

Ministère de la Santé

Recommandations relatives à l'administration d'une troisième dose de vaccin contre la COVID-19

Version 4.0, 2 décembre 2021

Aperçu des changements

- Le document a été mis à jour pour comprendre les personnes sous dialyse (hémodialyse ou dialyse péritonéale) comme étant admissibles pour une série primaire à trois doses (page 4)

Les présentes lignes directrices ne contiennent que des renseignements de base. Elles ne visent pas à fournir ou à remplacer un avis, un diagnostic ou un traitement médical ou encore un avis juridique.

- Veuillez consulter régulièrement le [site Web sur la COVID-19](#) du ministère de la Santé pour obtenir des mises à jour de ce document, des ressources en santé mentale et autres renseignements pertinents.

Contexte

Le ministère de la Santé surveille étroitement la prévalence du variant préoccupant Delta à l'échelle mondiale et en Ontario, étant donné sa transmissibilité accrue et la gravité de la maladie comparativement aux souches précédentes du virus de la COVID-19.

L'atteinte d'une couverture élevée au moyen d'une première et d'une seconde dose demeure l'objectif et la principale priorité du programme de vaccination contre la COVID-19 de l'Ontario. À l'heure actuelle, une première série de vaccins contre la COVID-19 est associée à une haute efficacité, sans signe de déclin de la protection, contre les symptômes graves de la maladie, les hospitalisations et les décès pour la plupart des populations. Malgré certaines données probantes sur un risque d'infection après la vaccination s'accroissant au fil du temps, les personnes ayant reçu une série vaccinale à deux doses contre la COVID-19 continuent de

présenter un risque nettement plus faible d'infection par le SRAS-CoV-2 par rapport aux personnes non vaccinées et, lorsque des infections surviennent, les symptômes tendent à être plus bénins chez les personnes vaccinées ([CCNI, 2021](#)). Toutefois, des données émergentes indiquent que l'efficacité vaccinale contre les infections asymptomatiques et les symptômes légers de la maladie pourrait diminuer avec le temps, et que les vaccins contre la COVID-19 actuellement approuvés pourraient être moins efficaces contre le variant delta, ce qui pourrait contribuer à une augmentation de la transmission. Ainsi, chez certains groupes, une dose supplémentaire pourrait être requise pour obtenir une protection plus durable. Le 29 octobre, le CCNI a publié [des orientations provisoires sur la dose de rappel d'un vaccin contre la COVID-19 au Canada](#), fondées sur un certain nombre de facteurs contextuels comme les produits vaccinaux de la première série, le temps écoulé depuis la dernière dose de la première série, l'intervalle entre les doses, la protection attribuable à une forte couverture vaccinale et l'utilisation d'autres mesures et politiques de santé publique.

Une analyse du rapport entre les risques et les avantages pour des patients particuliers est au cœur du processus décisionnel collaboratif entre le clinicien et les patients. Le consentement éclairé pour l'administration d'une dose supplémentaire de vaccin contre la COVID-19 doit clairement préciser ce qui est connu et inconnu concernant les risques et avantages d'une troisième dose. Les données d'essais cliniques indiquent que les doses de rappel de vaccins à ARNm administrées six mois après la première série ont entraîné une forte réponse immunitaire. Des preuves en conditions réelles montrent que la dose de rappel est associée à une bonne efficacité à court terme et à une protection semblable à celle que procure la deuxième dose du vaccin. Il n'y a actuellement aucune donnée sur l'efficacité à long terme des doses de rappel; ainsi, on ne connaît pas pour l'instant la durée de cette protection. Consulter [les orientations provisoires](#) du CCNI pour en savoir plus sur les données publiées, la sécurité et l'immunogénicité de la troisième dose (ou dose de rappel) de vaccin contre la COVID-19 au Canada. La discussion sur les risques et les avantages devrait également traiter du risque accru de myocardite ou de péricardite après l'administration d'un vaccin à ARNm contre la COVID-19, deux troubles plus couramment signalés après la deuxième dose qu'après la première ([CCNI, 2021](#)). À titre de précaution, l'administration d'une dose supplémentaire aux personnes qui ont subi une myocardite ou une péricardite

après avoir reçu une dose devrait être reportée jusqu'à ce que plus de renseignements soient disponibles ([CCNI, 2021](#)).

Le ministère de la Santé et le CCNI suivent de près la recherche sur l'innocuité et l'efficacité des doses supplémentaires. Les recommandations seront réexaminées de façon continue à mesure que de nouvelles données deviennent accessibles. Des recommandations seront émises dans le cadre du programme continu de vaccination contre la COVID-19 de l'Ontario à mesure que d'autres données probantes deviennent accessibles. Les tests sérologiques avant et après la vaccination contre la COVID-19 ne sont pas recommandés ([CCNI, 2021](#)).

