmes
Limites	- Dépendance à l'égard des déclarations par les parents et les fournisseurs de soins de santé - Ne saisit que les données sur certains vaccins pour les enfants d'âge scolaire et les enfants qui fréquentent un service de garde agréé - Déclaration et consignation limitées ou incomplètes des vaccins administrés ailleurs que dans les bureaux de santé publique - Longs délais dans la saisie des données (rétrospective) - Validation des dossiers très limitée - Non accessible aux fournisseurs de soins de santé à l'extérieur des bureaux de santé publique	- Limité aux vaccins contre la COVID-19 - Fardeau administratif de la saisie des données imposé aux fournisseurs de soins de santé, aux vaccinateurs et à la santé publique	- L'exhaustivité est limitée - Les données ne sont pas disponibles en temps réel - Aucun code de facturation précis de l'Assurance-santé de l'Ontario pour certains vaccins financés par le secteur public - Les doses administrées par des fournisseurs de services non rémunérés à l'acte ou les doses non facturées ne sont pas consignées - Accès généralement limité aux chercheurs

Adapté de : Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif ontarien de l'immunisation. Énoncé de position : Un registre provincial de vaccination pour l'Ontario; 2024. Consulté le 14 juillet 2025

Mettre en œuvre un système provincial d'information sur l'immunisation

Les avantages pour les personnes qui vivent en Ontario comprennent :

Facilité d'accès :

Fournit aux personnes et aux familles des données sur l'immunisation à la demande pour l'école, le travail, les voyages ou les déménagements.

Rappels :

Rappels pour faire en sorte que les vaccinations ne soient pas manquées, dans le but de favoriser une protection optimale.

Soins rationalisés :

Aide les fournisseurs de soins de santé à accéder à l'intégralité des dossiers de vaccination et à améliorer ainsi les soins cliniques tout en évitant les nouvelles vaccinations inutiles et les calendriers non valides.

Amélioration de la surveillance :

Améliore la surveillance de la couverture vaccinale et permet de déterminer quelles sont les personnes non vaccinées, notamment lors des épidémies, afin de renforcer l'immunité collective contre les maladies courantes. Permet de détecter plus tôt les signaux d'alerte rares et d'améliorer les résultats.

Efficiences du système :

Permet d'améliorer la gestion et la distribution des stocks de vaccins, de minimiser le gaspillage et de maximiser l'efficacité de l'investissement provincial dans l'immunisation. Améliore l'efficacité de la chaîne d'approvisionnement et optimise les dépenses pour les soins de santé.

Amélioration des données probantes :

Permet de surveiller le rendement des programmes de vaccination, y compris l'innocuité, l'efficacité et la durée de la protection.

Renforcement de la confiance :

Fournit des renseignements exacts sur l'efficacité et l'innocuité des vaccins afin que les Ontariennes et les Ontariens puissent avoir confiance en l'innocuité des vaccins.

Remédier aux disparités :

Permet de déterminer les lacunes dans la couverture vaccinale par région et par groupe sociodémographique, ce qui permet de mettre en œuvre des interventions sur mesure.

Concilier les avantages pour les utilisateurs et la protection de la vie privée

Bien que les avantages soient importants, la confidentialité et l'accès aux données doivent être gérés avec soin. Un système provincial d'information sur l'immunisation doit être assorti de lignes directrices claires en matière de gouvernance des données afin de déterminer qui peut accéder aux données sur la vaccination et quand.

Ces cadres doivent préciser comment les données seront utilisées et comment assurer la protection de la vie privée et de la confidentialité.

Utilisation des données sociodémographiques pour détecter les lacunes dans la couverture vaccinale

La détermination et la surveillance des différences d'accès aux soins de santé est une première étape essentielle pour remédier aux disparités. En l'absence de données fiables et à jour permettant de détecter et de suivre les différences d'adoption des vaccins entre les groupes sociodémographiques à l'échelle de la population, il est difficile de concevoir, de mettre en œuvre ou d'évaluer des interventions qui favorisent l'accès et réduisent les lacunes dans la couverture. La collecte de données sociodémographiques liées aux données de santé réalisée afin de déterminer les disparités est une approche soutenue par la Commission ontarienne des droits de la personne (CODP) et la Direction générale de l'action contre le racisme.^{38,39} Pendant la pandémie de COVID-19, les données sociodémographiques individuelles et à l'échelle des quartiers ont guidé la Stratégie pour les collectivités prioritaires de l'Ontario, ce qui a permis d'améliorer l'allocation des ressources dans les quartiers où les données montraient que les taux d'infection étaient plus élevés et les issues plus graves qu'ailleurs.⁴⁰

Pleins feux sur : Stratégie pour les collectivités prioritaires

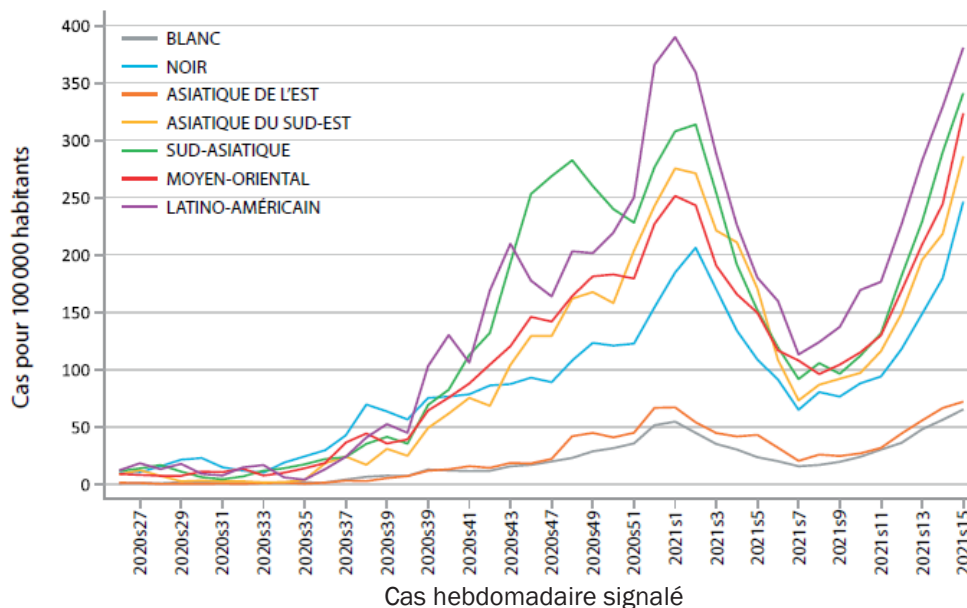
La Stratégie pour les collectivités prioritaires a soutenu quinze collectivités de l'Ontario où les besoins étaient élevés, y compris Durham, Peel, Toronto, York et Ottawa, qui ont été sélectionnées en raison de leurs taux d'infection par la COVID-19, de leurs faibles taux de dépistage et des obstacles au dépistage ou à l'auto-isolement. La stratégie a financé des organismes locaux pour leur permettre de collaborer avec Santé Ontario et des partenaires communautaires afin de mettre en œuvre des interventions clés.

Les mesures comprenaient des campagnes de porte-à-porte réalisées par des ambassadeurs communautaires, des communications adaptées à la culture, une augmentation du nombre de sites de dépistage ainsi qu'une aide au transport et des mesures de soutien globales comme la fourniture d'épicerie et l'aide financière d'urgence. Cette approche a permis de mieux faire connaître les services, de contrer la désinformation et d'aplanir les obstacles au dépistage et à l'auto-isolement.

Les épidémies précédentes, comme la pandémie de grippe H1N1 de 2009, ont révélé d'importantes disparités dans les issues de la maladie. Au Manitoba, les enfants des Premières Nations ont connu des taux d'infection cinq fois plus élevés et un taux d'hospitalisation 22 fois plus élevé que ceux des autres enfants.⁴¹

Pendant la pandémie de COVID-19, à partir d'avril 2020, les bureaux de santé publique de Peel, de Middlesex-London et de Toronto ont commencé à recueillir des données sociodémographiques auprès des personnes qui ont obtenu un résultat positif à un test de dépistage de la COVID-19. En juin 2020, la province exigeait cette collecte en vertu de la Loi sur la protection et la promotion de la santé. Malgré la difficulté d'obtenir des données complètes, il était évident que les taux d'infection par la COVID-19 étaient respectivement 4,6, 7,1 et 6,7 fois plus élevés chez les Ontariennes et Ontariens noirs, latinos et sud-asiatiques que chez les Ontariennes et Ontariens blancs.⁴²

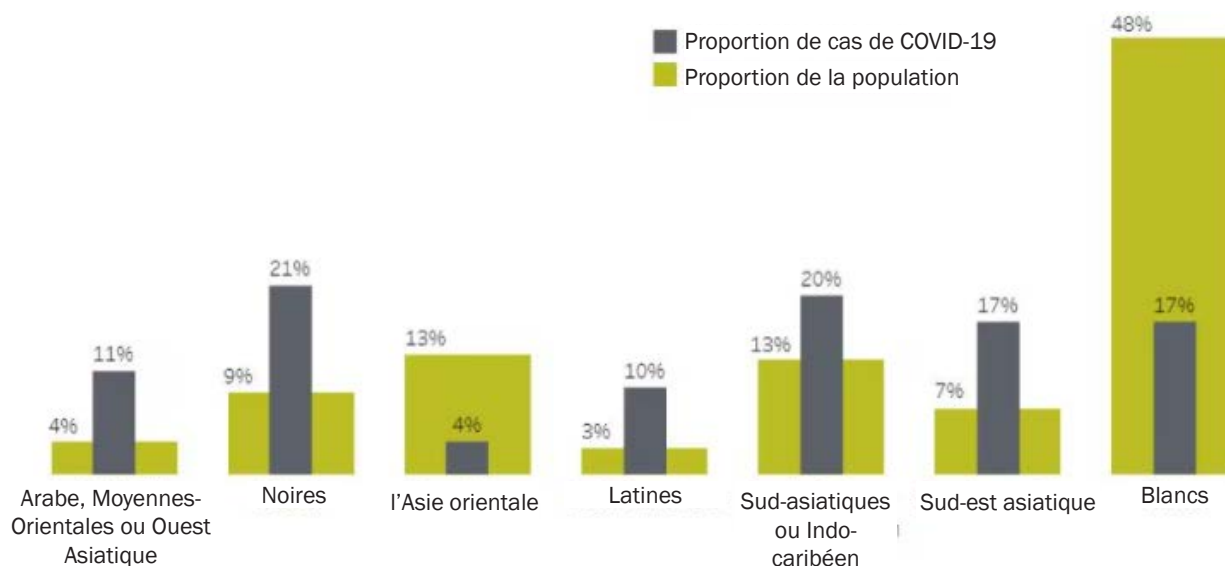
Figure 21. Nombre de cas hebdomadaires par habitant selon la race en Ontario (juin 2020 au avril 2021)



Source : McKenzie K, Dube S, Petersen S, Équipe de l'équité, de l'inclusion, de la diversité et de l'antiracisme, Santé Ontario. Suivre la progression de la COVID-19 à partir des données sur la race. Santé Ontario, Wellesley Institute; 2025.

Les bureaux de santé publique locaux ont utilisé les données sur les taux d'infection au sein de populations particulières pour concentrer leurs efforts sur celles qui étaient les plus menacées par la COVID-19. Bureau de santé de Toronto a constaté que les Torontois noirs et les autres populations non blanches représentaient 83 % des infections par la COVID-19, mais seulement 50 % de la population de Toronto. Les ménages de cinq personnes ou plus étaient également surreprésentés parmi les personnes infectées. La disponibilité de ces données a permis de cibler les tests, d'améliorer la communication communautaire et de renforcer le soutien social.⁴⁰

Figure 22. Nombre de cas de COVID-19 dans les différents groupes ethno-raciaux, comparé à la part des personnes qui vivent à Toronto, dont la date valide est le 16 juillet 2020 ou une date antérieure



Source : COVID-19: Ethno-racial identity & income. Ville de Toronto. 2021.

La collecte volontaire de données sociodémographiques pour les personnes qui reçoivent le vaccin contre la COVID-19 dans les centres de vaccination a débuté en mars 2021. L'objectif était de soutenir l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie de vaccination équitable.^{43,44} Comme cette collecte n'était pas obligatoire, les données sociodémographiques n'ont été consignées que pour 4,9 % des 12,7 millions de personnes vaccinées.⁴⁴ La faiblesse du pourcentage des personnes pour lesquelles des données sociodémographiques sont disponibles s'explique probablement par le fait que ces renseignements n'ont pas été demandés ou que les personnes n'ont pas voulu les fournir.⁴⁴

Néanmoins, les données d'enquête, telles que celles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2021-2022), ont indiqué que les taux de non-vaccination étaient plus élevés chez les membres des Premières Nations hors réserve et les Noirs que chez les Canadiens blancs.⁴⁵ Cependant, l'absence de données provinciales complètes en temps réel sur l'immunisation a rendu difficile l'évaluation de la couverture vaccinale chez tel ou tel groupe.

Les enquêtes sont utiles mais elles prennent du temps et les résultats sont retardés, ce qui entrave l'évaluation et l'intervention en temps réel. **Un système provincial d'information sur l'immunisation et une amélioration de la collecte des données permettraient de procéder à une surveillance continue et d'améliorer l'accès.**

Considérations sur la Collecte de données fondées sur la race

La Commission ontarienne des droits de la personne (CODP), le Wellesley Institute et la Black Health Alliance ont demandé au système de soins de santé et tous les ordres de gouvernement de renforcer leur capacité à recueillir et à utiliser des données fondées sur la race afin d'améliorer l'équité et de promouvoir la santé.^{46,47} La collecte de données sociodémographiques lors de l'inscription ou du renouvellement de l'inscription à l'Assurance-santé de l'Ontario a été proposée comme mécanisme de collecte centralisé et systématique.

Les initiatives efficaces de surveillance de l'équité en santé doivent être mises en œuvre avec prudence. Il faut communiquer clairement les objectifs de la collecte de données, répondre aux préoccupations de la communauté et instaurer la confiance. Il faut faire preuve de transparence, protéger la vie privée et offrir la possibilité d'accepter ou de refuser de fournir les données, conformément à la Loi de 2017 contre le racisme.

La souveraineté des données autochtones et le respect de principes particuliers en matière de données tels que la propriété, le contrôle, l'accès et la possession (PCAP) pour les Premières Nations, la propriété, le contrôle, l'accès et la gérance (PCAG) pour les Métis et l'Inuit Quajimajatuqangit (IQ) pour les Inuits sont des éléments importants de la gouvernance des données.⁴⁸



Figure 23. Avantages d'un système d'information sur l'immunisation pour l'Ontario



Adapté de : Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif ontarien de l'immunisation. Énoncé de position : Un registre provincial de vaccination pour l'Ontario; 2024. Consulté le 14 juillet 2025.

La mise en œuvre d'un système complet d'information sur l'immunisation a présenté des difficultés pour l'Ontario en raison de la complexité de son système de santé publique et du grand nombre des vaccinateurs. Il a été difficile d'intégrer les données de différents fournisseurs de soins de santé sans les compter deux fois. Le ministère de la Santé travaille actuellement à l'élaboration de solutions de technologie de l'information qui font appel à Panorama pour améliorer le couplage des données et la surveillance.

Les efforts actuels, comme l'intégration des dossiers médicaux électroniques visant à améliorer l'accès, sont encourageants. L'objectif final doit être un système provincial de données sur l'immunisation accessible et complet.

Pleins feux sur :

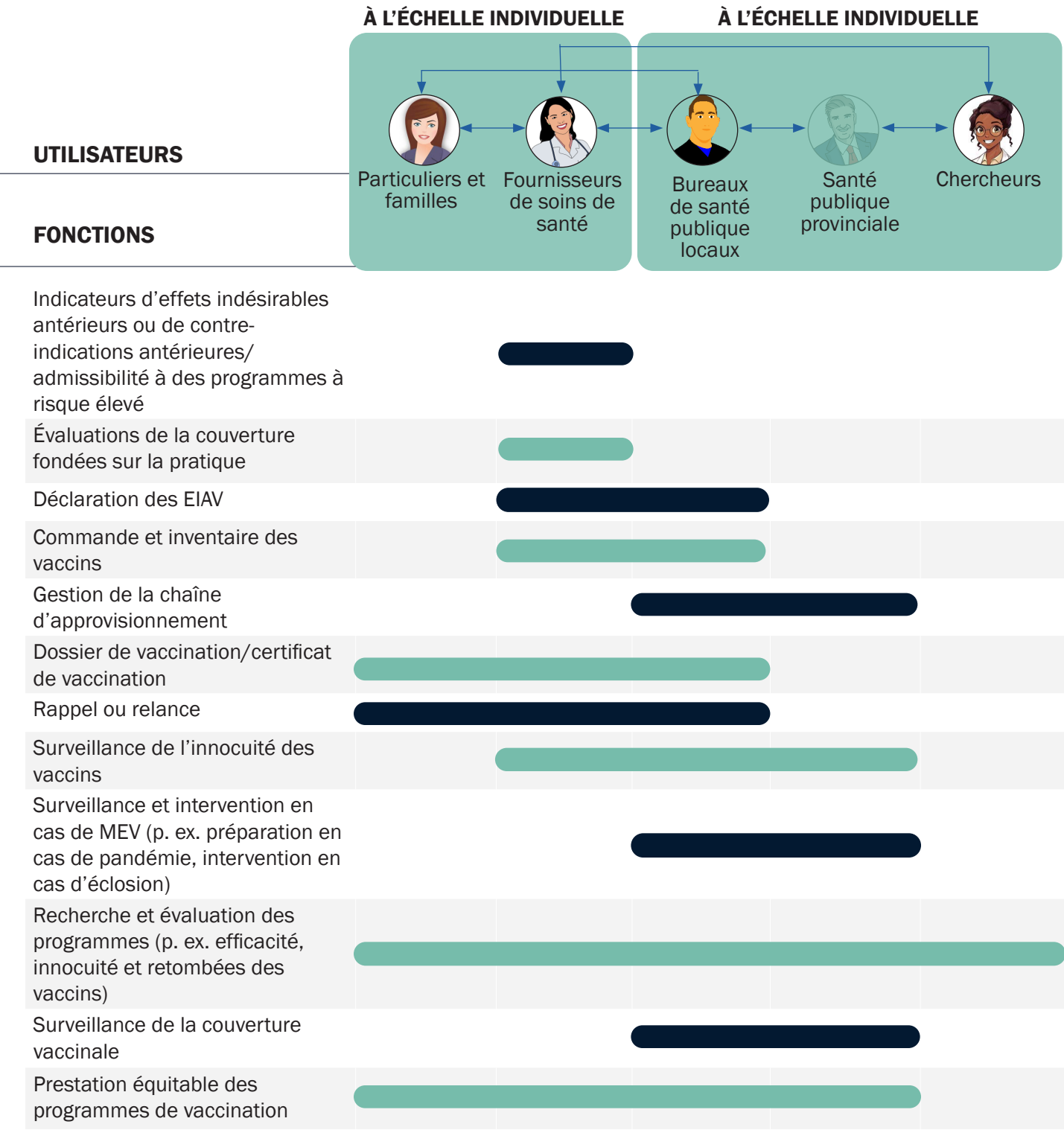
Le système COVaxON

Pendant la pandémie, le système COVaxON a été créé pour recueillir de manière sécurisée des données sur tous les vaccins contre la COVID-19 administrés en Ontario. Ce système de données, dont l'utilisation était exigée par la Loi de 2021 sur la déclaration des vaccins administrés contre la COVID-19, a permis aux Ontariennes et aux Ontariens d'accéder à leur dossier de vaccination en ligne et de recevoir des rappels.

