



Évaluation des activités liées à l'immunisation et aux maladies respiratoires infectieuses à l'Agence de la santé publique du Canada de 2011-2012 à 2015-2016

Préparé par le
Bureau de la vérification et de l'évaluation,
Santé Canada
et l'Agence de la santé publique du Canada

Septembre 2016

Liste des acronymes

AAP	Architecture d'alignement des programmes
ACSP	Association canadienne de santé publique
AFS	affectations à des fins spéciales
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
CAIRE	Association canadienne pour la recherche et l'évaluation en immunisation
CCI	Comité canadien sur l'immunisation
CCNI	Comité consultatif national de l'immunisation
CIMRI	Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses
DG	direction générale, directeur général, directrice générale [selon le contexte]
DGAPC	Direction générale des affaires publiques et des communications
DGPCMI	Direction générale des maladies infectieuses et des mesures d'urgence
ECVNE	Enquête sur la couverture vaccinale nationale des enfants
ENVA	Enquête nationale sur la vaccination des adultes
ESSI	effet secondaire suivant l'immunisation
F et E	fonctionnement et entretien
FPT	fédéral, provincial et territorial
GTAV	Groupe de travail sur l'approvisionnement en vaccins
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
LNMI	Laboratoire national de microbiologie
MEV	maladie évitable par la vaccination
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	organisation non gouvernementale
OPS	Organisation panaméricaine de la santé
PT	provincial et territorial
PON	procédure opérationnelle normalisée
RCRICV	Réseau canadien des registres d'immunisation et de couverture vaccinale
RCSSP	Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires
RSI	Règlement sanitaire international
RSP	Réseau de santé publique
SCP	Société canadienne de pédiatrie
SCSESSI	Système canadien de surveillance des effets secondaires suivant l'immunisation
SMA	sous-ministre adjoint
SNI	Stratégie nationale d'immunisation
SPAC	Services publics et Approvisionnement Canada
SRAS	syndrome respiratoire aigu sévère
TI	technologie de l'information
VPH	virus du papillome humain

Table des matières

Sommaire	ii
Réponse et plan d'action de la direction	viii
1.0 But de l'évaluation.....	1
2.0 Description du programme	1
2.1 Contexte du programme	1
2.2 Profil du programme	1
2.3 Description du programme.....	3
2.4 Alignement et ressources du programme	5
3.0 Description de l'évaluation.....	6
3.1 Portée, approche et conception de l'évaluation.....	6
3.2 Limites et stratégies d'atténuation.....	6
4.0 Constatations.....	7
4.1 Pertinence – Élément n° 1 : besoin continu du programme	7
4.2 Pertinence – Élément n° 2 : Harmonisation avec les priorités gouvernementales	10
4.3 Pertinence – Élément n° 3 : Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral	11
4.4 Rendement – Élément n° 4 : Atteinte des résultats escomptés (efficacité)	13
4.5 Rendement – Élément n° 5 : Démonstration d'économie et d'efficacité	31
5.0 Conclusion	35
5.1 Conclusion sur la pertinence	35
5.2 Conclusion sur le rendement	36
6.0 Recommandations.....	37
Annexe 1 – Intervenants	40
Annexe 2 – Activités et extraits	42
Annexe 3 – Modèle logique.....	46
Annexe 4 – Description de l'évaluation.....	47
Annexe 5 – Résumé des résultats.....	50

Liste des tableaux

Tableau 1 : Théorie du changement.....	4
Tableau 2 : Ressources du programme (en M\$)*	5
Tableau 3 : Limites et stratégies d'atténuation	7
Tableau 4 : Écart entre les dépenses prévues aux budgets et les dépenses réelles*	32

Sommaire

La présente évaluation portait sur le programme relatif à l'immunisation et aux maladies respiratoires infectieuses pour la période allant de 2011-2012 à 2015-2016. Elle a été menée afin de satisfaire aux exigences de la *Loi sur la gestion des finances publiques* et de la Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor du Canada.

But et portée de l'évaluation

L'évaluation visait à déterminer la pertinence et le rendement des activités liées à l'immunisation et aux maladies respiratoires infectieuses de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Elle couvrait la période allant d'avril 2011 à mars 2016 et portait sur les différentes activités menées par l'ASPC, notamment le leadership et la coordination de la Stratégie nationale d'immunisation (SNI); l'élaboration de lignes directrices relatives à la vaccination; la sensibilisation et l'éducation de la population et des professionnels visant à promouvoir l'acceptation et l'adoption de la vaccination; la sécurité de l'approvisionnement en vaccins; la surveillance et l'épidémiologie; la recherche coordonnée sur l'immunisation; la mise au point de vaccins et l'innovation en la matière; la préparation aux pandémies; et les interventions coordonnées en cas d'éclosion.

L'évaluation ne portait pas sur les activités de préparation et d'intervention en cas d'urgence qui ne relèvent pas du Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses (CIMRI) ni sur les activités qui relèvent d'autres administrations (c.-à-d. des provinces et des territoires pour le financement, la planification de programmes et l'exécution des programmes d'immunisation sur leur territoire de gouvernance).

Description du programme

Le système immunitaire est le système biologique qui assure la protection contre les bactéries et les virus pathogènes dans l'organisme. Une maladie évitable par la vaccination (MEV) est une maladie infectieuse pouvant être prévenue par un vaccin. Enfin, l'immunisation est le processus par lequel une personne se trouve protégée contre une maladie (comme c'est le cas grâce à la vaccination). Les germes morts ou affaiblis présents dans les vaccins aident le système immunitaire à fabriquer des anticorps et à développer une mémoire immunitaire qui, ensemble, contribueront à prévenir la maladie si l'organisme y est exposé.

Au Canada, les administrations fédérales, provinciales et territoriales (FPT), et des autorités locales, assument des rôles importants, sont dotées de pouvoirs et mènent des activités en matière d'immunisation. Ces activités concernent non seulement tous les ministères et organismes de santé, mais aussi de nombreuses autres autorités publiques et de nombreux partenaires publics ou privés à différents échelons. Ces organisations participent à différents aspects de la planification, de la mise en œuvre, de l'évaluation et du soutien des programmes de vaccination, y compris la recherche et le développement de vaccins, l'évaluation, la réglementation, l'élaboration de directives et les activités de promotion. Même si chaque administration et chaque organisme ou

autorité a un mandat et un environnement opérationnel qui lui sont propres, les activités des différentes organisations sont complémentaires et dépendent grandement de leur bonne collaboration.

CONCLUSIONS – PERTINENCE

L'immunisation, un besoin continu

Les activités liées à l'immunisation demeurent nécessaires, de même que celles qui visent à prévenir et à contrôler les maladies respiratoires infectieuses telle l'influenza (ou « grippe »). Ces dernières années, le Canada a éliminé la rougeole et la rubéole endémiques. À l'exception de quelques maladies qui demeurent endémiques et difficiles à contrer au Canada et qui présentent des sommets cycliques ou des éclosions régionales (p. ex. la coqueluche, la méningococcie invasive et la pneumococcie invasive), le fardeau actuel lié aux MEV est léger ou en diminution depuis le début des années 2000. Le nombre d'hospitalisations et de décès liés à la grippe saisonnière varie en fonction de certains facteurs, dont l'appariement entre la souche en circulation et la souche vaccinale, mais le fardeau annuel de morbidité et de mortalité associé à cette maladie est toujours important.

Les maladies très contagieuses exigent des taux de vaccination élevés dans la population pour qu'une immunité de groupe, ou collective, (p. ex. 95 % dans le cas de la rougeole) soit atteinte. Les estimations de la couverture vaccinale nationale tirées des enquêtes nationales sur la vaccination des enfants et des adultes indiquent que les taux de vaccination sont inférieurs aux cibles dans tous les groupes de vaccination. Il est toutefois possible que les taux soient sous-estimés, étant donné qu'ils sont fondés sur des dossiers de vaccination tenus par les parents, dans lesquels certaines doses de vaccin effectivement administrées pourraient ne pas figurer. L'immunisation par la vaccination est considérée comme l'une des plus grandes réalisations en matière de santé publique du XX^e siècle; elle constitue un outil rentable pour contrôler et éliminer des maladies potentiellement mortelles. Elle aurait permis de sauver plus de vies au Canada au cours des 50 dernières années que toute autre intervention sanitaire.

Harmonisation avec les priorités gouvernementales

Divers documents stratégiques indiquent que la prévention et le contrôle des MEV sont une priorité du gouvernement du Canada depuis plusieurs décennies. La priorité que constitue la lutte contre ces maladies a été réaffirmée récemment (en 2015) dans la lettre de mandat de la ministre de la Santé et dans le budget fédéral de 2016, où l'augmentation des taux de vaccination figurait parmi les principales priorités.

Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral

De multiples autorités (locales et FPT) se partagent la responsabilité de l'immunisation et du contrôle des maladies respiratoires infectieuses. Les activités de l'ASPC dans le domaine sont harmonisées avec les pouvoirs conférés au ministre par la *Loi sur le ministère de la Santé* (1996) et la *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada* (2006).

Les pouvoirs conférés par le Cabinet sont clairement assortis d'une responsabilité de leadership, de coordination et de collaboration en santé publique dans divers domaines, ainsi que d'un rôle dans le renforcement de l'infrastructure nationale d'immunisation (qui englobe la surveillance de l'innocuité des vaccins, la surveillance sanitaire, le réseau des registres d'immunisation, l'éducation de la population et des professionnels et les approches visant à améliorer la couverture vaccinale et l'acceptation de la vaccination dans certains groupes de population). Toutefois, un certain nombre d'intervenants du Programme ont mentionné une certaine confusion quant au rôle de l'ASPC dans la recherche, la surveillance sanitaire et la promotion de la santé, ainsi qu'à l'égard des registres de vaccination.

CONCLUSIONS – RENDEMENT

Atteinte des résultats escomptés (efficacité)

L'ASPC collabore avec des partenaires pour mettre en place des mécanismes afin d'assurer l'approvisionnement en vaccins au Canada. L'Agence et ses partenaires ont la capacité de réagir et d'atténuer autant que possible les répercussions des pénuries et des interruptions d'approvisionnement.

L'ASPC publie des produits de connaissance essentiels en matière de prévention et de contrôle des MEV et des maladies respiratoires telle l'influenza et en soutient l'élaboration; ces produits, notamment le *Guide canadien d'immunisation*, les déclarations du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) et les rapports de Surveillance de l'influenza, sont utilisés par les intervenants des programmes. De même, les outils d'information de l'Agence destinés à la population, tels l'Outil de calendrier de vaccination et le *Guide sur la vaccination à l'intention des parents*, sont utilisés par les Canadiens.

Bien que la grande majorité des Canadiens soient vaccinés, des poches de sous-vaccination ou de non-vaccination subsistent au pays. Les défis que pose l'amélioration de la couverture vaccinale sont variés, mais ils comprennent le manque de connaissances ou de sensibilisation et une profusion de renseignements erronés répandus par un petit groupe d'opposants à la vaccination qui se fait entendre avec force. Par ailleurs, la disponibilité de l'information programmatique influe sur la mise en œuvre en temps opportun des recommandations en matière de vaccination dans les différents territoires de gouvernance.

Diverses activités de l'ASPC contribuent à la capacité du Canada à répondre de façon coordonnée et efficace au risque posé par les MEV et les maladies respiratoires infectieuses. Même si le besoin de registres de vaccination comparables dans toutes les administrations demeure, il reste de nombreux défis à relever afin de répondre à ce besoin, et l'Agence a pris des mesures pour surmonter les obstacles associés à cette lacune.

Démonstration d'économie et d'efficience

L'immunisation est une intervention rentable qui permet d'économiser des millions de dollars en coûts directs et sociaux. Par exemple, selon les estimations, chaque dollar investi dans les programmes de vaccination contre l'influenza à l'intention des adultes permet au système de

santé d'économiser 45 \$. De même, en ce qui concerne les vaccins destinés aux enfants, chaque dollar investi permet au système de santé d'économiser 16 \$ dans le cas de la rougeole, des oreillons et de la rubéole et 6 \$ dans le cas de la diphtérie, de la coqueluche et du tétanos¹. Le coût par année de vie gagnée pour différents programmes de vaccination se compare avantageusement à celui d'autres interventions de santé publique, telles les lois sur le port de la ceinture de sécurité ou la chloration de l'eau potable.

De façon générale, il y a peu d'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles, et les écarts touchent généralement les activités de préparation en cas de pandémie, qui représentent la majorité des dépenses du CIMRI. Des gains d'efficacité pourraient être réalisés en examinant les structures de gouvernance et, en ce qui concerne les effets secondaires signalés, en clarifiant les critères d'étude des dossiers médicaux ou en élargissant l'accès à la formation afin de renforcer les compétences médicales et l'expertise requises pour procéder à cette étude.

Enfin, le CIMRI s'est doté d'une stratégie de mesure de son rendement et a recueilli des données d'indicateurs ces deux dernières années, ce qui a récemment aidé à cerner les secteurs où des décisions relatives aux programmes s'imposaient. Dans les domaines sujets à amélioration, la production rapide de rapports concernant les indicateurs et l'examen de la pertinence de certains indicateurs en tant que mesures valides des résultats pourraient occuper une place importante.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1

Disposer de meilleures données pour combler le manque d'information sur les personnes sous-immunisées et non immunisées au Canada.

Il est évident qu'il existe des groupes de personnes sous-immunisées et non immunisées au Canada. La capacité de l'ASPC à recenser ces groupes est limitée, en partie en raison de l'absence de registres de vaccination comparables. Le Programme s'appuie sur les enquêtes menées auprès de la population canadienne. L'Agence fournit des estimations de la couverture vaccinale nationale et mesure les facteurs qui influent sur l'adoption de la vaccination en menant des enquêtes sur la couverture vaccinale des adultes et des enfants au pays. Étant donné que les provinces et les territoires ont investi dans des approches personnalisées et des solutions de TI applicables à leur échelle, il faut trouver une nouvelle façon de dresser le portrait de la couverture vaccinale à l'échelle nationale (utiliser les données des registres existants).

Les registres de vaccination PT demeurent un outil de surveillance important pour évaluer la couverture vaccinale et l'adoption de la vaccination, et l'administration fédérale a un rôle à jouer en santé publique pour faciliter l'élaboration de normes nationales relatives aux registres de vaccination et favoriser leur adoption par les provinces et territoires. Des travaux sont en cours, avec la collaboration du Réseau canadien des registres d'immunisation et de couverture vaccinale (RCRICV) et de partenaires comme Inforoute Santé du Canada, afin de revoir les normes relatives aux éléments fonctionnels et aux données des registres d'immunisation et d'examiner des solutions novatrices pour dresser le portrait de la couverture vaccinale nationale au moyen des systèmes existants, qui sont en constante évolution.

Recommandation n° 2

Faire en sorte que l'information programmatique concernant la vaccination soit mise à la disposition des provinces et territoires en temps opportun.

Des faits indiquent que des renseignements (p. ex. le rapport coût-efficacité) dont les autorités ont besoin pour prendre des décisions relatives à leurs programmes de vaccination n'ont pas été communiqués suffisamment rapidement ou qu'ils étaient incomplets. Par exemple, la mise en œuvre dans les provinces et territoires des programmes de vaccination contre la varicelle financés par des fonds publics s'est étalée sur sept ans. Il est possible que cette mise en œuvre progressive soit en partie due au moment auquel les orientations programmatiques ont été diffusées après la parution des conseils techniques du CCNI concernant le vaccin contre la varicelle. L'accès en temps opportun à des conseils relativement aux recommandations pour les programmes s'est avéré être l'un des facteurs entravant l'accès uniforme à la vaccination dans l'ensemble du pays. Les responsables du Programme devraient poursuivre leurs efforts afin de mettre en œuvre un mécanisme visant à améliorer la diffusion en temps opportun de conseils techniques détaillés concernant les vaccins et les programmes de vaccination au Canada.

Recommandation n° 3

Déterminer et mettre en œuvre des stratégies qui permettront d'influencer les connaissances, les attitudes et les croyances des Canadiens à l'égard des vaccins et des maladies respiratoires infectieuses.

Même si la grande majorité des Canadiens sont vaccinés, il existe des groupes de personnes qui sont sous-immunisées ou non immunisées au pays. La réticence à la vaccination et les croyances s'opposant à la vaccination sont des obstacles à l'amélioration de la couverture vaccinale au Canada. Les connaissances, les attitudes et les croyances concernant la vaccination sont complexes et variés, à l'instar des raisons qui motivent la réticence à la vaccination et des croyances qui s'y opposent, lesquelles peuvent être alimentées par des renseignements accessibles à tous dans les médias sociaux et sur Internet et par de l'information anecdotique. Il a été démontré que les recommandations formulées par les professionnels de la santé, source d'information fiable aux yeux des Canadiens, sont associées à des taux de vaccination accrus. Bien que le Programme fournisse aux Canadiens des outils et des renseignements sur la vaccination, ses activités bénéficieraient de l'existence d'un cadre stratégique et d'une stratégie de marketing social, y compris au moyen des réseaux sociaux, qui orienteraient les efforts de vulgarisation visant à accroître l'adoption de la vaccination.

Recommandation n° 4

Examiner la gouvernance afin d'améliorer l'efficacité.

Actuellement, 20 groupes de travail, qui ont chacun leur structure de gouvernance, leur mandat et leurs domaines d'intervention en matière d'immunisation et de maladies respiratoires infectieuses, sont soutenus par le CIMRI. Or, il semble que certains de ces groupes pourraient

fonctionner de façon plus efficace. Certains intervenants ont en effet souligné la confusion entourant les rôles et les responsabilités dans plusieurs groupes de travail. D'autres intervenants ont mentionné que les ressources allouées à certains groupes pourraient ne pas être suffisantes en fonction du mandat assigné. Enfin, un examen des comptes rendus de réunion des groupes de travail a révélé que, parfois, les groupes de travail abordent des sujets qui sortent de leur mandat initial (p. ex. les mécanismes intergouvernementaux de partage de données). La gouvernance des groupes de travail pourrait donc être améliorée grâce à un examen visant à clarifier les rôles et responsabilités et les objectifs des groupes de travail soutenus par le Centre.

Recommandation n° 5

Améliorer l'efficacité des activités d'intervention (y compris l'examen des dossiers médicaux).

L'ASPC dispose de deux procédures opérationnelles normalisées distinctes pour la déclaration des effets secondaires. Tout d'abord, le CIMRI respecte les délais de traitement des déclarations d'effets secondaires (en général de 75 % à 100 % du temps). Ensuite, l'ASPC effectue un examen du dossier médical dans le cas de déclarations d'effets secondaires qui servent à éclairer les décisions en matière de santé publique et de réglementation. De plus, les cas graves sont transmis à un expert de la sécurité médicale pour qu'il effectue un deuxième examen du dossier médical. Toutefois, pendant 8 des 24 mois, le traitement des déclarations d'effets secondaires au moyen d'examen des dossiers médicaux s'est fait dans les délais moins de 70 % du temps, ce qui n'a pas eu de répercussions immédiates sur les activités d'intervention liées à ces événements. Même si cette situation est en partie attribuable à un arriéré de dossiers, certains informateurs clés ont mentionné que les critères pour décider de mener un examen de dossier médical ou non ne sont peut-être pas clairs, ou qu'on ne dispose pas toujours de personnes possédant les compétences médicales, l'expertise et la formation particulières requises pour effectuer l'examen.

Par ailleurs, les résultats donnent fortement à penser que le CIMRI mène un nombre important d'activités d'intervention en cas d'écllosion, entre autres l'évaluation des risques, la gestion des problèmes, les communications stratégiques et l'élaboration de directives (p. ex. dans les cas d'écllosion de rougeole ou de coqueluche). Toutefois, il demeure difficile de mesurer de façon précise les efforts que consacre le CIMRI à ces activités. Étant donné que, selon les informateurs clés, les activités d'intervention en cas d'écllosion pourraient empêcher le personnel d'effectuer ses activités habituelles en temps opportun, il serait utile de préciser en quoi consiste une intervention en cas d'écllosion, sur le plan des activités habituelles et du suivi des résultats, pour effectuer la planification en amont au Centre. Une définition claire des activités d'intervention, des extrants et de la capacité d'intervention du CIMRI en cas d'écllosion aiderait aussi à évaluer de façon globale la capacité d'intensification de l'ASPC en cas d'écllosion.