Pour en savoir plus sur l'administration de doses supplémentaires à la suite d'une vaccination à l'extérieur de la province, consulter le [Document d'orientation sur la COVID-19 à l'intention des personnes vaccinées à l'extérieur de l'Ontario et du Canada](#) du ministère de la Santé.

Troisième dose : série primaire à trois doses ou dose de rappel

Dans le passé, dans le cadre d'autres programmes de vaccination, des années de surveillance post commercialisation sont nécessaires pour déterminer l'intervalle optimal entre les doses et le nombre de doses requises dans la première série pour maintenir une protection à long terme. Selon les orientations provisoires du CCNI [sur la dose de rappel d'un vaccin contre la COVID-19 au Canada](#), l'objectif d'une dose de rappel est de restaurer la protection qui peut avoir diminué au fil du temps pour atteindre un niveau qui n'est plus jugé suffisant chez les personnes qui, initialement, ont répondu de manière adéquate à une série vaccinale primaire complète. Cette approche diffère de l'intention d'une dose supplémentaire qui peut s'ajouter à la série vaccinale primaire standard pour renforcer la réponse immunitaire et établir un niveau de protection suffisant pour les personnes n'ayant pas développé de réponse immunitaire ou ayant développé une réponse immunitaire sous-optimale après une première série à deux doses. Voir [les orientations provisoires](#) du CCNI pour en savoir plus.

Recommandations

- Les vaccins de Moderna et de Pfizer peuvent être utilisés pour les troisièmes doses et les doses de rappel (quel que soit le vaccin contre la COVID-19 administré à la première série).
- Les résidents de foyers de soins de longue durée et de maisons de retraite, les aînés vivant dans d'autres milieux d'hébergement collectif, les adultes de 70 ans et plus, ainsi que toutes les personnes immunodéprimées admissibles devraient recevoir une dose complète (100 µg) si le vaccin de Moderna est administré comme troisième dose ou dose de rappel.
- Les autres personnes de moins de 70 ans qui reçoivent le vaccin de Moderna comme dose de rappel devraient se voir administrer une demi-dose (50 µg).
- Pour ce qui est du vaccin de Pfizer-BioNTech, c'est la dose complète (30 µg) qui est recommandée pour toutes les troisièmes doses et doses de rappel.¹
- Nous recommandons aux personnes qui ont reçu le vaccin contre la COVID-19 d'AstraZeneca/COVISHIELD pour leur première et leur seconde dose de recevoir un vaccin à base d'ARNm pour leur troisième dose ou dose de rappel, sauf en cas de contre-indication. Les vaccins à vecteur viral ne devraient être envisagés comme dose de rappel qu'en cas de contre-indication ou de problème d'accessibilité des vaccins à ARNm. Les personnes qui ont eu une réaction allergique grave immédiatement après l'administration de la première dose d'un vaccin à ARNm peuvent recevoir, de manière sûre, des doses supplémentaires du même vaccin ou d'un autre vaccin à ARNm après avoir consulté un allergologue ou un immunologue, ou tout autre médecin compétent. Voir [les recommandations du CCNI sur l'utilisation des vaccins contre la COVID-19](#) pour en savoir plus. Au moment d'obtenir un consentement éclairé de la personne pour l'administration d'une dose supplémentaire d'un vaccin à vecteur viral, on devrait lui faire part du manque de données probantes sur l'administration d'une dose supplémentaire de ce type de vaccin ainsi que du risque accru de développer une thrombocytopénie thrombotique immunitaire induite par le vaccin (TTIV), un syndrome de fuite capillaire ou un syndrome de

¹ Voir les [Orientations provisoires sur la dose de rappel d'un vaccin contre la COVID-19 au Canada](#) du CCNI pour en savoir plus.

Guillain-Barré (SGB) après l'administration d'un vaccin à vecteur viral contre la COVID-19 ([CCNI, 2021](#)).

Série primaire à trois doses pour les personnes modérément ou gravement immunodéprimées

Justification

- Certains groupes courent un risque accru de développer des maladies graves causées par la COVID-19, et ont démontré une réponse immunitaire sous-optimale après avoir reçu une série complète de deux doses d'un vaccin contre la COVID-19 en raison de leur problème de santé sous-jacent. Voir la [Réponse rapide du Comité consultatif national de l'immunisation \(CCNI\) : Dose supplémentaire de vaccin contre la COVID-19 chez les sujets immunodéprimés après une série primaire de 1 ou 2 doses](#) pour en savoir plus.
- Des données probantes émergentes existent sur l'innocuité et l'immunogénicité à la suite d'une troisième dose d'un vaccin contre la COVID-19 pour ceux n'ayant pas subi de séroconversion à la suite de leur deuxième dose dans certains groupes immunodéprimés. De fait, certains groupes de personnes modérément ou gravement immunodéprimées pourraient profiter d'une troisième dose pour compléter une première série de vaccins contre la COVID-19.