Le système COVaxON a permis de surveiller la couverture vaccinale, l'efficacité et l'innocuité et nous a aidés ainsi à établir des priorités pour l'administration de la vaccination. L'accès à des données complètes sur l'immunisation a également permis de déterminer quels étaient les effets indésirables rares, ce qui a permis de formuler des recommandations préférentielles concernant les vaccins et le dosage.

Ce système montre les avantages et la fonctionnalité d'un système provincial d'information sur l'immunisation complet, sécurisé et accessible en ligne. Cependant, malgré ses avantages, le manque d'intégration du système aux dossiers médicaux électroniques a entraîné une saisie de données en double qui représentait un fardeau pour les fournisseurs de soins de santé. Les systèmes futurs doivent éliminer ce problème pour obtenir le soutien des fournisseurs de soins de santé.

Figure 24. Résumé de la fonctionnalité d'un système provincial d'information sur la vaccination, par type de détenteur d'intérêt



* MEV= maladie évitable par la vaccination

Adapté de : Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif ontarien de l'immunisation. Énoncé de position : Un registre provincial de vaccination pour l'Ontario; 2024. Consulté le 14 juillet 2025.



Relever le défi n° 2 : **Remédier aux disparités dans l'accès et l'adoption**

Utiliser un cadre fondé sur les besoins pour guider les programmes de vaccination

Les inégalités en santé sont des différences systématiques entre les possibilités qu'ont les groupes d'atteindre une santé optimale. Ces différences entraînent des écarts injustes et évitables en matière de résultats en matière de santé.⁴⁹

Les différences d'accès et d'adoption de la vaccination rendent certains groupes plus vulnérables que d'autres aux maladies infectieuses et chroniques, de sorte qu'ils obtiennent de moins bons résultats de santé à court et à long terme.

Ayant reconnu la nécessité de s'attaquer aux problèmes d'équité dans les programmes de vaccination, le CCNI a adopté le cadre d'éthique, d'équité, de faisabilité et d'acceptabilité. Ce cadre fournit des outils pour évaluer les programmes en fonction des besoins, ce qui permet de prendre des décisions stratégiques plus transparentes et fondées sur des données probantes.

Favoriser la confiance et habiliter le leadership communautaire

Les différences de taux d'adoption de la vaccination peuvent être créées par des obstacles à l'accès (p. ex. les transports, les barrières linguistiques) ou par la méfiance envers les institutions en raison d'expériences négatives passées de l'accès aux soins de santé ou aux services sociaux.⁵⁰

Pour rétablir la confiance chez les groupes mal desservis, notamment les personnes 2ELGBTQIA+, les personnes sans abri, les réfugiés et les demandeurs d'asile et les communautés racisées, il est essentiel de communiquer avec ces communautés et de faire participer leurs membres à la conception et à la planification des campagnes de vaccination.

Pleins feux sur :

Plan pour la santé des Noirs

En 2020, les taux d'infection par la COVID-19 chez les Torontois noirs étaient plus de neuf fois supérieurs à ceux des Torontois blancs. Cette disparité s'expliquait notamment par l'exacerbation des inégalités en matière de santé et par des facteurs sociaux qui augmentaient le risque d'infection et réduisaient l'effet des stratégies de santé publique sur les populations noires.

En réponse à cette situation, le groupe de travail sur le Plan pour la santé des Noirs a été créé en 2020, suivi plusieurs mois plus tard par la table ronde des scientifiques noirs.

De plus, les Black Physicians of Ontario, la Black Health Alliance, les centres de santé communautaire et les groupes communautaires ont concentré leurs efforts sur la réponse à la pandémie.

Ensemble, ils ont plaidé en faveur de la collecte de données sociodémographiques en collaboration avec la Stratégie pour les collectivités prioritaires de l'Ontario. Ils ont élaboré des stratégies pour réduire l'infection, notamment des cliniques de vaccination communautaires et plus de 20 séances de discussion ouverte qui ont réuni plus de 6 000 personnes et avaient pour but de renforcer la confiance et de contrer la désinformation.

S'appuyant sur ces travaux, l'Ontario a publié en 2023 son premier [Plan pour la santé des Noirs](#) qui comprend des recommandations visant à accroître l'adoption de la vaccination, à lutter contre la réticence et à améliorer l'accès grâce à des initiatives communautaires et à la collecte de données fondées sur la race.



Lors des épidémies de mpox en Ontario, des partenariats avec des organismes communautaires ont permis de mettre en œuvre une campagne de vaccination éclairée par la communauté qui a eu beaucoup de succès. Comme le montre la Figure 26, l'adoption de la vaccination était étroitement liée au nombre de messages publiés sur les réseaux sociaux chaque semaine, ce qui montre que les campagnes de sensibilisation sont efficaces pour accroître la demande de vaccinations. Après une forte augmentation du nombre des cas de mpox de mai à août 2022, le nombre de cas a plafonné à l'automne grâce à l'adoption de la vaccination et à des changements de comportement.⁵¹

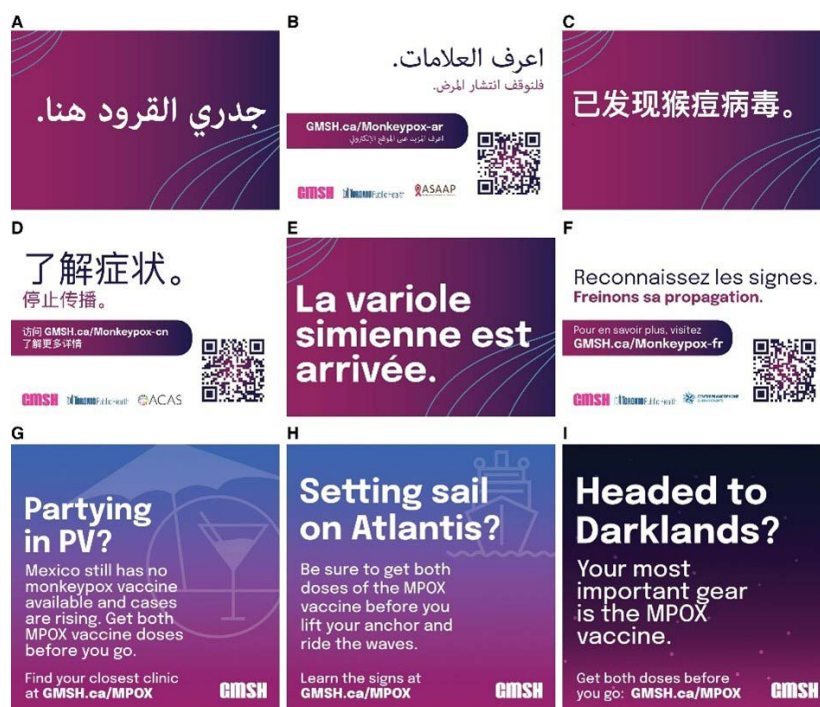
Plains feux sur : la campagne de sensibilisation à la mpox de l'Ontario

Des cas de la mpox ont été détectés pour la première fois en Europe en avril 2022 et, en mai 2022, l'Ontario a déclaré une épidémie. Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) risquaient plus que les autres personnes d'en être atteints. Compte tenu de la stigmatisation des populations 2ELGBTQIA+ qui a eu lieu dans le passé lors des interventions de santé publique, une stratégie efficace dirigée par la communauté était essentielle à la réussite.

La Gay Men's Sexual Health Alliance (GMSH) a joué un rôle clé dans la réponse à la mpox. Les partenariats entre la GMSH, le Bureau du médecin hygiéniste en chef et les organismes communautaires ont été essentiels à la réussite du programme. La GMSH a fourni une expertise en matière de promotion de la santé sexuelle ainsi que des conseils sur les stratégies de promotion de la santé et de la vaccination lors de réunions hebdomadaires.

Une campagne de sensibilisation multilingue sur les symptômes et la prévention de la mpox, notamment sur la vaccination, a été lancée. Dans le cadre de cette campagne sur les réseaux sociaux qui a été consultée plus de 74 millions de fois, une approche positive envers l'expression de la sexualité et un langage franc ont été adoptés pour communiquer des messages de santé publique clés.⁵¹

Figure 25. Campagne de sensibilisation à la mpox

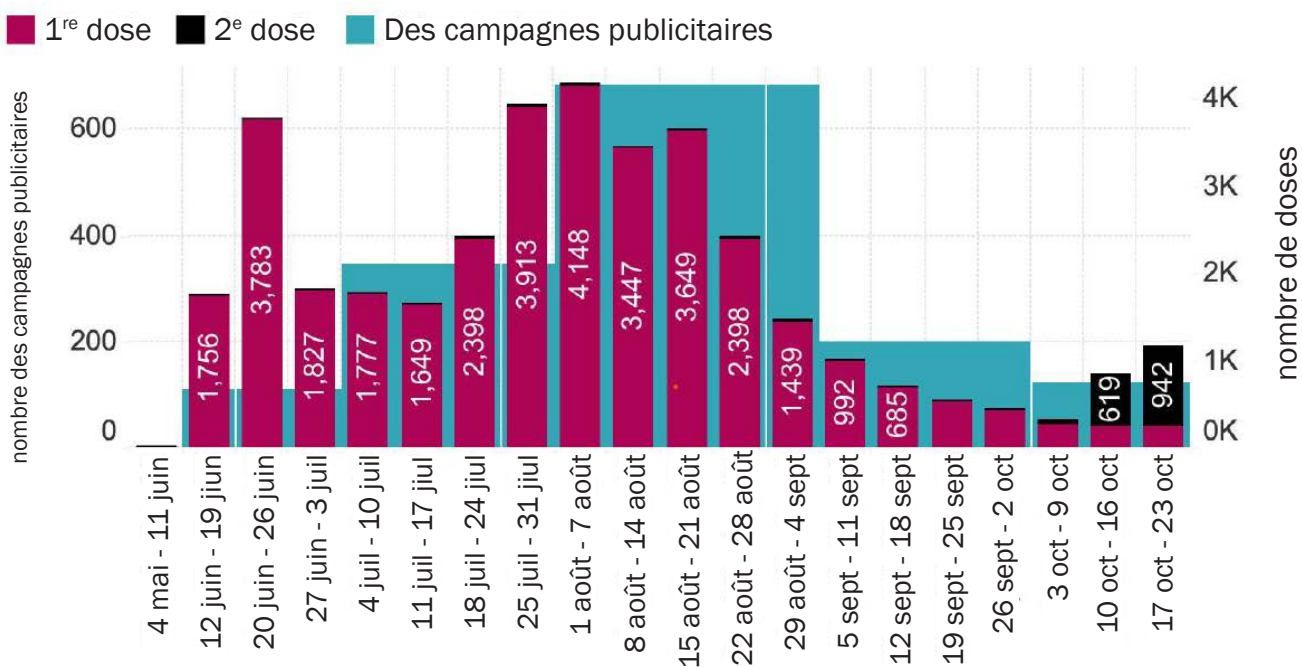


Source : Tan DHS, Awad A, Zygmunt A, et al. Community Mobilization to Guide the Public Health Response During the 2022 Ontario Mpox Outbreak: A Brief Report. Open Forum Infectious Diseases. 024;11(Supplément_2) : S129-S132. doi:10.1093/ofid/ofae195

Les cliniques de vaccination de masse contre la COVID-19 ont été élargies pour l'administration des vaccins contre la mpox. Entre mai et octobre 2022, un total de 37 470 doses de vaccins contre la mpox ont été administrées en Ontario.

Dans cet exemple, l'expertise communautaire a guidé avec succès la politique et la planification de la vaccination. Les services de santé publique locaux ont également collaboré avec les dirigeants communautaires pour mettre en place des cliniques de vaccination temporaires.

Figure 26. Ligne temporelle des campagnes publicitaires sur les réseaux sociaux par rapport aux tendances de la vaccination en Ontario



Source : Ismail Y, Zapotoczny V. Ontario's Mpox Awareness Campaign Evaluation: Final Report. Gay Men's Sexual Health Alliance; 2023

Déterminer le besoin de stratégies propres à certaines communautés

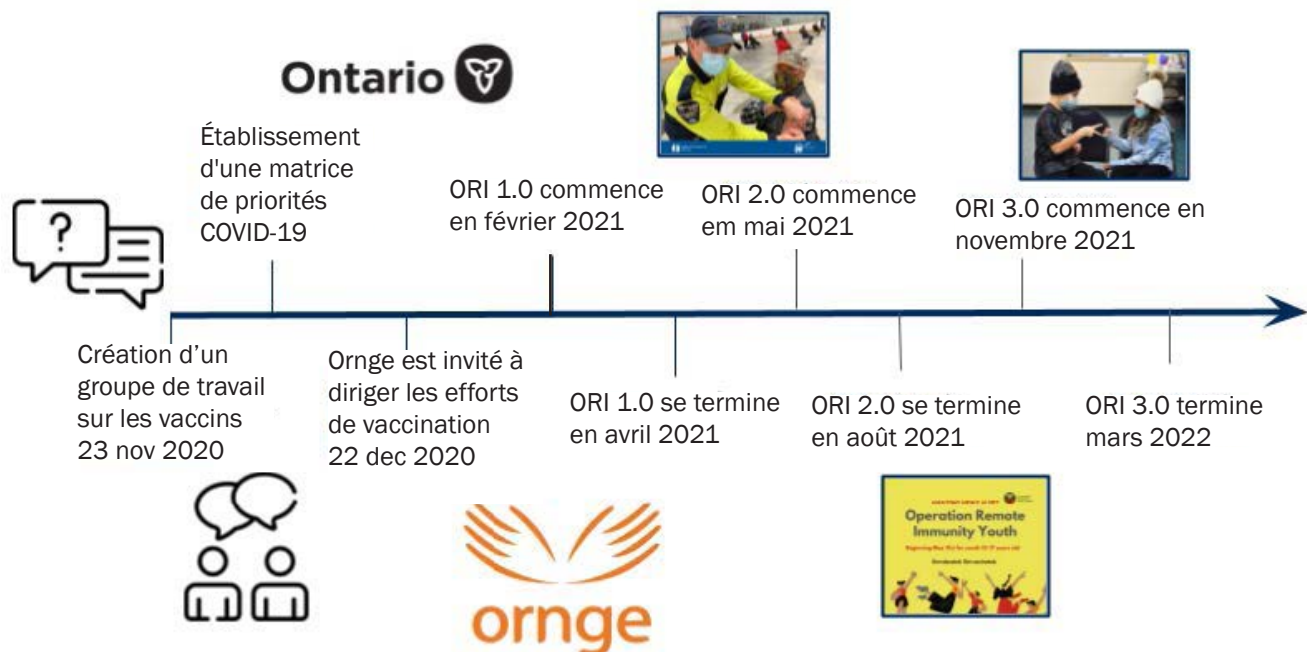
Plains feux sur : Opération Immunité dans les collectivités éloignées

Une fois les vaccins contre la COVID-19 approuvés au Canada, leur distribution est devenue une priorité absolue. La priorité a été accordée aux communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis pour la vaccination en raison de leurs risques élevés d'issues graves liées à des conditions et à des difficultés sous-jacentes, comme l'accès limité à l'eau propre ou la surpopulation des logements.

En décembre 2020, l'Ontario a lancé l'opération Immunité dans les collectivités éloignées. En collaboration avec les dirigeants autochtones, Ornge, un organisme sans but lucratif chargé du transport essentiel en Ontario, a participé à la livraison de milliers de doses de vaccin aux collectivités éloignées.⁵²

Lors de sa première phase, l'opération Immunité dans les collectivités éloignées a permis de livrer plus de 25 000 doses à 31 collectivités éloignées des Premières Nations et à Moosonee. La deuxième phase (opération Immunité dans les collectivités éloignées 2.0), lancée en mai 2021, a permis d'administrer près de 6 000 doses, y compris des doses de rappel. La troisième phase (opération Immunité dans les collectivités éloignées 3.0), lancée en mars 2022, a permis de livrer 9 700 doses supplémentaires.

Figure 27. La ligne temporelle de l'opération Immunité dans les collectivités éloignées



Source : Burton S, Hartsoe E, Li W, Wang A, Wong J. Operation Remote Immunity. Reach Alliance; 2023.

La plupart des membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis vivent hors réserve et bon nombre d'entre eux résident en milieu urbain.

Pendant la pandémie de COVID-19, les communautés autochtones en milieu urbain de Toronto et de London avaient un taux d'adoption de la vaccination inférieur de 20 % à celui de la population en général. Les obstacles comprenaient le manque d'accès à des soins adaptés à la culture (définis comme étant des soins de santé offerts en reconnaissant, respectant et développant l'identité culturelle de la personne),⁵³ le racisme systémique dans les hôpitaux et la méfiance envers la biomédecine engendrée par les politiques coloniales.