Réponse et plan d'action de la direction

Évaluation des activités liées à l'immunisation et aux maladies respiratoires infectieuses de l'Agence de la santé publique du Canada de 2011-2012 à 2015-2016

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Produits livrables	Date d'achèvement prévue	Reddition de comptes	Ressources
Recommandations formulées dans le rapport d'évaluation	Indiquer si la direction du Programme accepte la recommandation, l'accepte sous certaines conditions ou la rejette, et préciser la raison	Indiquer les mesures que la direction du Programme compte prendre pour donner suite à la recommandation	Déterminer les principaux produits livrables	Indiquer la date limite de mise en œuvre de chaque produit livrable	Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des produits livrables	Décrire les ressources humaines et financières nécessaires pour mettre en œuvre la recommandation, y compris la source des ressources (budget supplémentaire ou budget existant)
Disposer de meilleures données pour combler le manque d'information sur les personnes sous-immunisées et non immunisées au Canada.	La direction accepte cette recommandation.	Étudier et mettre en œuvre des méthodes améliorées pour estimer la couverture vaccinale, notamment des approches novatrices visant à tirer parti des registres de données PT, et comprendre les motifs justifiant les décisions en matière d'immunisation.	Le contenu lié aux connaissances, aux attitudes et aux comportements à l'égard de l'immunisation dans l'Enquête sur la couverture vaccinale est amélioré.	Avril 2018	DG du CIMRI SMA de la DGPCMI	Des ressources existantes seront utilisées pour effectuer ce travail, ainsi que des ressources supplémentaires, comme il en est fait mention dans le budget de 2016 (environ 4,3 M\$).
			Une occasion de subvention par l'intermédiaire des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) est lancée pour appuyer les projets de recherche qui mettent à contribution l'expertise canadienne en vue de recenser les populations sous-immunisées et non immunisées et d'examiner les facteurs qui influencent le statut à l'égard de l'immunisation.	Septembre 2016	DG du CIMRI SMA de la DGPCMI	
			Une occasion de subvention ou de contribution au titre du Fonds de partenariat d'immunisation est lancée pour mettre au point une méthode visant à présenter la situation de la couverture vaccinale	Juin 2017	DG du CIMRI SMA de la DGPCMI	

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Produits livrables	Date d'achèvement prévue	Reddition de comptes	Ressources
Recommandations formulées dans le rapport d'évaluation	Indiquer si la direction du Programme accepte la recommandation, l'accepte sous certaines conditions ou la rejette, et préciser la raison	Indiquer les mesures que la direction du Programme compte prendre pour donner suite à la recommandation	Déterminer les principaux produits livrables	Indiquer la date limite de mise en œuvre de chaque produit livrable	Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des produits livrables	Décrire les ressources humaines et financières nécessaires pour mettre en œuvre la recommandation, y compris la source des ressources (budget supplémentaire ou budget existant)
			à l'échelle nationale au moyen des renseignements disponibles dans les différents registres des provinces et des territoires.			
Faire en sorte que l'information relative aux programmes concernant la vaccination soit mise à la disposition des provinces et territoires en temps opportun.	La direction accepte cette recommandation.	Élargir le mandat du CCNI pour inclure des facteurs opportuns et détaillés liés aux programmes.	Le mandat révisé tenant compte du nouveau mandat du CCNI est achevé (travaux économiques et de modélisation).	Mars 2017	DG du CIMRI SMA de la DGPCMI	Des ressources supplémentaires seront utilisées pour effectuer ce travail, comme il en est fait mention dans le budget de 2016 (environ 1,9 M\$).
			Les procédures opérationnelles normalisées visant l'inclusion des renseignements supplémentaires sur les programmes dans les recommandations du CCNI sont achevées.	Novembre 2017	DG du CIMRI SMA de la DGPCMI	
Déterminer et mettre en œuvre des stratégies qui permettront d'influencer les connaissances, les attitudes et les croyances des Canadiens à l'égard des vaccins et des maladies	La direction accepte cette recommandation.	Élaborer un programme pour favoriser la hausse des taux de vaccination et un accès équitable à l'immunisation.	Un nouveau programme du Fonds de partenariat d'immunisation est lancé pour appuyer les initiatives axées sur la hausse des taux d'immunisation, notamment des projets axés sur des aspects des connaissances, des attitudes et des croyances à l'égard de l'immunisation.	Juin 2016	DG du CIMRI SMA de la DGPCMI	Des ressources existantes seront utilisées pour effectuer ce travail, ainsi que des ressources supplémentaires, comme il en est fait mention dans le budget de 2016 (environ 18,8 M\$).
		Mettre au point une stratégie de marketing social pluriannuelle en vue	La stratégie de marketing social, y compris les médias sociaux, est mise au point (dirigée par la	Mars 2017	DG du RCSSP SMA de la DGAPC DG du CIMRI	

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Produits livrables	Date d'achèvement prévue	Reddition de comptes	Ressources
Recommandations formulées dans le rapport d'évaluation	Indiquer si la direction du Programme accepte la recommandation, l'accepte sous certaines conditions ou la rejette, et préciser la raison	Indiquer les mesures que la direction du Programme compte prendre pour donner suite à la recommandation	Déterminer les principaux produits livrables	Indiquer la date limite de mise en œuvre de chaque produit livrable	Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des produits livrables	Décrire les ressources humaines et financières nécessaires pour mettre en œuvre la recommandation, y compris la source des ressources (budget supplémentaire ou budget existant)
respiratoires infectieuses.		d'accroître le taux d'immunisation et de réduire l'incidence des MEV.	Direction générale des affaires publiques et des communications, Santé Canada).		SMA de la DGPCMI	
Examiner la gouvernance afin d'améliorer l'efficacité.	La direction accepte cette recommandation.	Examiner les groupes de travail sur l'immunisation et les questions liées aux MEV qui sont dirigés par le RSP et l'ASPC afin de préciser les rôles et les structures, y compris le CCI et ses sous-groupes.	Les recommandations visant à préciser et à harmoniser les groupes de travail sont achevées (p. ex. mandats et listes de membres révisés).	Décembre 2016	DG du CIMRI SMA de la DGPCMI	Les ressources existantes seront utilisées pour effectuer ce travail.
			Les recommandations découlant de l'examen sont mises en œuvre.	Décembre 2017	DG du CIMRI SMA de la DGPCMI	
Améliorer l'efficacité des activités d'intervention (y compris l'examen des dossiers médicaux).	La direction accepte cette recommandation.	Passer en revue les objectifs du programme concernant l'examen des dossiers médicaux des cas graves d'effet secondaire suivant l'immunisation.	Le rapport sur l'examen du programme est achevé.	Octobre 2016	DG du CIMRI SMA de la DGPCMI	Les ressources existantes seront utilisées pour effectuer ce travail.
			Le plan d'action pour donner suite aux recommandations formulées dans le rapport est achevé.	Février 2017	DG du CIMRI SMA de la DGPCMI	
		Décrire les activités, les extraits et la capacité du CIMRI en ce qui concerne la gestion des problèmes et l'intervention en cas d'éclosion.	Le système ou outil de suivi (y compris la détermination des activités et des ressources devant être réaffectées à l'événement) pour la gestion des problèmes et l'intervention en cas d'éclosion est élaboré et mis en œuvre.	Janvier 2018	DG du CIMRI SMA de la DGPCMI	

1.0 But de l'évaluation

L'évaluation visait à déterminer la pertinence et le rendement du programme relatif à l'immunisation et aux maladies respiratoires infectieuses (« le Programme ») pour la période allant de 2011-2012 à 2015-2016.

2.0 Description du programme

2.1 Contexte du programme

Le système immunitaire est le système biologique qui assure la protection contre les bactéries et les virus pathogènes dans l'organisme. Une maladie évitable par la vaccination (MEV) est une maladie infectieuse pouvant être prévenue par un vaccin. Enfin, l'immunisation est le processus par lequel une personne se trouve protégée contre une maladie (comme c'est le cas grâce à la vaccination). Les germes morts ou affaiblis présents dans les vaccins aident le système immunitaire à fabriquer des anticorps et à développer une mémoire immunitaire qui, ensemble, contribueront à prévenir la maladie si l'organisme y est exposé.

Au Canada, les administrations fédérales, provinciales et territoriales (FPT), et des autorités locales, assument des rôles importants, sont dotées de pouvoirs et mènent des activités en matière d'immunisation. Ces activités concernent non seulement tous les ministères et organismes de santé, mais aussi de nombreuses autres autorités publiques et de nombreux partenaires publics et privés à différents échelons. Ces organisations participent à différents aspects de la planification, de la mise en œuvre, de l'évaluation et du soutien des programmes de vaccination, y compris la recherche et le développement de vaccins, l'évaluation, la réglementation, l'élaboration de directives et les activités de promotion. Même si chaque administration et chaque organisme ou autorité a un mandat et un environnement opérationnel qui lui sont propres, les activités des différentes organisations sont complémentaires et s'appuient grandement sur la collaboration.

2.2 Profil du programme

Le Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses (CIMRI) fait partie de la Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC, ou « l'Agence »). Il compte deux divisions.

La Division de la surveillance et de l'épidémiologie œuvre à renforcer la surveillance et la capacité d'intervention nationales des façons suivantes :

- elle coordonne les activités de surveillance à l'échelle nationale et effectue des analyses épidémiologiques visant à déterminer l'incidence et la prévalence des maladies au sein de grandes populations, et ce, pour contribuer à l'élaboration de recommandations factuelles en matière d'immunisation, aux enquêtes sur les éclosions de MEV, ainsi qu'à la gestion de ces éclosions par les gouvernements et les fournisseurs de soins de santé, et pour faciliter la prise de décisions et l'élaboration de politiques qui appuient la prévention et le

contrôle de l'influenza et d'autres maladies respiratoires infectieuses à l'échelle nationale et internationale;

- elle favorise la participation des autorités fédérales, provinciales et territoriales (p. ex. le Réseau canadien des registres d'immunisation et de couverture vaccinale, ou RCRICV) à l'élaboration, l'adoption et la mise en œuvre de normes nationales encadrant les opérations et les données, de politiques et de pratiques exemplaires pour faire en sorte que les registres d'immunisation deviennent comparables dans toutes les administrations et pour appuyer ainsi la vaccination, la surveillance de la couverture vaccinale, la déclaration des effets secondaires suivant l'immunisation (ESSI, également appelés « manifestations cliniques inhabituelles ») et la gestion de l'approvisionnement;
- elle mène des enquêtes nationales sur la couverture vaccinale et des études complémentaires qui permettent au Canada de 1) suivre les progrès accomplis vers l'atteinte des buts et des cibles d'immunisation nationaux, 2) de remplir ses obligations internationales en matière de production de rapports sur ses taux de vaccination et l'élimination de certaines maladies et 3) de rendre compte de ses résultats par rapport aux indicateurs de rendement de l'ASPC;
- elle effectue une surveillance post-commercialisation des ESSI et des problèmes d'innocuité des vaccins, ce qui englobe la coordination du Système canadien de surveillance des effets secondaires suivant l'immunisation (SCSESSI) et la maintenance d'une base de données nationale, afin de déceler les signes indiquant un problème d'innocuité des vaccins et d'obtenir une rétroaction des intervenants sur le profil d'innocuité de tous les vaccins vendus sur le marché canadien;
- elle renforce la vaccinovigilance par divers moyens, tels que des processus de déclaration FPT réguliers et harmonisés, des réseaux et des comités d'alerte de sécurité et des communications améliorées;
- elle harmonise les activités de surveillance du CIMRI avec les objectifs de surveillance de l'ASPC et crée de nouvelles capacités de surveillance de l'innocuité des vaccins et des maladies infectieuses, ainsi que les capacités requises pour remplir le mandat de l'ASPC.

La Division des programmes d'immunisation et de la préparation aux pandémies soutient l'élaboration de lignes directrices en matière de vaccination, l'approvisionnement en vaccins, l'acceptation et l'administration des vaccins et la recherche et l'innovation en matière de vaccins des façons suivantes :

- elle assure un leadership, offre des conseils et son soutien et assure une coordination en vue de l'élaboration de guides d'immunisation concernant l'utilisation des vaccins et les programmes d'immunisation à l'intention des Canadiens, avec l'aide d'intervenants clés et d'experts;
- elle conçoit des stratégies proactives d'approvisionnement en vaccins (y compris les activités de coordination) pour éviter toute pénurie;
- en collaboration avec des intervenants internes et externes, elle coordonne l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et l'amélioration continue des divers produits et activités d'échange et de transfert des connaissances qui contribuent à l'acceptation par les professionnels de la santé et la population canadienne des vaccins recommandés et à l'administration de ces vaccins;

- elle orchestre des collaborations ciblées avec les autres ministères, les gouvernements provinciaux et territoriaux (PT), l'industrie, le milieu universitaire, les ONG et les experts de la santé publique afin de renforcer les réseaux de recherche et d'accroître la recherche et l'innovation en matière d'immunisation.

De plus, la Division mène les activités prévues au sous-programme 1.3.1 (« Préparation et intervention en cas d'urgence ») de l'Architecture d'alignement des programmes (AAP) afin de renforcer la capacité nationale de préparation et d'intervention en cas de pandémie des façons suivantes :

- elle dirige, coordonne et soutient les activités des provinces et territoires et des intervenants nationaux concernant la grippe saisonnière et la grippe pandémique;
- elle contribue à améliorer la capacité d'intervention du Canada en cas de pandémie;
- elle conçoit, entretient et renouvelle le document *Préparation du Canada en cas de grippe pandémique : Guide de planification pour le secteur de la santé*;
- elle supervise et gère les contrats d'approvisionnement en vaccins contre la grippe pandémique afin d'assurer un accès adéquat à des produits fabriqués au Canada;
- elle soutient une approche de stockage de médicaments antiviraux coordonnée à l'échelle nationale pour atténuer le risque de grippe pandémique, approche qui comprend la supervision et la gestion des contrats d'approvisionnement FPT en vrac, essentiellement pour la Réserve nationale d'antiviraux et la composante antivirale de la Réserve nationale stratégique d'urgence.

Le bureau du directeur général a la responsabilité de déterminer les enjeux, de les analyser et de mener des recherches sur ceux-ci, en plus de fournir de la matière pour élaborer des stratégies et des politiques visant à appuyer le CIMRI dans le déploiement d'initiatives, de politiques et de programmes nationaux et internationaux de santé publique, y compris la révision du cadre de la Stratégie nationale d'immunisation (SNI) afin de cerner les possibilités de collaboration FPT renforcée autour des problèmes et des initiatives du Programme.

2.3 Description du programmeⁱ

La responsabilité de la santé publique est partagée par les différents ordres de gouvernement, les provinces et territoires assumant principalement la responsabilité des programmes d'immunisation et de leur prestation (une synthèse des rôles et responsabilités des différents intervenants est fournie à l'annexe 1). Comme le reflètent les activités et les extraits du Programme, le gouvernement fédéral joue un rôle de chef d'orchestre (meneur et coordonnateur). Ainsi, le Programme contribue à la protection des Canadiens contre les menaces sanitaires liées aux MEV en tentant d'influencer et de soutenir les PT et d'autres intervenants de santé publique, sur le plan opérationnel. Cela est accompli dans le but de gérer adéquatement les risques et de fournir un accès en temps opportun à des vaccins qui ne présentent pas de dangers et sont administrés de manière sûre, efficace et efficiente.

ⁱ Pour obtenir un exemplaire du graphique du modèle logique, prière d'écrire à l'adresse courriel suivante : Evaluation Reports HC - Rapports Evaluation@hc-sc.gc.ca

Les activités menées dans le cadre du Programme sont classées en quatre grands groupes (ces groupes d'activités et les extraits associés sont décrits plus en détail à l'annexe 2) :

- la surveillance;
- le leadership, l'établissement d'un consensus et la coordination;
- l'enrichissement, l'application et le partage des connaissances;
- la gestion d'événements touchant la santé publique.

Les hypothèses et les prévisions associées aux niveaux de résultats du modèle logique du Programme et la théorie du changement appliquée au modèle sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Théorie du changement

Hypothèses et prévisions de la théorie du changement pour le Programme	
Niveau de résultat 1	Niveau de résultat 2
Résultats immédiats	
L'hypothèse avancée par le Programme est que l'information et les ressources, complétées par des mécanismes qui facilitent la collaboration entre tous les intervenants (y compris les organisations FPT) et qui sont fournis par l'entremise du Programme, doteront ces intervenants de moyens pour prévenir et maîtriser collectivement les risques sanitaires associés aux MEV et les problèmes d'innocuité des vaccins.	L'hypothèse avancée par le Programme est que si le milieu scientifique, les services de santé publique et les autres professionnels et organisations de la santé concernés (y compris les organisations FPT) ont la capacité de répondre de manière coordonnée aux risques sanitaires associés aux MEV, alors les Canadiens et les autres personnes qui vivent au Canada, notamment les populations ciblées et à risque, auront accès aux vaccins ainsi qu'à l'information et aux outils dont ils ont besoin pour se protéger contre les risques sanitaires associés aux MEV.
Résultats intermédiaires	
Si les mécanismes mis en place par l'entremise des activités et des extraits du Programme sont adéquats et qu'ils fonctionnent bien et si les intervenants du programme reçoivent l'information et les ressources dont ils ont besoin pour prévenir et maîtriser les risques sanitaires associés aux MEV et les problèmes d'innocuité des vaccins, alors les intervenants du programme devraient raisonnablement avoir la capacité de répondre de manière coordonnée et efficace à ces risques. À ce niveau de résultat, l'hypothèse avancée par le Programme et le résultat escompté sont que les intervenants au sein du système de santé publique	Si les Canadiens et les autres personnes qui vivent au Canada, y compris les populations ciblées et à risque, ont accès aux vaccins ainsi qu'à l'information et aux outils dont ils ont besoin pour se protéger contre les MEV, alors ils devraient raisonnablement être nombreux à agir de manière positive pour se protéger contre les risques sanitaires associés à ces maladies. À ce niveau de résultat, l'hypothèse avancée par le Programme et le résultat escompté sont que l'engagement constructif et l'influence combinée des intervenants du programme (PT et autres) qui sont en contact avec la population et fournissent les services de vaccination et d'autres services directs liés à l'immunisation (information, etc.), couplés à l'information produite par le

<p>canadien appliquent une approche de prévention et de contrôle des MEV axée sur la gestion du risque, qui consiste à démontrer une capacité homogène et suffisante à atteindre et à immuniser les groupes cibles, tout en prenant d'autres mesures adéquates pour alléger le fardeau des MEV. Il est également admis que le rôle du Programme est de contribuer à l'identification des groupes à risque et à la préparation d'information visant à aider les intervenants des domaines de la santé publique ou de l'immunisation à mieux atteindre les populations vulnérables aux MEV.</p>	<p>Programme, permettent de sensibiliser adéquatement les groupes à risque ciblés ainsi que leur entourage aux risques d'infection et aux bienfaits afférents de l'immunisation pour contrer ces risques et de les doter d'une compréhension élémentaire de ces risques et bienfaits. L'information transmise est utilisée pour aider les groupes cibles et les collectivités qui les soutiennent à prendre des décisions éclairées en matière d'immunisation (c.-à-d. se prévaloir adéquatement des services d'immunisation, entre autres mesures préventives).</p>
<p>Résultat ultime</p>	
<p>Dans la théorie du changement adoptée par le Programme, le lien final est basé sur l'hypothèse suivante : si les intervenants du programme ont la capacité de se coordonner et d'intervenir efficacement pour atténuer les risques sanitaires associés aux MEV et les problèmes d'innocuité des vaccins et que les Canadiens et les autres personnes qui vivent au Canada prennent des mesures positives pour se protéger contre les risques associés aux MEV, alors le Programme aura contribué de manière raisonnable à protéger les Canadiens et les autres personnes qui vivent au Canada contre les risques sanitaires associés aux MEV, autrement dit le Programme aura contribué de manière raisonnable au résultat de rendement de haut niveau escompté.</p>	

Le lien entre les grands groupes d'activités et les résultats escomptés est illustré par le modèle logique (annexe 3).

2.4 Alignement et ressources du programme

Les données financières du Programme pour les exercices 2011-2012 à 2015-2016 sont présentées ci-dessous (tableau 2). Le programme disposait d'un budget total de 181,8 M\$ sur cinq ans.

Tableau 2 : Ressources du programme (en M\$)*

Année	Subventions et contributions	Affectations à des fins spéciales	Fonctionnement et entretien	Salaires	Total
2011-2012	0,2	27,1	20,8	7,3	55,2
2012-2013	0	5,5	18,7	6,5	30,7
2013-2014	0	18,5	18,2	6,0	42,7
2014-2015	0	3,8	17,9	6,8	28,5
2015-2016	0	0	17,9	6,8	24,7
Total	0,2	54,9	93,5	33,4	181,8

* Données vérifiées par le Bureau du dirigeant principal des finances de l'ASPC.

3.0 Description de l'évaluation

3.1 Portée, approche et conception de l'évaluation

L'évaluation couvrait la période allant d'avril 2011 à mars 2016 et portait sur différentes activités, notamment le leadership et la coordination de la SNI; l'élaboration de lignes directrices relatives à la vaccination; la sensibilisation et l'éducation de la population et des professionnels visant à promouvoir l'acceptation et l'adoption de la vaccination; la sécurité de l'approvisionnement en vaccins; la surveillance et l'épidémiologie; la recherche coordonnée sur l'immunisation; la mise au point de vaccins et l'innovation en la matière; la préparation aux pandémies; et les interventions coordonnées en cas d'écllosion.

L'évaluation ne portait pas sur les activités d'intervention en situation d'urgence qui ne relèvent pas du CIMRI ni sur les activités qui relèvent d'autres administrations (c.-à-d. des provinces et des territoires pour le financement, la planification de programmes et l'exécution des programmes d'immunisation sur leur territoire de gouvernance).

Les éléments évalués l'ont été conformément à la Politique sur l'évaluation de 2009 du Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada et tiennent compte des cinq éléments fondamentaux associés aux thèmes de la pertinence et du rendement, comme l'indique l'annexe 4. Pour chaque élément fondamental, des questions précises ont été formulées d'après les éléments du programme, et elles ont guidé le processus d'évaluation.

Une approche axée sur les résultats a été utilisée pour évaluer les progrès réalisés par rapport aux résultats escomptés, les répercussions imprévues, le cas échéant, et les leçons retenues. Compte tenu des objectifs, un modèle non expérimental a été choisi pour cette évaluation.

Plusieurs méthodes ont été appliquées pour recueillir les données nécessaires à l'évaluation, dont l'examen de documents (notamment de documents consacrés à la mesure du rendement), des publications et des contenus médiatiques, une revue internationale, des entretiens avec des informateurs clés et un sondage mené auprès des intervenants. (L'annexe 4 fournit des précisions sur la collecte des données et sur les méthodes d'analyse.) De plus, l'information recueillie par ces différentes méthodes a été triangulée aux fins de l'analyse de données. Le recours à plusieurs sources de données factuelles et à la triangulation avait pour but d'accroître la fiabilité et la crédibilité des résultats et des conclusions de l'évaluation.

3.2 Limites et stratégies d'atténuation

La plupart des évaluations sont soumises à des contraintes qui peuvent avoir des conséquences sur la validité et la fiabilité de leurs résultats et conclusions. Le tableau ci-dessous indique les limites constatées pendant la mise en œuvre des méthodes choisies pour les besoins de cette évaluation. Il indique également les stratégies d'atténuation appliquées pour que les résultats de l'évaluation puissent être utilisés en toute confiance pour la planification des programmes et la prise de décisions.

Tableau 3 : Limites et stratégies d'atténuation

Limite	Conséquences	Stratégie d'atténuation
Les entrevues avec les informateurs clés sont de nature rétrospective.	La nature rétrospective des entrevues peut mener à l'obtention d'une perspective récente sur des événements passés. Cela peut avoir un effet sur la validité de l'évaluation d'activités ou de résultats relatifs à des améliorations dans un domaine du Programme.	Triangulation des données avec d'autres sources pour corroborer ou compléter l'information sur les données recueillies lors des entrevues.
Faible taux de réponse au sondage auprès des intervenants (26 %)	Manque d'information factuelle fiable sur certains produits de connaissance, tel le <i>Guide sur la vaccination à l'intention des parents</i>	Triangulation des profils de résultats avec ceux d'études menées antérieurement dans le cadre du Programme en 2015. Les questions étaient différentes, et les données sur les tendances, inexistantes, mais les profils de résultats se sont avérés similaires.
Faible participation au sondage des services locaux de santé publique	Manque d'information sur certains produits de connaissance, tel le <i>Guide sur la vaccination à l'intention des parents</i>	Les réponses ayant été insuffisantes, ce sondage n'a pas été utilisé. Des sondages antérieurs menés auprès du même groupe d'intervenants ont fourni des observations sur divers produits et services.
Mesure du rendement limitée dans certains domaines	Manque d'information sur les tendances pour de nombreux indicateurs	Les progrès au fil du temps ont été évalués grâce à des entretiens avec des experts et à l'examen de documents, complétés par de l'information solide sur les tendances dans certains domaines (p. ex. l'incidence des maladies).

4.0 Constatations

4.1 Pertinence – Élément n^o 1 : besoin continu du programme

RÉSUMÉ : Les maladies infectieuses ayant un impact tant à l'échelle nationale qu'internationale, l'immunisation demeure l'affaire de tous les Canadiens. Les activités d'immunisation de l'ASPC sont toujours nécessaires, car les MEV n'ont pas disparu du Canada. Il existe encore des obstacles à surmonter en matière d'immunisation, notamment en ce qui concerne la réticence à la vaccination, l'adoption de la vaccination, la surveillance et l'accès aux vaccins.