Recommandations

- À l'heure actuelle, une troisième dose d'un vaccin à ARNm contre la COVID-19 sera offerte aux groupes qui suivent admissibles à la vaccination avec le produit vaccinal autorisé pour leur groupe d'âge afin de compléter une première série de vaccins contre la COVID-19 :
 - Personnes sous dialyse (hémodialyse ou dialyse péritonéale)
 - Personnes recevant un traitement actif² (p. ex., chimiothérapie, thérapies ciblées, immunothérapie) pour des malignités tumorales solides et hématologiques.

² Les patients ayant terminé un traitement au cours des trois derniers mois reçoivent un traitement actif. Le traitement actif est défini comme la chimiothérapie, les thérapies ciblées, l'immunothérapie, et exclut les personnes recevant une thérapie qui ne supprime

- Personnes ayant subi une transplantation d'organe plein et étant sous traitement immunosuppresseur.
- Personnes ayant subi un traitement par récepteurs d'antigènes chimériques (CAR-T) ou une greffe de cellules souches hématopoïétiques (dans les deux ans suivant la greffe ou le traitement immunosuppresseur).
- Personnes présentant une immunodéficience modérée à sévère (p. ex., syndrome de DiGeorge, syndrome de Wiskott-Aldrich).
- Personnes ayant une infection au VIH non traitée de stade 3 ou avancée et personnes atteintes du syndrome d'immunodéficience acquise.
- Personnes recevant un traitement actif par l'une des catégories suivantes de traitement immunosuppresseur : thérapies anti-cellules B³ (anticorps monoclonaux ciblant le CD19, le CD20 et le CD22), corticostéroïdes généraux à fortes doses (voir le [Guide canadien d'immunisation](#) pour la définition proposée des stéroïdes à forte dose), agents alcoylants, antimétabolites ou inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (TNF) et autres agents biologiques significativement immunosuppresseurs (voir le tableau 1).
- Si elles font partie des groupes d'âge pour lesquels la vaccination est autorisée, les personnes appartenant à l'un ou à plusieurs des groupes susmentionnés qui n'ont pas commencé une série de vaccins contre la COVID-19 devraient se voir administrer une série primaire de trois doses d'un vaccin à ARNm autorisé ([CCNI, 2021](#)).
- La période recommandée par l'Ontario entre la dernière dose d'une série primaire et la troisième dose est d'au moins 2 mois (56 jours). Selon le CCNI, la période minimale devrait être de 28 jours; toutefois, une période plus longue entre les doses entraîne probablement une meilleure réponse immunitaire. Il doit revenir au fournisseur traitant de décider du moment précis afin d'optimiser la réponse immunitaire découlant de la série de vaccins et de réduire au minimum les retards dans la prise en charge de leur problème de santé sous-jacent. Cela dit, la période entre les doses devrait tenir compte des facteurs de risque

pas le système immunitaire (p. ex., uniquement l'hormonothérapie ou la radiothérapie). Voir Santé Ontario/Action Cancer Ontario Vaccin contre COVID-19 et cancer : [Foire aux questions](#) (en anglais) pour plus d'informations.

³ Pour les patients recevant un traitement par déplétion des lymphocytes B, l'expression « traitement actif » englobe ceux qui ont terminé un traitement au cours des 12 derniers mois.

d'exposition (y compris l'épidémiologie locale et la circulation des variants préoccupants) ainsi que du risque de présenter des symptômes graves de la COVID-19. Certaines personnes immunodéprimées pourraient toujours être vulnérables après la série primaire d'une ou deux doses; par conséquent, leur période de vulnérabilité jusqu'à l'administration d'une dose supplémentaire augmentera aussi si l'intervalle entre les doses est plus grand.

Pour obtenir des conseils sur le moment de la vaccination des receveurs de greffes et des personnes qui doivent recevoir un traitement immunosuppresseur, pour consulter une liste plus complète des affections entraînant une immunodéficience primaire et pour en savoir plus sur les traitements immunosuppresseurs, reportez-vous à la section [Immunisation des sujets immunodéprimés dans la partie 3 – Vaccination des populations particulières du Guide canadien d'immunisation](#).

Afin de protéger les personnes immunodéprimées, on recommande aussi fortement que toutes les personnes qui entrent en contact étroit (p. ex., travailleurs de la santé et autres membres du personnel de soutien, membres de la famille, amis, personnes soignantes) avec ces personnes reçoivent une série complète d'un vaccin à deux doses (c.-à-d., « vaccination en anneau »). Les personnes immunodéprimées et les personnes qui entrent en contact étroit avec elles devraient aussi continuer de suivre les directives de santé publique pour la prévention et le contrôle de la transmission du SRAS-CoV-2 et des infections qui en découlent.

Tableau 1. Liste de médicaments immunosuppresseurs justifiant l'administration d'une troisième dose

Cette liste n'est pas exhaustive. Les fournisseurs de soins pourraient traiter des patients qui prennent d'autres médicaments entraînant une immunosuppression importante. Les ordonnances visant les immunosuppresseurs ci-dessous peuvent être présentées pour l'obtention d'une troisième dose, au besoin. Si une personne présente une ordonnance visant un autre produit, référez-la à son fournisseur de soins afin qu'il la recommande pour une troisième dose ou qu'il lui remette une lettre de demande.