Les centres de santé autochtones, y compris le Southwest Ontario Aboriginal Health Access Centre (SOAHAC) et les Maamweysing North Shore Community Health Services, ont réagi en offrant des espaces de soins de santé culturellement sécuritaires pour la vaccination contre la COVID-19 et la vaccination systématique. Ces centres continuent d'offrir des services de vaccination ainsi que des services de soins primaires complets.

Pleins feux sur : le pow-wow de la clinique de vaccination Na-Me-Res

Na-Me-Res, un refuge d'urgence pour hommes autochtones, a organisé un pow-wow de clinique de vaccination au stade Varsity de l'Université de Toronto pendant la pandémie de COVID-19 afin de fournir aux membres des Premières Nations, aux Inuits et aux Métis un site de vaccination culturellement sécuritaire.

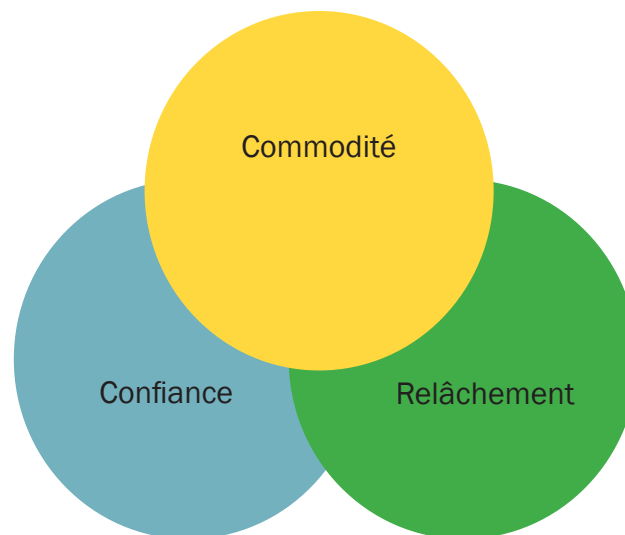
Cette clinique temporaire, mise en place grâce à un partenariat entre l'Institut Waakebiness-Bryce pour la santé autochtone de l'École de santé publique Dalla Lana, la Well Living House et Seven Generations Midwives Toronto, a vacciné 200 personnes au cours d'un spectacle de joueurs de tambour et de danseurs de pow-wow. Le succès de cette clinique a mené à la création d'Auduzhe Mino NeseWINong (« lieu de respiration saine ») qui fonctionne en tant qu'équipe interprofessionnelle de soins primaires autochtones qui offre des services de soins primaires culturellement adaptés à Toronto.

Les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis sont confrontés à des inégalités en matière d'accès à la vaccination systématique et saisonnière.^{22,23,54} Pour remédier à cette situation, les dirigeants autochtones ont proposé une stratégie d'immunisation pour les Autochtones en Ontario. Cette stratégie, qui est guidée par les responsables de la santé autochtone et soutenue par les autorités de santé publique locales, a pour but de réduire les disparités en matière d'adoption de la vaccination au sein des collectivités autochtones.

Obstacles à l'accès

Une étude récente a révélé que l'obstacle à la vaccination le plus courant après le manque d'information était la difficulté d'accéder aux vaccins.⁵⁵ Cela montre qu'il est tout aussi important de faire en sorte qu'il soit facile d'accéder aux vaccins que de fournir des informations exactes et d'encourager les personnes à tenir leurs vaccinations à jour.

Figure 28. Les trois causes de la réticence à la vaccination



Adapté de : MacDonald NE. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*. 2015;33(34):4161-4164.

Élargir l'accès à l'immunisation

Le [Plan pour des soins interconnectés et commodes de l'Ontario](#) a élargi l'éventail des professionnels de la santé qui peuvent administrer des vaccins.

Sages-femmes

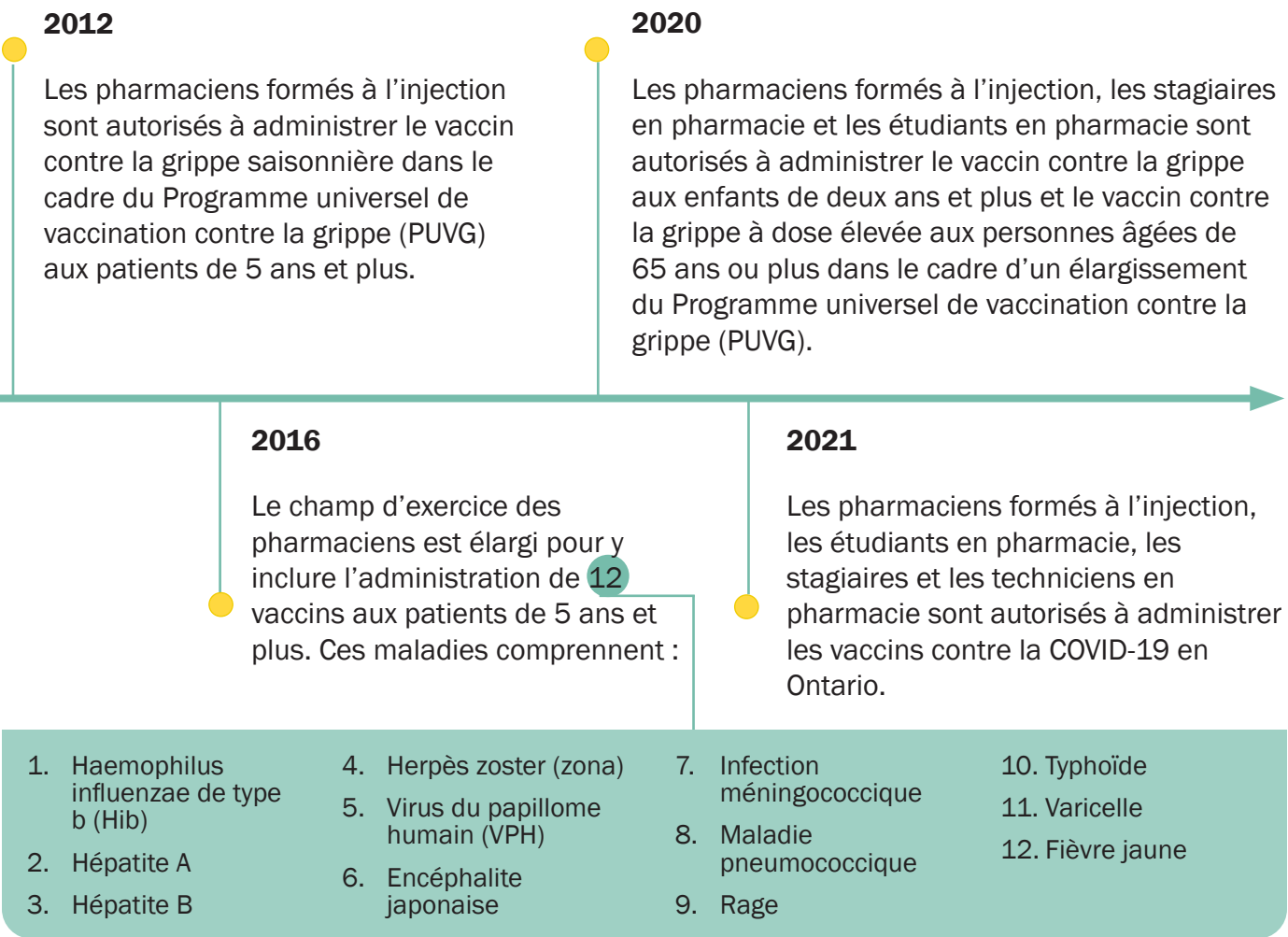
[En mai 2024, le gouvernement de l'Ontario a élargi le champ d'exercice des sages-femmes](#) pour leur permettre d'administrer des vaccins, par exemple contre la COVID-19, la grippe et le vaccin DTC (diphtérie, tétanos et coqueluche).

- En Ontario, près d'une naissance sur cinq a lieu avec l'aide d'une sage-femme.
- Les vaccins administrés pendant la grossesse, comme le vaccin DTC, offrent une protection de 91 à 93 % contre la coqueluche chez les nourrissons au cours du premier mois de leur vie, avant qu'ils puissent être vaccinés eux-mêmes.^{56,57}

Pharmaciens

Le champ d'exercice des pharmaciens en matière d'immunisation a également été élargi en Ontario pour offrir aux Ontariennes et aux Ontariens plus de possibilités d'accéder à une vaste gamme de vaccins dans leurs communautés (voir la Figure 29).

Figure 29. Élargissement du champ d'exercice des pharmaciens en matière d'immunisation en Ontario



Adapté de : Ontario Pharmacists Association. 10 years of immunizations, 2022.

Soins primaires et lacunes dans l'accès

En Ontario, les vaccinations systématiques de l'enfance sont administrées principalement par des médecins de famille, contrairement à ce qui se passe dans plusieurs autres provinces où les infirmiers et infirmières en santé publique jouent un rôle plus important. Ce modèle présente des difficultés :

- L'Ontario connaît actuellement une pénurie de médecins de premier recours.
- Les personnes et les familles sans fournisseur de soins primaires peuvent être confrontées à des obstacles à l'accès aux vaccinations systématiques.
- Une étude de 2009 a révélé une corrélation entre le nombre de médecins de famille et de pédiatres en Ontario et la couverture vaccinale chez les enfants de sept ans.⁵⁸

À l'heure actuelle, 2,2 millions d'Ontariennes et d'Ontariens, dont 360 000 enfants, sont sans fournisseur de soins primaires, les nouveaux arrivants et les communautés à faible revenu étant les plus touchés.⁵⁹

En réponse à cette situation, l'Ontario a annoncé la création de l'[Équipe d'action de l'Ontario pour les soins primaires \(EASP\)](#) dirigée par la Dre Jane Philpott dont le mandat central comprend un engagement à relier tous les Ontariens et Ontariennes à une équipe de soins primaires d'ici quatre ans.

Surmonter les obstacles

Pour améliorer l'accès aux vaccins, l'Ontario doit adopter des stratégies flexibles axées sur la communauté.

- **Campagnes de sensibilisation du public :** En particulier pendant la saison des virus respiratoires, il est essentiel pour les populations à risque élevé de faire en sorte que le vaccin contre la grippe soit largement disponible tôt dans la saison.
- **Approches communautaires adaptées :** Dans le Nord de l'Ontario, où l'accès aux médecins de famille est limité, certains bureaux de santé publique administrent directement les vaccinations systématiques de l'enfance. Depuis la pandémie de COVID-19, d'anciens sites de vaccination de masse ont également été réaménagés pour aider les enfants à rattraper leur retard en matière de vaccination.
 - o En 2024-2025, la circonscription sanitaire du Nord-Ouest a fourni 3 379 vaccins administrés systématiquement pendant la petite enfance.

Solutions communautaires

Les cliniques de vaccination temporaires des salons du bien-être organisés par le **Carrefour des services de santé et des services sociaux pour les Noirs à Peel** ont montré l'efficacité des approches communautaires :

- Ces salons abordent les obstacles courants tels que le transport, les problèmes d'horaire et les craintes liées à l'accès à l'immunisation dans les établissements de santé traditionnels, notamment la stigmatisation et les obstacles culturels.
- Initialement axés sur les vaccins contre la COVID-19, ils proposent maintenant également des vaccinations systématiques pour les enfants d'âge scolaire.
- Le Carrefour est soutenu par la **Black Health Alliance, la Black Physicians Association of Ontario** et des partenaires locaux tels que **Roots Community Services, Partners Community Health** et le **centre de santé communautaire LAMP**.

Ces milieux familiers de confiance aident les familles à rattraper leur retard en matière de vaccination et améliorent l'accessibilité dans l'ensemble.

Plains feux sur : La ligne d'information sur la vaccination de SickKids

La ligne d'information sur la vaccination de SickKids est un service de consultation téléphonique sur rendez-vous gratuit qui offre des conseils d'experts sur les immunisations pour les enfants, les jeunes et les femmes enceintes ou qui allaitent. La Ligne d'information offre des conversations individuelles et ouvertes avec un infirmier ou une infirmière spécialement formée. Les familles peuvent poser des questions et obtenir des renseignements propres à leur enfant sur l'admissibilité, l'innocuité, l'accès et l'efficacité des vaccins dans un environnement sécuritaire où ils ne sont pas jugés, le but étant de les aider à prendre des décisions éclairées.

Les parents et les fournisseurs de soins qui résident en Ontario peuvent prendre rendez-vous directement sur le site Web et n'ont pas besoin d'un aiguillage ni d'une carte Santé/de l'Assurance-santé de l'Ontario. La ligne d'information joue un rôle essentiel dans l'orientation dans le système : elle aide les familles à surmonter les difficultés d'accès et à trouver de l'aide concernant leur manque de confiance en la vaccination, même si elles n'ont pas de fournisseur de soins primaires. Pour les cas complexes qui nécessitent une consultation supplémentaire, le service peut orienter directement les enfants et les familles vers des spécialistes pour leur permettre d'obtenir des conseils supplémentaires. La Ligne d'information est offerte en plusieurs langues grâce à un service d'interprétation téléphonique pour faire en sorte que les barrières linguistiques ne constituent pas un obstacle à l'obtention d'un soutien.

Ce service a été lancé en 2021 et était alors spécifiquement axé sur la vaccination contre la COVID-19 (il s'appelait autrefois « Service de consultation sur la vaccination contre la COVID-19 de SickKids »). Il a été élargi depuis pour offrir un soutien relatif à toutes les vaccinations systématiques offertes pendant l'enfance et la grossesse. Ce service de consultation est fourni par un infirmier ou une infirmière avec le soutien de médecins spécialistes des maladies infectieuses pédiatriques et est offert gratuitement à tous les résidents de l'Ontario et à leurs familles.

Perspectives d'avenir : Améliorer l'accès partout en Ontario

Pour faire en sorte que tous les Ontariens et Ontariennes puissent accéder toute leur vie aux vaccins, nous devons :

- Renforcer les liens avec les médecins de famille;
- Éliminer les obstacles locaux à l'accès;
- Étudier des solutions novatrices propres aux communautés qui reflètent les besoins diversifiés de la population ontarienne.

Pleins feux sur :

Les CLSC du Québec

Les Centres locaux de services communautaires (CLSC) ont été créés au Québec au début des années 1960, après les réformes de la Commission Castonguay-Nepveu. Il y a au Québec 147 CLSC qui offrent des soins préventifs de routine, notamment la vaccination, au sein d'un centre communautaire intégré. Ils offrent également des consultations avec des médecins de premier recours, des infirmiers praticiens et infirmières praticiennes et des professionnels paramédicaux.

Les services sociaux comprennent des consultations sociales et psychologiques, des interventions en cas de crise et des consultations en santé mentale. Les CLSC offrent également des services de réadaptation, de prise en charge des maladies chroniques et de prévention des infections transmissibles sexuellement (ITS).

Relever le défi n° 3 :

Freiner la perte de confiance en les vaccins

Renforcer la confiance en les vaccins

Les attitudes à l'égard de la vaccination peuvent être influencées par de nombreux facteurs, notamment le contexte dans lequel une personne vit (c'est-à-dire la géographie ou la culture), les expériences personnelles et les attitudes qui peuvent différer d'un vaccin à l'autre.⁶⁰

En 1998, une étude erronée (qui a été rétractée plus tard) publiée dans *The Lancet* par Andrew Wakefield et ses collègues a établi un lien erroné entre le vaccin RRO et l'autisme, ce qui a sapé la confiance en le vaccin malgré que des preuves accablantes aient réfuté cette affirmation. Cette mésinformation a entraîné une hausse du nombre des cas de rougeole, même dans les pays où la maladie avait été éradiquée.

Pendant la pandémie de COVID-19, le fait que les vaccins à ARNm suscitaient de la méfiance en raison de leur nouveauté, malgré la disponibilité de données qui montraient leur innocuité et leur efficacité, a été un des principaux facteurs de réticence. Pendant et après la pandémie de COVID-19, les réseaux sociaux ont joué un rôle central dans l'amplification des mythes et de la mésinformation.⁶¹



Figure 30. Déterminants de la réticence à la vaccination

Déterminants	Influences
Contextuels (p. ex. facteurs historiques, socioculturels, environnementaux, liés au système de santé et aux instances institutionnelles, économiques et politiques)	• Communication et médias • Leaders influents, influences historiques, programmes gouvernementaux et politiques • Religion, culture, sexe, situation socio-économique • Obstacles géographiques
Individuels et de groupe (p. ex. opinion ou influence de l'environnement social ou de l'entourage)	• Expérience personnelle, familiale ou communautaire de la vaccination • Croyances, attitudes, connaissances et sensibilisation en matière de santé et de prévention de la maladie • Expérience personnelle avec le système de santé et les fournisseurs de soins de santé • Perception des risques et des bienfaits
Vaccin/Enjeux propres à la vaccination (p. ex. directement liés au vaccin ou à la vaccination)	• Risques et bienfaits (données épidémiologiques et scientifiques) • Introduction d'un nouveau vaccin ou d'une nouvelle plateforme vaccinale • Mode d'administration • Conception du programme de vaccination et mode de prestation (p. ex. programme systématique ou campagne de vaccination de masse) • Fiabilité de l'approvisionnement ou de l'origine des vaccins et du matériel de vaccination • Calendrier de vaccination • Coûts associés au vaccin ou frais de transport pour se rendre au lieu de vaccination • Fermeté des recommandations en faveur de la vaccination ou attitude des professionnels de la santé à l'égard de la vaccination

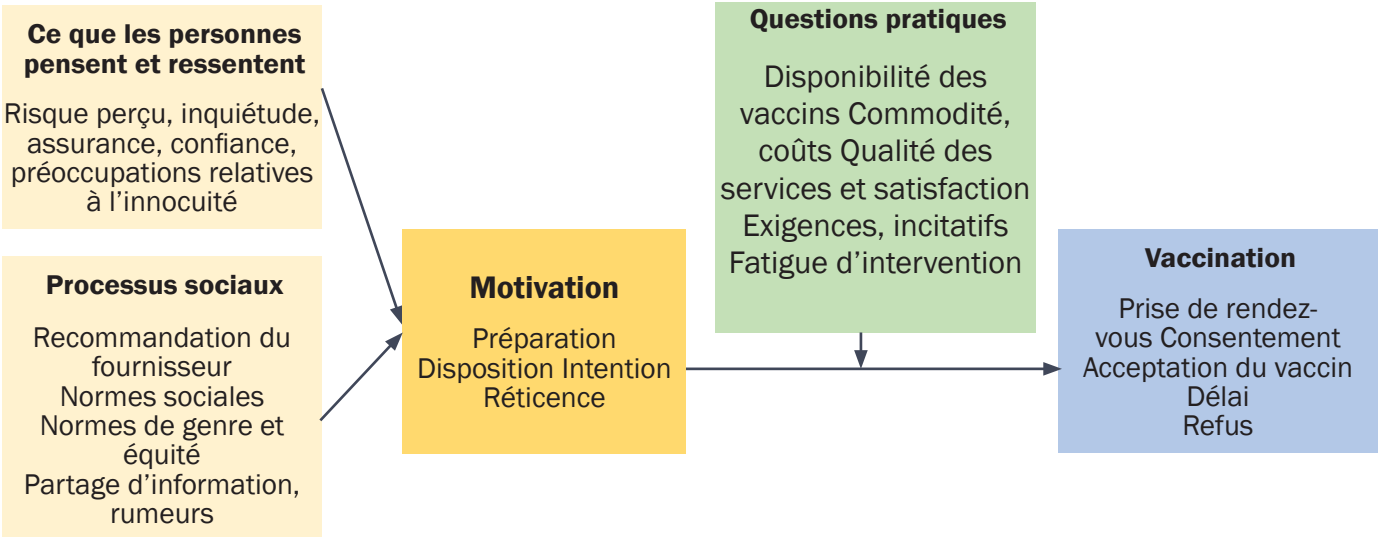
Adapté de : Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Accroître la confiance à l'égard des vaccins; 2021.