L'immunisation, au moyen de la vaccination, est considérée comme l'une des plus grandes réalisations en matière de santé publique au XX^e siècle; elle constitue un outil rentable pour contrôler et éliminer des maladies potentiellement mortelles². Elle aurait permis de sauver plus de vies au Canada au cours des 50 dernières années que toute autre intervention sanitaire³.

Le fardeau des MEV

Ces dernières années, le Canada a éliminé la rougeole et la rubéole endémiques. À l'exception de quelques maladies qui demeurent endémiques et difficiles à contrer au Canada et qui présentent des sommets cycliques ou des éclosions régionales (p. ex. la coqueluche⁴, la méningococcie invasive⁵ et la pneumococcie invasive), le fardeau actuel des MEV est léger ou en diminution depuis le début des années 2000.

Les MEV au Canada

Bien que leur incidence soit faible dans la population, les MEV peuvent avoir de graves conséquences, dont des affections chroniques et même la mort. Les MEV présentes au Canada sont énumérées ci-après.

Rougeole : La rougeole est l'une des maladies infectieuses les plus contagieuses. Au Canada, le dernier cas de rougeole endémique a été observé en 1998. Le taux de vaccination demeure élevé au Canada, mais il existe des collectivités sous-immunisées ou non immunisées particulièrement vulnérables aux formes importées de la maladie. La maladie étant encore endémique dans d'autres parties du monde, il est arrivé que de petits nombres de cas importés au Canada causent des éclosions, qui ont été endiguées avec succès et n'ont pas donné lieu à une réintroduction de la rougeole endémique. En 2015, l'incidence de cette maladie au Canada était de 5,5 cas pour 1 000 000 habitants, avec 196 cas répartis dans quatre provinces. La majorité des cas (87,2 %, n = 171) n'étaient pas vaccinés, et les taux d'incidence selon l'âge, tout comme les nombres de cas, atteignaient leur sommet dans la tranche d'âge des 10 à 14 ans (29,5 pour 1 000 000 habitants, n = 55). Ces chiffres sont attribuables en grande partie à une éclosion importante dans un groupe confessionnel réfractaire à la vaccination⁶.

Pneumococcie invasive : La pneumococcie invasive est une maladie aiguë grave causée par la bactérie *Streptococcus pneumoniae*. Comparativement aux autres MEV, son incidence est élevée, avec environ 3 000 cas signalés au Canada chaque année (3 178 cas en 2014)⁷. Elle frappe généralement les personnes très jeunes (enfants de moins de 5 ans) ou âgées (65 ans et plus).

Coqueluche : La coqueluche est une infection contagieuse causée par la bactérie *Bordetella pertussis*. Son incidence, élevée dans le monde, est de 1 000 à 3 000 cas par an (1 529 cas signalés en 2014)⁸ au Canada, où elle est endémique et cyclique. Elle est particulièrement dangereuse pour les enfants de moins de 1 an, surtout s'ils ne sont pas vaccinés ou s'ils ne sont que partiellement vaccinés.

Influenza (grippe) : Selon les estimations, l'influenza frappe 10 à 20 % de la population chaque année⁹. Elle est attribuable principalement à deux types de virus (virus de l'influenza A et B) et se propage très facilement d'une personne à l'autre. Pendant la saison grippale, différentes souches de virus, qui peuvent changer d'une année à l'autre, circulent dans la population. L'influenza est à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité annuelles élevées : les taux d'influenza les plus élevés sont observés chez les enfants de 5 à 9 ans, et les cas de maladie grave, voire mortelle, sont surreprésentés chez les enfants de moins de 2 ans et les adultes de 65 ans et plus¹⁰. Le nombre d'hospitalisations et de décès liés à la grippe saisonnière varie en fonction d'un certain nombre de facteurs, notamment la souche de virus en circulation et le degré

d'appariement de la souche vaccinale avec la souche en circulation. La vaccination est le moyen le plus efficace de prévenir la grippe et ses complications. Le vaccin doit être administré chaque année, car la réponse du système immunitaire au vaccin s'affaiblit en un an. De plus, étant donné que les souches d'influenza changent souvent, le vaccin est évalué chaque année et adapté afin d'être le plus possible apparié au virus en circulation.

La facilité avec laquelle les personnes voyagent à l'heure actuelle a également un impact : si une maladie existe ailleurs sur la planète, elle peut être importée au Canada, et sa transmission peut avoir les mêmes conséquences que les MEV ci-dessus¹¹. Un exemple de cela est la rougeole, qui demeure l'une des principales causes de mortalité dans le monde, avec 114 900 décès causés par cette maladie en 2014¹². Les voyageurs non immunisés constituent donc une population vulnérable à la rougeole au Canada.

De plus, il se peut que les professionnels de la santé aient du mal à reconnaître les symptômes de la maladie s'ils ne l'ont jamais observée auparavant¹³, ou que la population, dans son ensemble, ne se souvienne pas bien des conséquences que peuvent avoir certaines maladies¹⁴.

Immunité collective

Il faut atteindre des taux de vaccination élevés pour que la population développe une immunité collective contre les maladies très contagieuses (p. ex. un taux de 95 % pour la rougeole)^{15,16}. Le terme « immunité collective » désigne ce qui se produit dans une population lorsqu'un certain seuil d'immunité contre une maladie est atteint et que de ce fait, la population dans son ensemble est mieux protégée contre cette maladie grâce à la diminution ou à la disparition de la possibilité de transmission.

L'immunité collective aide ainsi à protéger les groupes les plus vulnérables au sein de la population, tels :

- les nourrissons trop jeunes pour être vaccinés;
- les personnes qui ne peuvent pas être vaccinées pour des raisons médicales (p. ex. certaines personnes immunodéprimées qui ne peuvent pas recevoir de vaccin vivant);
- les personnes qui risquent de mal répondre à l'immunisation (p. ex. les personnes âgées)¹⁷.

Les estimations des taux de vaccination nationaux chez les enfants et les adultes tirées des enquêtes sur la couverture vaccinale sont quelque peu en deçà des cibles actuelles^{18,19}. Il y a lieu de stimuler l'adoption de la vaccination et d'augmenter la couverture vaccinale dans les groupes où les taux de vaccination sont inférieurs aux taux recommandés, dont le risque d'infection est élevé ou qui ont un accès restreint à la vaccination^{20,21,22,23}. Ces groupes sont notamment les adultes et les personnes âgées²⁴, les populations rurales²⁵, les jeunes sans-abri²⁶, les immigrants et les réfugiés nouvellement arrivés au Canada²⁷, les travailleurs de la santé²⁸ et les femmes enceintes²⁹.

Facteurs limitant l'adoption de la vaccination

D'après la littérature, plusieurs facteurs font obstacle à l'amélioration des taux de vaccination : le coût des vaccins qui ne sont pas couverts par les régimes publics; l'accès insuffisant aux vaccins

pour les personnes qui vivent dans des régions rurales ou qui n'ont pas de fournisseur de soins de santé; les exemptions pour des raisons autres que médicales (p. ex. religieuses, philosophiques ou associées à des croyances personnelles)³⁰; la peur des aiguilles³¹; et le recours à des médecines parallèles en remplacement des vaccins (nosodes ou produits de santé naturels)³². Une revue de presse concernant l'immunisation au Canada a fait ressortir les inquiétudes des praticiens de la santé à l'égard de la disponibilité et de la réglementation des produits de santé naturels et des options proposées pour remplacer les vaccins au Canada³³.

Les personnes réticentes à la vaccination se situent dans une position intermédiaire, entre l'acceptation et le refus de la vaccination³⁴. Il est nécessaire de modifier les connaissances, attitudes et croyances de ces personnes, qui peuvent croire qu'il existe un lien entre l'autisme et la vaccination³⁵, qui peuvent préférer une option proposée par une médecine parallèle à la vaccination³⁶ ou qui refusent cette dernière pour créer une immunité naturelle contre les MEV³⁷. Davantage d'information est fournie à ce sujet à la section 4.4.2.

Alourdissement du fardeau financier créé par les programmes de vaccination

Les dépenses globales de santé publique consacrées à l'immunisation des enfants sont passées de 35 \$ par enfant en 1986 à plus de 450 \$ par enfant pour les garçons et 800 \$ par enfant pour les filles en 2009, à cause des coûts qui ont augmenté et du nombre accru de produits disponibles pour protéger les Canadiens contre des maladies qui sont maintenant évitables par la vaccination³⁸. De plus, le fardeau financier que représente la vaccination devrait s'alourdir encore à l'avenir, la vaccination devenant plus complexe. Le nombre de vaccins contre un même agent infectieux augmente³⁹; il existe de nouvelles technologies vaccinales telles que de nouveaux adjuvants⁴⁰, des vaccins plus puissants⁴¹ et de nouveaux biomarqueurs d'innocuité⁴²; et le spectre des sujets vaccinés (p. ex. vaccins de niche pour certains groupes) et des vaccins thérapeutiques s'élargit⁴³.

La vaccination pourrait de surcroît se généraliser chez les adultes, accentuant les problèmes de coût et d'accessibilité, tendance qui pourrait être partiellement attribuée à la mise au point de nouveaux vaccins (p. ex. contre le zona), au déclin de l'immunité avec le temps⁴⁴, au risque d'exposition professionnelle, aux voyages et à l'immigration⁴⁵.

4.2 Pertinence – Élément n° 2 : Harmonisation avec les priorités gouvernementales

L'immunisation est une priorité du gouvernement du Canada, comme le prouve l'inclusion de celle-ci dans les documents qui établissent le programme d'action fédéral.

L'immunisation et les MEV constituent une priorité du gouvernement du Canada depuis de nombreuses années. En 2003, le gouvernement a reconnu l'importance des activités d'immunisation en accordant 45 M\$ sur cinq ans, prélevés à même le budget fédéral, pour établir la SNI. Cette stratégie permanente et sans cesse renouvelée reçoit 5,6 M\$ annuellement. Simultanément, le gouvernement a fait de la santé des populations autochtones et nordiques une priorité en débloquant 32 M\$, également sur cinq ans, pour une stratégie nationale d'immunisation dans les réserves.

Plus récemment (depuis 2010), par le discours du Trône et les plans budgétaires fédéraux, le gouvernement a fait savoir que la sécurité et la protection des Canadiens et de leurs familles constituaient pour lui une priorité.

- En 2015, l'augmentation des taux de vaccination était l'une des principales priorités spécifiées dans la lettre de mandat de la ministre de la Santé. Cette lettre mentionne également le besoin d'adopter de nouvelles technologies numériques dans le domaine de la santé afin d'« améliorer l'accès, accroître l'efficacité et obtenir de meilleurs résultats pour les patients »⁴⁶.

L'une des grandes priorités de l'ASPC est la prévention et le contrôle des maladies infectieuses, y compris les MEV. Elle est mise de l'avant dans les plans stratégiques, les profils de risque organisationnels et les rapports sur les plans et priorités de l'Agence depuis 2010, si ce n'est plus. Les profils de risque organisationnels de 2010 à 2013-2015 soulignent d'ailleurs l'importance des maladies infectieuses, en tant que priorité de l'Agence, en indiquant les risques qui peuvent apparaître si les mesures adéquates ne sont pas prises. Par exemple, sans de telles mesures, l'ASPC risque de ne plus pouvoir surveiller et détecter les éclosions ni coordonner les interventions en cas d'éclosion, et les contre-mesures médicales efficaces, telle la vaccination, risquent de ne plus être disponibles.

Les rapports sur les plans et priorités les plus récents de l'ASPC soulignent le besoin d'améliorer la surveillance, d'assurer un approvisionnement en vaccins sûr, abordable et accessible et de collaborer avec les autres autorités fédérales, provinciales et territoriales, les experts techniques et d'autres professionnels de la santé sur la question des MEV.

4.3 Pertinence – Élément n° 3 : Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral

Au Canada, l'immunisation est un domaine de compétence partagée. Les gouvernements PT sont responsables du financement, de la planification et de la prestation des programmes d'immunisation et doivent, à ce titre, prendre les décisions entourant l'inclusion de vaccins dans les calendriers de vaccination financés par des deniers publics. Au fédéral, Santé Canada approuve les vaccins, et l'ASPC est active dans des domaines tels que la promotion de la santé, la recherche et la surveillance, l'élaboration de lignes directrices et le leadership et la coordination des efforts du secteur public.

L'ASPC a le mandat de mener et de coordonner les activités d'immunisation et de lutte contre les maladies respiratoires infectieuses dans son domaine, soit la santé publique.

Différents textes de loi, programmes et politiques établissent clairement le rôle de l'ASPC en ce qui concerne les activités d'immunisation et de lutte contre les maladies respiratoires infectieuses. Ces activités sont harmonisées avec les pouvoirs conférés au ministre par la *Loi sur le ministère de la Santé* (1996), de laquelle découle le mandat de santé publique de l'ASPC, et la *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada* (2006), qui constitue l'Agence pour assister le ministre de la Santé dans l'exercice de ses attributions en matière de santé publique. Les activités

de préparation en cas de grippe aviaire ou de grippe pandémique de l'Agence sont en outre harmonisées avec les pouvoirs conférés au ministre par la *Loi sur la gestion des urgences* (2007).

Les pouvoirs conférés à l'ASPC par les programmes et politiques comprennent le leadership, la coordination et la collaboration en santé publique aux fins suivantes : assurer la continuité de la SNI, fournir un espace commun pour la collaboration FPT, établir les priorités de recherche sur l'immunisation, et collaborer pour résoudre les problèmes d'approvisionnement en vaccins. Les activités d'immunisation de l'Agence sont également harmonisées avec les politiques et programmes qui énoncent un rôle fédéral de santé publique consistant à renforcer l'infrastructure nationale d'immunisation dans les domaines suivants : surveillance de l'innocuité des vaccins; surveillance; réseau des registres d'immunisation; éducation de la population et des professionnels; et approches visant à améliorer la couverture vaccinale et l'acceptation de la vaccination dans certains groupes de population. Les programmes et politiques indiquent aussi que l'ASPC a pour rôle de s'assurer que le gouvernement fédéral possède la capacité d'intervenir en cas de grippe aviaire ou pandémique, notamment de s'assurer de la disponibilité de vaccins et de la tenue d'essais cliniques; de veiller à l'état de préparation en cas d'urgence; d'effectuer une surveillance sanitaire; et de contribuer à la Réserve nationale d'antiviraux et au Réseau de recherche sur la grippe.

Bien que le rôle de l'ASPC soit généralement évident pour les intervenants, certains aspects doivent être clarifiés, notamment le rôle de santé publique du gouvernement fédéral en matière de registres d'immunisation, de recherche et de surveillance et de promotion de la santé.

Conformément aux pouvoirs conférés par le Programme, la majorité des intervenants clés interrogés ont indiqué que l'Agence avait un rôle clair à jouer dans les domaines suivants : approvisionnement en vaccins (76 %), élaboration de lignes directrices (67 %), innocuité des vaccins (65 %) et préparation en cas de pandémie (64 %).

Toutefois, les intervenants qui ont répondu au sondage ont fait état de leur peu de compréhension du rôle de l'Agence en matière de registres d'immunisation. Moins du tiers des répondants (29 %) estimaient que le rôle de l'Agence en la matière était clair, et moins du quart des répondants (19,3 %) estimaient que ce rôle était approprié.

La perception que les répondants avaient du rôle de l'ASPC en matière de recherche, surveillance et promotion de la santé était mitigée. Par exemple, bien qu'à peine un peu plus du tiers des répondants (38 %) estimaient que la différence entre le rôle de l'Agence et celui d'organisations partenaires était claire en ce qui concerne la recherche et la surveillance, environ un tiers (28 %) indiquaient que la différence entre les rôles n'était pas claire et un dernier tiers (30 %) ne pouvait pas affirmer que la différence entre les rôles était claire ou qu'elle ne l'était pas. Au chapitre de la promotion de la santé, si près de la moitié des répondants (47 %) estimaient que le rôle de l'Agence et celui des gouvernements PT étaient clairs dans le domaine, plus du tiers des répondants (36,1 %) affirmaient le contraire.

Les commentaires du groupe sur le rôle de l'ASPC dans les domaines ci-dessus ont mis en évidence la confusion de leurs auteurs. Quelques commentaires étaient axés sur le rôle de leader

de l'Agence, par rapport à ce qui était perçu comme étant de la coordination de programmes d'immunisation. Quelques personnes ont fait part de leur confusion quant au rôle réel de l'ASPC et à sa portée au sein d'autres administrations. Davantage de personnes ont exprimé leur confusion quant aux différences entre le rôle de l'Agence et celui d'autres entités du portefeuille de la Santé (p. ex. les IRSC et Santé Canada), particulièrement dans les domaines de la promotion de la santé, de l'élaboration de lignes directrices, de la recherche et surveillance et des registres nationaux.

Obligations internationales

Les activités de l'ASPC liées à l'immunisation et aux maladies respiratoires infectieuses aident le Canada à se conformer au *Règlement sanitaire international* (RSI) de 2007. Le Canada est tenu par ce règlement d'établir et d'entretenir une capacité essentielle de santé publique, notamment la capacité d'effectuer une surveillance sanitaire et de déclarer immédiatement la présence de certaines maladies (p. ex. une grippe à type de syndrome respiratoire aigu sévère, ou SRAS). Les activités de l'Agence liées à la grippe pandémique contribuent au respect d'autres engagements internationaux du Canada, tels le Cadre de préparation en cas de grippe pandémique de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Plan nord-américain contre l'influenza animale et la pandémie d'influenza, l'éradication de la poliomyélite avec l'OMS et le maintien de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale avec l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS).

4.4 Rendement – Élément n° 4 : Atteinte des résultats escomptés (efficacité)

4.4.1 Dans quelle mesure les résultats immédiats ont-ils été atteints?

Résultat immédiat n° 1 : Le Canada a mis en place des mécanismes, tels l'achat de vaccins en vrac et des normes en matière de registres, pour prévenir et maîtriser les risques sanitaires.

Le Canada dispose de mécanismes efficaces pour prévenir et maîtriser les risques sanitaires, par exemple le Programme d'achat en vrac en partenariat avec Services publics et Approvisionnement Canada (SPAC). Bien que des registres d'immunisation comparables soient toujours requis pour dresser le portrait de la couverture vaccinale au Canada et pour fournir l'information nécessaire à la vaccination, à la gestion de l'approvisionnement en vaccins et à la déclaration des effets secondaires, de nombreuses difficultés empêchent encore la mise sur pied d'un tel système. Collectivement, l'ASPC et ses partenaires ont pris des mesures pour atténuer ces difficultés.

L'approvisionnement en vaccins au Canada

Les 14 gouvernements (FPT) que compte le Canada achètent et utilisent des vaccins par l'entremise du Programme d'achat en vrac pour le compte de leurs programmes d'immunisation financés par des deniers publics. Chaque gouvernement détermine les vaccins qui doivent être

inclus, les calendriers qui seront suivis et la conception et la mise en œuvre des programmes d'immunisation dans leurs territoires respectifs. La planification, l'achat et l'utilisation de vaccins, que ce soit pour des programmes publics d'immunisation systématique ou pour des programmes spéciaux (p. ex. la vaccination de personnel militaire ou de personnel du service extérieur qui travaille à l'étranger), sont gérés par l'autorité responsable de l'immunisation dans le pays, la province ou le territoire, souvent en collaboration avec des organismes qui soutiennent les processus de gestion de l'achat et de l'approvisionnement. Les stocks de vaccins comprennent en outre tout un éventail de produits qui sont utilisés par des programmes et services d'immunisation financés et fournis par le secteur privé (p. ex. pour une clientèle qui voyage dans des pays où sévissent des maladies qui ne sont pas présentes au Canada), lesquels jouent également un rôle vital de protection sanitaire⁴⁷.

Géré par SPAC, le Programme d'achat en vrac assure une fonction de service commun pour l'approvisionnement en vaccins des gouvernements participants. Il joue le rôle d'interlocuteur unique pour obtenir des prix mieux négociés, administre les contrats, ce qui permet de déceler précocement d'éventuels problèmes d'achat, et sert de mécanisme pour assurer une intervention coordonnée et l'intégration des stratégies d'adjudication des contrats, mécanisme qui renforce la sécurité de l'approvisionnement en vaccins⁴⁸. Ce programme couvre de nombreux vaccins parmi ceux qui sont acquis et utilisés par les autorités FPT responsables de l'immunisation et leurs organismes clients.

La majorité des provinces et des territoires achètent leurs vaccins par l'intermédiaire du Programme d'achat en vrac. Environ les trois quarts des intervenants qui ont répondu au sondage (74 %) ont indiqué que 1 à 10 % des vaccins destinés à leur province ou leur territoire étaient achetés en dehors de ce programme. Le Québec est à l'origine de la plupart des achats effectués en dehors du programme; la province ne se procure que trois vaccins dans le cadre de celui-ci (contre la grippe, le rotavirus et le virus du papillome humain [VPH]). Les raisons citées par les intervenants sondés et les informateurs clés pour expliquer l'achat en dehors du Programme d'achat en vrac comprennent le prix, le service, la flexibilité, la transparence du processus, les produits disponibles, voire une préférence programmatique, qui consiste à préférer acheter en dehors de ce programme.

La gouvernance de l'approvisionnement en vaccins, assurée par le Groupe de travail sur l'approvisionnement en vaccins (GTAV), semble également bien fonctionner. Un représentant de l'ASPC et un représentant d'une province ou d'un territoire coprésident ce groupe de travail, qui relève du Comité canadien sur l'immunisation (CCI) du Réseau de santé publique (RSP) pancanadien. Selon un sondage récent mené auprès des intervenants pour cette évaluation, 85 % des répondants qui étaient membres du GTAV le jugeaient très efficace sur des aspects tels que sa composition, la diffusion d'information et de pratiques exemplaires, l'arrimage avec une structure gouvernementale et sa capacité à prendre les décisions au moment opportun. Quelques informateurs clés externes ont exprimé le souhait que son processus de décision soit plus transparent, surtout en ce qui concerne les prix pondérés du vaccin contre l'influenza, comme cela a déjà été relevé lors du sondage des membres du GTAV de 2011. De plus, ces informateurs clés ont fait remarquer que le moment de l'attribution des budgets PT avec négociations de contrats pourrait être mal synchronisé avec l'établissement de leurs propres programmes d'immunisation.

Registres d'immunisation au Canada

Les registres d'immunisation sont des outils de surveillance importants pour obtenir des estimations de la couverture vaccinale et de l'adoption de la vaccination. Le gouvernement fédéral joue un rôle de santé publique à cet égard en appuyant la mise sur pied d'un réseau des registres d'immunisation. De tels registres sont progressivement créés par les provinces et les territoires, mais les faits indiquent qu'ils diffèrent quant à leur contenu et leur conception d'un endroit à l'autre. Il existe même des provinces et territoires qui ont plusieurs registres. Le dossier des registres d'immunisation relève du RCRICV. Un représentant de l'ASPC et un représentant d'une province ou d'un territoire coprésident ce réseau, qui relève du CCI du RSP. Avec le soutien du RCRICV, qui a apporté son leadership et ses orientations, l'Agence a élaboré des normes nationales relatives à la couverture vaccinale et mène tous les deux ans des enquêtes nationales sur la vaccination des enfants et des adultes afin d'estimer cette couverture. Les enquêtes sur la couverture vaccinale sont abordées plus en détail à la section 4.4.2.