Classe	Nom générique	Nom commercial
Stéroïdes (> 20 mg par jour de prednisone ou d'un équivalent pendant au moins deux semaines) ⁴	• Prednisone	
	• Dexaméthasone	• Decadron
	• Méthylprednisolone	• Depo-Medrol • Solu-Medrol • Medrol
Antimétabolites	• Cyclophosphamide	• Procytox
	• Léflunomide	• Arava
	• Méthotrexate	• Trexall • Metoject • Otrexup • Rasuvo • Rheumatrex
	• Azathioprine	• Imuran
	• 6-mercaptopurine (6-MP)	• Purinethol
	• Acide mycophénolique	• Myfortic
	• Mofétilmycophénolate	• CellCept

⁴ Comme il arrive que la dose ne soit pas indiquée sur l'ordonnance, une confirmation du patient présentant le document suffit.

Classe	Nom générique	Nom commercial
Inhibiteurs de la calcineurine/inhibiteurs de mTOR	• Tacrolimus	• Prograf • Advagraf • Envarsus PA
	• Cyclosporine	• Neoral • Gengraf • Sandimmune
	• Sirolimus	• Rapamune
Inhibiteurs de JAK (Janus kinase)	• Baricitinib	• Olumiant
	• Tofacitinib	• Xeljanz
	• Upadacitinib	• Rinvoq
Anti-TNF (facteur de nécrose tumorale)	• Adalimumab	• Humira • Amgevita • Hadlima • Hulio • Hyrimoz • Idacio
	• Golimumab	• Simponi
	• Certolizumab pegol	• Cimzia
	• Étanercept	• Enbrel • Brenzys • Erelzi
Anti-TNF (facteur de nécrose tumorale)	• Infliximab	• Remicade • Avsola • Inflectra • Remsima • Renflexis
Anti-inflammatoires	• Sulfasalazine	• Salazopyrin • Azulfidine
	• Acide 5-aminosalicylique (5-ASA)/mésalazine	• Pentasa

Classe	Nom générique	Nom commercial
Anti-CD20	<ul style="list-style-type: none"> Rituximab 	<ul style="list-style-type: none"> Rituxan Ruxience Riximyo Truxima Riabni
	<ul style="list-style-type: none"> Ocrélizumab 	<ul style="list-style-type: none"> Ocrevus
	<ul style="list-style-type: none"> Ofatumumab 	<ul style="list-style-type: none"> Kesimpta
IL-1 RA (antagonistes du récepteur de l'interleukine-1)	<ul style="list-style-type: none"> Anakinra 	<ul style="list-style-type: none"> Kineret
	<ul style="list-style-type: none"> Canakinumab 	<ul style="list-style-type: none"> Ilaris
Anti-IL-6	<ul style="list-style-type: none"> Tocilizumab 	<ul style="list-style-type: none"> Actemra
	<ul style="list-style-type: none"> Sarilumab 	<ul style="list-style-type: none"> Kevzara
Anti-IL-12/IL-23	<ul style="list-style-type: none"> Ustekinumab 	<ul style="list-style-type: none"> Stelara
Anti-IL-17	<ul style="list-style-type: none"> Sécukinumab 	<ul style="list-style-type: none"> Cosentyx
	<ul style="list-style-type: none"> Ixékizumab 	<ul style="list-style-type: none"> Taltz
Anti-IL17R	<ul style="list-style-type: none"> Brodalumab 	<ul style="list-style-type: none"> Siliq
Anti-BLyS	<ul style="list-style-type: none"> Belimumab 	<ul style="list-style-type: none"> Benlysta
Anti-IL-23	<ul style="list-style-type: none"> Guselkumab 	<ul style="list-style-type: none"> Tremfya
	<ul style="list-style-type: none"> Risankizumab 	<ul style="list-style-type: none"> Skyrizi
Modulateurs sélectifs de la costimulation des lymphocytes T	<ul style="list-style-type: none"> Abatacept 	<ul style="list-style-type: none"> Orencia
Agonistes du S1PR (récepteur de la sphingosine-1-phosphate)	<ul style="list-style-type: none"> Fingolimod 	<ul style="list-style-type: none"> Gilenya
	<ul style="list-style-type: none"> Siponimod 	<ul style="list-style-type: none"> Mayzent
	<ul style="list-style-type: none"> Ozanimod 	<ul style="list-style-type: none"> Zeposia
Inhibiteurs de la phosphodiesterase	<ul style="list-style-type: none"> Apremilast 	<ul style="list-style-type: none"> Otezla
Anti-intégrine	<ul style="list-style-type: none"> Vedolizumab 	<ul style="list-style-type: none"> Entyvio