Les expériences de discrimination ou les interactions négatives avec le système de soins de santé peuvent saper la confiance et influencer les attitudes envers la vaccination et les établissements de santé.

Certains groupes, tels que les personnes qui s'identifient comme 2ELGBTQIA+, les personnes en situation d'itinérance, les réfugiés et les demandeurs d'asile, ainsi que les communautés racisées, peuvent avoir été victimes d'une stigmatisation ou d'un manque de compréhension de leurs besoins particuliers en matière de santé dans les établissements de santé, ce qui les a conduits à éviter d'accéder à des services de soins préventifs comme la vaccination.⁶² Des facteurs comme l'âge et l'état de santé influencent également les attitudes envers la vaccination.

Les normes sociales et les sources d'information jouent également un rôle clé dans les opinions sur l'innocuité, l'efficacité et la nécessité de la vaccination.

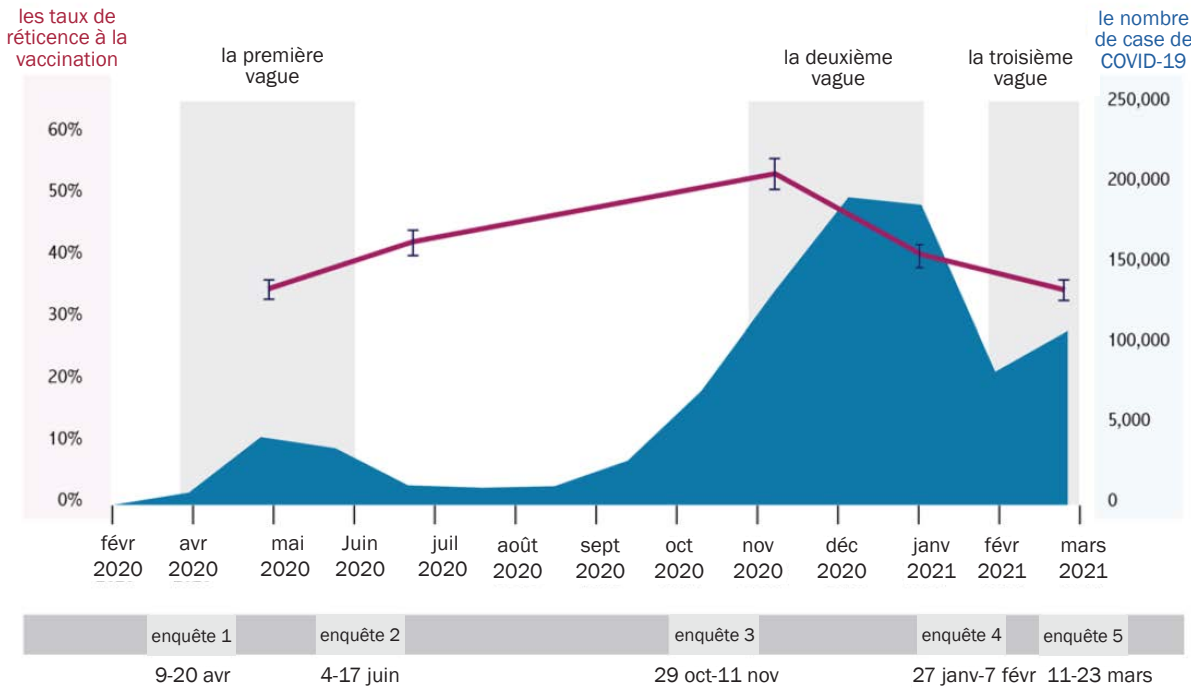
Figure 31. Les facteurs comportementaux et sociaux du cadre de vaccination



Source : Gagnon D, Beauchamp F, Bergeron A, Dube E. Vaccine hesitancy in parents: how can we help? CanVax. 2023.

La confiance envers les vaccins évolue au fil du temps, ce qui présente à la fois des défis et des possibilités de l'améliorer. Durant la pandémie de COVID-19, au Canada, la réticence à la vaccination autodéclarée a atteint un maximum de 52,9 % lors de la deuxième vague en novembre 2020, contre 36,8 % lors de la première vague et 36,9 % lors de la troisième vague.⁶³

Figure 32. Taux de réticence à la vaccination pendant la pandémie de COVID-19 au Canada



Source : Lavoie K, Gosselin-Boucher V, Stojanovic J, et coll. Understanding national trends in COVID-19 vaccine hesitancy in Canada: results from five sequential cross-sectional representative surveys spanning April 2020–March 2021. BMJ Open. 2022;12(4):e059411.

S'attaquer aux facteurs de réticence à la vaccination

Renforcer la confiance envers les vaccins est essentiel pour que le taux d'adoption de la vaccination soit élevé. Compte tenu de la complexité de la prise de décisions en matière de vaccination, une approche multidimensionnelle est nécessaire pour s'attaquer aux différents facteurs de réticence.

Munir les fournisseurs de soins de santé des outils nécessaires pour renforcer la confiance envers les vaccins

Les fournisseurs de soins de santé sont la source d'information sur la vaccination qui inspire le plus confiance.⁶⁴⁻⁶⁶

Une recommandation d'un fournisseur de soins de santé de confiance est le moyen le plus efficace de réduire la réticence à la vaccination et d'encourager les gens à se faire vacciner.⁶⁷ Les fournisseurs de soins de santé peuvent utiliser plusieurs stratégies éprouvées pour aider à renforcer la confiance en les vaccins :

Utiliser une approche présomptive lors de la présentation des vaccins.

Dire aux parents de quels vaccins nécessaires leur enfant a besoin plutôt que de leur demander ce qu'ils prévoient faire est plus efficace pour obtenir le consentement des parents à la vaccination de leur enfant.^{68,69} Une approche présomptive permet de montrer que la vaccination est une pratique courante, ce qui contribue à consolider sa place dans le cadre des soins de santé préventifs réguliers.

Employer des techniques d'entretien motivationnel.

L'entretien motivationnel est une méthode éprouvée pour renforcer la confiance en la vaccination qui est reconnue par l'OMS.⁷⁰ Elle aide les personnes à réfléchir à leurs propres raisons de se faire vacciner et permet de leur offrir un soutien personnalisé en fonction de leurs préoccupations.⁷¹ Au Québec, le programme PromoVac a eu recours à l'entretien motivationnel auprès de nouvelles mères dans les maternités. Il a entraîné une baisse de 30 % de la réticence à la vaccination et une augmentation de 11 % de l'intention de se faire vacciner.⁷²

Fournir une recommandation solide et personnelle concernant l'immunisation.

Les recommandations d'un fournisseur de soins de santé se sont avérées efficaces pour accroître l'adoption de la vaccination. Une recommandation ferme (langage assertif et pronoms personnels) faite par un fournisseur de soins de santé est plus efficace pour accroître l'adoption de la vaccination, que des recommandations formulées dans un langage passif qui fait référence à des recommandations institutionnelles.⁷³ Inclure des déclarations personnelles, par exemple en indiquant ce que le fournisseur ferait pour ses propres enfants, s'est avéré très efficace pour renforcer la confiance envers la vaccination.⁷⁴

Créer des environnements de soins de santé favorables pour renforcer la confiance.

La formation culturelle est essentielle pour les personnes qui servent des populations prioritaires, notamment les communautés autochtones et noires, qui sont confrontées à d'importants obstacles à l'accès aux soins de santé à cause du racisme. Des stratégies de communication sur mesure, adaptées à la culture et aux besoins des populations mal desservies, sont essentielles pour créer des environnements de soins culturellement sécuritaires.

Combattre la fatigue vaccinale.

Expliquer clairement les avantages de la vaccination et l'importance des doses de rappel pour le maintien de la protection peut contribuer à réduire la fatigue vaccinale. Les campagnes de vaccination persuasives constituent un moyen de communiquer ces messages. Des entretiens individuels avec un fournisseur de soins de santé sur les besoins particuliers d'une personne en matière de vaccination peuvent également renforcer la motivation.

Plains feux sur : Favoriser la création de milieux des soins culturellement adaptés

[Ontario Native Women's Association \(ONWA\)](#)

L'ONWA a créé une formation culturelle axée sur les femmes autochtones afin de lutter contre le racisme et la discrimination. Cette formation a pour but d'améliorer la sécurité des femmes autochtones qui accèdent aux services de santé et s'adresse aux professionnels de la santé non autochtones. Elle est actuellement mise à l'essai en Ontario.



[Centre de santé communautaire TAIBU](#)

En réponse à une étude de 2012 qui montre que les Ontariens noirs étaient les moins susceptibles de se faire vacciner contre la grippe,⁷⁵ le Centre de santé communautaire TAIBU a créé une approche afrocentrique de promotion de la santé pour stimuler l'adoption de la vaccination.⁷⁶

Élaborée en tenant compte des commentaires de la communauté, cette approche reconnaît l'incidence du racisme anti-Noirs passé et présent dans les soins de santé. Elle répond aux préoccupations liées à la vaccination au moyen de ressources adaptées à la culture qui reflètent les valeurs et les croyances de la communauté noire.



La création d'un centre provincial de ressources sur la vaccination qui offrirait des renseignements à jour aux fournisseurs de soins de santé et au public est une étape importante du renforcement de la confiance envers la vaccination en Ontario. Ce centre permettrait aux personnes de trouver plus facilement des renseignements fiables sur les vaccins, allégerait le fardeau des fournisseurs de soins de santé et des familles, et contribuerait à lutter contre la mésinformation, une cause importante de réticence à la vaccination.

Donner aux ambassadeurs de la vaccination les moyens de renforcer la confiance en les vaccins dans leurs communautés

Les ambassadeurs de la vaccination locaux sont d'importants « messagers de confiance » pour la diffusion des messages de santé publique, en particulier dans les communautés marginalisées et difficiles à atteindre.⁷⁷ Pendant la pandémie de COVID-19, les équipes de mobilisation pour la vaccination (EMV) ont renforcé la confiance, l'accès et l'équité en matière de vaccins. Parmi les personnes avec lesquelles les ambassadeurs ont interagi, 94 % ont obtenu des réponses à leurs questions et 74 % ont reçu un soutien pour accéder aux vaccins.⁷⁸

Figure 33. Équipes de mobilisation pour la vaccination (EMV)



Source : Ville de Toronto. Équipes de mobilisation pour la vaccination : fiche d'information pour l'évaluation du programme, 2022.

Les travailleurs de la santé communautaire et les ambassadeurs communautaires peuvent jouer un rôle complémentaire de celui des fournisseurs de soins de santé en offrant des occasions de tenir de longues discussions nuancées sur la vaccination que de nombreuses personnes et familles souhaitent et dont elles ont besoin, et que les fournisseurs de soins de santé ne sont pas toujours en mesure d'offrir en milieu clinique.

Un système provincial d'information sur l'immunisation permettrait de relier les données sur la couverture vaccinale aux données sociodémographiques et ainsi de surveiller l'efficacité des interventions visant à renforcer la confiance en les vaccins. Une surveillance continue nous aidera à évaluer le succès des approches ciblées visant à améliorer la confiance qui pourraient comprendre la mise en œuvre d'un modèle des travailleurs de la santé communautaire.

Plains feux sur : Clinique de vaccination Mindimooyenh de l'ONWA

La clinique de vaccination Mindimooyenh de l'Ontario Native Women's Association (ONWA) intègre la culture en offrant des services de médecine traditionnelle et de purification par la fumée et d'autres formes de soutien autochtones. Elle adopte une approche de l'« unité familiale » qui permet aux membres des familles d'assister aux séances ensemble et combine les services de guérison traditionnels et occidentaux.

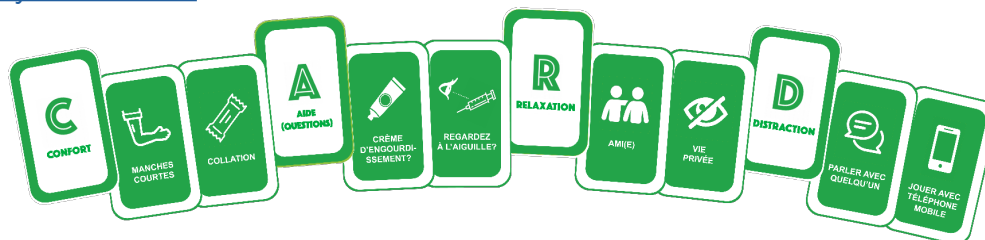
L'ONWA lutte contre la réticence à la vaccination à l'aide de vidéos adaptées à la culture où des membres de la communauté racontent leurs expériences de la vaccination. Ces vidéos sont diffusées sur le site Web de l'ONWA, sur les réseaux sociaux et auprès d'autres organismes partenaires autochtones afin de réduire l'anxiété liée à la vaccination.

Atténuer la douleur et l'anxiété suscitée par les aiguilles

La plupart des enfants et 24 % des adultes ont peur des aiguilles.⁷⁹ Jusqu'à 28 % des enfants sous-vaccinés mentionnent que la peur des aiguilles est un obstacle à la vaccination.^{80,81} Les fournisseurs de soins de santé devraient utiliser des techniques pour gérer la douleur et l'anxiété pendant la vaccination.⁸²

Le système CARD^{MC} réduit les réactions de stress (douleur, peur, évanouissement) à l'aide de stratégies simples. Lors d'un essai, les élèves qui utilisaient CARD ont signalé une diminution de la peur et des étourdissements et avaient une attitude plus positive à l'égard de la vaccination.⁸³

Figure 34. Le système CARD^{MC}



Source : Taddio A, Bucci LM, Logeman C, Gudzak V. The CARD system: A patient-centred care tool to ease pain and fear during school vaccinations. CanVax in Brief. Publié en ligne en 2020.

Optimiser les messages de santé publique

Pour maximiser l'effet des messages de santé publique concernant la vaccination, il faut maintenir un équilibre délicat : un excès d'information peut entraîner une perte d'intérêt⁸⁴ et les recommandations qui sont perçues comme trop fortes peuvent renforcer la réticence.⁸⁵ Les meilleures pratiques en matière de communication de santé publique relative aux vaccins comprennent les suivantes :

Déterminer un public cible et établir une relation de confiance avec celui-ci. La réussite de la campagne de vaccination contre la mpox menée par la GMSH reposait sur le public cible (les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes) et sur une diffusion par une source fiable (la GMSH). Dans la mesure du possible, il est recommandé de travailler en partenariat avec des leaders et organisations communautaires afin d'amplifier et d'adapter les messages de santé publique.

Fournir des faits et s'attaquer aux mythes. Le fait de fournir de l'information de façon préventive pour lutter contre la désinformation est considéré comme un moyen d'« immuniser » les personnes contre les renseignements incorrects ou trompeurs auxquelles elles pourraient être exposées à l'avenir et d'améliorer la littératie en santé.⁸⁷

Utiliser les données pour guider et évaluer la communication en matière de santé publique. Le suivi des médias sociaux peut être utile pour déterminer rapidement les mythes et les préoccupations concernant les vaccins et permettre ainsi aux équipes de santé publique de créer des messages de réfutation préventive. Le cadre de préparation aux pandémies de maladie respiratoire 2024 de l'OMS souligne qu'il est important de surveiller la désinformation, une mesure que le Canada n'a pas encore pleinement mise en œuvre à l'échelle nationale ou provinciale.⁸⁸ Ce type de surveillance est essentiel à la diffusion de messages de santé publique efficaces. Un système provincial d'information sur l'immunisation permettrait d'évaluer l'efficacité des messages de santé publique en temps réel.

Fournir de l'information sur les risques et les avantages. Dans de nombreux cas, les risques de la vaccination sont clairement soulignés, sans indiquer quels sont les avantages pour les personnes et les communautés. Inclure de l'information sur les avantages offerts par la vaccination en termes de protection est essentiel pour assurer une approche équilibrée.⁸⁶

Utiliser des aides visuelles pour expliquer l'information complexe sur les risques. L'utilisation d'aides visuelles peut aider à illustrer des concepts de façon accessible et facile à comprendre.

Travailler en partenariat avec des cliniciens et des chercheurs pour améliorer la compréhension des comportements vaccinaux. La communication en santé publique doit reposer sur des données probantes. Avec de solides partenariats entre les cliniciens, les chercheurs et les responsables des politiques, les messages de santé publique peuvent continuer d'évoluer et être adaptés en fonction des besoins et des préoccupations des Ontariennes et des Ontariens.

Surveiller l'innocuité et l'efficacité

La confiance du public en l'innocuité et l'efficacité des vaccins est essentielle à la prise de décisions et à l'adoption de ces vaccins. La surveillance des vaccins couvre toutes les phases, du développement à la surveillance post-commercialisation. Au Canada, les vaccins sont soumis à une réglementation stricte et font l'objet d'une surveillance continue.