Les registres d'immunisation peuvent également servir à déterminer le degré de protection d'une population contre les MEV. Bien que les registres relèvent de la responsabilité des provinces et territoires qui consiste à fournir les soins de santé, le gouvernement fédéral finance des organisations indépendantes telle Inforoute Santé du Canada pour contribuer à la tâche. Depuis 2001, Inforoute a reçu 2,1 G\$ afin de financer cinq volets d'activités, l'un de ces volets étant l'élaboration de dossiers médicaux électroniques et leur déploiement, qui englobent les registres d'immunisation^{49,50}. En date de novembre 2015, la Section de la couverture vaccinale et des systèmes d'information du CIMRI participait, avec Inforoute, à plusieurs projets et groupes de travail relevant du portefeuille des registres d'immunisation de la Section. Inforoute participe à des groupes de travail du RCRICV, et la Section participe à des communautés de collaboration dirigées par Inforoute. Ces participations croisées représentent un effort visant à améliorer la collaboration et à éviter les dédoublements de tâches dans le travail fourni pour atteindre des buts communs.

Résultat immédiat n° 2 : Les intervenants du programme disposent de l'information et des ressources nécessaires

En partenariat, l'ASPC conçoit des produits de connaissance essentiels à la prévention et au contrôle des MEV et de maladies respiratoires telle la grippe. L'actualité de l'information contenue dans ces produits a déjà été mise en cause, mais l'Agence et ses partenaires prennent des mesures pour que les intervenants du Programme disposent suffisamment rapidement de toute l'information dont ils ont besoin après l'introduction de nouveaux vaccins ou une modification d'indication ou des données probantes.

En matière d'immunisation, l'ASPC soutient l'élaboration et la publication des produits de connaissance suivants : le *Guide canadien d'immunisation*, les déclarations du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) et les rapports de Surveillance de l'influenza. Ces produits sont destinés aux fournisseurs de soins de santé (cliniciens de première ligne, praticiens de santé publique et médecins) et aux programmes d'immunisation des provinces et territoires.

L'Agence publie également des produits de connaissance (p. ex. les rapports hebdomadaires sur la rougeole) sur son site Web.

Guide canadien d'immunisation

Le *Guide canadien d'immunisation*, publié pour la première fois en 1979, est rédigé d'après les déclarations et les recommandations du CCNI et les résultats du travail du Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages. Il est révisé et mis à jour lorsque de nouvelles données probantes (p. ex. des recommandations) sont disponibles. De 2013 à 2015, la page d'accueil du *Guide* a été la deuxième page la plus visitée du site Web de l'ASPC, juste derrière la page d'accueil de l'Agence elle-même, deux années sur trois pendant la période considérée. Comme c'est le cas pour les autres produits de connaissance disponibles en ligne pour les Canadiens, le nombre de vues Web tend à augmenter de manière cyclique (p. ex. pendant la saison grippale) ou pendant des événements tels qu'une écloison de rougeole. Toujours de 2013 à 2015, le nombre moyen de visites par jour a crû sans exception d'une année à l'autre (33 872 visites quotidiennes en 2013, 43 932 en 2014 et 52 568 en 2015), avec un sommet annuel entre septembre et novembre, résultant très probablement du déploiement des programmes PT de lutte contre la grippe saisonnière. Les pages Web des chapitres du *Guide* connaissent également une fréquentation accrue de septembre à novembre. Fait intéressant, en février 2015, le nombre moyen de visites quotidiennes a atteint un sommet particulièrement élevé, qui coïncidait avec une écloison de rougeole à plusieurs endroits au Canada.

Des informateurs clés externes ont remarqué que le *Guide canadien d'immunisation* est très respecté et jugé digne de confiance dans le domaine et que tous les fournisseurs ont leur exemplaire, sur papier ou en format électronique. Le *Guide* est utilisé pour communiquer avec les fournisseurs de soins de première ligne. De récents sondages menés auprès des intervenants dans le cadre du Programme confirment que le *Guide* est un produit de connaissance incontournable, connu des répondants et dont les répondants se servent pour s'informer dans leur travail (82,1 % et 87 % respectivement). Le *Guide* est utilisé le plus souvent pour éclairer l'élaboration de politiques ou la prise de décisions, pour informer les patients ou les clients et à des fins de formation. De plus, les répondants étaient d'accord ou fortement d'accord pour dire que le contenu du *Guide* est à la fois exact (88,8 %) et à jour (78,2 %).

Déclarations du CCNI

Le CCNI est un organisme consultatif externe qui formule des recommandations sur les vaccins dont l'utilisation est approuvée ou vient d'être approuvée chez l'humain au Canada, recommandations qui englobent la détermination des groupes à risque de MEV, que la vaccination devrait cibler. Les synthèses des connaissances, les analyses et les recommandations du CCNI concernant l'utilisation des vaccins au Canada sont incluses dans des revues de la littérature, des déclarations et des mises à jour qui sont publiées. Les déclarations du CCNI sont des produits de connaissance détaillés et basés sur des données probantes destinés aux programmes d'immunisation PT et aux fournisseurs de soins de santé⁵¹.

Diverses études au fil des ans ont prouvé l'importance et l'utilité des déclarations du CCNI. Récemment, 81 % des intervenants sondés les connaissaient et les utilisaient; parmi ces

intervenants, 90 % estimaient que leur contenu était exact. Près des trois quarts des intervenants (72 %) déclaraient qu'ils les utilisaient pour éclairer l'élaboration de politiques ou pour prendre des décisions, à des fins de formation et pour concevoir des programmes. Ces résultats étaient confirmés par les dires d'informateurs clés externes, qui qualifient les déclarations du CCNI de « bible » et d'« essentielles en santé publique ». Un sondage mené auprès des intervenants en avril 2016 indiquait que 81,3 % des répondants connaissaient ces déclarations et les utilisaient et que les répondants étaient d'accord ou fortement d'accord pour dire que leur contenu était exact et d'actualité (90 % et 67,1 % respectivement).

De même, un sondage de 2015 mené auprès des membres du CCNI et des intervenants a révélé que les trois quarts des répondants (76 %) se référaient aux déclarations du Comité et que neuf répondants sur dix se disaient satisfaits de la fiabilité de ces déclarations et de la qualité de l'information qu'elles contiennent. Par ailleurs, 88 % des répondants étaient d'accord pour dire que les recommandations du Comité fournissent de bons conseils, basés sur une analyse en profondeur des meilleures données probantes disponibles.

Le CCNI fournit des avis médicaux et scientifiques sur les produits d'immunisation; des conseils d'immunisation pour les politiques et programmes ont été élaborés par le CCI, qui publie diverses déclarations, y compris celles de 2014 concernant le rotavirus, la varicelle et le VPH. Des résumés de ces déclarations sont parus dans le *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, les textes intégraux étant consultables sur le site Web des publications du gouvernement du Canada. L'intégration des conseils scientifiques et programmatiques rendrait les orientations en matière d'immunisation plus complètes, ce qui permettrait à tous les ordres de gouvernement du Canada de disposer de l'information factuelle requise pour mieux prendre leurs décisions en matière d'immunisation et de réaliser ainsi des gains d'efficacité au chapitre des orientations. À l'échelle internationale, la plupart des groupes consultatifs fournissent les deux types de conseils; la majorité des groupes techniques consultatifs nationaux sur l'immunisation donnent des conseils scientifiques et programmatiques, sur lesquels s'appuient les décideurs et les directeurs de programme nationaux pour prendre des décisions fondées sur des preuves en matière de politiques et de programmes d'immunisation⁵². (Le sujet est approfondi avec la présentation du résultat n° 4.)

Rapports de Surveillance de l'influenza

Surveillance de l'influenza est un système national de l'ASPC qui assure une surveillance constante de la grippe et des maladies d'allure grippale. Ses rapports hebdomadaires contiennent des renseignements précis, destinés aux professionnels de la santé, sur les virus grippaux qui circulent au Canada. Le programme Surveillance de l'influenza repose sur un réseau de laboratoires, d'hôpitaux, de cabinets de médecin et de ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et poursuit les objectifs suivants :

- fournir en temps utile aux professionnels de la santé, ainsi qu'aux Canadiens, de l'information à jour sur l'activité grippale au Canada et à l'étranger;
- surveiller les souches de virus de la grippe (p. ex. H1N1) qui circulent et l'apparition d'une résistance aux antiviraux;

- communiquer des renseignements de surveillance que l'OMS peut utiliser pour prendre des décisions relatives aux vaccins contre la grippe de la saison suivante⁵³.

Bien que moins d'intervenants aient déclaré utiliser Surveillance de l'influenza (58,7 %) que les autres produits de l'ASPC, plus de trois intervenants sur quatre qui l'utilisaient le jugeaient utile et à jour. Plusieurs informateurs clés ont également signalé les avantages de ce produit pour déterminer leurs propres besoins de surveillance, dégager des tendances et fournir de l'information destinée aux patients. Dans un sondage récent auprès des intervenants, 58,7 % des répondants connaissaient les rapports hebdomadaires de Surveillance de l'influenza et les utilisaient, et 48 % des répondants connaissaient les rapports annuels de Surveillance de l'influenza et les utilisaient. Les répondants estimaient que les contenus hebdomadaires étaient exacts (77,5 % étaient d'accord ou fortement d'accord), à jour (74,2 % étaient d'accord ou fortement d'accord) et diffusés en temps opportun (78,7 % étaient d'accord ou fortement d'accord).

Occasions éducatives pour les fournisseurs de soins de santé

L'ASPC mène des activités d'application des connaissances, par exemple en travaillant avec des partenaires pour coordonner la Conférence canadienne sur l'immunisation, qui a lieu tous les deux ans et rassemble des intervenants de tous horizons pour mettre en commun des connaissances de pointe et faire progresser la science dans le domaine de l'immunisation. Cette conférence, qui attiré approximativement 880 participants en 2014, est un forum national d'échange de connaissances et de réseautage. L'édition de 2014 était organisée par l'Association canadienne de santé publique (ACSP), en collaboration avec l'ASPC, l'Association canadienne pour la recherche et l'évaluation en immunisation (CAIRE) et la Société canadienne de pédiatrie (SCP).

Les participants à la Conférence canadienne sur l'immunisation ont évalué la qualité de leur expérience à la Conférence; la majorité d'entre eux lui ont accordé une note très élevée (85 % en 2012 et 92,3 % en 2014), déclarant qu'elle avait dépassé leurs attentes. De plus, 92 % des participants avaient l'intention de partager les connaissances acquises avec des collègues, et 54 % avaient l'intention d'utiliser le contenu à des fins de planification de programme, et 51 %, à des fins d'éducation des patients ou des clients.

L'ASPC soutient en outre le Programme de formation sur les compétences en matière d'immunisation (EPIC) de la SCP, programme en ligne destiné aux professionnels de la santéⁱⁱ. Ce programme est désormais obligatoire dans le cursus des ordres des pharmaciens des provinces où les pharmaciens effectuent les vaccinations. En septembre 2011, l'Australie a demandé à l'Agence l'autorisation d'utiliser le programme en tant que guide afin d'élaborer un cadre pour ses propres normes. En 2012-2013, un contrat a été conclu avec la SCP afin de mettre à jour des modules et de rendre le programme en ligne facilement disponible et accessible. De plus, le programme est offert gratuitement à tout professionnel de la santé du système public.

ⁱⁱ « Programme d'information sur les compétences en matière d'immunisation » avant 2014.

Bien que l'ASPC conçoive des produits de connaissance essentiels, des difficultés ont été signalées quant à la transmission d'information aux intervenants du programme. Les informateurs clés externes et les intervenants interrogés aux fins de la présente évaluation ont fait remarquer que la navigation sur le site Web est difficile et que certaines pages, par exemple celles consacrées aux déclarations du CCNI, les définitions de cas et certaines pages sur l'influenza, ont été archivées alors qu'elles étaient encore d'actualité.

Résultat immédiat n° 3 : Les Canadiens sont informés et disposent d'outils pour se protéger

Certains éléments indiquent que les Canadiens utilisent les outils d'information de l'ASPC pour se protéger contre les MEV. Toutefois, un manque de connaissances subsiste, en particulier concernant le statut vaccinal, et des points demeurent à améliorer, notamment l'accès aux renseignements personnels sur la vaccination et les connaissances sur les MEV dans divers domaines.

L'ASPC, en collaboration avec ses partenaires, conçoit ou diffuse des outils et des produits d'information de base à l'intention des Canadiens, notamment les calendriers de vaccination, l'Outil de calendrier de vaccination, le *Guide sur la vaccination à l'intention des parents* (anciennement *Guide des parents sur la vaccination*) et l'application mobile ImmunizeCA. L'Agence produit aussi d'autres vecteurs de connaissance : des infographies, des affiches, des vidéos et des lignes directrices pour la prévention et le contrôle des éclosions de plusieurs maladies (p. ex. la rougeole, les oreillons ou la méningococcie invasive), pour ne citer que ceux-là.

Calendrier de vaccination et Outil de calendrier de vaccination

Rappelons que le CCNI formule des recommandations sur les vaccins dont l'utilisation est approuvée ou vient d'être approuvée chez l'humain au Canada. Après avoir analysé ces recommandations, les données probantes et l'information et les données locales, les provinces et territoires établissent des calendriers optimaux en fonction de paramètres qui leur sont propres. Ainsi, les calendriers de vaccination varient d'une province ou d'un territoire à l'autre.

L'Outil de calendrier de vaccination provincial ou territorial dépend de l'âge de l'enfant ou de l'adolescent considéré et de l'endroit où il vit au Canada (p. ex. il existe un calendrier pour les enfants de moins de six ans et un calendrier pour les enfants et les adolescents de la première à la douzième année, soit de la première année jusqu'au secondaire V au Québec). En 2015, les deux produits vedettes des systèmes de couverture vaccinale et d'immunisation étaient l'Outil de calendrier de vaccination et les calendriers de vaccination⁵⁴. Le nombre de consultations des pages affichant les calendriers a augmenté de 2013 à 2014, et la tendance s'est maintenue au début de 2015 (en même temps que l'éclosion de rougeole, qui a commencé à la fin du mois de janvier, voire en février 2015). Le nombre de consultations a décliné dans le courant de 2015. Toutefois, la baisse pourrait être attribuable à une migration de grande ampleur des sites Web vers le domaine *canadiensante.gc.ca*. Avant cela, les contenus étaient disséminés sur plusieurs pages; ils sont désormais groupés sur une seule page du nouveau site, ce qui pourrait signifier que la fréquentation globale n'a pas autant diminué qu'il y paraît. La tendance est la

même pour l'Outil de calendrier de vaccination. Les Canadiens et les intervenants du programme consultent les pages Web de l'ASPC pour s'informer lorsqu'un événement se produit, par exemple l'écllosion de rougeole de 2015, comme l'a indiqué la hausse importante du nombre de visites. Ces pages Web peuvent être considérées comme un produit de connaissance qui aide la population à se protéger contre les MEV.

Guide sur la vaccination à l'intention des parents

Le *Guide sur la vaccination à l'intention des parents* est le produit livrable phare de la campagne d'éducation de la population de l'ASPC intitulée *C'est le temps de vacciner*, qui visait les parents d'enfants de 0 à 2 ans. Le *Guide* était la publication la plus régulièrement demandée à l'Agence en 2014, avec plus de 110 000 commandes d'exemplaires sur papier de la version mise à jour de 2014. Le nombre de consultations était cependant inférieur à 30 000 en 2015, alors qu'il était de plus de 100 000 pages vues en 2013-2014, fait qui pourrait à nouveau être expliqué par la migration vers le site Canadiens en santé et la réduction du nombre de pages consultables sur le sujet. Bien qu'il existe des données sur les diverses activités de vulgarisation et sur la quantité de guides commandés ou consultés en ligne, l'information sur la perception que les Canadiens ont du *Guide* est absente (p. ex. on ignore si les Canadiens le trouvent facile à comprendre et d'actualité).

Pendant la période couverte par l'évaluation, diverses mesures ont été prises pour soutenir la campagne *C'est le temps de vacciner* associée au *Guide*. Par exemple, des accords sur les niveaux de service ont été conclus avec Service Canada pour la promotion et la diffusion d'exemplaires du *Guide* (en juin 2011, au total, 36 723 exemplaires du *Guide* ont été envoyés à 330 centres Service Canada pour qu'ils en assurent la distribution); une collaboration avec l'Agence du revenu du Canada a permis d'envoyer des encarts de la campagne promotionnelle avec les relevés de la Prestation universelle pour la garde d'enfants (les encarts ont été envoyés à 1,7 million de foyers en juillet 2011 et à 3,8 millions de foyers en juillet 2013); et des professionnels de la santé ont tiré parti de plusieurs activités de diffusion ciblées lors de congrès.

Application mobile ImmunizeCA

Avec le financement de l'Agence, l'ACSP, Immunisation Canada et l'Institut de recherche de l'hôpital d'Ottawa ont collaboré pour développer une application mobile (« appli ») gratuite pour téléphones intelligents et autres appareils mobiles, ImmunizeCA, qui aide les Canadiens à mettre à jour leurs dossiers de vaccination et à prendre des décisions éclairées en ce qui concerne leur santé. Cette appli leur permet de faire les choses suivantes :

- enregistrer et conserver leurs renseignements de vaccination;
- consulter les calendriers de vaccination;
- gérer les rendez-vous de vaccination de toute la famille;
- avoir accès à une information fondée sur les preuves et vérifiée par des spécialistes au sujet des vaccins recommandés et des vaccins systématiques pour les enfants, les adultes et les voyageurs;
- recevoir des alertes en cas d'écllosion de maladie dans leur région⁵⁵.

Depuis son lancement en 2014, l'appli ImmunizeCA a été téléchargée 143 000 fois. Des informateurs clés externes ont relevé plusieurs problèmes associés à cette appli, tels qu'une utilisation ardue et l'impossibilité de transférer l'information d'un ordinateur à l'autre, d'un appareil à l'autre et d'une province ou d'un territoire à l'autre. Compte tenu de l'adoption générale de la phase I du développement de l'appli, l'Agence a accordé un montant 3,5 M\$ sur trois ans, en avril 2016, pour soutenir une phase II, qui devrait permettre d'améliorer son caractère pratique et son utilité pour les Canadiens dans les domaines d'amélioration susmentionnés.

Connaissances, attitudes et croyances

En plus des données d'estimation de la couverture vaccinale, les enquêtes nationales sur la vaccination recueillent des données sur les connaissances, les attitudes et les croyances des Canadiens au sujet des vaccins. Selon l'Enquête sur la couverture vaccinale nationale des enfants (ECVNE) de 2011⁵⁶, les médecins demeurent une source d'information fiable en matière d'immunisation, et la plupart des parents suivent les conseils des médecins et des infirmières; parmi les parents ou les tuteurs d'un enfant de deux ans qui avaient consulté un fournisseur de soins de santé au cours de l'année écoulée, 74 % ont indiqué que le médecin ou l'infirmière n'avait pas parlé de vaccination avec eux, chiffre qui pourrait correspondre à autant d'occasions manquées d'aborder les inquiétudes de ces parents ou tuteurs concernant les vaccins.

Par ailleurs, bien que 95 % des parents ou des tuteurs estiment que les vaccins sont sans danger, plus des deux tiers s'inquiètent des effets secondaires des vaccins, et plus du tiers croient que les vaccins peuvent causer la maladie qu'ils sont censés prévenir. Ces résultats indiquent qu'il existe encore des possibilités d'accroître les connaissances de la population en matière d'immunisation. Les points de vue exprimés sont similaires à ceux exprimés lors du sondage sur la réticence à la vaccination mené auprès de professionnels de la santé, qui mesurait, entre autres choses, la fréquence des déclarations les plus communes chez les patients au sujet des vaccins, telles que « les vaccins causent l'autisme » (79 %) et « les vaccins peuvent causer la maladie qu'ils sont censés prévenir » (44 %).

Bien que les Canadiens consultent les outils d'information de l'Agence, des lacunes subsistent en matière de renseignements personnels sur la vaccination. Lors de l'Enquête nationale sur la vaccination des adultes (ENVA) de 2014, environ les trois quarts des adultes estimaient que leur connaissance des bienfaits de la vaccination était suffisante, mais, fait préoccupant, si 80 % croyaient qu'ils avaient reçu tous les vaccins requis pour une personne de leur âge, après un exercice de validation, il est apparu que 6 % seulement avaient reçu le nombre recommandé de doses de vaccin anticoquelucheux et antitétanique à l'âge adulte. Sans dossiers exacts et faciles d'accès, et sans la capacité de brosser un portrait national en s'appuyant sur les divers registres des provinces et territoires, le Canada devra continuer de se fier à des sondages téléphoniques pour estimer la couverture vaccinale.

Bien que les dossiers de vaccination ne relèvent pas de la responsabilité de santé publique du gouvernement fédéral, leur absence a des conséquences, y compris chez les adultes. Par exemple, en mars 2016, après la déclaration d'un cas de rougeole dans un hôpital d'Edmonton, plus de cent personnes ont dû être placées en quarantaine afin d'éviter une éclosion, car ces personnes

n'étaient pas en mesure de présenter des documents écrits attestant leur historique de vaccination. La quarantaine a eu des répercussions sur leur capacité à travailler (avec les difficultés financières que cela implique), à voyager ou à se mêler au reste de la collectivité⁵⁷.

Reconnaissant l'importance de dossiers de vaccination exacts et facilement consultables lorsque le besoin s'en fait sentir, Inforoute Santé a effectué un sondage et mis sur pied des groupes de discussion pour analyser les expériences parentales de gestion des dossiers de vaccination des enfants. Bien que le sondage ait établi qu'une forte majorité de parents (70 %) ne doutaient pas de leur capacité à fournir des renseignements complets et exacts sur la vaccination de leurs enfants, 38 % des parents estimaient qu'il leur faudrait du temps et des efforts pour rassembler tous ces renseignements. Les séances de discussion en groupe ont révélé que la plupart des parents se fient aux médecins de famille, aux pédiatres ou aux infirmières pour mettre à jour les dossiers de vaccination et pour les informer des prochains vaccins à administrer, certains parents estimant toutefois que le système scolaire joue un plus grand rôle dans le maintien à jour de l'ensemble des dossiers, puisqu'ils étaient nombreux à avoir été prévenus des prochaines vaccinations ou du fait que des dossiers n'étaient pas à jour par le conseil ou la commission scolaire. Les parents ne savaient pas exactement quel gouvernement ou organisme a la responsabilité de ces dossiers. De plus, des parents nouvellement immigrés croyaient que le gouvernement fédéral est doté d'un système de conservation des dossiers (ça n'est pas le cas), étant donné qu'ils ont été nombreux à fournir des dossiers médicaux à Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada⁵⁸.