Doses de rappel pour des groupes particuliers

1. Aînés vulnérables dans des milieux d'hébergement collectif

Justification

- Les conséquences possibles du risque de transmission du variant préoccupant Delta chez les populations âgées vulnérables qui résident dans des milieux à risque élevé (c.-à-d., milieu d'hébergement collectif avec d'autres adultes à risque élevé et vulnérables) ont été évaluées, en particulier dans le contexte d'écrits émergents sur la réponse immunitaire réduite et l'affaiblissement plus rapide de la réponse des anticorps chez ce groupe de personnes. Ces dernières présentent un risque accru de maladie grave en raison de leur âge et de problèmes de santé sous-jacents, et un risque accru d'exposition dans leurs interactions quotidiennes avec le personnel et les autres résidents ([CCNI, 2021](#)).
- Les aînés ontariens qui vivent dans des milieux d'hébergement collectif ont été vaccinés en priorité une fois le vaccin contre la COVID-19 autorisé. Ils sont donc nombreux à avoir reçu une série primaire complète tôt dans le processus, et le temps écoulé depuis fait croître le risque d'affaiblissement de la réponse immunitaire, si un affaiblissement devait survenir. Par ailleurs, l'administration des doses suivait en général l'intervalle recommandé par les fabricants. Or, les données actuelles indiquent que, par rapport aux intervalles plus longs, les intervalles rapprochés entre la première et la deuxième dose donnent une réponse immunitaire réduite, ce qui pourrait accélérer l'affaiblissement de la protection, notamment contre les variants préoccupants ([CCNI, 2021](#)).
- Les vaccins ont été efficaces contre la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée (FSLD) au cours des trois à quatre mois suivant la vaccination, mais des éclosions continuent de survenir. Dans le cadre de ces éclosions, des résidents pleinement vaccinés sont infectés, et certains sont tombés gravement malades ou sont décédés. L'offre d'une troisième dose de vaccin contre la COVID-19 vise à renforcer la protection et à prévenir les éclosions chez cette population vulnérable.
- On ne dispose pas encore de données sur le recours aux doses de rappel chez les résidents des FSLD et les aînés vivant dans d'autres milieux d'hébergement collectif. Des études visant les vaccins à ARNm sont en cours. Les données

préliminaires chez les personnes âgées montrent un profil d'innocuité comparable à celui de la deuxième dose de la série primaire ainsi que des signes de réponse immunitaire renforcée et d'efficacité accrue du vaccin à court terme. Pour en savoir plus, consultez la déclaration rapide du CCNI sur la [dose de rappel chez les résidents en établissements de soins de longue durée et les aînés vivant dans d'autres milieux de vie collectifs](#).

Recommandation

À l'heure actuelle, une dose de rappel d'un vaccin à ARNm contre la COVID-19 sera offerte aux groupes qui suivent pour renforcer leur première série :

- Résidents de foyers de soins de longue durée (FSLD), de maisons de retraite et de pavillons de soins pour aînés, et aînés vivant dans d'autres milieux d'hébergement collectif⁵ (centres pour personnes semi-autonomes, hôpitaux de soins aux malades chroniques, collectivités de retraités se formant naturellement, immeubles d'appartements pour personnes âgées, centres pour personnes handicapées ou pour personnes ayant des problèmes de santé mentale ou de dépendance, etc.)

L'intervalle recommandé pour les résidents des FSLD, des maisons de retraite et des pavillons de soins pour aînés et pour les aînés vivant dans d'autres milieux d'hébergement collectif est d'au moins 6 mois (168 jours) suivant la deuxième dose. Cet intervalle est conforme aux [recommandations du CCNI](#). En pratique, certains résidents pourraient recevoir le vaccin à des intervalles rapprochés pour accommoder l'administration regroupée des doses de rappel dans un même établissement.

Afin de protéger les aînés vulnérables dans les milieux de soins collectifs, on recommande fortement que toutes les personnes qui entrent en contact étroit (p. ex., travailleurs de la santé et autres membres du personnel de soutien, membres de la famille, amis, personnes soignantes) avec eux reçoivent une série complète d'un vaccin à deux doses (c.-à-d., « vaccination en anneau ») et continuent d'appliquer les mesures de santé publique visant la prévention et le contrôle de la transmission du SRAS-CoV-2 et des infections qui en découlent.

⁵ Les unités de santé publique peuvent établir, à leur discrétion et en collaboration avec les ministères partenaires au besoin, l'admissibilité des milieux d'hébergement collectif.