Santé Canada, les fabricants de vaccins, l'ASPC, les provinces, les territoires et les autorités de santé publique locales participent à cette surveillance. L'ASPC et Santé Canada coordonnent la surveillance nationale, tandis que les provinces et les territoires surveillent les événements indésirables associés à la vaccination (EIAV) sur leur territoire.

Les objectifs de la surveillance de l'innocuité des vaccins sont les suivants :

Déterminer les réactions rares non observées dans les études préalables à l'homologation

Surveiller l'augmentation du nombre des réactions connues

Déterminer les facteurs de risque d'effets indésirables

Détecter les signaux de sécurité qui nécessitent une étude plus approfondie

Une surveillance efficace de l'innocuité des vaccins repose sur trois piliers clés :

Surveillance passive de l'innocuité des vaccins :
En Ontario, la surveillance passive de l'innocuité des vaccins repose sur la déclaration des événements indésirables associés à la vaccination (EIAV) par les fournisseurs de soins de santé, les personnes vaccinées ou leurs fournisseurs de soins aux bureaux de santé publique locaux. Ces données sont saisies dans le Système intégré d'information sur la santé publique (SIISP). Santé publique Ontario (SPO) effectue une surveillance systématique et offre une formation et des ressources. Une évaluation complète des EIAV peut être obtenue à l'aide d'un outil interactif de surveillance de l'innocuité des vaccins en ligne.

Les EIAV déclarés aux autorités provinciales et territoriales sont transmis au Système canadien de surveillance des effets secondaires suivant l'immunisation (SCSESSI), géré par l'ASPC. Les fabricants de vaccins doivent déclarer les effets secondaires soupçonnés à Santé Canada dans le cadre du Programme Canada Vigilance. Ces processus permettent de détecter tout problème potentiel d'innocuité des vaccins.

Surveillance active de l'innocuité des vaccins : La surveillance active consiste à recueillir des renseignements sur les effets indésirables auprès des personnes vaccinées ou dans les dossiers cliniques. L'Ontario participe aux activités du Réseau national canadien de sécurité vaccinale (CANVAS) qui assure la surveillance pendant la mise en œuvre des campagnes de vaccination (p. ex. vaccin annuel contre la grippe, vaccin contre le VRS).

Études spéciales : Des études rapides sont menées en réponse à la détection de signaux ou d'EIAV graves. SPO publie des directives de surveillance accrue pour les besoins des situations d'urgence et pour assurer une surveillance en temps opportun. Ces directives de surveillance accrue font en sorte que les EIAV soient signalés dans un délai de 24 heures et comprennent des données pour l'évaluation. SPO produit également des rapports ponctuels sur l'innocuité des vaccins suite à la surveillance renforcée.

Le programme de vaccination contre la COVID-19 de l'Ontario a fait appel à deux systèmes clés pour la surveillance de l'innocuité des vaccins :

Système COVaxON : Le système d'information de l'Ontario qui fournit des données sur la COVID-19 a permis de faire le suivi de toutes les doses de vaccin en temps réel, ce qui a facilité l'estimation des taux d'événements indésirables.

Rapports de surveillance active et passive intégrés : La surveillance active réalisée par l'entremise de CANVAS et la surveillance passive de l'innocuité effectuée au moyen des rapports de santé publique ont été utilisées pour déterminer les événements indésirables.

Pendant la pandémie de COVID-19, le groupe consultatif scientifique ontarien de lutte contre la COVID-19 a évalué les données probantes liées à l'innocuité des vaccins et a élaboré des ressources pour les cliniciens aux fins de l'identification et de la déclaration.

Détection précoce des EIAV à l'aide du système d'information des données sur la COVID-19

Le système COVaxON, associé à un système agile de surveillance passive de l'innocuité des vaccins, a permis la détection précoce de rares cas de myocardite et de péricardite, principalement chez les jeunes hommes, et souvent après la deuxième dose de vaccin à ARNm.

Grâce aux données sur l'immunisation disponibles à l'échelle provinciale, les autorités de santé publique ont pu détecter rapidement une hausse des taux de myocardite et de péricardite associé au vaccin contre la COVID-19 Spikevax de Moderna (ARNm-1273) par rapport au vaccin Pfizer-BioNTech Comirnaty (BNT162b2), en particulier chez les hommes âgés de 18 à 24 ans.

Ces résultats ont conduit l'Ontario à recommander d'utiliser de préférence le vaccin Pfizer chez les personnes de 18 à 24 ans parce que le vaccin Moderna est associé à des taux de myocardite et de péricardite plus élevés.

Un système d'information sur la vaccination robuste, à l'échelle provinciale et nationale est essentiel pour renforcer la surveillance de l'innocuité des vaccins. En reliant les dossiers de vaccination aux données cliniques, comme les dossiers médicaux électroniques, les données des hôpitaux et celles des unités de soins intensifs, il est possible de déterminer tôt les problèmes d'innocuité et de s'en occuper rapidement.

Les systèmes actuels comme CANVAS sont à participation volontaire et ne couvrent pas tout le monde en Ontario, ce qui limite leur efficacité. Un système d'information sur la vaccination entièrement intégré permettrait d'assurer une surveillance active et en temps réel dans toute la province et de faire ainsi un suivi exact et rapide de l'innocuité et de l'efficacité des vaccins.

Signalement en cours des événements indésirables

Santé publique Ontario (SPO) communique de façon continue des données sur l'innocuité des vaccins à l'aide de son [Outil de surveillance des données sur les immunisations](#) qui contient des données sur les événements indésirables associés à la vaccination (EIAV) observés en Ontario de 2012 à 2023.

Les EIAV liés aux vaccins contre la COVID-19 sont déclarés dans un [rapport de surveillance annuel](#) publié sur le site Web de Santé publique Ontario.

Plains feux sur : Programme de soutien aux victimes d'une vaccination du Canada

Les événements indésirables graves associés à la vaccination sont très rares. Les programmes de soutien aux victimes d'une vaccination fournissent une aide aux personnes qui ont subi des blessures liées aux vaccins.

Jusqu'en 2020, le Canada était le seul pays du G7 à ne pas avoir de programme national de soutien aux victimes d'une vaccination. Les États-Unis disposent du National Vaccine Injury Compensation Program depuis 1988 et le Québec a son propre programme depuis 1985.

En 2021, le Canada a lancé le Programme de soutien aux victimes d'une vaccination qui offre une aide financière sans égard à la faute aux personnes qui ont subi une blessure grave et permanente causée par un vaccin autorisé par Santé Canada le 8 décembre 2020 ou après cette date.

Utilisation des données provinciales sur l'immunisation pour surveiller l'efficacité des vaccins

Un système d'information sur la vaccination à l'échelle provinciale permet également de surveiller l'efficacité des vaccins, notamment la durée de la protection, le moment idéal pour administrer les doses de rappel et l'efficacité pour les groupes prioritaires (p. ex. les personnes âgées, les jeunes enfants et les femmes enceintes).

Pendant la pandémie de COVID-19, les données du système provincial d'information sur la vaccination contre la COVID-19 (COVaxON) couplées aux dossiers cliniques ont révélé que :

- Les vaccins contre la COVID-19 se sont révélés très efficaces pour prévenir les issues graves et modérément efficaces contre l'infection symptomatique.^{89,90}
- La protection contre les infections graves et les infections symptomatiques modérées s'estompe avec le temps.⁹¹ mais que les doses de rappel rétablissent l'immunité.⁹²
- Les vaccins contre la COVID-19 sont efficaces à tous les âges, des enfants de six mois⁹³ aux adultes âgés.⁹⁴
- La vaccination pendant la grossesse protège mieux les nourrissons des issues liées à la COVID-19 que la vaccination administrée au cours des premiers mois de la vie.⁹⁵

Un système complet d'information sur la vaccination est essentiel pour assurer une surveillance active et en temps réel de l'innocuité et de l'efficacité des vaccins. En reliant les données sur la vaccination aux dossiers médicaux et d'hospitalisation, nous pouvons détecter rapidement les problèmes d'innocuité et surveiller l'efficacité des vaccins au fil du temps. Cette approche contribue à améliorer la protection des groupes à risque élevé et renforce la confiance du public en améliorant la transparence.



Section 5.

L'évolution du paysage de l'immunisation

Intervenir contre les menaces émergentes

Comme le souligne le [rapport annuel 2022 du médecin hygiéniste en chef : Être prêt](#), le risque d'éclosions de maladies est réel et croissant. Les vaccins restent la pierre angulaire de la préparation en cas d'épidémie et de pandémie, limitant la propagation des maladies et réduisant les maladies graves.

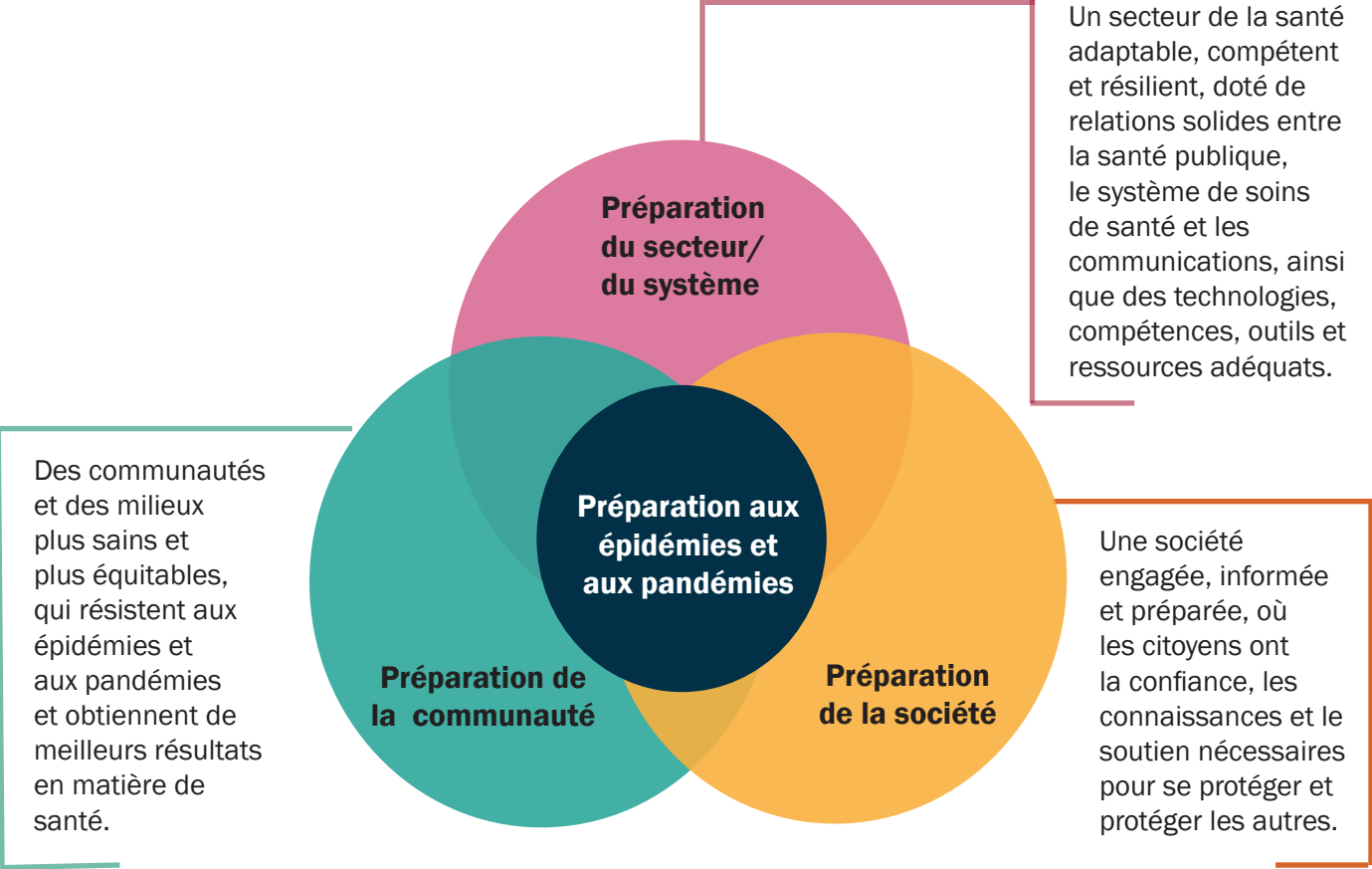
Aujourd'hui plus que jamais, des systèmes de données solides sur la vaccination sont essentiels à la préparation, permettant de procéder à des évaluations à jour de la protection au niveau individuelle et communautaire et d'intervenir rapidement en cas d'éclosion.

L'accès rapide aux vaccins est un aspect crucial de l'intervention en santé publique. Lors d'une pandémie mondiale, le besoin soudain de vaccins peut entraîner une demande supérieure à l'offre, ce qui risque de provoquer des pénuries. Compte tenu des leçons tirées de la pandémie de COVID-19, la préparation doit consister, entre autres, à collaborer avec les centres universitaires et les fabricants locaux pour accroître l'empreinte biomanufacturière du Canada, à investir dans l'innovation canadienne et à renforcer la capacité de production de vaccins et l'approvisionnement en vaccins au pays.

Conformément à la [Stratégie ontarienne pour les sciences de la vie](#) et la [Stratégie en matière de biofabrication et de sciences de la vie du Canada](#), la croissance du secteur ontarien des sciences de la vie fera de l'Ontario un pôle de biofabrication et des sciences de la vie, réduisant ainsi la dépendance à l'égard de l'approvisionnement étranger et tirant parti des capacités provinciales de recherche et de fabrication.

Parallèlement à l'amélioration de la capacité locale de production de vaccins, la mise en œuvre d'un système provincial complet d'information sur la vaccination permettrait un accès en temps réel aux données sur la couverture vaccinale, donnant lieu à une planification rapide de la vaccination et à une meilleure administration des vaccins en cas d'éclosion ou de pandémie.

Figure 35. Planification de la préparation



Source : Bureau du médecin hygiéniste en chef de l’Ontario. Rapport annuel 2022 — Assurer la préparation des services de santé publique face aux éclosions infectieuses et aux pandémies. Publié en ligne en 2023.

Préparation de l’Ontario

La préparation de l’Ontario comprend plusieurs volets :

Préparation des secteurs/ systèmes	Préparation communautaire	Préparation sociétale
Collaborer avec les ministères responsables de l’agriculture, de l’alimentation, des affaires rurales, du travail, ainsi qu’avec les hôpitaux et les services de soins primaires pour garantir la disponibilité de ressources telles que les tests, les vaccins antiviraux et d’autres agents immunisants.	Se mobiliser avec les gouvernements locaux et les partenaires communautaires pour répondre aux besoins régionaux.	Communiquer avec le public au sujet de la manipulation des animaux malades, des signes et symptômes de maladie, des tests, des traitements et des vaccins.

Une approche « Une seule santé » à la préparation en cas de pandémie

L'approche « une seule santé » consiste à reconnaître les liens essentiels entre les personnes, les animaux et les écosystèmes ainsi que la nécessité d'une approche collaborative, multisectorielle et transdisciplinaire pour optimiser les résultats en matière de santé.⁹⁶ Environ 60 % des maladies infectieuses et 75 % des maladies humaines émergentes sont d'origine zoonotique.⁹⁷ La vaccination joue un rôle essentiel dans une approche « Une seule santé » à la préparation en cas de pandémie, à la fois en luttant contre la résistance aux antimicrobiens pour prévenir les infections résistantes aux médicaments et en réduisant la transmission des maladies infectieuses.

Pleins feux

Rage

La rage est une infection virale qui se transmet par la salive des animaux infectés, par morsures et griffures. Si le vaccin contre la rage n'est pas administré au moment de l'exposition, avant que l'infection n'atteigne le système nerveux, cela est presque toujours mortel. Au Canada, les chauves souris, les mouffettes, les renards et les rats laveurs sont les animaux les plus souvent infectés par la rage. Ces dernières années, les chauves-souris ont été l'animal le plus souvent testé positif à la rage dans la province. La réduction du risque de rage chez les humains et les animaux nécessite une collaboration continue entre les experts en santé humaine et en santé animale.

Depuis février 2025, une variante de la rage du renard arctique a été détectée chez cinq renards roux dans le Nord de l'Ontario. La réémergence de la rage au sein de la population de renards roux est préoccupante non seulement en raison du risque de transmission aux humains, mais aussi aux chiens et aux autres animaux, sauvages et domestiques, résidant dans ou à proximité de nombreuses communautés du Nord. Des programmes de vaccination des animaux seront nécessaires pour contribuer à contrôler la propagation de la maladie et à protéger les communautés.

En 2013, le ministère des Richesses naturelles (MRN) a contribué à la mise au point de l'appât vaccinal oral contre la rage, ONRAB, homologué pour la faune. Chaque année, le MRN supervise la distribution d'appâts pour la faune, que ce soit par livraison manuelle, par points d'appât ou par largage par hélicoptère ou avion. L'appâtage a lieu dans le Nord de l'Ontario pendant les mois d'automne et d'été.

L'approche « Une seule santé » a permis de mieux gérer les cas de rage chez les renards dans le Nord de l'Ontario. Cette intervention a nécessité la collaboration de partenaires locaux, provinciaux et fédéraux possédant un savoir-faire diversifié en santé publique, en écologie de la faune, en médecine vétérinaire, en savoir traditionnel et en sciences environnementales. La collaboration, la coordination et une communication étroite continueront d'être nécessaires pour gérer efficacement ce problème et pour protéger la santé des humains et des animaux de même que la salubrité de l'environnement.