L'éducation de la population sur les avantages de la vaccination est un défi perpétuel. La plupart des informateurs clés internes et externes ont souligné des écueils dans ce domaine (confirmés par la revue de presse et la revue de la littérature), notamment la méconnaissance des MEV, due au fait que leurs « ravages » ne sont plus visibles, ainsi que la concurrence d'autres canaux d'information, tels les médecins, les pharmaciens et Internet. Internet est utilisé pour disséminer de l'information anti-vaccination auprès des personnes réticentes à la vaccination. De nombreuses raisons justifient la réticence à la vaccination : des doutes quant à l'innocuité ou l'efficacité des vaccins, la croyance qui veut que les MEV ne comportent pas de risques graves pour la santé, etc. Si Internet regorge d'information sur les vaccins et les MEV, il contient aussi des renseignements erronés, qui peuvent être néfastes s'ils motivent des décisions touchant la santé des enfants. Ces écueils ne sont pas propres au Canada, selon des informateurs clés établis dans d'autres pays, dont le Royaume-Uni, l'Australie et les États-Unis.

Bien que le CIMRI ait été actif dans les médias sociaux, ayant publié de nombreux messages sur Facebook et Twitter et diffusé des vidéos sur YouTube pour promouvoir les activités de la Semaine nationale de promotion de la vaccination et la campagne *C'est le temps de vacciner*, aucune donnée d'analyse des réseaux sociaux par sujet n'a été recueillie pour le compte du Centre; par conséquent, il est difficile d'évaluer de manière exhaustive la portée des médias sociaux et la participation qu'ils suscitent.

Résultat immédiat n° 4 : Les Canadiens ont accès aux vaccins par l'intermédiaire des intervenants du CIMRI

L'approvisionnement en vaccins connaît des pénuries et des perturbations, mais l'ASPC et ses partenaires ont la capacité et les outils pour les gérer et atténuer autant que possible leurs répercussions. La disponibilité de l'information programmatique influe sur la mise en œuvre en temps opportun des recommandations en matière de vaccination dans les provinces et territoires.

Pénuries et perturbations de l'approvisionnement en vaccins au Canada

Les perturbations de l'approvisionnement en vaccins sont la conséquence d'incidents imprévisibles et isolés qui peuvent survenir pendant la fabrication (perte de produit, problème de qualité du produit ou de qualité dans les installations, etc.), le transport ou l'entreposage (p. ex. interruption de la chaîne du froid, expiration ou autres dommages) ou à cause d'une demande accrue (p. ex. en cas d'éclosion régionale ou d'épidémie mondiale). Leur durée et leur portée peuvent être restreintes, mais, à l'opposé, elles peuvent ralentir ou interrompre les activités des programmes d'immunisation.

Des pénuries et des perturbations de l'approvisionnement en vaccins surviennent aussi au Canada, mais l'ASPC et ses partenaires ont la capacité et les outils pour les gérer et en atténuer autant que possible les répercussions. Par exemple, après les pénuries de vaccin contre la grippe de 2012, qui ont surtout touché la Saskatchewan et l'Île-du-Prince-Édouard, le GTAV a procédé à une évaluation des problèmes d'approvisionnement et a formulé des recommandations visant à éviter des perturbations ultérieures.

L'ASPC a commencé à suivre le nombre et la durée des perturbations pour s'en servir comme indicateurs opérationnels dans le domaine de l'approvisionnement. Pendant l'exercice 2015-2016, 16 perturbations touchant 14 marques différentes de vaccins ont été dénombrées. Parmi celles-ci, quatre avaient commencé pendant un exercice antérieur et s'étaient perpétuées pendant la période de rapport courante. Sept perturbations ont été résolues pendant la période de rapport, et elles ont été les seules à entrer dans le calcul de la durée médiane de perturbation de l'approvisionnement en vaccins. Il convient de remarquer que, dans le cas de deux problèmes résolus (pour le vaccin BCG [bacille de Calmette-Guérin] et Quadracel^{MC}), la résolution du problème a découlé d'un avis formel du fournisseur selon lequel le vaccin ne serait plus disponible sur le marché canadien.

Quatre perturbations ont été classées « rouge » (plus haut degré de priorité), aucun vaccin n'ayant été disponible auprès du fournisseur, et les autres perturbations, « orange » (priorité élevée), ce qui signifie que des vaccins étaient disponibles, mais en quantités limitées. La durée médiane des perturbations était de 152 jours, et les perturbations ont duré 30 jours pour la plus courte, et 1 270 jours pour la plus longue.

Bien que l'analyse soit limitée par le manque de données antérieures aux périodes de rapport, puisqu'il a été établi que l'approvisionnement auprès d'un fournisseur unique était la principale

source des problèmes d'approvisionnement, le CIMRI a conclu que des discussions de suivi avec le fournisseur et un plan d'action pour mieux surveiller l'approvisionnement seraient nécessaires.

Accès aux vaccins au Canada

Les provinces et territoires prennent des décisions relatives aux programmes de vaccination mis en œuvre sur leurs territoires respectifs en utilisant diverses sources d'information et évaluations. Ces sources et évaluations comprennent les orientations publiées par l'ASPC et fournies par le CCNI, qui contiennent des recommandations d'utilisation des vaccins basées sur un examen des données et des preuves disponibles, examen axé sur le fardeau de la maladie et sur l'immunogénicité, l'efficacité potentielle, l'innocuité et l'efficacité réelle du vaccin visé. D'autres analyses et de l'information programmatique sont également utilisées par les provinces et territoires, y compris des considérations économiques (rapport coût-efficacité, répercussions budgétaires et autres analyses économiques), des considérations de faisabilité, d'acceptabilité, d'éthique et d'équité et des analyses de la capacité du système de santé publique local à mettre en œuvre les programmes de vaccination. Cette information programmatique a déjà été produite par le CCI, qui est un comité FPT, mais elle n'est pas disponible à l'heure actuelle. Par conséquent, au Canada, l'accès équitable aux programmes de vaccination peut être restreint par des décisions des gouvernements, qui choisissent d'appliquer ou non les recommandations du CCNI dans leurs programmes, et par la rapidité avec laquelle l'information devient disponible pour étayer leurs processus de décision.

Un grand nombre de recommandations du CCNI ont été adoptées par l'ensemble des provinces et territoires, et sur les 13 programmes de lutte contre des MEV spécifiques, 4 programmes de vaccination seulement ne sont pas offerts de manière équitable dans l'ensemble du Canada (contre la varicelle, l'influenza, le rotavirus et le VPH pour les garçons). Par exemple, tous les programmes de santé publique PT, sauf trois, offrent le vaccin contre le rotavirus aux bébés et aux enfants. De la même manière, en ce qui concerne les adultes, bien que l'ensemble des provinces et territoires dispensent le vaccin contre la grippe dans le cadre de leur programme de santé publique, trois provinces ont un programme ciblé, plutôt qu'universel, pour lutter contre cette maladie.

Fournir un accès équitable à l'information programmatique en temps utile est l'un des éléments de la SNI. Un nombre substantiel d'intervenants (internes et externes) ont déclaré que cette information, qui soutient la prise de décisions, n'arrive pas au moment opportun. En 1998, par exemple, le Canada a délivré un avis de conformité pour le vaccin contre la varicelle. L'année suivante, Santé Canada a publié les directives techniques fournies par le CCNI concernant ce vaccin (avant la création de l'ASPC), mais l'information programmatique n'était pas disponible. Comme chaque province et territoire a pris ses propres décisions concernant l'ajout de ce vaccin dans son programme, la mise en œuvre des programmes de vaccination contre la varicelle financés par les fonds publics s'est effectuée de manière progressive sur sept ans.

À l'échelle nationale, le nombre d'infections graves par le virus de la varicelle a connu un déclin, tel que prévu, après le déploiement des programmes de vaccination contre la maladie sur la période de sept ans susmentionnée. Aucun décès lié à la varicelle n'a été observé depuis le déploiement complet dans les provinces et territoires, et la morbidité a également décliné. Il s'agit

d'un résultat digne de mention, car bien que la population considère la varicelle comme une maladie bénigne, cette dernière peut causer de graves problèmes de santé. Aux États-Unis, elle faisait environ 100 morts par an avant l'introduction du vaccin. Au Canada, 59 décès liés à la varicelle ont été dénombrés entre 1987 et 1997, juste avant que le vaccin soit homologué au Canada et que Santé Canada publie des directives techniques (produites par le CCNI) sur le vaccin⁵⁹.

L'ASPC reconnaît les problèmes mentionnés dans la présente section et a examiné des mécanismes pour faire en sorte que les conseils techniques et programmatiques soient plus exhaustifs et diffusés en temps opportun en élargissant le mandat et en revisitant les rôles et responsabilités du CCNI et du CCI. De 2013 à 2015, le RSP a été intensivement consulté au sujet d'un modèle dirigé par le fédéral avec un mandat accru du CCNI englobant les orientations socioéconomiques et programmatiques; le nouveau modèle, avec son plan de mise en œuvre et ses projets pilotes, sera adopté en 2016.

4.4.2 Dans quelle mesure les résultats intermédiaires ont-ils été atteints?

Résultat intermédiaire n° 1 : Le Canada dispose d'une capacité d'intervention coordonnée et efficace

Les activités de l'ASPC, notamment la production de rapports de surveillance et de rapports sur l'innocuité des vaccins, l'élaboration de lignes directrices et la coordination de la recherche, contribuent à une intervention coordonnée et efficace. Les leçons tirées de l'épidémie de grippe H1N1 ont été mises en pratique, et les activités récurrentes liées à la grippe saisonnière sont des occasions de roder le système de préparation aux gripes aviaire et pandémique.

Orientations éclairées par la surveillance

Au total, dix systèmes de surveillanceⁱⁱⁱ de l'ASPC lui fournissent des données de surveillance des MEV, des maladies bactériennes infectieuses et des maladies respiratoires virales. Les données de surveillance de l'ASPC contribuent à une intervention coordonnée et efficace en fournissant une information essentielle au calcul des taux de maladie et à l'élaboration des lignes directrices de l'ASPC, entre autres activités. Par exemple, en 2015-2016, Surveillance de l'influenza a déterminé que le virus H1N1 était la principale souche en circulation, laquelle était bien appariée à la souche recommandée pour le vaccin. De plus, la saison grippale a été tardive. L'ASPC a ainsi été en mesure d'axer ses messages de santé publique sur sa prévision que les

ⁱⁱⁱ Soit le système de surveillance nationale des maladies du Canada, le Système canadien de surveillance de la paralysie flasque aiguë, le Système canadien de surveillance de la rougeole et de la rubéole, le Système international de surveillance circumpolaire, le Système de surveillance accrue des méningococcies invasives, Surveillance de l'influenza, les rapports du Réseau mondial d'information en santé publique et les notifications en vertu du *Règlement sanitaire international*, le SCSESSI, le Programme canadien de surveillance active de l'immunisation (IMPACT), les enquêtes canadiennes sur la couverture vaccinale nationale, le Projet pilote sur un système national de surveillance accrue des pneumococcies invasives et le Projet pilote sur la surveillance de la rougeole et de la rubéole (MARS).

jeunes seraient à risque, sur la valeur de la vaccination et sur le maintien de la vigilance plus tard pendant la saison en matière de diagnostic, de traitement et d'endiguement de l'influenza.

Rapports sur l'innocuité des vaccins

La coordination, la compilation et la diffusion par l'ASPC des déclarations d'ESSI aident à garantir l'innocuité des vaccins à l'échelle nationale. L'Agence reçoit ces déclarations des autorités de santé publiques PT et des données d'IMPACT (réseau hospitalier de surveillance de certains ESSI graves en pédiatrie) et met à jour le SCSESSI, qui est un système FPT de surveillance de l'innocuité des vaccins après leur mise en marché à des fins de santé publique. Plus de 90 % des déclarations au SCSESSI sont soumises par les autorités PT de santé publique, qui les ont reçus d'unités de santé publique locales⁶⁰.

De plus, grâce à la collecte des données sur les ESSI effectuée par l'Agence pour alimenter le SCSESSI, il est possible de détecter, d'analyser et de transmettre les signaux de pharmacovigilance. L'ASPC compile les rapports sur les ESSI à l'échelle nationale dans ses rapports trimestriels et annuels sur les ESSI, que les répondants ont généralement jugés exacts, à jour et d'actualité.

L'ASPC et Santé Canada partagent les données sur les ESSI pour permettre l'adoption de mesures réglementaires applicables aux vaccins commercialisés au Canada. Par exemple, en 2016, l'Agence a détecté un taux anormalement élevé d'effets secondaires à un vaccin et, avec Santé Canada, a pris des mesures pour que le fabricant rappelle un lot de vaccins par précaution, afin d'éviter de possibles effets secondaires ultérieurs. Santé Canada a également reçu des rapports d'ESSI de détenteurs d'une autorisation de mise en marché, telle une compagnie pharmaceutique.

Orientations nationales

Les activités d'élaboration de lignes directrices de l'ASPC, qui s'appuient souvent sur des données de surveillance (voir ci-dessus), contribuent à une intervention coordonnée en fournissant de l'information et des cadres nationaux au secteur de la santé, afin que celui-ci puisse intervenir dans le domaine des MEV et des maladies respiratoires infectieuses. L'Agence produit différents types de lignes directrices. Par exemple, le *Guide de l'utilisateur pour remplir et soumettre les rapports de déclaration de MCI*^{iv} de 2012, qui a été élaboré par un groupe de collaboration FPT, soit le Groupe de travail sur la vaccinovigilance, fournit aux provinces et territoires une aide technique pour déclarer des ESSI afin de s'assurer que les déclarations sont faites de façon cohérente et harmonisée.

Citons un deuxième exemple, celui de *Préparation du Canada en cas de grippe pandémique : Guide de planification pour le secteur de la santé*, qui été enrichi des leçons tirées de la grippe H1N1 et publié en ligne en 2016. Ce guide fournit au secteur canadien de la santé un cadre de préparation et d'intervention en cas de pandémie de grippe. Environ 60 % des intervenants sondés ont indiqué qu'ils utiliseraient probablement la version enrichie pour étayer de futurs changements à leur approche de préparation à une pandémie. Voir le résultat immédiat

^{iv} MCI : manifestation clinique inhabituelle (à la suite d'une immunisation).

n° 2 pour d'autres exemples de l'utilisation et de l'effet des lignes directrices nationales publiées par l'ASPC.

Coordination et accélération de la recherche

Les intervenants clés ont déclaré que l'ASPC contribue à la coordination des priorités de recherche, principalement par le biais du Plan d'action sur la recherche, l'innovation et le développement de vaccins dirigé par l'Agence et le Conseil national de recherches. Les intervenants ont également souligné que, dans le cadre du Réseau canadien de recherche sur l'immunisation, l'Agence et les IRSC ont collaboré pour mettre sur pied un mécanisme d'intervention rapide en matière de recherche en juillet 2015, afin d'accélérer les travaux de recherche si un événement majeur touchant la santé publique se produisait. Ce mécanisme a été appliqué à la recherche sur l'influenza et la maladie à virus Ebola et a été conçu grâce aux leçons tirées de la pandémie de grippe H1N1 de 2009.

Coordination de l'approvisionnement en vaccins

Comme nous l'avons vu à la section 4.4.1, les activités soutenues par l'ASPC ont contribué à assurer une intervention nationale cohérente devant les problèmes d'approvisionnement en vaccins, à réaliser des économies d'échelle et à obtenir de meilleurs prix à l'échelle nationale.

Les activités liées à la grippe saisonnière contribuent à la préparation aux pandémies

Les informateurs clés estimaient que bon nombre des activités de l'ASPC liées à la grippe saisonnière, y compris le travail de Surveillance de l'influenza, la coordination de l'approvisionnement en vaccins, la collecte et la communication des données de surveillance des ESSI et les déclarations du CCNI sur l'influenza, sont ces composantes stratégiques de la préparation de l'Agence aux gripes aviaire et pandémique. Ils étaient quelques-uns à faire remarquer que les activités annuelles liées à la grippe saisonnière sollicitent régulièrement la capacité de préparation de l'Agence aux gripes aviaire et pandémique, car les activités demeurent généralement les mêmes, quel que soit le type de grippe.

Suivi des interventions en cas d'éclosion

En plus des activités de coordination susmentionnées, des entretiens avec des informateurs clés ont révélé que l'ASPC a mis à l'épreuve sa capacité d'intervention en cas d'événements touchant l'immunisation et les maladies respiratoires infectieuses à l'occasion d'un certain nombre d'événements et d'éclosions depuis 2011, notamment lors de l'apparition de nouvelles souches de virus (H5N1, H7N9 et MERS-CoV) et pendant plusieurs éclosions de coqueluche et de rougeole dans les provinces et territoires.

Lorsque les événements sanitaires ne remontent pas jusqu'au Centre des opérations d'urgence du portefeuille de la Santé, les interventions suscitées par des événements vaccinaux, des maladies infectieuses respiratoires et de nouveaux virus sont menées par le personnel du CIMRI, lequel ne dispose pas pour l'heure d'un système pour documenter le degré d'effort et la nature des activités. Bien que l'Agence ait élaboré un modèle d'évaluation rapide du risque en cas d'événement lié aux maladies infectieuses émergentes (le Cadre d'évaluation rapide du risque pour la santé publique), elle n'a pas effectué de suivi de ses activités ponctuelles, telles la

surveillance et l'élaboration de lignes directrices en cas d'apparition de nouvelles souches virales ou la gestion de problèmes, y compris les communications stratégiques, pour coordonner et soutenir une réponse nationale, voire internationale, ni produit systématiquement de rapports sur ces activités.

Résultat intermédiaire n° 2 : Les Canadiens prennent des mesures positives pour se protéger

Bien que la grande majorité des Canadiens soient vaccinés, il existe des groupes de personnes sous-vaccinées ou non vaccinées au pays. Les obstacles à l'amélioration de la couverture vaccinale comprennent le manque de connaissances ou de sensibilisation à l'égard des vaccins et certaines attitudes et croyances. Un lien a été établi entre les travailleurs de la santé, source d'information en laquelle les Canadiens ont confiance, et l'augmentation des taux de vaccination.

Méthode d'estimation de la couverture vaccinale

Il est difficile de fournir une estimation exacte de la couverture vaccinale au Canada, car chaque province ou territoire recueille ses données de couverture vaccinale différemment (p. ex. au moyen de registres, de sondages, sur papier ou par voie électronique) et a ses propres calendriers de vaccination pour différents groupes d'âge à différents moments, ce qui rend les données difficilement comparables. Dans un effort pour surmonter ces difficultés, l'ASPC estime les taux de vaccination nationaux (la couverture vaccinale) à l'aide de deux enquêtes nationales : l'ECVNE, menée auprès des enfants, et l'ENVA, menée auprès des adultes. Les campagnes de vaccination et les programmes d'immunisation sont bâtis sur ces estimations, qui permettent de suivre les progrès du Canada vers l'atteinte des cibles nationales de couverture vaccinale et la réalisation des objectifs nationaux d'immunisation.

L'ECVNE et l'ENVA, qui sont commandées par l'ASPC tous les deux ans, fournissent la seule estimation nationale de la couverture vaccinale. Statistique Canada a la charge de l'ECVNE, tandis qu'une maison de sondage privée réalise l'ENVA. Ces enquêtes présentent les mêmes limites que toute autre enquête nationale basée sur des autodéclarations, notamment : l'inexactitude possible des données autodéclarées ou déclarées par les parents; les faibles taux de réponse; les fréquents changements de méthode, qui compliquent les comparaisons des taux de vaccination sur plusieurs années; et la sous-représentation de populations particulières (p. ex. les membres des Premières Nations qui vivent dans les réserves ou les personnes dont la langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais)⁶¹.

La grande majorité des enfants canadiens sont vaccinés

L'OMS considère que le taux de vaccination contre la rougeole est un indicateur fiable de la force des programmes de vaccination des enfants⁶². Au Canada, ce taux est mesuré lors des ECVNE. Il fournit une estimation utile du taux d'administration national des vaccins systématiques recommandés par le CCNI pendant l'enfance.

Le taux de vaccination contre la rougeole à deux ans chez les enfants canadiens est demeuré stable pendant les deux derniers cycles de l'ECVNE (en 2011 et 2013). En 2011, il était de 88,4 %, et en 2013, de 89,6 %. Toutefois, la couverture reste inférieure à la cible de 97 % fixée à la Conférence du consensus sur la rougeole en 1993⁶³. Les estimations de l'ECVNE sont probablement inférieures aux taux de vaccination réels, car les méthodes de cette enquête sont basées sur des données recueillies dans les dossiers de vaccination tenus par les parents. Par conséquent, certaines doses effectivement administrées aux enfants peuvent ne pas figurer dans les dossiers, ce qui se solde par une sous-estimation de la couverture vaccinale.

Globalement, les ECVNE récentes indiquent que la plupart des enfants ont reçu au moins un vaccin (seul 1,5 % des parents interrogés déclaraient ne jamais avoir fait vacciner leurs enfants)⁶⁴. Chez les enfants de plus de deux ans, le risque que les dossiers de vaccination soient incomplets augmente, essentiellement parce que les enfants reçoivent des vaccins provenant de plusieurs sources (école, pharmacie, etc.)⁶⁵.

D'après les informateurs clés externes et les données tirées de l'étude de la documentation, les vaccins le plus fréquemment refusés sont les vaccins contre la grippe saisonnière et contre la varicelle, car les parents se méfient du vaccin antigrippal, et certains considèrent que la varicelle n'est pas une maladie grave⁶⁶.

Couverture vaccinale chez les adultes

Le vaccin polysaccharidique contre le pneumocoque, que les provinces et territoires financent, est recommandé aux personnes de 65 ans et plus par le CCNI. Les estimations de la couverture vaccinale antipneumococcique servent au CIMRI d'indicateur des progrès accomplis en matière de couverture vaccinale chez les adultes.

D'après l'ENVA, de 2006 à 2014, le taux de vaccination antipneumococcique chez les adultes de 65 ans et plus est resté stable, entre 34 % et 38 %. Les estimations sont très inférieures à la cible de 80 % (adoptée d'un commun accord à la conférence de 2005 sur les cibles et les objectifs nationaux) et, selon l'analyse de l'ENVA, l'écart ne s'explique pas par des problèmes méthodologiques⁶⁷.

Les taux sont faibles également pour d'autres vaccins dans la population adulte au Canada. Par exemple, bien que le CCNI recommande à tous les adultes en bonne santé de recevoir le vaccin contre la grippe saisonnière, selon l'ENVA, en 2013-2014, moins de la moitié des adultes (40 %) avaient reçu une dose du vaccin contre l'influenza⁶⁸. De la même manière, le CCNI recommande aux adultes de moins de 50 ans qui sont sérologiquement réceptifs à la varicelle (c'est-à-dire les adultes qui ne l'ont jamais contractée) de recevoir deux doses de vaccin monovalent contre la varicelle. Cependant, en 2013-2014, l'ENVA a révélé que, parmi les adultes qui n'avaient pas d'antécédents autodéclarés de varicelle, 35,1 % seulement avaient reçu au moins une dose de vaccin contre la varicelle⁶⁹.