2. Aînés dans la communauté

Justification

- Le risque de symptômes graves, d'hospitalisation et de décès est plus grand chez les aînés en raison de leur âge et des problèmes de santé sous-jacents. Chez les groupes entièrement vaccinés, les personnes plus âgées (personnes de 80 ans et plus suivies des personnes âgées de 70 à 79 ans) ont les taux d'hospitalisation et de décès attribuables à la COVID-19 les plus élevés en comparaison aux groupes plus jeunes entièrement vaccinés ([CCNI, 2021](#)).
- Des données indiquent une baisse de l'immunité au fil du temps après une première série de vaccination contre la COVID-19 dans la population âgée. Voir les [orientations provisoires du CCNI sur la dose de rappel de vaccin contre la COVID-19 au Canada](#) pour en savoir plus.
- On a priorisé les aînés lorsque des vaccins contre la COVID-19 ont été approuvés; ainsi, ils sont nombreux à avoir complété leur série de vaccination tôt durant la campagne, ce qui augmente la période de temps pouvant laisser place à un déclin de l'immunité, le cas échéant. De plus, l'administration des doses suivait en général l'intervalle recommandé par les fabricants. Or, les données actuelles indiquent que, par rapport aux intervalles plus longs, les intervalles rapprochés entre la première et la deuxième dose donnent une réponse immunitaire réduite, ce qui pourrait accélérer l'affaiblissement de la protection, notamment contre les variants préoccupants ([CCNI, 2021](#)).

Recommandation

Pour l'instant, une dose de rappel d'un vaccin à ARNm contre la COVID-19 sera offerte aux groupes suivants :

- Toute la population ontarienne de 70 ans et plus.

L'intervalle recommandé pour les aînés de 70 ans et plus vivant dans la collectivité est d'au moins 6 mois (168 jours) après la deuxième dose.

3. Travailleurs de la santé

Justification

- Les travailleurs de la santé risquent davantage de contracter la COVID-19 en raison de leurs interactions continues avec des patients potentiellement infectés par le virus et de leur exposition à ces derniers, et pourraient accroître le risque de transmission aux populations vulnérables en cas d'infection.
- Les travailleurs de la santé sont essentiels au maintien de la capacité du système de santé pour limiter le plus possible les symptômes graves et les décès en Ontario ainsi que les bouleversements sociaux associés à la pandémie de COVID-19.
- Les travailleurs de la santé ont été priorisés durant la campagne de vaccination de l'Ontario, ce qui allonge la période de déclin de la réponse immunitaire, le cas échéant. De plus, bon nombre d'entre eux ont reçu leur deuxième dose selon l'intervalle recommandé par le fabricant. Des données indiquent que des intervalles plus courts entre les doses entraînent des titres d'anticorps plus faibles, qui pourraient se retrouver sous le niveau de protection minimale au fil du temps. Si les personnes qui ont reçu leur deuxième dose de la série vaccinale primaire contre la COVID-19 dans un délai plus court après la première dose ont été bien protégées à court terme, elles peuvent avoir produit des niveaux d'anticorps plus faibles, qui peuvent diminuer au fil du temps par rapport aux personnes dont le délai entre les doses a été plus long ([CCNI, 2021](#)).
- En optimisant la protection des travailleurs de la santé, on peut contribuer à équilibrer le fardeau disproportionné de ces personnes pour protéger la population, ce qui encourage l'application du principe éthique de réciprocité ([CCNI, 2021](#)).

Recommandation

Pour l'instant, une dose de rappel d'un vaccin à ARNm contre la COVID-19 sera offerte aux groupes suivants :

- Les travailleurs de la santé ayant reçu leur deuxième dose de vaccin contre la COVID-19 il y a au moins 6 mois (168 jours).
 - Les travailleurs de la santé appartiennent aux groupes suivants :

- Membres d'une [profession de la santé réglementée](#), membres du personnel, travailleurs contractuels, étudiants et stagiaires, bénévoles enregistrés et tout autre fournisseur de soins essentiels désigné travaillant actuellement en personne dans une organisation de santé, y compris les travailleurs n'offrant pas de soins directs aux patients, mais qui se trouvent souvent dans l'environnement du patient (personnel de l'entretien ménager, personnel de recherche, personnel administratif).
- Travailleurs offrant des services de soins de santé ou des services directs aux patients dans un milieu collectif, résidentiel ou communautaire à l'extérieur d'une organisation de santé.
- Voir l'annexe B pour des exemples précis de travailleurs de la santé.

L'intervalle recommandé pour les travailleurs de la santé est d'au moins 6 mois (168 jours) après la deuxième dose.

Une période d'observation post-vaccinale réduite d'au moins 5 à 15 minutes peut être envisagée pour l'administration des troisièmes doses de vaccin contre la COVID-19 au personnel de la santé qui se fait vacciner dans un établissement de santé, si les deux doses précédentes du vaccin contre la COVID-19 ont été administrées sans incident et les autres [conditions](#) pertinentes sont satisfaites, comme indiqué dans les recommandations sur le vaccin antigrippal 2020-2021 du CCNI (se rapportant à un établissement de soins de santé).