Innovations en matière de vaccination

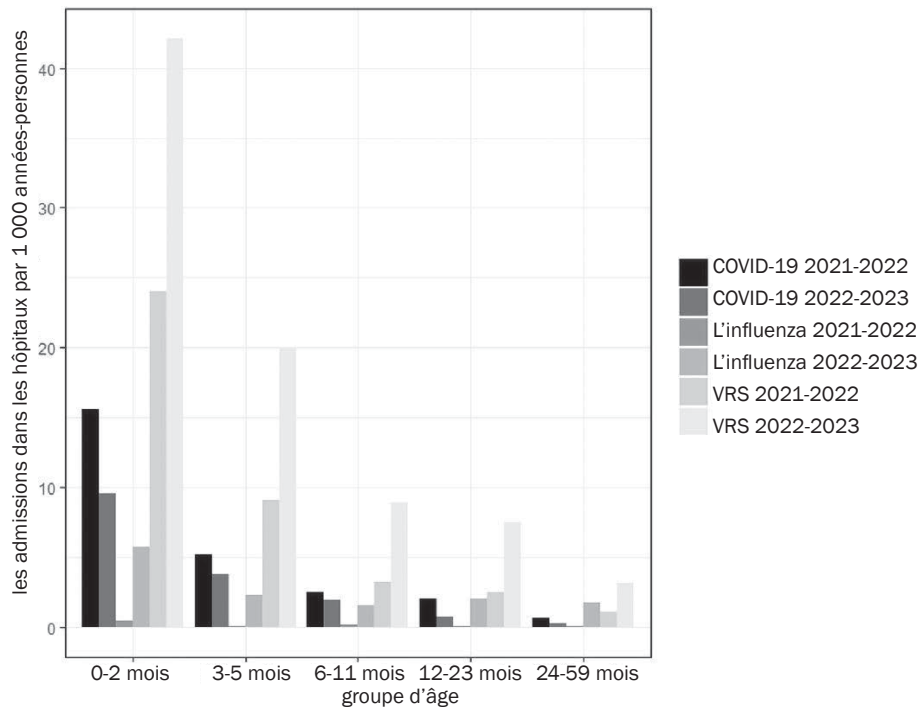
Progrès futurs

De nouveaux vaccins contre les maladies infectieuses et le cancer, de nouvelles technologies, des techniques de fabrication améliorées et des méthodes élargies d'administration des vaccins continueront d'accroître l'incidence de la vaccination en Ontario.

Points forts : Programme de prévention du virus respiratoire syncytial chez les nouveau nés et les nourrissons à haut risque en Ontario

Le virus respiratoire syncytial (VRS) est une maladie des voies respiratoires inférieures qui peut causer une maladie grave chez les jeunes enfants, en particulier ceux de moins d'un an, entraînant des hospitalisations et des admissions en soins intensifs. Bien que la prématurité et les affections cardiaques ou respiratoires augmentent le risque de maladie grave, 75 % des nourrissons hospitalisés sont en bonne santé et ne présentent aucun facteur de risque connu.^{98,99} Le VRS est la principale cause de bronchiolite et de pneumonie chez les nourrissons¹⁰⁰ et peut entraîner des problèmes persistants comme une respiration sifflante plus tard dans l'enfance.¹⁰¹

Figure 36. Taux d'hospitalisations liées à la COVID-19, à la grippe et au VRS, par tranche d'âge, 2021-2023



Source : Jorgensen SCJ, Hernandez A, Buchan SA, et coll. « Burden of Illness Associated With Respiratory Syncytial Virus, Influenza, and Coronavirus Disease 2019 in Infants and Young Children in Ontario, Canada, 2018–2023: A Population-Based Canadian Immunization Research Network Study ». Open Forum Infectious Diseases. 2024;11(10):ofae601.

Pendant la saison respiratoire 2022-2023, une « triple pandémie » de grippe, de COVID-19 et de VRS a submergé les hôpitaux pédiatriques. En Ontario, les admissions en raison du VRS ont augmenté de 105 à 113 % par rapport aux saisons prépandémiques, entraînant 4 438 hospitalisations chez les enfants de moins de cinq ans.¹⁰² Chez les enfants de moins de deux mois, le taux d'admission en soins intensifs pour le VRS était près de dix fois supérieur à celui de la grippe.

En 2002, le palivizumab, un anticorps monoclonal, a été approuvé par Santé Canada et recommandé par le CCNI (2003) pour prévenir l'infection par le VRS chez les nourrissons à très haut risque. Le traitement consistait en quatre doses administrées à 4 à 6 semaines d'intervalle pendant la saison des infections respiratoires. Les anticorps monoclonaux confèrent une immunité passive, offrant une protection immédiate. Ceci est particulièrement bénéfique pour les nourrissons et les personnes immunodéprimées.

En septembre 2024, l'Ontario a élargi son programme de vaccination universelle contre le VRS pour les nourrissons, devenant ainsi l'une des trois seules provinces canadiennes à offrir un tel programme. L'Ontario est également passé à un produit à dose unique appelé nirsevimab, réduisant ainsi encore davantage les obstacles à son adoption. Le palivizumab et le nirsevimab sont tous deux des anticorps monoclonaux qui préviennent les infections graves par le VRS. Des études menées aux États-Unis, en Espagne et en France montrent que le nirsevimab est efficace à 74-90 % pour prévenir les hospitalisations liées au VRS.^{103,104}

Prévention de la démence par la vaccination

Une récente étude menée au Pays de Galles a apporté des données préliminaires selon lesquelles le fait de recevoir un vaccin contre la zona réduirait le risque de démence de 20 % jusqu'à sept ans après la vaccination.¹⁰⁵ Bien que des études supplémentaires soient nécessaires pour déterminer si ces résultats peuvent être reproduits dans d'autres populations et pour en déterminer la plausibilité biologique, ces premiers résultats sont prometteurs, car aucune autre intervention actuellement disponible ne s'est avérée réduire le risque de démence d'une ampleur similaire. Si de futures études confirment ces résultats, la vaccination contre la zona pourrait devenir un élément clé d'une stratégie globale de prévention de la démence.

Des vaccins à ARNm prometteurs

La technologie du vaccin à ARNm est examinée depuis des décennies, ayant d'abord été utilisée dans le traitement du cancer de la prostate. Les essais pour les vaccins contre le syndrome respiratoire du Moyen-Orient et contre l'Ebola ont commencé en 2013 et 2015. Les vaccins contre la COVID-19 ont été les premiers vaccins à ARNm approuvés au Canada en 2020. Les vaccins à ARNm sont sûrs pour la plupart des gens, polyvalents et économiques, avec des délais de fabrication plus courts, ce qui les rend cruciaux pour une intervention rapide lors d'éclats. Divers vaccins à ARNm sont actuellement en cours de mise au point pour surmonter d'importantes difficultés en matière de santé publique.

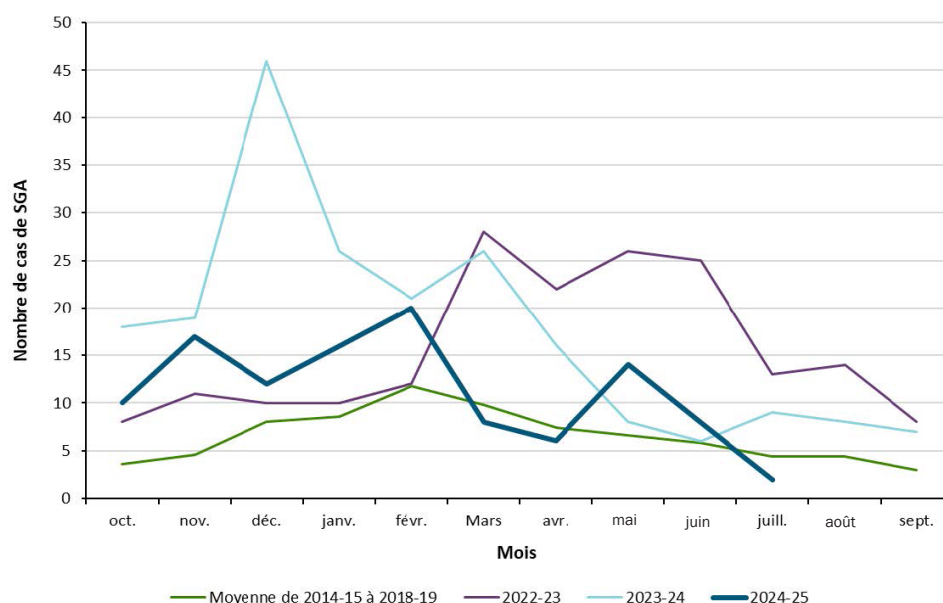
Plains feux :

Streptocoque invasif du groupe A (iGAS)

Le streptocoque du groupe A (GAS) est une maladie bactérienne qui peut se propager par contact direct avec les sécrétions d'une plaie ou les gouttelettes respiratoires d'une personne infectée. Certaines personnes sont porteuses de la bactérie sans présenter de symptômes, ou en ne présentant que peu de symptômes. Les symptômes consistent généralement en des affections légères à modérées comme l'angine à streptocoque, l'impétigo, la cellulite ou la scarlatine. Dans de rares cas, le GAS peut entraîner un streptocoque invasif du groupe A (iGAS), une maladie potentiellement mortelle lorsque la bactérie pénètre dans les tissus profonds ou la circulation sanguine.

En Ontario, les personnes âgées de plus de 65 ans sont les plus susceptibles de contracter l'iGAS. Cependant, les cas d'iGAS chez les 14 à 17 ans ont augmenté de 46 % au cours de la saison des infections respiratoires 2023-2024 par rapport à l'année précédente.¹⁰⁶

Figure 37. Nombre de cas d'iGAS confirmés par mois chez les enfants de 0 à 17 ans 2014-2024



Source : Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Maladie invasive à streptocoque du groupe A (SGA) en Ontario : du 1er octobre 2024 au 30 juin 2025.; 2025.

Le traitement de l'iGAS est complexe, car il est difficile de prédire si les cas bénins deviendront graves, et les infections peuvent s'aggraver rapidement. Les antibiotiques sont souvent utilisés par précaution, ce qui augmente le risque de résistance aux antimicrobiens, une menace sanitaire mondiale majeure. En 2019, l'OMS a établi un vaccin contre le streptocoque du groupe A comme une priorité mondiale. Bien qu'aucun vaccin ne soit encore approuvé, plusieurs candidats à ARNm sont en phase I d'essais. S'ils sont approuvés, ils pourraient réduire de 30 % l'utilisation d'antibiotiques chez les enfants, soit près de 300 millions de prescriptions par an.¹⁰⁷

Nouveaux vaccins pour prévenir le cancer

Virus d'Epstein-Barr (VEB)

Le virus d'Epstein-Barr (VEB) est très courant : 90 % des adultes le contractent au cours de leur vie, principalement par la salive. Les infections infantiles sont généralement bénignes, mais chez les adolescents et les jeunes adultes, le virus peut provoquer une mononucléose (mono) et entraîner une fatigue pouvant durer jusqu'à six mois. Il n'existe aucun traitement particulier contre le VEB. Environ 1 % des cas peuvent entraîner des complications graves telles qu'une hépatite, des problèmes neurologiques ou des anomalies sanguines graves.

Le VEB reste latent dans l'organisme toute la vie, mais peut parfois provoquer des cancers tels que le carcinome du nasopharynx et les lymphomes, en particulier chez les personnes immunodéprimées. Des recherches sont en cours pour mettre au point un vaccin visant à réduire les infections par le VEB et les cancers associés. Les National Institutes of Health mènent un essai clinique préliminaire, où ils évaluent un vaccin préventif à ARNm pour réduire la gravité des infections par le VEB, de la mononucléose et des cancers associés au VEB.

Prévention des anomalies congénitales grâce à la vaccination

Cytomégalovirus (CMV)

Le cytomégalovirus (CMV) est un virus courant qui reste présent dans l'organisme toute la vie. Plus de la moitié des adultes ont été infectés avant l'âge de 40 ans, généralement sans symptômes. Toutefois, les personnes dont le système immunitaire est affaibli peuvent afficher des symptômes graves affectant divers organes.

Le CMV est particulièrement dangereux s'il est contracté pendant la grossesse. Au Canada, 1 nouveau-né sur 200 est infecté, ce qui en fait la principale cause infectieuse d'anomalies congénitales. Il peut entraîner une fausse couche, une naissance prématurée, un faible poids à la naissance et des problèmes de développement permanents comme la perte auditive et la paralysie cérébrale. Un nouveau vaccin à ARNm, en phase III d'essais cliniques, pourrait prévenir la transmission du CMV des femmes enceintes à leur bébé.

Nouvelles techniques de fabrication de vaccins

Vaccins antigrippaux cellulaires

Depuis plus de 70 ans, les vaccins antigrippaux sont fabriqués à partir d'œufs. Bien qu'efficace, cette méthode a des limitations, telles que des problèmes d'approvisionnement pendant les pandémies. La mise au point de vaccins cellulaires offre des avantages, notamment la possibilité d'être rapidement mis à l'échelle pendant une pandémie.

Autres modes d'administration des vaccins

Mode d'administration de vaccins par voie orale, intranasale, inhalée et transdermique

La plupart des vaccins sont administrés par injection, mais d'autres modes d'administration, comme les vaccins oraux et nasaux, existent. Ces méthodes réduisent la peur, nécessitent moins de personnel qualifié et produisent moins de déchets. Cependant, elles risquent de dégrader les antigènes, ce qui affaiblit la réaction immunitaire.

Des chercheurs de l'Université McMaster ont récemment reçu un financement fédéral pour mener des essais cliniques de phase II sur un vaccin aérosol de nouvelle génération contre la COVID-19.¹⁰⁸ Ce nouveau vaccin inhalé a le potentiel de produire des réactions immunitaires encore meilleures que les vaccins traditionnels en ciblant les poumons et les voies respiratoires supérieures, là où les virus pénètrent en premier dans l'organisme.

Une nouvelle méthode, les vaccins transdermiques, consiste à utiliser des micro-aiguilles pour administrer les vaccins à travers la peau. Cette méthode pourrait améliorer l'immunité avec un seul timbre, éliminant ainsi le besoin de doses multiples et permettant l'auto-administration.¹⁰⁹ Bien qu'elle ne soit pas encore au stade des essais cliniques, cette méthode semble être, selon les premières recherches, prometteuse pour les personnes qui ont peur des aiguilles et qui vivent dans des milieux aux ressources limitées.





Section 6.

Recommandations et prochaines étapes

Pour réduire le fardeau des maladies évitables par la vaccination en Ontario et veiller à ce que tous les Ontariens puissent profiter des bienfaits de la vaccination, de la naissance à la fin de vie, je recommande les prochaines étapes suivantes :



Surmonter la première difficulté : combler les lacunes dans les données sur la vaccination

- a. L'Ontario devrait créer un système provincial d'information sur la vaccination complet et accessible en collaboration avec le secteur de la santé publique, le secteur des soins primaires et les pharmacies. Cette mesure améliorera la surveillance de la santé, les résultats en matière de santé publique et la coordination.
- b. L'Ontario devrait promouvoir la collaboration entre les gouvernements d'ordre fédéral, provincial et territorial pour élaborer un système national d'information sur la vaccination.
- c. L'Ontario devrait élaborer une plate forme intégrée de données sur la santé publique qui comprend des données sur la vaccination, les hôpitaux et les cliniques. Dans le cadre d'un partenariat avec le secteur de la santé publique, le secteur des soins primaires et le secteur hospitalier, une plate forme pourrait être élaborée pour améliorer considérablement la surveillance de la sûreté et de l'efficacité des programmes de vaccination, ainsi que le rendement de ces programmes et l'accès à ceux-ci.
- d. L'Ontario devrait promouvoir un calendrier de vaccination national harmonisé avec les achats de vaccins et l'approvisionnement en vaccins par le gouvernement fédéral dans le cadre d'une stratégie nationale d'assurance-médicaments.
- e. L'Ontario devrait utiliser des données complètes sur la vaccination pour cerner et surveiller les disparités dans l'accès à la vaccination et l'adoption de celle-ci.
- f. L'Ontario devrait recueillir des données sociodémographiques à l'interface clinique et travailler en partenariat avec les partenaires des communautés autochtones, noires et autres communautés racisées pour élaborer des cadres de gouvernance visant à orienter l'utilisation sécurisée des données sur la vaccination.



Surmonter la deuxième difficulté : remédier aux inégalités dans l'accès et l'adoption

- a. L'Ontario devrait orienter l'élaboration et l'évaluation de tous les programmes de vaccination financés par le secteur public conformément à un cadre de prise en compte des besoins.
- b. L'Ontario devrait réunir les dirigeants d'organismes de santé autochtones, les leaders communautaires et les autorités sanitaires locales et provinciales pour se pencher sur une stratégie provinciale de vaccination des Autochtones en vue d'améliorer la prestation des programmes de vaccination auprès des communautés autochtones.
- c. Orienté par le savoir et le leadership communautaires, travailler avec les communautés mal desservies, à risque et racisées pour accroître la confiance dans les vaccins et améliorer l'accès à la vaccination.
- d. Collaborer avec les chercheurs, les services de santé publique locaux, les fournisseurs de soins de santé et les communautés pour déterminer les obstacles actuels à l'accès aux vaccins financés par le secteur public.
- e. Améliorer l'accès aux soins primaires, en particulier pour les jeunes enfants qui dépendent de fournisseurs de soins primaires pour accéder aux vaccins courants de la petite enfance.
- f. Examiner les modèles d'accès à la vaccination, en tenant compte attentivement des facteurs contextuels provinciaux et régionaux.



Surmonter la troisième difficulté : inverser la baisse de confiance dans les vaccins

- a. L'Ontario devrait mettre sur pied un centre provincial centralisé de ressources sur la vaccination afin d'aider les résidents et les fournisseurs de soins de santé de l'Ontario à répondre à leurs questions sur l'admissibilité à la vaccination, l'accès à celle-ci et la prise de décisions à cet égard.
- b. L'Ontario devrait investir dans des programmes d'ambassadeurs de la santé communautaire pour créer des occasions de leadership en matière de promotion de la santé communautaire et de promotion de la vaccination.
- c. L'Ontario devrait utiliser sur les données pour orienter les communications sur les vaccins aux échelles locale et provinciale en surveillant la relation entre les taux de vaccination et les messages de santé publique.
- d. L'Ontario devrait en faire davantage pour atténuer l'incidence de la désinformation et la désinformation sur les vaccins en investissant dans des campagnes de communication publique de « démystification préventive » et de « réfutation ».
- e. L'Ontario devrait mettre en œuvre un système provincial de surveillance active de la vaccination pour surveiller et évaluer l'innocuité et l'efficacité des vaccins en temps réel à l'aide de données complètes sur la vaccination.
- f. Mettre au point des outils pour communiquer en continu les données sur l'innocuité et l'efficacité des vaccins afin de renforcer la confiance du public dans les vaccins financés par le secteur public.