L'ENVA relève de multiples facteurs à l'origine de la non-vaccination, notamment le rôle des fournisseurs de soins de santé, le manque de connaissances et certaines attitudes, valeurs et croyances⁷⁰. La manière dont ces facteurs, ainsi que l'accès variable aux différents vaccins d'une

province ou d'un territoire à l'autre, contribuent à l'absence d'immunisation et à l'insuffisance des taux de vaccination par rapport aux cibles est abordée ci-après.

Amélioration de la couverture vaccinale

Rôle des fournisseurs de soins de santé

Les fournisseurs de soins de santé jouent un rôle crucial. Une revue de la littérature et des entretiens avec des représentants des services de santé publique qui constituent des informateurs clés ont permis d'établir un lien entre les travailleurs de la santé, source d'information en laquelle les Canadiens ont confiance, et l'augmentation des taux de vaccination. D'après un sondage EKOS mené en 2011, 89 % des parents canadiens suivent les conseils de leur fournisseur de soins de santé en matière de vaccins. Les ENVA de 2012 et 2014 ont révélé que les recommandations des professionnels de la santé étaient fortement prédictives du recours à la vaccination pour se protéger contre la grippe saisonnière et le pneumocoque.

Manque de connaissances

Les connaissances des adultes en matière d'immunisation demeurent parcellaires. Comme l'explique la section 4.4.1, de nombreux adultes canadiens ignorent leur statut vaccinal réel, bien qu'ils pensent être à jour en ce qui a trait aux vaccins recommandés. Ce manque de connaissances favorise la sous-vaccination chez les adultes.

Attitudes et croyances

Ajoutons à ce qui précède que les attitudes et les croyances relatives à la vaccination sont complexes et variables. D'après un sondage récent sur la réticence à la vaccination mené par l'ASPC auprès de professionnels de la santé, neuf professionnels sur dix (91 %) estiment que la réticence à la vaccination est un problème de faible (59 %) ou de grande (32 %) ampleur de nos jours⁷¹. Les diverses raisons qui justifient la réticence à la vaccination et la non-vaccination vont de la remise en cause de l'efficacité, de l'innocuité ou de la nécessité des vaccins à l'omission passive (non-vaccination) causée par la perception que les risques sont inférieurs dans une région donnée⁷². Selon les informateurs clés internes et externes, les connaissances, les attitudes et les croyances sont des déterminants de la réticence à la vaccination et varient parmi les personnes hésitantes face à la vaccination et les personnes non vaccinées.

Les facteurs qui influent sur les raisons de la non-vaccination ne relèvent pas uniquement de la réticence à la vaccination. D'après les conclusions d'un rapport récent du comité de réflexion sur l'acceptation et l'adoption de la vaccination du RSP, il s'agit notamment de difficultés d'accès à la vaccination (p. ex. éloignement de la clinique, conflits d'horaire, barrières linguistiques ou financières) et du manque d'exposition générale aux effets des maladies (qui modifierait les attitudes à l'égard de la vaccination)⁷³. Selon des informateurs clés dans d'autres pays, tels le Royaume-Uni, l'Australie et les États-Unis, ces facteurs ne sont pas propres au Canada.

Accès variable dans les provinces et territoires

Enfin, les programmes d'immunisation PT, l'approvisionnement en vaccins et l'accès à une clinique varient d'une région ou d'un territoire de gouvernance à l'autre. Ces facteurs peuvent accroître la confusion en ce qui concerne les calendriers de vaccination.

4.5 Rendement – Élément n° 5 : Démonstration d'économie et d'efficacité

La vaccination est une intervention de santé publique rentable, car elle permet d'économiser des millions de dollars en coûts directs et sociaux. Au sein de l'ASPC, des gains d'efficacité ont été réalisés grâce à l'utilisation efficace de résultats de mesure du rendement. D'autres gains pourraient être réalisés par l'examen des structures de gouvernance et des cas d'effets secondaires.

Observations économiques

Les vaccins sont efficaces, car les investissements du Canada dans l'immunisation ont eu des retombées positives majeures pour le système de santé et la société. Un rapport du CCNI paru en 2015 établissait que chaque dollar investi dans les programmes de vaccination contre la grippe chez les adultes permettait au système de santé d'économiser 45 \$. Chez les enfants, chaque dollar investi permettait d'économiser 16 \$ en ce qui concerne la rougeole, les oreillons et la rubéole et 6 \$ en ce qui concerne la diphtérie, la coqueluche et le tétanos⁷⁴.

Le *Guide canadien d'immunisation* donne un aperçu des coûts par année de vie gagnée associés à l'administration de différents vaccins par rapport à d'autres interventions de santé publique. Selon l'analyse qu'il contient, ces coûts vont de 164 \$ pour le dépistage de l'hépatite B au cours de la grossesse et l'immunisation des enfants des porteurs à 125 000 \$ pour le vaccin conjugué contre le pneumocoque destiné aux enfants. Ils se comparent raisonnablement bien avec ceux d'autres interventions de santé publique (p. ex. 69 \$ pour les lois qui rendent le port de la ceinture de sécurité obligatoire, 3 100 \$ pour la chloration de l'eau potable, 210 000 \$ pour les détecteurs de fumée domestiques et 100 M\$ pour la norme relative à l'émission de rayonnement applicable aux centrales nucléaires)⁷⁵.

Dépenses internes

Étant donné la rentabilité de la vaccination en tant que mesure de santé publique, les dépenses internes de l'ASPC englobent les dépenses liées à diverses activités traitées dans cette évaluation, notamment la surveillance, la coordination de la recherche sur les vaccins et la promotion de la santé, qui visent toutes à améliorer – de près ou de loin – l'immunisation au Canada. Le tableau qui suit est une synthèse des budgets et des dépenses d'immunisation.

**Tableau 4 : Écart entre les dépenses prévues aux budgets et les dépenses réelles*
2011-2012 et 2015-2016 (M\$)**

Année	Dépenses prévues (M\$)					Dépenses réelles (M\$)					Écart (M\$)	% du budget dépensé
	Subventions et contributions	AFS	F et E	Salaires	TOTAL	Subventions et contributions	AFS	F et E	Salaires	TOTAL		
2011-2012	0,2	27,1	20,8	7,3	55,2	0,5	0,4	17,2	8,4	26,5	-28,7	48 %
2012-2013	0	5,5	18,7	6,5	30,7	0	5,3	18,3	6,7	30,3	-0,4	99 %
2013-2014	0	18,5	18,2	6,0	42,7	0,2	16,5	20,3	6,7	43,7	+1	102 %
2014-2015	0	3,8	17,9	6,8	28,5	0,1	3,8	17,6	7,5	29	-0,5	102 %
2015-2016	0	0	17,9	6,8	24,7	0,33	0	14,6	7,5	22,4	-2,3	90 %

* Source des données : 1) CIMRI, données administratives pour les dépenses prévues; 2) Bureau de la vérification et de l'évaluation (Service du BVE), base de données transactionnelle de SAP pour les dépenses réelles, d'après l'information fournie par le centre de coût du CIMRI. Les affectations à des fins spéciales (AFS) comprennent les dépenses prévues et réelles pour la chaîne de remplissage de vaccins et la Réserve nationale d'antiviraux lorsque cela s'applique.

L'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles est généralement petit, et le fait que la majorité des dépenses du CIMRI va à la préparation en cas de pandémie (58 %), attribuable en partie aux activités découlant de la pandémie de grippe H1N1 de 2009, mérite d'être remarqué.

Après examen, il apparaît que l'écart était également lié aux activités de préparation en cas de pandémie. En 2011-2012, il était la conséquence du report du contrat de la chaîne de remplissage de vaccins^v motivé par des modifications du contrat. En ce qui concerne les montants de F et E (fonctionnement et entretien) en 2013-2014, il s'explique par une demande de fonds déposée à une séance d'affectation de fonds pour l'ECVNE qui n'a pas été comptabilisée dans les dépenses prévues. L'écart en 2015-2016 découlait d'une affectation de 9,8 M\$ pour les frais primaires de disponibilité du vaccin contre la grippe pandémique^{vi}.

Observations relatives à l'efficience

Procédures opérationnelles normalisées en cas d'effet secondaire

L'ASPC a récemment élaboré des procédures opérationnelles normalisées (PON) pour assurer un suivi de la durée de l'examen des cas déclarés, lequel contribue à son tour, entre autres activités, à la détection constante et rapide des problèmes d'innocuité des vaccins qui requièrent une attention. Le processus de déclaration des ESSI est expliqué sur le site Web de l'ASPC. Les PON

^v Chaîne de remplissage : projet visant à augmenter la capacité de remplissage des vaccins des fabricants canadiens de vaccins contre la grippe pour garantir, sécuriser et augmenter la capacité permanente de production intérieure de vaccins contre la grippe saisonnière et la grippe pandémique.

^{vi} Frais de disponibilité : en vertu d'un contrat conclu avec GlaxoSmithKline, plus gros fournisseur des programmes de vaccination contre la grippe saisonnière du Canada et fournisseur primaire du Canada en ce qui concerne le vaccin contre la grippe pandémique, des frais de disponibilité annuels sont payés pour s'assurer de l'état de préparation de la production de vaccins dans l'éventualité d'une pandémie de grippe.

ont été établies en fonction de la gravité des cas, les cas les plus graves devant être traités dans les deux jours ouvrables suivant leur arrivée à l'ASPC (priorité I).

Globalement, l'Agence a réussi à appliquer les PON pour examiner les cas de priorité I (90 %), priorité II (94,5 %) et priorité III (99 %) en 2015 (durées médianes). L'écart par rapport à l'objectif d'examen dans les délais en août et septembre 2015 découlait directement de l'envoi par une autorité d'un arriéré de plus de 2 000 cas survenus sur plus d'une décennie, qui n'a pas nuï aux activités d'intervention immédiate à la suite d'effets secondaires, mais qui aurait pu le faire si les cas avaient été plus récents, par manque de capacité d'intensification.

L'ASPC effectue aussi des examens plus approfondis des cas (y compris un deuxième examen plus exhaustif des cas plus graves, mené par un médecin expert en innocuité). Sa capacité à respecter les PON dans ce domaine était moins constante (54 % [médiane] des délais prescrits ont été respectés en 2015, selon les rapports mensuels). Même si cela peut être attribué en partie à l'arriéré de cas susmentionné, l'Agence n'a pas respecté ses engagements pendant un certain nombre de mois sur une période de deux ans. L'écart par rapport aux cibles énoncées dans les PON serait lié aux critères de ces procédures qui déterminent quand un examen des cas est requis (c.-à-d. les cas graves par rapport à ceux qui ne le sont pas). Des informateurs clés internes ont fait remarquer que des compétences, une expertise et une formation particulières en médecine étaient nécessaires pour cet exercice, car il faut trancher en fonction de l'information médicale fournie dans le dossier du cas; or celle-ci n'était pas toujours disponible au moment opportun pendant l'exercice.

L'ASPC envisage plusieurs façons de résoudre son problème de capacité et a récemment augmenté ses effectifs de professionnels du domaine médical pour y remédier. D'autre part, l'Agence répond régulièrement à des enquêtes liées à des effets secondaires qu'elle reçoit d'autorités sanitaires FPT et d'autres intervenants (p. ex. de citoyens). Le CIMRI est en train de trouver une solution pour permettre aux intervenants FPT d'accéder à leur convenance à un sous-ensemble de leurs propres données et aux données nationales à des fins de comparaison. Cela devrait améliorer la prestation des services, la transparence et les capacités de communication de données.

Gouvernance

Vingt groupes de travail ou comités de réflexion sont actuellement à l'œuvre, avec la participation ou le soutien du CIMRI, pour traiter tous les aspects de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses. Or, d'après le sondage auprès des intervenants, certains de ces groupes de travail pourraient fonctionner de manière plus efficiente. En effet, il y aurait de la confusion quant aux rôles et responsabilités des membres, ainsi qu'un manque de clarté quant à la raison d'être et aux objectifs de ces groupes de travail et à leur place dans la structure de gouvernance FPT. Par exemple, le Groupe de travail sur la vaccinovigilance n'a eu de cesse d'avoir des discussions sur les problèmes de partage des données entre gouvernements (barrières, ententes, etc.). Bien qu'elles soient importantes pour leur travail, de telles activités sortent de leur mandat premier qui, dans le cas du Groupe de travail sur la vaccinovigilance, consiste à se concentrer sur les questions d'innocuité des vaccins les plus pertinentes pour les programmes de

vaccination systématique ou de vaccination massive des gouvernements FPT et à aider le CCI à améliorer l'innocuité des vaccins conformément à ce qui est recommandé dans la SNI.

Les activités d'immunisation sont complexes et multidimensionnelles, et leur complexité a des répercussions sur le mandat de certains groupes de travail. Par exemple, le CCI a une longue liste des domaines d'activités, mais comme l'a fait remarquer un intervenant de premier plan, il se pourrait que les ressources requises pour remplir son mandat soient insuffisantes. De plus, les liens hiérarchiques peuvent être brouillés par la nécessité de requérir les conseils techniques du Conseil des médecins hygiénistes en chef, au lieu de s'adresser au Comité directeur sur les maladies transmissibles et infectieuses, qui est axé sur les politiques. Comme cela a été expliqué plus haut, la transmission d'information programmatique visant à étayer les décisions PT en matière de programmes de vaccination de santé publique a également posé problème. La gouvernance serait donc un élément supplémentaire à considérer pour surmonter ces difficultés.

Observations sur la pertinence et l'utilisation des données de mesure du rendement

Le CIMRI est une organisation apprenante. Ces dernières années, diverses études ont été menées et ont été exploitées pour améliorer le travail qui y est effectué. Cela apparaît clairement à travers les activités planifiées par le Centre, qui correspondent aux résultats de mesure du rendement (formelle et informelle) enregistrés au cours de deux dernières années.

La stratégie de mesure du rendement élaborée par le CIMRI s'est avérée très utile à la réalisation de la présente évaluation. En effet, cette stratégie :

- explique la raison d'être et les objectifs du Programme;
- recense les principaux partenaires (aspect crucial compte tenu du caractère plurigouvernemental de l'immunisation);
- fournit un contexte historique;
- présente les indicateurs utilisés pour mesurer les progrès accomplis.

Certaines données n'étaient pas disponibles, mais la plupart des rapports d'indicateurs ont constitué des sources de données essentielles à l'évaluation, en plus d'avoir orienté l'équipe d'évaluation dans ses activités de collecte des données primaires. Bien que certaines données sur les tendances manquent toujours, d'autres seront désormais considérées comme des données de référence.

Dans les domaines sujets à amélioration, il serait judicieux de se concentrer sur la déclaration rapide des indicateurs et l'analyse de la pertinence de certains indicateurs en tant qu'outils de mesure des résultats et de déterminer si d'autres informations accessibles au Programme pourraient figurer dans la stratégie. Cela faciliterait la prise de décisions programmatiques. Enfin, les listes d'intervenants devraient être constamment mises à jour pour veiller à ce que l'information soit exacte et disponible en temps utile. Cela faciliterait à l'avenir l'ensemble des activités de promotion de la santé menées avec des partenaires et des intervenants.

5.0 Conclusion

5.1 Conclusion sur la pertinence

5.1.1 L'immunisation, un besoin continu

Les activités liées à l'immunisation demeurent nécessaires, de même que celles qui visent à prévenir et à contrôler les maladies respiratoires infectieuses telle l'influenza. Ces dernières années, le Canada a éliminé la rougeole et la rubéole endémiques. À l'exception de quelques maladies qui demeurent endémiques et difficiles à contrer au Canada et qui présentent des sommets cycliques ou des éclosions régionales (p. ex. la coqueluche, la méningococcie invasive et la pneumococcie invasive), le fardeau actuel lié aux MEV est léger ou en diminution depuis le début des années 2000. Le nombre d'hospitalisations et de décès liés à la grippe saisonnière varie en fonction de certains facteurs, dont l'appariement entre la souche en circulation et la souche vaccinale, mais le fardeau annuel de morbidité et de mortalité associé à cette maladie est toujours important.

Les maladies très contagieuses exigent des taux de vaccination élevés dans la population pour qu'une immunité de groupe (p. ex. 95 % dans le cas de la rougeole) soit atteinte. Les estimations de la couverture vaccinale nationale tirées des enquêtes nationales sur la vaccination des enfants et des adultes indiquent que les taux de vaccination sont inférieurs aux cibles dans tous les groupes. Il est toutefois possible que les taux soient sous-estimés, étant donné qu'ils sont fondés sur des dossiers de vaccination tenus par les parents, dans lesquels certaines doses de vaccin effectivement administrées pourraient ne pas figurer. L'immunisation par la vaccination est considérée comme l'une des plus grandes réalisations en matière de santé publique du XX^e siècle; elle constitue un outil rentable pour contrôler et éliminer des maladies potentiellement mortelles. Elle aurait permis de sauver plus de vies au Canada au cours des 50 dernières années que toute autre intervention sanitaire.

5.1.2 Harmonisation avec les priorités gouvernementales

Divers documents stratégiques indiquent que la prévention et le contrôle des MEV sont une priorité du gouvernement du Canada depuis plusieurs décennies. La priorité que constitue la lutte contre ces maladies a été réaffirmée récemment (en 2015) dans la lettre de mandat de la ministre de la Santé et dans le budget fédéral de 2016, où l'augmentation des taux de vaccination figurait parmi les principales priorités.

5.1.3 Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral

De multiples autorités (locales et FPT) se partagent la responsabilité de l'immunisation et du contrôle des maladies respiratoires infectieuses. Les activités de l'ASPC dans le domaine sont harmonisées avec les pouvoirs conférés au ministre par la *Loi sur le ministère de la Santé* (1996) et la *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada* (2006).

Les pouvoirs conférés par le Cabinet sont clairement assortis d'une responsabilité de leadership, de coordination et de collaboration en santé publique dans divers domaines, ainsi que d'un rôle dans le renforcement de l'infrastructure nationale d'immunisation (qui englobe la surveillance de l'innocuité des vaccins, la surveillance sanitaire, le réseau des registres d'immunisation, l'éducation de la population et des professionnels et les approches visant à améliorer la couverture vaccinale et l'acceptation de la vaccination dans certains groupes de population). Toutefois, un certain nombre d'intervenants du Programme ont mentionné une certaine confusion quant au rôle de l'ASPC dans la recherche, la surveillance sanitaire et la promotion de la santé, ainsi qu'à l'égard des registres de vaccination.

5.2 Conclusion sur le rendement

5.2.1 Atteinte des résultats escomptés (efficacité)

L'ASPC collabore avec des partenaires pour mettre en place des mécanismes afin d'assurer l'approvisionnement en vaccins au Canada. L'Agence et ses partenaires ont la capacité de réagir et d'atténuer autant que possible les répercussions des pénuries et des interruptions d'approvisionnement.

L'ASPC publie des produits de connaissance essentiels en matière de prévention et de contrôle des MEV et des maladies respiratoires telle l'influenza et en soutient l'élaboration; ces produits, notamment le *Guide canadien d'immunisation*, les déclarations du CCNI et les rapports de Surveillance de l'influenza, sont utilisés par les intervenants des programmes. De même, les outils d'information de l'Agence destinés à la population, tels l'Outil de calendrier de vaccination et le *Guide sur la vaccination à l'intention des parents*, sont utilisés par les Canadiens.

Bien que la grande majorité des Canadiens soient vaccinés, des poches de sous-vaccination ou de non-vaccination subsistent au pays. Les défis que pose l'amélioration de la couverture vaccinale sont variés, mais ils comprennent le manque de connaissances ou de sensibilisation et une profusion de renseignements erronés répandus par un petit groupe d'opposants à la vaccination qui se fait entendre avec force. Par ailleurs, la disponibilité de l'information programmatique influe sur la mise en œuvre en temps opportun des recommandations en matière de vaccination dans les différents territoires de gouvernance.

Diverses activités de l'ASPC contribuent à la capacité du Canada à répondre de façon coordonnée et efficace au risque posé par les MEV et les maladies respiratoires infectieuses. Même si le besoin de registres de vaccination comparables dans toutes les administrations demeure, il reste de nombreux défis à relever afin de répondre à ce besoin, et l'Agence a pris des mesures pour surmonter les obstacles associés à cette lacune.

5.2.2 Démonstration d'économie et d'efficience

L'immunisation est une intervention rentable, qui permet d'économiser des millions de dollars en coûts directs et sociaux. Par exemple, selon les estimations, chaque dollar investi dans les programmes de vaccination contre l'influenza à l'intention des adultes permet au système de

santé d'économiser 45 \$. De même, en ce qui concerne les vaccins destinés aux enfants, chaque dollar investi permet au système de santé d'économiser 16 \$ dans le cas de la rougeole, des oreillons et de la rubéole et 6 \$ dans le cas de la diphtérie, de la coqueluche et du tétanos. Le coût par année de vie gagnée pour différents programmes de vaccination se compare avantageusement à celui d'autres interventions de santé publique, telles les lois sur le port de la ceinture de sécurité ou la chloration de l'eau potable.

De façon générale, il y a peu d'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles, et les écarts sont généralement liés aux activités de préparation en cas de pandémie, qui représentent la majorité des dépenses du CIMRI. Des gains d'efficacité pourraient être réalisés en examinant les structures de gouvernance et, en ce qui concerne les effets secondaires signalés, en clarifiant les critères d'étude des dossiers médicaux ou en élargissant l'accès à la formation afin de renforcer les compétences médicales et l'expertise requises pour procéder à cette étude.

Enfin, le CIMRI s'est doté d'une stratégie de mesure de son rendement et a recueilli des données d'indicateurs ces deux dernières années, ce qui a récemment aidé à cerner les secteurs où des décisions relatives aux programmes s'imposaient. Dans les domaines sujets à amélioration, la production rapide de rapports concernant les indicateurs et l'examen de la pertinence de certains indicateurs en tant que mesures valides des résultats pourraient occuper une place importante.

6.0 Recommandations

Recommandation n° 1

Disposer de meilleures données pour combler le manque d'information sur les personnes sous-immunisées et non immunisées au Canada.

Il est évident qu'il existe des groupes de personnes sous-immunisées et non immunisées au Canada. La capacité de l'ASPC à recenser ces groupes est limitée, en partie en raison de l'absence de registres de vaccination comparables. Le Programme s'appuie sur les enquêtes menées auprès de la population canadienne. L'Agence fournit des estimations de la couverture vaccinale nationale et mesure les facteurs qui influent sur l'adoption de la vaccination en menant des enquêtes sur la couverture vaccinale des adultes et des enfants au pays. Étant donné que les provinces et les territoires ont investi dans des approches personnalisées et des solutions de TI applicables à leur échelle, il faut trouver une nouvelle façon de dresser le portrait de la couverture vaccinale à l'échelle nationale (utiliser les données des registres existants).