4. Adulte des Premières Nations, Inuits et Métis

Justification

- La COVID-19 a eu des répercussions disproportionnées chez les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis au Canada. Les taux d'infection à la COVID-19 étaient plus élevés dans cette population en raison d'iniquités et de facteurs liés aux déterminants sociaux de la santé. La vaccination de ces personnes peut contribuer à réduire ou à prévenir l'exacerbation d'iniquités sanitaires et sociales ([CCNI, 2021](#)).
- Les communautés éloignées ou isolées n'ayant possiblement pas un accès rapide à des infrastructures sanitaires appropriées sont considérablement plus vulnérables aux conséquences graves de la maladie, comme le décès, ainsi qu'aux bouleversements sociaux que d'autres communautés ([CCNI, 2021](#)).

- Les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis étaient admissibles à recevoir une première et une deuxième dose de vaccin tôt durant la campagne de vaccination, ce qui allonge la période de déclin de la réponse immunitaire, le cas échéant. De plus, l'administration des doses suivait en général l'intervalle court recommandé par les fabricants. Or, les données actuelles indiquent que, par rapport aux intervalles plus longs, les intervalles rapprochés entre la première et la deuxième dose donnent une réponse immunitaire réduite, ce qui pourrait accélérer l'affaiblissement de la protection, notamment contre les variants préoccupants.
- Selon le [CCNI](#), le besoin de mettre en place des programmes de vaccination pour les doses de rappel dans les différentes communautés autochtones devrait être déterminé par les leaders et les communautés autochtones, avec le soutien de partenaires de santé publique, en vertu de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones.

Recommandation

Pour l'instant, une dose de rappel d'un vaccin à ARNm contre la COVID-19 sera offerte aux groupes suivants :

- Tous adultes des Premières Nations, les Inuits et les Métis, y compris les membres non autochtones de leur ménage.

L'intervalle recommandé pour les adultes des Premières Nations, les Inuits et les Métis et les membres non autochtones de leur ménage est d'au moins 6 mois (168 jours) après la deuxième dose.

5. Personnes ayant reçu un vaccin à vecteur viral ou une série de vaccins à vecteur viral (première série composée uniquement de doses de vaccin à vecteur viral)

Justification

- L'efficacité vaccinale contre les symptômes graves de la COVID-19 pour tous les types de vaccin (y compris les vaccins à vecteur viral) demeure élevée, mais, à l'heure actuelle, on ne sait pas de façon certaine dans quelle mesure la durée de la protection peut varier selon le produit vaccinal.
- En général, l'efficacité vaccinale contre l'infection symptomatique au SRAS-CoV-2 et les conséquences graves de la COVID-19 a toujours été un peu plus faible avec les vaccins à vecteur viral qu'avec les vaccins à ARNm. Les

données émergentes sur l'efficacité vaccinale indiquent que la protection contre l'infection et la maladie symptomatique diminue plus rapidement avec les vaccins à vecteur viral qu'avec les vaccins à ARNm, alors que la différence est moins nette pour les symptômes graves de la maladie. Les personnes ayant reçu uniquement un vaccin à vecteur viral pourraient redevenir vulnérables à l'infection plus tôt que les personnes dont la première série vaccinale comprenait au moins une dose d'un vaccin à ARNm ([CCNI, 2021](#)).

- S'il existe peu de données probantes sur la durée de la protection après un calendrier vaccinal mixte (combinaison d'un vaccin à vecteur viral et d'un vaccin à ARNm) contre la COVID-19, les données de deux études indiquent que l'efficacité vaccinale est similaire pour les personnes ayant reçu un calendrier mixte de Vaxzevria ou de COVISHIELD d'AstraZeneca suivi d'un vaccin à ARNm par rapport à celles ayant reçu une série complète de vaccins à ARNm ([CCNI, 2021](#)). Pour l'instant, les personnes dont la vaccination s'est faite selon un calendrier vaccinal mixte ne sont pas admissibles à une dose de rappel.

Recommandation

Pour l'instant, une dose de rappel d'un vaccin à ARNm contre la COVID-19 sera offerte aux groupes suivants de tous âges :

- Personnes ayant reçu deux doses du vaccin d'AstraZeneca/COVISHIELD contre la COVID-19
- Personnes ayant reçu une dose du vaccin de Janssen/Johnson & Johnson contre la COVID-19

L'intervalle recommandé pour ces personnes est d'au moins 6 mois (168 jours) après la fin de la première série.

Annexe A : Liste alphabétique de médicaments immunosuppresseurs

#	Cyclosporine	Inflectra
6-mercaptopurine (6-MP)		Infliximab
	D	Ixékizumab
A	Decadron (>3 mg/jour)	
Abatacept	DepoMedrol (>16 mg/jour)	K
Acide 5-aminosalicylique (5-ASA)/mésalazine	Dexaméthasone (>3 mg/jour)	Kesimpta
Acide mycophénolique		Kevzara
Actemra	E	Kineret
Adalimumab	Enbrel	L
Advagraf	Entyvio	Léflunomide
Amgevita	Envarsus	
Anakinra	Erelzi	M
Apremilast	Étanercept	Mayzent
Arava		Medrol (> 16 mg/jour)
Avsola	F	Méthotrexate
Azathioprine	Fingolimod	Méthylprednisolone (> 16 mg/jour)
Azulfidine		Metobject
	G	Mofétilmycophénolate
B	Gengraf	
Baricitinib	Gilenya	N
Belimumab	Golimumab	Neoral
Benlysta	Guselkumab	
Brenzys		O
Brodalumab	H	Ocrélizumab
	Hadlima	Ocrevus
C	Hulio	Ofatumumab Olumiant
Canakinumab	Humira	Orencia
CellCept	Hyrimoz	Otezla
Certolizumab		Otrexup
Cimzia	I	Ozanimod
Cosentyx	Idacio	
Cyclophosphamide	Ilaris	
	Imuran	