Conclusion

L'incidence de la vaccination sur la santé humaine ne saurait être surestimée. Par exemple, la polio paralysait autrefois des milliers d'enfants chaque année au Canada. Grâce aux vaccins, le dernier cas de polio sauvage contracté au Canada a été signalé en 1977.

On estime que la vaccination a sauvé près de 100 millions de vies dans le monde en 50 ans et a réduit la mortalité infantile de près de moitié. Au Canada, de nombreuses maladies autrefois responsables d'une morbidité et d'une mortalité importantes ont été maîtrisées ou éliminées. L'investissement continu de l'Ontario dans les programmes de vaccination témoigne d'un engagement fort envers la prévention. Cependant, alors que nos communautés continuent d'évoluer sur les plans sociétal, microbien et pathologique, il reste encore du travail à faire. Le fardeau des maladies évitables par la vaccination sur les Ontariens et notre système de santé demeure considérable. Les communautés dont la couverture vaccinale est faible demeurent vulnérables à ces maladies.

Les maladies évitables par la vaccination constituent une menace constante qui peut réapparaître et réapparaîtra si nous baissons la garde. Une récente éclosion de rougeole en Ontario a malheureusement mis en évidence la rapidité avec laquelle des maladies auparavant maîtrisées peuvent se propager.

Malgré une couverture vaccinale relativement élevée, la baisse de confiance envers les vaccins et les perturbations dans la prestation des soins préventifs en raison de la pandémie de COVID-19 ont rendu notre province vulnérable aux maladies qui circulent dans le monde entier. Les différences d'accès et de vaccination persistent en Ontario, ce qui favorise les disparités en matière de santé.

L'Ontario a le potentiel de devenir un chef de file en matière de vaccination, tirant parti des investissements dans la vaccination pour améliorer la vie des Ontariens pour les générations à venir. Cela demande une approche coordonnée entre tous les ordres de gouvernement, les services de santé publique locaux et provinciaux, les services de soins primaires, le secteur hospitalier, les organismes communautaires et les collectivités locales pour veiller à ce que personne ne soit laissé pour compte et que nos collectivités restent protégées contre les maladies évitables par la vaccination.

Tous les Ontariens, de la naissance à la fin de vie, doivent pouvoir bénéficier des bienfaits de la vaccination. Qu'il s'agisse d'un nouveau-né recevant ses premiers vaccins, d'un adolescent protégé contre le virus du papillome humain (VPH) ou d'une personne âgée se faisant vacciner contre la grippe en pharmacie, la vaccination contribue à la santé à chaque stade de la vie.

Références

1. SHATTOCK AJ, JOHNSON HC, SIM SY, et collab. « Contribution of vaccination to improved survival and health: modelling 50 years of the Expanded Programme on Immunization », The Lancet, 2024;403(10441):2307-2316. doi:10.1016/s0140-6736(24)00850-x. Publié au : [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)00850-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)00850-X/fulltext).
2. HAELLE T. « See How Many Lives Vaccines Have Saved around the World », Scientific American. 1er novembre 2024. Publié au : <https://www.scientificamerican.com/article/see-how-many-lives-vaccines-have-saved-around-the-world/>.
3. IQVIA SOLUTIONS. « La valeur non satisfaite des vaccins au Canada – étude d'IQVIA », Adult Vaccine Alliance, 2024. Publié au : <https://www.adultvaccinealliance.ca/value-of-vaccines-study>.
4. ROSELLA LC, BUJITTI E, Daniel I, ALEXANDER M, PHIL ABD. « Projected Patterns of Illness in Ontario », Dalla Lana School of Public Health, 2024. Publié au : <https://www.oha.com/Documents/externalresources/Projected%20patterns%20of%20illness%20in%20Ontario.pdf>.
5. MACDONALD N, BORTOLUSSI R. « A harmonized immunization schedule for Canada: A call to action », Paediatr Child Health, 2011;16(1):29-31. Publié au : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3043020>.
6. AGENCE ONTARIENNE DE PROTECTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ (SANTÉ PUBLIQUE ONTARIO). Non-medical exemptions for selected antigens in Ontario, 2025.
7. AGENCE ONTARIENNE DE PROTECTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ (SANTÉ PUBLIQUE ONTARIO). Outil de surveillance des données sur les immunisations. Santé publique Ontario, 2025. Publié au : <https://www.publichealthontario.ca/fr/data-and-analysis/infectious-disease/immunization-tool>.
8. ESKANDER A, Irish JC, URBACH DR, GOLDSTEIN DP. Head and Neck Cancer Surgery in Ontario, 2003 2010: An ICES Atlas., 2015. Publié au : <https://www.ices.on.ca/publications/atlas/head-and-neck-cancer-surgery-in-ontario-2003%e2%80%922010-an-ices-atlas/>.
9. CENTRE FOR DISEASE CONTROL. HPV and oropharyngeal cancer, 2024. Publié au : <https://www.cdc.gov/cancer/hpv/oropharyngeal-cancer.html>.
10. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. Statistiques sur le cancer du col de l'utérus, 2025. Publié au : <https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/cervical/statistics>.
11. PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER. Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada, 2020-2030, 2020. Publié au : <https://s22438.pcdn.co/wp-content/uploads/2020/11/Elimination-cervical-cancer-action-plan-FR.pdf>.

12. RUDNICK W, Liu Z, SHIGAYEVA A, et collab. « Pneumococcal vaccination programs and the burden of invasive pneumococcal disease in Ontario, Canada, 1995-2011 », *Vaccine*, 2013;31(49):5863- 5871. doi:10.1016/j.vaccine.2013.09.049. Publié au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24099873/>.
13. DESAI S, POLICARPIO ME, Wong K, GUBBAY J, FEDIUREK J, et DEEKS S. « The epidemiology of invasive pneumococcal disease in older adults from 2007 to 2014 in Ontario, Canada: a population-based study », *CMAJ Open*, 2016;4(3):E545-E550. doi : 10.9778/cmajo.20160035. Publié au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27730119/>.
14. WILSON SE, ROSELLA LC, WANG J, et collab. « Equity and impact: Ontario's infant rotavirus immunization program five years following implementation. A population-based cohort study », *Vaccine*, 2019;37(17):2408-2414. doi : 10.1016/j.vaccine.2019.01.061. Publié au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X1930146X>.
15. FULLERTON MM, PATEMAN M, HASAN H, et collab. « Barriers experienced by families new to Alberta, Canada when accessing routine-childhood vaccinations », *BMC Public Health*, 2023;23(1):1333. doi :10.1186/s12889-023-16258-7. Publié au : <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16258-7>.
16. ROTENBERG S, DOWNER M, et COOPER J. « Making COVID-19 vaccinations accessible for people with disabilities », *Vaccine*, 2021;39(40):5727-5728. Publié au : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8382584/>.
17. WILSON L, RUBENS-AUGUSTSON T, MURPHY M, et collab. « Barriers to immunization among newcomers: A systematic review », *Vaccine*, 2018;36(8):1055-1062. doi : 10.1016/j.vaccine.2018.01.025. Publié au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29395515/>.
18. MOSBY I, et SWIDROVICH J. « Medical experimentation and the roots of COVID-19 vaccine hesitancy among Indigenous Peoples in Canada », *Can Med Assoc J.*, 2021;193(11):E381-E383. doi : 10.1503/cmaj.210112. Publié au : <https://www.cmaj.ca/content/193/11/e381>.
19. NEWMAN PA, DINH DA, NYONI T, et collab. « Covid-19 Vaccine Hesitancy and Under-Vaccination among Marginalized Populations in the United States and Canada: A Scoping Review », *J Racial Ethn Health Disparities*. 2025;12(1):413-434. doi : 10.1007/s40615-023-01882-1. Publié au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38117443/>.
20. AZUCAR D, SLAY L, VALERIO DG, et KIPKE MD. « Barriers to COVID-19 vaccine uptake in the LGBTQIA community », *Am J Public Health*, 2022;112(3):405-407. doi : 10.2105/AJPH.2021.306599. Publié au : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8887181/>.
21. DRIEDGER SM, MAIER R, CAPURRO G, et collab. « “There’s a little bit of mistrust”: Red River Métis experiences of the H1N1 and COVID-19 pandemics », *Risk Analysis*, 2024;44(8):1770-1787. doi : 10.1111/risa.14274. Publié au : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/risa.14274>.

22. AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. Faits saillants de l'Enquête nationale sur la couverture vaccinale des enfants (ENCVE) de 2021. 12 juin 2023. Publié au : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/immunisation-vaccins/couvertures-vaccinales/2021-faits-saillants-enquete-nationale-couverture-vaccinale-enfants.html>.
23. Sioux Lookout First Nations Health Authority (SLFNHA). (2024). Awaashishak Kakiipimicitahontwa Tipacimowin: Childhood Vaccination Coverage in the Sioux Lookout area First Nations (2024 update). Sioux Lookout, ON: SLFNHA. Available at: https://www.slnha.com/wp-content/uploads/2025/06/2024-Childhood-Immunization-Report_v4_lowres_spreads.pdf.
24. FIGUEIREDO A de, SIMAS C, KARAFILLAKIS E, PATERSON P, et LARSON HJ. « Mapping global trends in vaccine confidence and investigating barriers to vaccine uptake: a large-scale retrospective temporal modelling study », The Lancet, 2020;396(10255):898-908. doi : 10.1016/S0140-6736(20)31558-0. Publié au : [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(20\)31558-0/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(20)31558-0/fulltext).
25. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Dix ennemis que l'OMS devra affronter cette année, 2019. <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>.
26. ANGUS REID INSTITUTE. Parental Opposition to Childhood Vaccination Grows as Canadians Worry about Harms of Anti-Vax Movement, 2024. Publié au : <https://angusreid.org/canada-vaccines-childhood-vaccinations-anti-vax-mandates-covid-19-flu-mmr-side-effects/>.
27. CONSEIL DES ACADÉMIES CANADIENNES. Lignes de faille : Le comité d'experts sur les conséquences socioéconomiques de la mésinformation en science et en santé, CCA, 2023. Publié au : <https://www.rapports-cac.ca/wp-content/uploads/2023/02/Rapport-Lignes-de-faille-digital.pdf>.
28. SU Z, CHESHMEHZANGI A, MCDONNELL D, DA VEIGA CP, et XIANG YT. « Mind the “vaccine fatigue” », Front Immunol., 2022;13:839433. doi : 10.3389/fimmu.2022.839433. Publié au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35359948/>.
29. ASSOCIATION DES PHARMACIENS DU CANADA. La fatigue vaccinale des Canadiens inquiète les pharmaciens à l'approche de la saison des rhumes et des grippes – Français, 2023. Publié au : <https://www.pharmacists.ca/actualites-et-evenements/actualites/la-fatigue-vaccinale-des-canadiens-inquiete-les-pharmaciens-a-l-approche-de-la-saison-des-rhumes-et-des-grippes/?lang=fr>.
30. MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE L'ONTARIO. Seasonal COVID-19 Immunization Coverage by Age in Ontario, 2022-25.
31. WILSON SE, QUACH S, MACDONALD SE, et collab. « Immunization information systems in Canada: Attributes, functionality, strengths, and challenges. A Canadian Immunization Research Network study », Can J Public Health, 2016;107(6):e575-e582. doi : 10.17269/CJPH.107.5679. Publié au : <http://link.springer.com/10.17269/CJPH.107.5679>.
32. Health Canada. Proceedings and Recommendations of the Expert Working Group on Emerging

Infectious Disease Issues: Lac Tremblant Declaration. Government of Canada; 1994. Publié au : <https://publications.gc.ca/site/eng/9.525184/publication.html>.

33. SANTÉ CANADA. Conférence canadienne de concertation sur un système national des dossiers de vaccination. Gouvernement du Canada, 1998. Publié au : <https://www.technet-21.org/en/resources/journal-article/canadian-consensus-conference-on-a-national-immunization-records-system>.
34. ROBINSON JL. « Potential strategies to improve childhood immunization rates in Canada », Paediatr Child Health, 2018;23(5):353-356. doi : 10.1093/pch/pxy052. Publié au : <https://academic.oup.com/pch/article-abstract/23/5/353/5055660?redirectedFrom=fulltext>.
35. CROWCROFT NS et LEVY-BRUHL D. « Registries: An essential tool for maximising the health benefits of immunisation in the 21st century ». Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull, 2017;22(17):30523. doi : 10.2807/1560-7917.ES.2017.22.17.30523. Publié au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28488997/>.
36. AGENCE ONTARIENNE DE PROTECTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ (SANTÉ PUBLIQUE ONTARIO), COMITÉ CONSULTATIF ONTARIEN DE L'IMMUNISATION. Énoncé de position : Un registre provincial de vaccination pour l'Ontario. Toronto, ON. 2024. Publié au : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/O/24/oia-position-statement-provincial-immunization-registry.pdf>.
37. BUREAU DE LA VÉRIFICATRICE GÉNÉRALE DE L'ONTARIO. Lack of vaccination appointment and immunization record systems negatively impacted response to disease outbreak, 2022. Publié au : https://www.auditor.on.ca/en/content/news/22_newsreleases/2022_news_AR_COVIDVaccination_fr22.pdf.
38. COMMISSION ONTARIENNE DES DROITS DE LA PERSONNE. Comptez-moi! : collecte de données relatives aux droits de la personne, 2009. Publié au : <https://www3.ohrc.on.ca/fr/comptez-moi-collecte-de-donnees-relatives-aux-droits-de-la-personne>.
39. DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ACTION CONTRE LE RACISME. Normes relatives aux données en vue de repérer et de surveiller le racisme systémique, 2018. Publié au : <https://www.ontario.ca/fr/document/normes-relatives-aux-donnees-en-vue-de-reperer-et-de-surveiller-le-racisme-systemique>.
40. MCKENZIE K. « Socio-demographic data collection and equity in covid-19 in Toronto », EClinicalMedicine, 2021;34:100812. doi : 10.1016/j.eclinm.2021.100812. Publié au : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8056396/>.
41. NATIONAL COLLABORATING CENTRES FOR ABORIGINAL HEALTH. « La pandémie de grippe H1N1 de 2009 chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis au Canada : épidémiologie et lacunes dans les connaissances », 2016. Publié au : <https://www.nccih.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/174/NCCAH-FS-InfluenzaEpidemiology-Part01-Halseth-FR-Web.pdf>.

42. MCKENZIE K, DUBE S, et PETERSEN S, Équipe de l'équité, de l'inclusion, de la diversité et de l'antiracisme, Santé Ontario. Suivi de la COVID-19 à l'aide de données fondées sur l'appartenance ethnique, Santé Ontario, Wellesley Institute; 2025. Publié au : <https://santeontario.ca/content/dam/ontariohealth/documents/tracking-covid-19-through-race-based-data-fr.pdf>.
43. VARIA M, KUJBIDA G, et RAJU S. Lessons learned from the collection of sociodemographic data during the COVID-19 pandemic, 2023. Publié au : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/L/2023/ldcp-sociodemographic-data-covid-19.pdf>.
44. AGENCE ONTARIENNE DE PROTECTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ (SANTÉ PUBLIQUE ONTARIO). Collecte de données sociodémographiques pour la vaccination contre la COVID-19, 2022. Publié au : https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/nCoV/he/2022/12/infographic-socio-demographi-data-covid-vaccination.f?rev=b609d3aa6f964f42aa0977634bc07903%E2%89%BB_lang=fr.
45. GUAY M, MAQUILING A, CHEN R, et collab. « Racial disparities in COVID-19 vaccination in Canada: results from the cross-sectional Canadian Community Health Survey », Can Med Assoc Open Access J, 2023;11(6):E1075-E1082. doi : 10.9778/cmajo.20230026. Publié au : <https://www.cmajopen.ca/content/11/6/E1075>.
46. COMMISSION ONTARIENNE DES DROITS DE LA PERSONNE. La CODP endorse le protocole d'accord sur les données fondées sur la race dans le domaine de la santé, 2025. <https://www3.ohrc.on.ca/fr/centre-des-nouvelles/la-codp-endorse-le-protocole-daccord-sur-les-donnees-fondees-sur-la-race-dans>.
47. WELLESLEY INSTITUTE. Consensus statement on race-based data for health, 2025. Publié au : https://www.wellesleyinstitute.com/consensus-statement-on-the-collection-use-and-governance-%20of-race-based-data-for-health/?mc_cid=47c0bc6dd3&mc_eid=UNIQID.
48. CENTRE DE GOUVERNANCE DE L'INFORMATION DES PREMIÈRES NATIONS. Les principes de PCAP® des Premières Nations, 2025. Publié au : <https://fnigc.ca/fr/les-principes-de-pcap-des-premieres-nations/>.
49. NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE, Health and Medicine Division, Board on Population Health and Public Health Practice, Committee on Community-Based Solutions to Promote Health Equity in the United States. Communities in Action: Pathways to Health Equity. (Baciu A, Negussie Y, Geller A, Weinstein JN, eds.). National Academies Press (US), 2017. Publié au : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK425848/>.
50. GARG I, HANIF H, JAVED N, et collab. COVID-19 vaccine hesitancy in the LGBTQ+ population: A systematic review. Infect Dis Rep. 2021;13(4):872-887. doi : 10.3390/idr13040079. Publié au : <https://www.mdpi.com/2036-7449/13/4/79>.
51. ISMAIL Y, ZAPOTOCZNY V. Ontario's Mpox Awareness Campaign Evaluation: Final Report; 2023. Gay Men's Sexual Health Alliance. Publié au : <https://gmsh.ca/resources/mpox-report/>.