Les registres de vaccination PT demeurent un outil de surveillance important pour évaluer la couverture vaccinale et l'adoption de la vaccination, et l'administration fédérale a un rôle à jouer en santé publique pour faciliter l'élaboration de normes nationales relatives aux registres de vaccination et favoriser leur adoption par les provinces et territoires. Des travaux sont en cours, avec la collaboration du RCRICV et de partenaires comme Inforoute Santé du Canada, afin de revoir les normes relatives aux éléments fonctionnels et aux données des registres d'immunisation et d'examiner des solutions novatrices pour dresser le portrait de la couverture vaccinale nationale au moyen des systèmes existants, qui sont en constante évolution.

Recommandation n° 2

Faire en sorte que l'information programmatique concernant la vaccination soit mise à la disposition des provinces et territoires en temps opportun.

Des faits indiquent que des renseignements (p. ex. le rapport coût-efficacité) dont les administrations ont besoin pour prendre des décisions relatives à leurs programmes de vaccination n'ont pas été communiqués suffisamment rapidement ou qu'ils étaient incomplets. Par exemple, la mise en œuvre dans les provinces et territoires des programmes de vaccination contre la varicelle financés par des fonds publics s'est étalée sur sept ans. Il est possible que cette mise en œuvre progressive soit en partie due au moment auquel les orientations programmatiques ont été diffusées après la parution des conseils techniques du CCNI concernant le vaccin contre la varicelle. L'accès en temps opportun à des conseils relativement aux recommandations pour les programmes s'est avéré être l'un des facteurs entravant l'accès uniforme à la vaccination dans l'ensemble du pays. Les responsables du Programme devraient poursuivre leurs efforts afin de mettre en œuvre un mécanisme visant à améliorer la diffusion en temps opportun de conseils techniques détaillés concernant les vaccins et les programmes de vaccination au Canada.

Recommandation n° 3

Déterminer et mettre en œuvre des stratégies qui permettront d'influencer les connaissances, les attitudes et les croyances des Canadiens à l'égard des vaccins et des maladies respiratoires infectieuses.

Même si la grande majorité des Canadiens sont vaccinés, il existe des groupes de personnes qui sont sous-immunisées ou non immunisées au pays. La réticence à la vaccination et les croyances s'opposant à la vaccination sont des obstacles à l'amélioration de la couverture vaccinale au Canada. Les connaissances, les attitudes et les croyances concernant la vaccination sont complexes et variés, à l'instar des raisons qui motivent la réticence à la vaccination et des croyances qui s'y opposent, lesquelles peuvent être alimentées par des renseignements accessibles à tous dans les médias sociaux et sur Internet et par de l'information anecdotique. Il a été démontré que les recommandations formulées par les professionnels de la santé, source d'information fiable aux yeux des Canadiens, sont associées à des taux de vaccination accrus. Bien que le Programme fournisse aux Canadiens des outils et des renseignements sur la vaccination, ses activités bénéficieraient de l'existence d'un cadre stratégique et d'une stratégie de marketing social, y compris au moyen des réseaux sociaux, qui orienteraient les efforts de vulgarisation visant à accroître l'adoption de la vaccination.

Recommandation n° 4

Examiner la gouvernance afin d'améliorer l'efficacité.

Actuellement, 20 groupes de travail, qui ont chacun leur structure de gouvernance, leur mandat et leurs domaines d'intervention en matière d'immunisation et de maladies respiratoires infectieuses, sont soutenus par le CIMRI. Or, il semble que certains de ces groupes pourraient

fonctionner de façon plus efficace. Certains intervenants ont en effet souligné la confusion entourant les rôles et les responsabilités dans plusieurs groupes de travail. D'autres intervenants ont mentionné que les ressources allouées à certains groupes pourraient ne pas être suffisantes en fonction du mandat assigné. Enfin, un examen des comptes rendus de réunion des groupes de travail a révélé que, parfois, les groupes de travail abordent des sujets qui sortent de leur mandat initial (p. ex. les mécanismes intergouvernementaux de partage de données). La gouvernance des groupes de travail pourrait donc être améliorée grâce à un examen visant à clarifier les rôles et responsabilités et les objectifs des groupes de travail soutenus par le Centre.

Recommandation n° 5

Améliorer l'efficacité des activités d'intervention (y compris l'examen des dossiers médicaux).

L'ASPC dispose de deux procédures opérationnelles normalisées distinctes pour la déclaration des effets secondaires. Tout d'abord, le CIMRI respecte les délais de traitement des déclarations d'effets secondaires (en général de 75 % à 100 % du temps). Ensuite, l'ASPC effectue un examen du dossier médical dans le cas de déclarations d'effets secondaires qui servent à éclairer les décisions en matière de santé publique et de réglementation. De plus, les cas graves sont transmis à un expert de la sécurité médicale pour qu'il effectue un deuxième examen du dossier médical. Toutefois, pendant 8 des 24 mois, le traitement des déclarations d'effets secondaires au moyen d'examen des dossiers médicaux s'est fait dans les délais moins de 70 % du temps, ce qui n'a pas eu de répercussions immédiates sur les activités d'intervention liées à ces événements. Même si cette situation est en partie attribuable à un arriéré de dossiers, certains informateurs clés ont mentionné que les critères pour décider de mener un examen de dossier médical ou non ne sont peut-être pas clairs, ou qu'on ne dispose pas toujours de personnes possédant les compétences médicales, l'expertise et la formation particulières requises pour effectuer l'examen.

Par ailleurs, les résultats donnent fortement à penser que le CIMRI mène un nombre important d'activités d'intervention en cas d'écllosion, entre autres l'évaluation des risques, la gestion des problèmes, les communications stratégiques et l'élaboration de directives (p. ex. dans les cas d'écllosion de rougeole ou de coqueluche). Toutefois, il demeure difficile de mesurer de façon précise les efforts que consacre le CIMRI à ces activités. Étant donné que, selon les informateurs clés, les activités d'intervention en cas d'écllosion pourraient empêcher le personnel d'effectuer ses activités habituelles en temps opportun, il serait utile de préciser en quoi consiste une intervention en cas d'écllosion, sur le plan du suivi des activités habituelles et des résultats, pour effectuer la planification en amont au Centre. Une définition claire des activités d'intervention, des extrants et de la capacité d'intervention en cas d'écllosion aiderait aussi à évaluer de façon globale la capacité d'intensification de l'ASPC en cas d'écllosion.

Annexe 1 – Intervenants

Intervenant	Rôles et responsabilités
Administrations canadiennes de la Santé	<p>Les 14 gouvernements FPT du Canada ont des rôles, des pouvoirs et des activités substantiels dans le domaine de l'immunisation. Les provinces et territoires sont responsables du financement, de la planification et de la prestation des programmes d'immunisation sur leur territoire respectif. Les programmes d'immunisation PT permanents assurent la majeure partie des activités d'immunisation et des investissements au Canada, y compris l'achat de vaccins en vrac (plus l'entreposage et la manutention), l'administration des vaccins, l'élaboration et la tenue des registres d'immunisation, la participation aux systèmes de surveillance de la vaccination, l'évaluation et la recherche en matière de programmes et la conception et le déploiement d'initiatives d'éducation, de sensibilisation et de mobilisation de la population et des professionnels.</p> <p>Le gouvernement du Canada est la cinquième autorité vaccinatrice en importance au pays. À ce titre, il a des responsabilités et des intérêts en matière d'immunisation dans 17 organismes fédéraux visant les Premières Nations, les Inuits et des groupes de population relevant de sa compétence, tels les militaires, les détenus sous responsabilité fédérale, les réfugiés, la Gendarmerie royale du Canada, les anciens combattants et les services extérieurs. Au sein du gouvernement fédéral, SPAC administre le Programme d'achat en vrac FPT pour la plupart des vaccins financés par des deniers publics. L'ASPC, d'autres ministères du gouvernement et les IRSC, en collaboration avec l'industrie pharmaceutique, assument la coordination nationale de la recherche et de l'innovation en matière d'immunisation.</p>
Santé Canada	<p>Santé Canada est responsable du processus d'examen scientifique et d'essai des vaccins afin d'évaluer leur qualité, leur innocuité et leur efficacité avant leur approbation pour une mise en marché au Canada. Ensuite, Santé Canada et l'ASPC effectuent un suivi permanent de l'innocuité.</p>
Laboratoire national de microbiologie	<p>En travaillant avec le Laboratoire national de microbiologie (LNM), le CIMRI soutient une initiative d'intégration des politiques scientifiques à l'échelle de la Direction générale pour rapprocher l'expertise et les technologies spécialisées du LNM de la fonction stratégique qui donne des conseils d'analyse, de recherche et de développement en matière de programmes et des orientations aux gestionnaires de l'ASPC. Plus précisément, des membres du personnel du CIMRI collaborent avec leurs homologues du LNM à la mise sur pied de projets pilotes de surveillance des maladies infectieuses visant à favoriser l'intégration de l'épidémiologie et des sciences de laboratoire. Les objectifs de collaboration du CIMRI et du LNM sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • renforcer la surveillance conjointe de la rougeole et de la rubéole à l'échelle nationale pour contribuer à l'intégration des données épidémiologiques et des données de laboratoire et effectuer un suivi basé sur des indicateurs, ainsi que l'évaluation du statut d'élimination de la rougeole au Canada; • préserver et augmenter la capacité des laboratoires à soutenir une intervention de santé publique rapide et efficace et à contribuer à l'atteinte des cibles et des objectifs d'élimination de la rougeole de l'OPS; • renforcer les systèmes de surveillance actuels pour favoriser l'intégration des données épidémiologiques et des données de laboratoire aux fins du suivi et de l'évaluation des recommandations et des programmes d'immunisation nationaux en vigueur au Canada; • contribuer au cadre d'action fédéral <i>Résistance et recours aux antimicrobiens au Canada</i> en surveillant la sensibilité aux antimicrobiens de certains agents pathogènes à l'échelle nationale; • renforcer les systèmes de surveillance nationaux en soutenant l'intégration des données épidémiologiques et des données de laboratoire afin de disposer de données de référence pour les besoins de recommandations et de programmes d'immunisation nationaux à venir.
Association canadienne de santé publique	<p>En 2009, l'Association (ACSP) a fait paraître un rapport (<i>Setting the Stage for Advancements in Immunization in Canada</i>), dans lequel plusieurs domaines prioritaires étaient ciblés afin d'améliorer le degré de préparation du Canada à de nouveaux développements en immunisation. En collaboration avec l'Agence (ASPC), elle organise également la Conférence canadienne sur l'immunisation tous les</p>

Intervenant	Rôles et responsabilités
	deux ans et, conjointement avec Immunisation Canada et l'Institut de recherche de l'hôpital d'Ottawa, elle a conçu l'application mobile ImmunizeCA, qui permet aux Canadiens de sauvegarder et de gérer de l'information sur les vaccins et la vaccination, les calendriers et leurs rendez-vous, d'avoir accès à une information fondée sur les preuves et vérifiée par des spécialistes au sujet des vaccins recommandés et systématiques pour les enfants, les adultes et les voyageurs et de recevoir des alertes en cas d'éclosion de maladie dans leur région.
Société canadienne de pédiatrie	Dans son rapport paru en 2009 (<i>En faisons-nous assez? Un rapport de la situation des politiques publiques canadiennes et de la santé des enfants et des adolescents</i>), la SCP souligne l'importance des premières années du développement de l'enfant pour sa santé à long terme, son bien-être émotionnel et son succès dans la vie. Passant en revue plusieurs facteurs clés, les auteurs du rapport se sont arrêtés sur les programmes d'immunisation financés par les provinces et les territoires. En plus des vaccins qui figurent au calendrier de vaccination systématique depuis plusieurs années, le rapport recommande notamment les vaccins contre le rotavirus, la varicelle, la coqueluche et l'influenza, et il recommande que le vaccin contre le VPH soit administré gratuitement. La SCP a établi un partenariat avec le Programme pour la prestation d'un programme de maintien des compétences en immunisation. Elle a enfin émis une carte de vaccination (rapport de l'état d'immunisation).
Industrie canadienne des vaccins	Avec des chercheurs et des entreprises de biotechnologie, l'industrie a un intérêt à ce que le Canada dispose d'un approvisionnement garanti en vaccins et puisse répondre au besoin sanitaire de vaccins innovants, toujours en évolution. Avec approximativement 250 membres, BIOTECanada est l'association industrielle nationale; son Comité de l'industrie des vaccins réunit les principaux fabricants de vaccins du pays. Les entreprises qui fournissent des vaccins par l'entremise du Programme d'achat en vrac de SPAC sont notamment Merck Frosst, GlaxoSmithKline, Pfizer, Crucell et Sanofi Pasteur.
Milieu universitaire	Les experts du domaine de l'immunisation issus du milieu universitaire entreprennent des travaux de recherche ou fournissent des conseils aux gouvernements quant à l'utilisation des vaccins. Le Réseau canadien de recherche sur l'immunisation réunit ces experts pour aborder des sujets essentiels de recherche en immunisation, telles que l'évaluation rapide de l'innocuité et de l'immunogénicité de vaccins expérimentaux, l'évaluation de l'efficacité des vaccins et de leur innocuité après leur mise en marché, la réticence à la vaccination, la couverture vaccinale (y compris les collectivités isolées et les cohortes préoccupantes), l'innocuité des vaccins et la surveillance des MEV. De plus, l'ASPC a accordé une subvention de recherche sur cinq ans à VIDO-InterVac (Organisme de recherche sur les vaccins et les maladies infectieuses-Centre international de recherche sur les vaccins), centre de recherche et de développement de pointe sans but lucratif dans le domaine des vaccins et des technologies immunothérapeutiques de l'Université de la Saskatchewan. VIDO-InterVac dispose d'une palette de compétences liées à la recherche et à la mise à l'essai des vaccins, à l'amélioration des vaccins et des technologies, aux projets scientifiques à grande échelle et à la recherche <i>intra-muros</i> au bénéfice de la santé publique canadienne.
Organisations internationales	En tant qu'État membre de l'OPS, le Canada s'est associé à d'autres pays des Amériques pour soutenir le déploiement de la stratégie d'immunisation 2007-2015 de l'Organisation. La participation du Canada à l'OPS découle de ses engagements et de ses activités d'État membre de l'OMS, qui est une organisation spécialisée des Nations Unies. Le Canada est soumis au RSI, instrument juridique international qui a été mis en place pour aider la communauté internationale à prévenir les risques de santé publique aigus susceptibles de traverser les frontières et de menacer la population mondiale et à répondre à ces risques. Le RSI, entré en vigueur en 2007, exige des pays qu'ils déclarent certaines maladies et certains événements de santé publique de portée internationale à l'OMS et qu'ils renforcent leurs capacités existantes de surveillance et d'intervention en santé publique.

Annexe 2 – Activités et extraits

1. Surveillance

La surveillance nationale des MEV joue un rôle essentiel dans la communication de données à jour aux différents ordres de gouvernement, aux responsables de la santé publique ainsi qu'aux organismes consultatifs tel le CCNI en vue de les aider à élaborer des lignes directrices fondées sur des données probantes. Elle s'avère également nécessaire pour aider les différents gouvernements et les fournisseurs de soins de santé du Canada à enquêter sur les éclosions de MEV, à les endiguer et à les gérer. La surveillance nationale des MEV permet de cerner et de mesurer plus aisément les facteurs de risque, et d'ainsi lutter plus efficacement contre les maladies transmissibles. Elle offre en outre aux professionnels de la santé les moyens de répondre aux préoccupations du public et des médias, que ce soit en situation de crise, réelle ou perçue, ou dans le cadre de leurs activités quotidiennes. La capacité du gouvernement du Canada et des provinces et territoires à suivre avec précision l'information sanitaire, ainsi qu'à prévoir les événements touchant la santé publique et à y réagir, dépend étroitement d'une surveillance efficace menée en temps utile.

L'ASPC gère le Système canadien de surveillance des maladies à déclaration obligatoire, qui reçoit des provinces et territoires les rapports sur les maladies à déclaration obligatoire à l'échelle nationale. Le Réseau canadien de renseignements sur la santé publique, ensemble d'applications Web sécurisées conçues pour faciliter la collecte et la diffusion en temps réel de données de surveillance épidémiologique et de données de laboratoire, ainsi que la coordination des interventions de santé publique, apporte une contribution essentielle à cette surveillance.

En s'appuyant sur les outils de l'ASPC, le Programme offre un soutien financier et technique pour la surveillance active, fondée sur les cas, de MEV telles que les pneumocoques invasives, la varicelle, la coqueluche et l'infection à *Haemophilus influenzae* et d'affections telles que la paralysie flasque aiguë, et ce, grâce à un réseau de surveillance pédiatrique en milieu hospitalier (IMPACT) et au Programme canadien de surveillance pédiatrique. En outre, le Programme appuie le Système international de surveillance circumpolaire (SISC) pour ce qui est de certaines maladies bactériennes évitables par la vaccination présentes dans des populations à risque particulières du Nord. Ces systèmes de surveillance fournissent des données importantes permettant aux intervenants de mieux comprendre certaines maladies et affections, notamment leur gravité, ainsi que les hospitalisations, les séquelles et les décès qui en découlent. Les systèmes IMPACT et SISC permettent également d'évaluer l'efficacité des vaccins actuellement commercialisés au Canada; toutefois, ils sont respectivement limités aux enfants et aux populations du Nord, leurs populations cibles. Il existe plusieurs autres systèmes sentinelles de surveillance des maladies, notamment Surveillance de l'influenza, qui a été conçu pour offrir un tableau national de l'activité grippale et des tendances en matière d'influenza.

Le programme mène également à bien une surveillance post-commercialisation des vaccins par l'entremise du SCSESSI. Il s'agit d'un système de déclaration volontaire grâce auquel les responsables de la santé publique provinciaux, territoriaux et locaux peuvent signaler des ESSI. En outre, le personnel infirmier surveillant d'IMPACT recense certains ESSI touchant des enfants et adresse des rapports d'ESSI aux provinces et territoires concernés et à l'ASPC.

Les enquêtes auprès de la population fournissent des estimations de la couverture vaccinale et permettent de détecter des poches de sous-vaccination et de recueillir de l'information sur les connaissances, les attitudes et les comportements de la population, laquelle sert ensuite à la conception des stratégies et des démarches d'immunisation. Tant que le Canada ne sera pas en mesure de dresser un portrait national à l'aide des divers registres utilisés par les différentes autorités gouvernementales, le Programme devra

s'en remettre aux enquêtes auprès de la population canadienne. L'ECVNE et l'ENVA sont menées tous les deux ans afin d'évaluer, respectivement, les vaccins systématiquement administrés aux enfants et certains vaccins administrés aux adultes.

2. Leadership, établissement d'un consensus et coordination

Dans ce groupe d'activités, le Programme met en place des mécanismes appropriés et assure l'orientation, la supervision et la coordination des initiatives FPT sous l'égide de la SNI. Il s'agit notamment d'articuler les objectifs d'immunisation afin que les différents gouvernements aillent dans le même sens, de susciter entre eux des collaborations et de les amener à une participation constructive dans les domaines d'intérêt commun.

L'élaboration des lignes directrices relatives aux vaccins correspond à un rôle de leadership important dans ce volet d'activités. L'autorisation réglementaire d'un nouveau vaccin pour une utilisation au Canada relève de la Direction des produits biologiques et des thérapies génétiques de Santé Canada. Une fois autorisé par un avis de conformité, un vaccin est soumis à un examen réalisé par deux comités d'experts nationaux. Le programme offre un soutien administratif et technique au CCNI, qui fournit des lignes directrices d'immunisation destinées aux décideurs et aux professionnels de la santé afin qu'ils puissent prendre des décisions dans ce domaine s'appuyant sur des données probantes. Le programme offre également un soutien administratif au CCI, comité FPT qui rend compte au Réseau de santé publique de divers éléments de planification liés au Programme. Dans la foulée des recommandations du CCNI, le CCI mène à bien des examens et élabore des recommandations sur les éléments de planification du Programme en s'appuyant sur des techniques analytiques telles que l'analyse coût-efficacité de l'utilisation des vaccins. Toutes les recommandations du CCNI sur l'utilisation des vaccins sont publiées dans le *Guide canadien d'immunisation*, qui constitue, après la page d'accueil, la deuxième page la plus visitée du site Web de l'ASPC.

La SNI vise également à établir des lignes directrices communes relatives aux vaccins. L'objectif est d'élaborer et de fournir plus rapidement, après la délivrance d'un avis de conformité, des lignes directrices intégrées portant à la fois sur les aspects scientifiques et techniques et sur les aspects socioéconomiques et programmatiques. En 2014, l'ASPC a piloté, par l'intermédiaire du CCNI, la mise au point de recommandations communes d'immunisation contre le méningocoque du groupe B. À l'heure actuelle, l'ASPC élabore différentes solutions pour un processus intégré répondant aux besoins des différents ordres de gouvernement du Canada en s'appuyant sur les leçons apprises lors du projet pilote sur le méningocoque du groupe B.

Les registres d'immunisation sont des applications populationnelles qui permettent de planifier les rendez-vous de vaccination, de gérer et d'enregistrer les événements liés à l'immunisation et d'informer les personnes lorsqu'il est temps de recevoir un vaccin. Cependant, le rendement des registres de ce type, même lorsqu'ils sont pleinement fonctionnels, dépend de la qualité des données qu'on y a saisies. Leur fiabilité sera accrue lorsqu'il sera établi, avec certitude, que sont inscrites dans les dossiers médicaux électroniques et les systèmes d'immunisation toutes les doses de vaccins administrées à tous les enfants, et que tous les enfants y figurent, y compris ceux qui n'ont jamais été vaccinés, et ce, afin d'être en mesure d'effectuer un suivi en temps réel de la couverture vaccinale et de produire les rapports afférents, ainsi que les données nécessaires à l'administration des vaccins, à la gestion de l'approvisionnement en vaccins et à la déclaration des effets secondaires. La mise en place d'un tel réseau pour évaluer la couverture vaccinale présente toutefois encore de nombreuses difficultés par rapport aux enquêtes auprès de la population. Par conséquent, le Programme suit l'élaboration et la mise en œuvre des registres par les provinces et les territoires conformément à l'objectif global de la SNI, à savoir développer un réseau national des registres d'immunisation.

Le Programme contribue à la coordination et à la supervision de l'approvisionnement en vaccins et de la distribution de ceux-ci sur le marché public canadien. Par l'intermédiaire du groupe de travail FPT sur l'approvisionnement en vaccins, il offre en outre des conseils sur les enjeux d'approvisionnement au Canada et collabore avec SPAC, qui administre le programme FPT d'achat en vrac de vaccins et gère, pour le compte de toutes les administrations et organisations participantes, les appels d'offres et les contrats concernant les vaccins.

3. Enrichissement, application et partage des connaissances

Dans ce groupe d'activités, le Programme mène des initiatives coordonnées, coopératives ou collaboratives spéciales afin de produire des données pouvant être partagées par l'ensemble des intervenants clés de la santé publique au Canada en vue d'améliorer la cohérence et l'efficacité de la planification, la gestion et l'administration de leurs activités d'immunisation.