P

Pentasa
 Prednisone
 (> 20 mg/jour)
 Procytox
 Prograf
 Purinethol

R

Rapamune
 Rasuvo
 Remicade
 Remsima
 Renflexis
 Rheumatrex
 Riabni
 Rinvoq
 Risankizumab
 Rituxan

Rituximab
 Riximyo
 Ruxience

S

Salazopyrin
 Sandimmune
 Sarilumab
 Sécukinumab
 Siliq
 Simponi
 Siponimod
 Sirolimus
 Skyrizi
 Solumedrol
 (> 16 mg/jour)
 Stelara Sulfasalazine

T

Tacrolimus

Taltz
 Tocilizumab
 Tofacitinib
 Tremfya
 Trexall
 Truxima

U

Upadacitinib
 Ustekinumab

V

Vedolizumab

X

Xeljanz

Z

Zeposia

Annexe B : Liste des travailleurs de la santé admissibles à une dose de rappel

Tout membre d'une profession de la santé réglementée et tout membre du personnel, travailleur contractuel, étudiant ou stagiaire, bénévole enregistré ou autre soignant essentiel travaillant actuellement en personne pour un organisme de soins de santé, y compris les travailleurs qui ne prodiguent pas de soins directs aux patients et qui se trouvent régulièrement dans le milieu du patient (personnel de nettoyage, personnel de recherche, personnel administratif, etc.).

- **Tous les employés de milieux hospitaliers et de soins actifs, y compris :**
 - Unités de soins intensifs, services des urgences et services des soins d'urgence, unités médicales consacrées à la COVID-19, équipes de code bleu et équipes d'intervention rapide
 - Médecine générale interne et autres spécialistes, soins chirurgicaux et obstétriques
- **Tous les travailleurs de la santé qui interagissent avec les patients et qui participent à la réponse à la COVID-19 :**
 - Centres de prélèvement d'échantillons en lien avec la COVID-19, centres d'isolement pour la COVID-19
 - Équipes mobiles de dépistage, services de laboratoire pour la COVID-19, équipes qui soutiennent la réponse aux éclosions (p. ex., équipes de PCI participant à la gestion des éclosions, inspecteurs dans le milieu des patients)
 - Équipes de cliniques de vaccination contre la COVID-19 et équipes mobiles de vaccination
 - Membres actuels de l'Équipe des services médicaux d'urgence (ESMU) de l'Ontario
- **Premiers intervenants** (ORNGE, ambulanciers paramédicaux, pompiers offrant les premiers soins, policiers et agents de police spéciaux offrant les premiers soins dans le cadre de leurs fonctions habituelles)
- **Travailleurs de la santé et soignants essentiels désignés dans les milieux d'hébergement collectifs** (centres pour personnes semi-autonomes, établissements correctionnels, refuges, foyers de soins de longue durée et

maisons de retraite, logements avec services de soutien, maisons et milieux de soins palliatifs, etc.) hospices and palliative care settings, etc.)

- **Travailleurs de la santé offrant des services en personne, à domicile ou dans la collectivité, y compris :**
 - Programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et services de traitement et de consommation supervisée
 - Fournisseurs de services de soins de santé autochtones, notamment : centres autochtones d'accès aux soins de santé, centres de santé communautaire autochtone, équipes de soins primaires interprofessionnelles autochtones et cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien autochtone
 - Centres de santé communautaire, soins à domicile pour problèmes chroniques, centres de naissance, dentisterie et hygiène dentaire, pharmacies, soins primaires, cliniques sans rendez-vous, gynécologie et obstétrique, sages-femmes, cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien et agences de soins infirmiers sous contrat, oto-rhino-laryngologie (ORL), spécialités médicales et chirurgicales, transport médical, services de laboratoire, établissements de santé indépendants, travailleurs de la santé offrant des services en problèmes développementaux, en santé mentale et en dépendance
 - Travailleurs de la santé dans les écoles et les garderies et sur les campus, cliniques de santé sexuelle, imagerie diagnostique communautaire, diététique et nutrition, audiologie, naturopathie, soins holistiques, chiropratique, cliniques de douleur chronique, kinésiologie et physiothérapie, ergothérapie, psychiatrie, acupuncture, massothérapie par un professionnel enregistré, psychothérapie, travail social et santé publique