52. BURTON S, HARTSOE E, LI W, WANG A, et WONG J. Operation Remote Immunity. Reach Alliance, 2023. Publié au : <https://reachalliance.org/wp-content/uploads/2023/09/ORI-Canada-CaseStudy-FINAL-.pdf>.
53. NORTHERN HEALTH. Cultural safety: Supporting increased cultural competency and safety throughout Northern Health, 2024. Publié au : <https://www.indigenoushealthnh.ca/cultural-safety#cultural-safety-and-anti-indigenous-racism>.
54. SMYLIE J, MCCONKEY S, RACHLIS B, et collab. Uncovering SARS-COV-2 vaccine uptake and COVID-19 impacts among First Nations, Inuit and Métis Peoples living in Toronto and London, Ontario. CMAJ. 2022;194(29):E1018-E1026. doi : 10.1503/cmaj.212147. Publié au : <https://www.cmaj.ca/content/194/29/E1018>.
55. STRATOVERDHA D, GOBIS B, ZIEMCZONEK A, YUEN J, GIANG A, Zed PJ. « Barriers to adult vaccination in Canada: A qualitative systematic review », Can Pharm J CPJ, 2022;155(4):206-218. doi : 10.1177/17151635221090212. Publié au : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9266373/>.
56. AMIRTHALINGAM G, ANDREWS N, CAMPBELL H, et collab. « Effectiveness of maternal pertussis vaccination in England: an observational study », Lancet, Lond Engl. 2014;384(9953):1521-1528. doi : 10.1016/S0140-6736(14)60686-3. Publié au : [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60686-3/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60686-3/abstract).
57. BAXTER R, BARTLETT J, FIREMAN B, LEWIS E, KLEIN NP. « Effectiveness of vaccination during pregnancy to prevent infant pertussis », Pediatrics. 2017;139(5):e20164091. doi : 10.1542/peds.2016-4091. Publié au : <https://publications.aap.org/pediatrics/article/139/5/e20164091/38778/Effectiveness-of-Vaccination-During-Pregnancy-to>.
58. ROMAIN S, et SCHILLACI MA. « Childhood immunization: Availability of primary care providers in Ontario », Can Fam Physician Med Fam Can, 2009;55(11):1104-1105.e4. Publié au : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2776804/>.
59. INSPIRE-PHC. INSPIRE-PHC Research Findings for Ontario, 2023. Publié au : <https://ontariofamilyphysicians.ca/wp-content/uploads/2023/09/background-research-findings-april-2023.pdf>.
60. GAGNON D, BEAUCHAMP F, BERGERON A, et DUBE E. Vaccine hesitancy in parents: how can we help?, CanVax. 2023. Publié au : <https://www.canvax.ca/brief/vaccine-hesitancy-parents-how-can-we-help>.
61. XU J, WU Z, WASS L, LARSON HJ, LIN L. Mapping global public perspectives on mRNA vaccines and therapeutics. Npj Vaccines. 2024;9(1):1-12. doi : 10.1038/s41541-024-01019-3. Publié au : <https://www.nature.com/articles/s41541-024-01019-3>.
62. SANFORD S, YIN Y, SHEPPARD C. Barriers and enablers to primary care access for equity-deserving populations in Ontario. Wellesley Institute. 2024. Publié au : <https://www.wellesleyinstitute.com/publications/barriers-and-enablers-to-primary-care-access-for-equity-deserving-populations-in-ontario/>.

63. LAVOIE K, GOSSELIN-BOUCHER V, STOJANOVIC J, et collab. « Understanding national trends in COVID-19 vaccine hesitancy in Canada: results from five sequential cross-sectional representative surveys spanning April 2020–March 2021 », *BMJ Open*. 2022;12(4):e059411. doi : 10.1136/bmjopen-2021-059411. Publié au : <https://bmjopen.bmj.com/content/12/4/e059411>.
64. AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. Hésitation à la vaccination chez les parents canadiens, 6 avril 2022. Publié au : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/hesitation-vaccination-parents-canadiens.html>.
65. DUBÉ E, GAGNON D, OUAKKI M, et collab. « Measuring vaccine acceptance among Canadian parents: A survey of the Canadian Immunization Research Network », *Vaccine*, 2018;36(4):545-552. doi : 10.1016/j.vaccine.2017.12.005. Publié au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X17317322>.
66. SHEN SC, et DUBEY V. « Addressing vaccine hesitancy: Clinical guidance for primary care physicians working with parents », *Can Fam Physician Med Fam Can*. 2019;65(3):175-181. Publié au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30867173/>.
67. CHUNG Y, SCHAMEL J, FISHER A, et FREW PM. « Influences on immunization decision-making among US parents of young children », *Maternal Child Health Journal*. 2017;21(12):2178-2187. doi : 10.1007/s10995-017-2336-6. Publié au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28755045/>.
68. JACOBSON RM, ST SAUVER JL, GRIFFIN JM, MACLAUGHLIN KL, FINNEY RUTTEN LJ. « How health care providers should address vaccine hesitancy in the clinical setting: Evidence for presumptive language in making a strong recommendation », *Hum Vaccines Immunother*. 2020;16(9):2131-2135. doi : 10.1080/21645515.2020.1735226. Publié au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32242766/>.
69. OPEL DJ, ZHOU C, ROBINSON JD, et collab. « Impact of childhood vaccine discussion format over time on immunization status », *Acad Pediatr*. 2018;18(4):430-436. doi : 10.1016/j.acap.2017.12.009. Publié au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29325912/>.
70. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Conversations to build trust in immunization, 2019. Publié au : https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fcdn.who.int%2Fmedia%2Fdocs%2Fdefault-source%2Fimmunization%2Fdemand%2Ftrainingmodule-conversationguide-final.pptx%3Fsfvrsn%3D32a16425_2&wdOrigin=BROWSELINK.
71. GAGNEUR A. « Motivational interviewing: A powerful tool to address vaccine hesitancy », *Can Commun Dis Rep Releve Mal Transm Au Can*. 2020;46(4):93-97. doi : 10.14745/ccdr.v46i04a06. Publié au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32281992/>.
72. GAGNEUR A, LEMAÎTRE T, GOSSELIN V, et collab. « A postpartum vaccination promotion intervention using motivational interviewing techniques improves short-term vaccine coverage: PromoVac study », *BMC Public Health*, 2018;18(1):811. doi : 10.1186/s12889-018-5724-y. Publié au : <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5724-y>.

73. SHAY LA, BALDWIN AS, BETTS AC, et collab. « Parent-provider communication of HPV vaccine hesitancy », *Pediatrics*, 2018;141(6):e20172312. doi : 10.1542/peds.2017-2312. Publié au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29765009/>.
74. KEMPE A, DALEY MF, MCCAULEY MM, et collab. « Prevalence of parental concerns about childhood vaccines: the experience of primary care physicians », *Am J Prev Med*, 2011;40(5):548-555. doi : 10.1016/j.amepre.2010.12.025. Publié au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21496754/>.
75. QUACH S, HAMID JS, PEREIRA JA, et collab. « Influenza vaccination coverage across ethnic groups in Canada », *CMAJ Can Med Assoc J*. 2012;184(15):1673-1681. doi : 10.1503/cmaj.111628. Publié au : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3478352/>.
76. EISSA A, LOFTERS A, AKOR N, PRESCOD C, et NNOROM O. « Increasing SARS-CoV-2 vaccination rates among Black people in Canada », *CMAJ Can Med Assoc J*. 2021;193(31):E1220-E1221. doi : 10.1503/cmaj.210949. Publié au : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8367428/>.
77. MINKAH PA, BORG A, et RYAN GW, et collab. « Empowering youth vaccine ambassadors to promote COVID-19 vaccination in local communities: A 7-step approach », *Health Promot Pract*. Publié en ligne le 11 juin 2023:15248399231178542. doi : 10.1177/15248399231178542. Publié au : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10261953/>.
78. CRANN S, NASSER L, et TAYLOR A. Evaluation of Vaccine Engagement Teams (Executive Summary). Taylor Newberry Consulté en 2022. Publié au : <https://www.toronto.ca/wp-content/uploads/2022/09/8de1-VET-Final-Evaluation-Report-July-2022exec-summaryfinal.pdf>.
79. TADDIO A, IPP M, THIVAKARAN S, et collab. « Survey of the prevalence of immunization non-compliance due to needle fears in children and adults », *Vaccine*. 2012;30(32):4807-4812. doi : 10.1016/j.vaccine.2012.05.011. Publié au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22617633/>.
80. BUCCI LM, MACDONALD NE, SONDAGAR C, et TADDIO A. « Taking the sting out of school-based immunizations », *Paediatr Child Health*, 2017;22(1):41-42. doi : 10.1093/pch/pxx004. Publié au : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5819849/>.
81. TADDIO A. « Pain pain go away: Improving the vaccination experience at school », *Paediatrics & Child Health*, 2019. Publié au : https://academic.oup.com/pch/article/24/Supplement_1/S1/5421502.
82. TADDIO A, MCMURTRY CM, SHAH V, et collab. « Reducing pain during vaccine injections: clinical practice guideline », *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*, 2015;187(13):975-982. doi : 10.1503/cmaj. 50391. Publié au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26303247/>.
83. TADDIO A, GUDZAK V, JANTZI M, et collab. « Impact of the CARD (Comfort Ask Relax Distract) system on school-based vaccinations: A cluster randomized trial », *Vaccine*. 2022;40(19):2802-2809. doi : 10.1016/j.vaccine.2022.02.069. Publié au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35365344/>.

84. SCHERER C, MCCOMAS K, JUANILLO N, et Pelstring L. « Promoting informed decision-making: The role of message structure », *RISK Health Saf Environ* 1990-2002, 1999;10(3). Publié au : <https://scholars.unh.edu/risk/vol10/iss3/5>.
85. NYHAN B, et REIFLER J. « Does correcting myths about the flu vaccine work? An experimental evaluation of the effects of corrective information », *Vaccine*, 2015;33(3):459-464. doi : 10.1016/j.vaccine.2014.11.017. Publié au : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0264410X14015424>.
86. DUBÉ E, GAGNON D, et VIVION M. « Optimizing communication material to address vaccine hesitancy », *Can Commun Dis Rep Relevé Mal Transm Au Can*, 2020;46(2-3):48-52. doi : 10.14745/ccdr.v46i23a05. Publié au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32167088/>.
87. BASOL M, ROOZENBEEK J, BERRICHE M, UENAL F, MCCLANAHAN WP, et LINDEN S van der. « Towards psychological herd immunity: Cross-cultural evidence for two prebunking interventions against COVID-19 misinformation », *Big Data Soc.* 2021;8(1):20539517211013868. doi : 10.1177/20539517211013868. Publié au : <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/20539517211013868>.
88. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. A checklist for respiratory pathogen pandemic preparedness planning, 2023. Publié au : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374876/9789240084513-eng.pdf?sequence=1>.
89. CHUNG H, HE S, NASREEN S, et collab. Effectiveness of BNT162b2 and mRNA-1273 covid-19 vaccines against symptomatic SARS-CoV-2 infection and severe covid-19 outcomes in Ontario, Canada: Test negative design study », publié en ligne le 20 août 2021. doi : 10.1136/bmj.n1943. Publié au : <https://www.bmj.com/content/374/bmj.n1943>.
90. NASREEN S, FEBRIANI Y, VELÁSQUEZ GARCÍA HA, et collab. « Effectiveness of coronavirus disease 2019 vaccines against hospitalization and death in Canada: A multiprovincial, test-negative design study », *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*, 2023;76(4):640-648. doi : 10.1093/cid/ciac634. Publié au : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9384799/>.
91. CHUNG H, AUSTIN PC, BROWN KA, et collab. « Effectiveness of COVID-19 vaccines over time prior to Omicron emergence in Ontario, Canada: Test-negative design study », *Open Forum Infect Dis.* 2022;9(9):ofac449. doi : 10.1093/ofid/ofac449. Publié au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36147595/>.
92. GREWAL R, NGUYEN L, BUCHAN S, et collab. « Effectiveness of mRNA COVID-19 vaccine booster doses against Omicron severe outcomes », *Nat Commun.* 2023;14(1):1273. doi : 10.1038/s41467-023-36566-1. Publié au : <https://www.nature.com/articles/s41467-023-36566-1>.
93. AGLIPAY M, MAGUIRE JL, SWAYZE S, et collab. « Initial effectiveness of mRNA-1273 against SARS-CoV-2 infection and hospitalization in young children », *Open Forum Infect Dis.*, 2025;12(1):ofae718. doi : 10.1093/ofid/ofae718. Publié au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39758749/>.

94. GREWAL R, BUCHAN SA, NGUYEN L, et collab. « Effectiveness of mRNA COVID-19 monovalent and bivalent vaccine booster doses against Omicron severe outcomes among adults aged ≥50 Years in Ontario, Canada: A Canadian immunization research network study », J Infect Dis., 2024;229(2):394-397. doi : 10.1093/infdis/jiad419. Publié au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37798119/>.
95. JORGENSEN SCJ, HERNANDEZ A, FELL DB, et collab. « Maternal mRNA covid-19 vaccination during pregnancy and delta or omicron infection or hospital admission in infants: test negative design study », BMJ. 2023;380:e074035. doi : 10.1136/bmj-2022-074035. Publié au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36754426/>.
96. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Une seule santé, 2025. <https://www.who.int/health-topics/one-health>.
97. CENTRE FOR DISEASE CONTROL. About One Health, 2025. <https://www.cdc.gov/one-health/about/index.html>.
98. ABRAMS EM, DOYON-PLOURDE P, DAVIS P, et collab. « Burden of disease of respiratory syncytial virus in infants, young children and pregnant women and people », Can Commun Dis Rep. 50(1-2):1-15. doi : 10.14745/ccdr.v50i12a01. Publié au : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10949905/>.
99. VIÑETA PARAMO M, NGO LPL, ABU-RAYA B, et collab. « Respiratory syncytial virus epidemiology and clinical severity before and during the COVID-19 pandemic in British Columbia, Canada: a retrospective observational study », Lancet Reg Health Am., 2023;25:100582. doi : 10.1016/j.lana.2023.100582. Publié au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37705884/>.
100. Immunisation Canada. Le virus respiratoire syncytial (VRS), 2025. <https://www.immunize.ca/fr/le-virus-respiratoire-syncytial-vrs>.
101. MADHI SA, SIMÕES EAF, ACEVEDO A, et collab. « A phase 1b/2a single ascending dose study of a half- life extended RSV neutralizing antibody, clesrovimab, in healthy preterm and full-term infants », J Infect Dis., publié en ligne le 27 novembre 2024:jiae581. doi : 10.1093/infdis/jiae581. Publié au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39601265/>.
102. JORGENSEN SCJ, HERNANDEZ A, BUCHAN SA, et collab. « Burden of illness associated with respiratory syncytial virus, influenza, and coronavirus disease 2019 in infants and young children in Ontario, Canada, 2018–2023: A population-based Canadian Immunization Research Network Study », Open Forum Infect Dis., 2024;11(10):ofae601. doi : 10.1093/ofid/ofae601. Publié au : <https://doi.org/10.1093/ofid/ofae601>.
103. PAYNE AB, WATTS JA, MITCHELL PK, et collab. « Respiratory syncytial virus (RSV) vaccine effectiveness against RSV-associated hospitalizations and emergency department encounters among adults aged 60 years and older in the USA, October, 2023, to March, 2024: a test-negative design analysis », The Lancet, 2024;404(10462):1547-1559. doi : 10.1016/S0140-6736(24)01738-0. Publié au : [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(24\)01738-0/abstract](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(24)01738-0/abstract).

104. MOLINE HL. « Early estimate of nirsevimab effectiveness for prevention of respiratory syncytial virus–associated hospitalization among infants entering their first respiratory syncytial virus season — New vaccine surveillance network, October 2023–February 2024 », MMWR Morb Mortal Wkly Rep., 2024;73. doi : 10.15585/mmwr.mm7309a4. Publié au : <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/73/wr/mm7309a4.htm>.
105. « A natural experiment on the effect of herpes zoster vaccination on dementia » | Nature, 2025. Publié au : <https://www.nature.com/articles/s41586-025-08800-x>.
106. AGENCE ONTARIENNE DE PROTECTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ (SANTÉ PUBLIQUE ONTARIO). Maladie invasive à streptocoque du groupe A (SGA) en Ontario : du 1er octobre 2024 au 31 juillet 2025. Publié au : https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/I/25/igas-enhanced-epi-2024-2025.cdbf2fbce5e04a1ba09f8e3d7a59159b&sc_CCDAD27D33992DDD2D9D8DF1D80A4C47.
107. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. « Une meilleure utilisation des vaccins pourrait réduire l'utilisation d'antibiotiques de 2,5 milliards de doses par an, selon l'OMS », 2024. <https://www.who.int/fr/news/item/10-10-2024-better-use-of-vaccines-could-reduce-antibiotic-use-by-2.5-billion-doses-annually-says-who>.
108. THE GLOBAL NEXUS FOR PANDEMICS & BIOLOGICAL THREATS. Inhaled COVID-19 vaccines, 2025. Publié au : <https://globalnexus.mcmaster.ca/inhaled-covid-19-vaccines/>.
109. LEE MS, PAN CX, et NAMBUDIRI VE. « Transdermal approaches to vaccinations in the COVID-19 pandemic era », Ther Adv Vaccines Immunother., 2021;9:25151355211039073. doi : 10.1177/25151355211039073. Publié au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34447901/>.

Remerciements

Comité consultatif externe :

Shelly Bolotin, Centre for Vaccine-Preventable Diseases (centre pour les maladies évitables par la vaccination), Université de Toronto

Sarah Wilson, Santé publique Ontario

Kwame McKenzie, Wellesley Institute

Vinita Dubey, Bureau de santé publique de Toronto

Doris Grinspun, Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Elizabeth Muggah, Santé Ontario

Matthew Miller, Institute for Infectious Disease Research (institut de recherche sur les maladies infectieuses), Université McMaster

Nicole Blackman, Indigenous Primary Health Care Council (conseil autochtone des soins de santé primaires)

Jeff Kwong, Institute for Clinical Evaluation Sciences (institut des sciences de l'évaluation clinique)

Maxwell Smith, School of Health Studies (école des sciences de la santé), Université Western

Justin Presseau, Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa et Université d'Ottawa

Jaris Swidrovich, Indigenous Pharmacy Professionals of Canada (professionnels pharmaceutiques autochtones du Canada)

Paul Bailey, Black Health Alliance (alliance pour la santé des Noirs)

Responsable du contenu :

Daniel Warshafsky, médecin hygiéniste en chef adjoint

Rédactrice/Chef de projet :

Kate Allan, Bureau du médecin hygiéniste en chef

Conception :

Zoe Liu, Bureau du médecin hygiéniste en chef

Personnel, Bureau du médecin hygiéniste en chef :

Carol Ma, Joseph Garand, Gillian MacDonald, Elizabeth Choi, Robert Lerch, Ryan Mosher, Joanne Rey

Nous remercions également le comité consultatif interne du Bureau du médecin hygiéniste en chef, Santé publique Ontario et l'ensemble de nos partenaires pour leur contribution.