Le Programme mobilise des intermédiaires scientifiques et de santé publique clés qui s'engagent auprès de lui et le soutiennent ensuite dans la conduite d'activités de recherche et de surveillance ciblées relatives à certaines MEV. Ces intermédiaires aident également le Programme à recueillir, compiler et valider des données, puis à les analyser, à les interpréter et à les intégrer, favorisant ainsi la production et la diffusion de connaissances et contribuant aux fonctions consultatives du programme.

Le Programme, en collaboration avec Immunisation Canada, finance la Semaine nationale de promotion de la vaccination, initiative de sensibilisation organisée en conjonction avec la Semaine de la vaccination dans les Amériques qui vise à renforcer les capacités en matière de vaccination et à appuyer les campagnes de sensibilisation populaires partout au pays. En outre, le Programme gère la campagne nationale de lutte contre l'influenza, qui a pour objectif de soutenir et de compléter les initiatives des provinces et des territoires visant à mieux faire connaître les comportements à adopter pour prévenir les infections, afin de restreindre la propagation de la grippe. Le Programme a également mis sur pied la campagne de sensibilisation de la population intitulée *C'est le temps de vacciner*, qui comprend plusieurs volets et cible les parents d'enfants de moins de deux ans, en plus de publier le *Guide sur la vaccination à l'intention des parents*. L'appli ImmunizeCA a aussi été conçue en collaboration avec Immunisation Canada, l'ACSP et l'Institut de recherche en santé d'Ottawa.

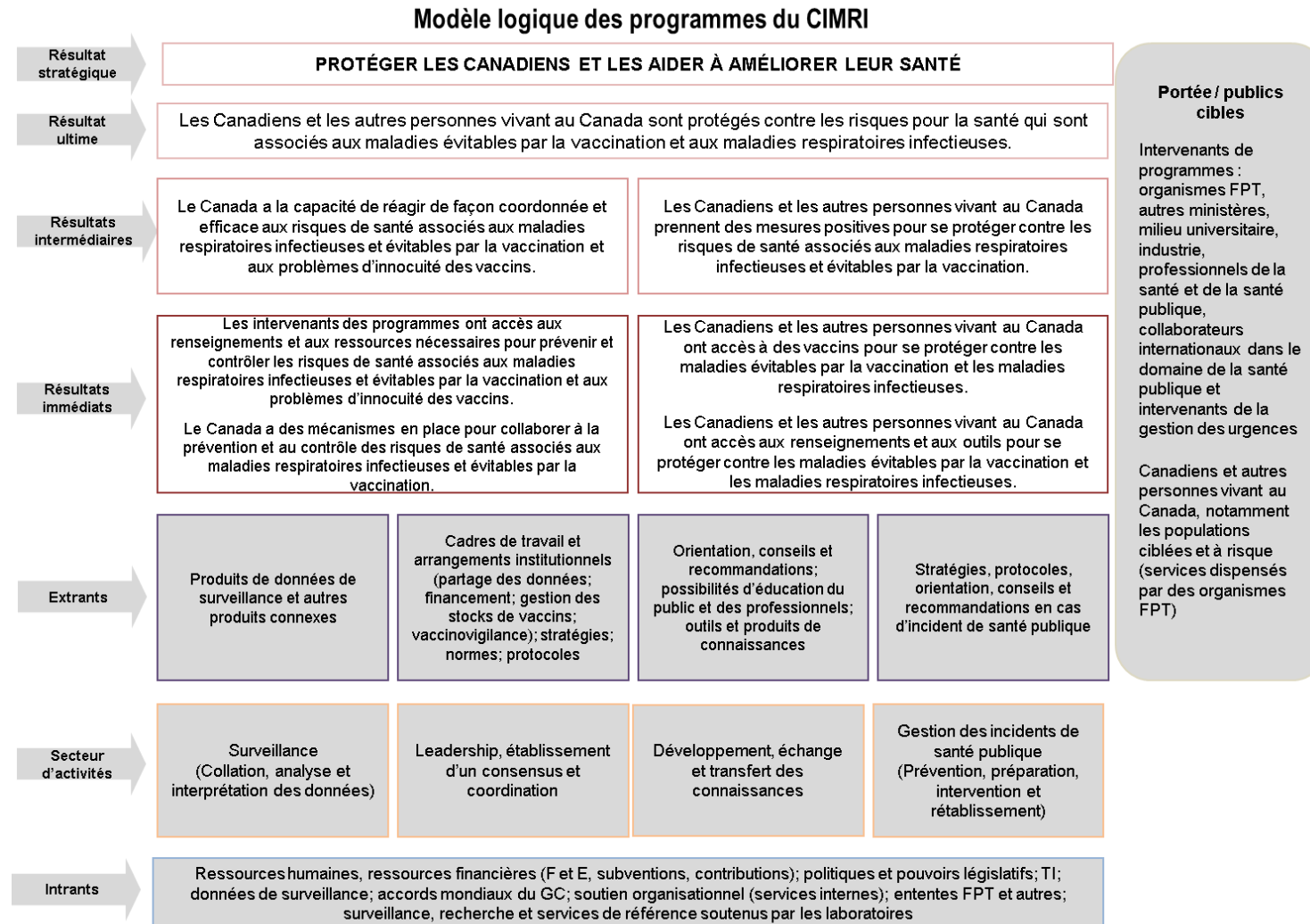
Le Programme parraine également la Conférence canadienne sur l'immunisation, événement biennal qui rassemble des professionnels de la santé en provenance de tout le pays afin qu'ils puissent s'informer des dernières évolutions concernant la recherche, les politiques, les programmes et les pratiques en matière d'immunisation. La collaboration avec les principales associations professionnelles nationales favorise grandement les activités de sensibilisation visant à mobiliser les provinces et territoires et les unités de santé publique locales, les centres de santé communautaire et les professionnels de la santé. Le Programme a dirigé la conception du Programme de formation sur les compétences en matière d'immunisation (EPIC) et a mis en place un partenariat avec la SCP pour offrir gratuitement aux professionnels de la santé du secteur public un programme d'apprentissage de ces compétences en ligne. Le programme EPIC propose les données les plus récentes en matière d'immunisation et renforce, en offrant une certification, les capacités de santé publique dans ce domaine. Sa formation et sa certification de nouveaux vaccinateurs sont reconnues dans tout le Canada par les associations professionnelles de la santé et les programmes d'immunisation.

4. Gestion d'événements touchant la santé publique

Dans le cadre de ce quatrième et dernier groupe d'activités, le CIMRI mène des activités coordonnées, coopératives ou collaboratives spéciales afin de gérer les événements de santé publique relatifs aux MEV et aux maladies infectieuses respiratoires. Le cadre de gestion des événements de santé publique repose sur quatre piliers interdépendants : la prévention, la préparation, l'intervention et le rétablissement. Le travail du CIMRI dans le domaine soutient celui du Centre de mesures et d'interventions d'urgence du Programme de protection civile et d'intervention d'urgence (AAP 1.3.1).

Les groupes d'activités ci-dessus produisent des extraits contribuant à deux volets de résultats. Le premier volet de résultats du Programme est influencé par les extraits programmatiques, qui servent aux intervenants et aux intermédiaires de la santé publique et favorisent leur participation constructive afin qu'ils puissent exploiter le plus efficacement possible l'information, les ressources et les mécanismes mis à leur disposition pour aboutir à un consensus et collaborer à la mise en œuvre d'interventions d'immunisation adéquates basées sur les risques, et ce, partout au Canada. Ce premier volet de résultats amplifie, à son tour, un deuxième volet d'extraits et de résultats, dans lequel le CIMRI et les intermédiaires prennent des mesures pour modifier les attitudes et les comportements des Canadiens (notamment les populations cibles et les groupes à risque) à l'égard de la vaccination grâce, par exemple, à la communication et à l'amplification des messages clés du Programme et aux mesures prises par les organismes FPT pour fournir des services de vaccination.

Annexe 3 – Modèle logique



Annexe 4 – Description de l'évaluation

Portée de l'évaluation

L'évaluation couvrait la période allant du 1^{er} avril 2011 au 31 mars 2016, ainsi que la majorité des activités d'immunisation. Elle ne couvrait pas les activités d'intervention en cas d'urgence qui relèvent de la responsabilité d'autres autorités que le CIMRI.

Les éléments évalués cadrent avec la *Politique sur l'évaluation* (2009) du Secrétariat du Conseil du Trésor et tiennent compte des cinq éléments fondamentaux des thèmes de la pertinence et du rendement, comme l'indique le tableau 1. Pour chaque élément fondamental, des questions précises ont été formulées d'après des éléments du programme, et c'est ce qui a guidé le processus d'évaluation.

Tableau 1 : Principaux éléments et questions d'évaluation

Éléments	Questions d'évaluation
Pertinence	
Élément n° 1 : Besoin continu du programme	<ul style="list-style-type: none"> • Quel est le fardeau actuel et futur des MEV au Canada? Comment l'environnement a-t-il changé au cours des dernières années? • Quel effet ces changements ont-ils sur le besoin d'activités de l'Agence dans le domaine? • Les activités du programme répondent-elles aux besoins actuels?
Élément n° 2 : Harmonisation avec les priorités gouvernementales	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les priorités fédérales en matière d'immunisation? Les activités actuelles sont-elles conformes aux priorités fédérales? • Quelles sont les priorités de l'ASPC en matière d'immunisation? Les activités actuelles sont-elles conformes à ces priorités?
Élément n° 3 : Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral	<ul style="list-style-type: none"> • Quel est le rôle de santé publique du gouvernement fédéral en matière d'immunisation? • Les activités actuelles sont-elles conformes au rôle de santé publique du gouvernement fédéral? • Le rôle du gouvernement fédéral et les activités actuelles empiètent-ils sur le rôle de partenaires et des intervenants? Y a-t-il des lacunes ou des chevauchements?
Rendement (efficacité, économie et efficience)	
Élément n° 4 : Atteinte des résultats escomptés (efficacité)	<ul style="list-style-type: none"> • Le Canada a-t-il mis en place des mécanismes pour prévenir et maîtriser les risques sanitaires? • Les intervenants du Programme disposent-ils de l'information et des ressources nécessaires? • Les Canadiens disposent-ils de l'information et des outils dont ils ont besoin pour se protéger? • Les Canadiens ont-ils accès (par l'intermédiaire des intervenants du CIMRI) aux vaccins? • Le Canada est-il en mesure d'intervenir de manière coordonnée et efficace? • Les Canadiens prennent-ils des mesures positives pour se protéger?
Élément n° 5 : Démonstration d'économie et d'efficience	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les répercussions du Programme? • Les activités du Programme ont-elles été menées de la manière la plus efficiente possible?

	<ul style="list-style-type: none"> • L'ASPC a-t-elle produit ses extrants et atteint ses objectifs de la façon la plus économique possible? Le budget du Programme a-t-il été dépensé comme prévu? Expliquez les écarts observés. Comment la rentabilité pourrait-elle être améliorée? Les coûts des intrants sont-ils similaires à ceux de programmes similaires? • Des mécanismes de mesure du rendement adéquats ont-ils été mis en place? Si tel est le cas, l'information sert-elle à éclairer les décisions de la haute direction?
--	--

Une approche axée sur les résultats a été suivie pour réaliser cette évaluation, c'est-à-dire pour évaluer les progrès accomplis vers l'atteinte des résultats escomptés et déterminer les retombées inattendues, le cas échéant, ainsi que les leçons retenues.

Méthodes de collecte et d'analyse des données

Les évaluateurs ont recueilli et analysé des données provenant de différentes sources. La collecte des données a commencé en avril 2016 et s'est terminée en juin 2016. Les données nécessaires à l'évaluation ont été recueillies en suivant les méthodes suivantes :

- **Revue de la littérature** : recherche dans la littérature canadienne des deux dernières années à l'aide de termes tels que « immunization », « vaccine preventable diseases », « influenza », « anti-vaccine », « vaccine hesitant », « vaccine awareness » et « outbreak ». Après une vérification de la pertinence des documents, 50 articles ont été examinés.
- **Étude de la documentation** : quelque 38 documents traitant d'immunisation ont été examinés à la recherche d'information sur la pertinence (priorités, rôles et responsabilités) des activités.
- **Examen des dossiers ou des données de rendement** : environ 190 documents, conservés par les divisions responsables des activités liées à l'immunisation et aux maladies respiratoires infectieuses, ont été consultés pour obtenir de l'information sur tous les aspects des activités liées à l'immunisation, en particulier leur rendement (atteinte des résultats, économie et efficacité).
- **Sondages** : un sondage en ligne a été mené auprès des intervenants du Programme du 31 mars au 13 avril. Il a été envoyé à 319 intervenants, et 81 d'entre eux ont répondu, ce qui donne un taux de réponse de 26 %. En plus du sondage auprès des intervenants, l'évaluation s'appuie sur les sondages suivants : un sondage auprès des membres du CCNI, un sondage sur la réticence à la vaccination mené auprès de professionnels de la santé, les deux enquêtes nationales sur la couverture vaccinale des enfants et des adultes, un sondage d'Inforoute Santé du Canada sur le point de vue des parents concernant la tenue des dossiers de vaccination et un sondage de l'institut de sondage EKOS Research Associates.
- **Examen des données financières** : les données financières des exercices 2011-2012 à 2015-2016, y compris les dépenses prévues au budget et les dépenses réelles, ont été examinées.
- **Entretiens avec des informateurs clés** : des entretiens ont été menés avec 25 intervenants, dont 6 qui faisaient partie du personnel ou de l'équipe de gestion internes et 19 intervenants externes ou d'autres organismes (autres ministères du gouvernement, milieu universitaire, experts, ONG, représentants des provinces et territoires et présidents de comités nationaux). Ces sources ont été sélectionnées en fonction de leur connaissance et de leur expérience des activités d'immunisation à l'ASPC ou des questions liées à l'immunisation.

- **Analyse internationale :** un examen des activités d'immunisation mises en œuvre en Australie, en France, en Allemagne, en Italie, au Japon, au Royaume-Uni et aux États-Unis a été effectué.

Les données, issues des diverses sources susmentionnées, ont été soumises à la triangulation. Le recours à plusieurs sources de données et à la triangulation avait pour but d'accroître la fiabilité et la crédibilité des constatations et des conclusions de l'évaluation.

Annexe 5 – Résumé des résultats

Évaluation des résultats

Les notes attribuées sont fournies pour indiquer le degré de traitement de chaque élément de l'évaluation et des questions qui y sont rattachées.

Notes de pertinence et signification des termes de notation :

Un résumé des notes de pertinence est présenté au tableau 1 ci-dessous. La légende contient une définition des termes de notation.

Tableau 1 : Notes de pertinence et signification

Élément d'évaluation	Indicateurs	Note globale	Résumé
Besoin continu du programme			
<p>Quel est le fardeau actuel et futur des MEV au Canada? Comment l'environnement a-t-il changé au cours des dernières années?</p> <p>Quel effet ces changements ont-ils sur le besoin d'activités de l'Agence dans le domaine?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Taux de vaccination, couverture vaccinale et tendances Preuves du fardeau actuel et du fardeau prévu : Taux des principales maladies infectieuses pour 100 000 habitants (pneumococcie invasive chez les adultes, 60 ans et plus) Nombre de décès causés par la coqueluche dans la population cible âgée de 3 mois ou moins Taux des principales maladies infectieuses pour 100 000 habitants (incidence médiane sur 5 ans des cas non importés de rougeole chez les 7 ans et plus) Taux des principales maladies 	Élevée	<p>Les activités d'immunisation de l'ASPC sont toujours nécessaires, car les MEV n'ont pas disparu du Canada. Il existe encore des obstacles à surmonter en matière d'immunisation, notamment la réticence à la vaccination, l'adoption de la vaccination, la surveillance, le fardeau prévu des maladies et l'accès aux vaccins.</p> <p>L'immunisation par la vaccination est considérée comme l'une des plus grandes réalisations de santé publique du XX^e siècle; elle constitue un outil rentable pour contrôler et éliminer des maladies potentiellement mortelles. Elle aurait permis de sauver plus de vies au Canada au cours des 50 dernières années que toute autre intervention sanitaire.</p> <p>Le fardeau actuel des MEV est en diminution depuis le début des années 2000. Toutefois, certaines MEV demeurent endémiques et difficiles à contrer au Canada et présentent des sommets cycliques ou des éclosions régionales (p. ex. la coqueluche, la méningococcie et la pneumococcie invasives et le rotavirus). La grippe saisonnière touche 10 à 20 % de la</p>

Légende : termes de notation et définitions

Élevée Il y a un besoin manifeste à l'égard des activités du programme; il y a un lien manifeste entre les objectifs du programme et i) les priorités du gouvernement fédéral et ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme sont clairs.

Partielle Il y a un besoin partiel à l'égard des activités du programme; il y a un certain lien direct ou indirect entre les objectifs du programme et i) les priorités du gouvernement fédéral et ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme sont partiellement clairs.

Faible Il n'y a pas de besoin manifeste à l'égard des activités du programme; il n'y a pas de lien manifeste entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme n'ont pas été clairement définis.

Élément d'évaluation	Indicateurs	Note globale	Résumé
	infectieuses pour 100 000 habitants (hospitalisations liées à la varicelle)		<p>population chaque année; sur les quatre dernières saisons grippales, le nombre d'hospitalisations et de décès d'adultes liés à cette maladie a augmenté.</p> <p>Les maladies très contagieuses exigent des taux de vaccination élevés pour qu'une immunité de groupe (p. ex. 95 % dans le cas de la rougeole) soit atteinte.</p> <p>Le fardeau prévu des maladies devrait s'alourdir, la vaccination devenant plus complexe.</p> <p>L'amélioration de l'adoption de la vaccination se heurte à plusieurs écueils, tels que les exemptions pour des raisons autres que médicales, la peur des aiguilles, le recours à des médecines parallèles en remplacement des vaccins (nosodes ou produits de santé naturels) et la réticence à la vaccination.</p>
Harmonisation avec les priorités gouvernementales			
Quelles sont les priorités fédérales en matière d'immunisation? Les activités actuelles sont-elles conformes aux priorités fédérales?	<ul style="list-style-type: none"> Preuves que les activités et les objectifs du CIMRI s'harmonisent avec les priorités fédérales et qu'elles contribuent à leur atteinte 	Élevée	Divers documents stratégiques indiquent que la prévention et le contrôle des MEV sont une priorité du gouvernement du Canada depuis plusieurs décennies.
Quelles sont les priorités de l'ASPC en matière d'immunisation? Les activités actuelles sont-elles conformes à ces priorités?	<ul style="list-style-type: none"> Preuves que les activités et les objectifs s'harmonisent avec les priorités de l'ASPC et qu'elles contribuent à leur atteinte. 	Élevée	La priorité que constitue la lutte contre les MEV a été réaffirmée récemment (en 2015) dans la lettre de mandat de la ministre de la Santé, où l'augmentation des taux de vaccination figurait parmi les principales priorités.
Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral			
Quel est le rôle de santé publique du gouvernement fédéral en	<ul style="list-style-type: none"> Preuves que les rôles et les responsabilités sont définis, mis en 	Élevée	L'ASPC joue un rôle clair de chef d'orchestre (meneur et coordonnateur) des activités d'immunisation et de lutte contre les maladies respiratoires

Légende : termes de notation et définitions

Élevée Il y a un besoin manifeste à l'égard des activités du programme; il y a un lien manifeste entre les objectifs du programme et i) les priorités du gouvernement fédéral et ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme sont clairs.

Partielle Il y a un besoin partiel à l'égard des activités du programme; il y a un certain lien direct ou indirect entre les objectifs du programme et i) les priorités du gouvernement fédéral et ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme sont partiellement clairs.

Faible Il n'y a pas de besoin manifeste à l'égard des activités du programme; il n'y a pas de lien manifeste entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme n'ont pas été clairement définis.

Élément d'évaluation	Indicateurs	Note globale	Résumé
matière d'immunisation?	œuvre et harmonisés avec le rôle du gouvernement fédéral <ul style="list-style-type: none"> • Preuve du degré auquel l'ASPC remplit ses engagements internationaux 		infectieuses dans son domaine, soit la santé publique. Les activités de l'ASPC liées à l'immunisation et aux maladies respiratoires infectieuses aident le Canada à se conformer au RSI de 2007.
Les activités actuelles sont-elles conformes au rôle de santé publique du gouvernement fédéral?	<ul style="list-style-type: none"> • Les objectifs du programme sont harmonisés avec ceux de l'administration fédérale. 	Élevée	Les pouvoirs conférés par le Cabinet sont clairement assortis d'une responsabilité de leadership, de coordination et de collaboration en santé publique dans divers domaines, ainsi que d'un rôle dans le renforcement de l'infrastructure nationale d'immunisation (qui englobe la surveillance de l'innocuité des vaccins, la surveillance sanitaire, le réseau des registres d'immunisation, l'éducation de la population et des professionnels et les approches visant à améliorer la couverture vaccinale et l'acceptation de la vaccination dans certains groupes de population). Toutefois, un certain nombre d'intervenants du Programme ont mentionné une certaine confusion quant au rôle de l'ASPC dans la recherche, la surveillance sanitaire et la promotion de la santé, ainsi qu'à l'égard des registres de vaccination.

Légende : termes de notation et définitions

Élevée Il y a un besoin manifeste à l'égard des activités du programme; il y a un lien manifeste entre les objectifs du programme et i) les priorités du gouvernement fédéral et ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme sont clairs.

Partielle Il y a un besoin partiel à l'égard des activités du programme; il y a un certain lien direct ou indirect entre les objectifs du programme et i) les priorités du gouvernement fédéral et ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme sont partiellement clairs.

Faible Il n'y a pas de besoin manifeste à l'égard des activités du programme; il n'y a pas de lien manifeste entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme n'ont pas été clairement définis.

Notes de rendement et signification des termes de notation :

Un résumé des notes de rendement est présenté au tableau 2 ci-dessous. La légende contient une définition des termes de notation.

Tableau 2 : Notes de rendement et signification

Élément d'évaluation	Indicateurs	Note globale	Résumé
Atteinte des résultats escomptés (efficacité)			
Le Canada a-t-il mis en place des mécanismes pour prévenir et maîtriser les risques sanitaires?	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage du nombre total de vaccins destinés aux programmes canadiens d'immunisation financés par l'État qui ont été achetés dans le cadre du Programme FPT d'achat en vrac de vaccins • Pourcentage des provinces et territoires qui se sont engagés à adopter les normes fonctionnelles nationales relatives aux registres d'immunisation. 	Problèmes mineurs, mais importants, à résoudre	<p>Le Canada dispose de mécanismes efficaces pour prévenir et maîtriser les risques sanitaires, par exemple le Programme d'achat en vrac en partenariat avec SPAC. Bien que des registres d'immunisation comparables soient toujours requis pour dresser le portrait de la couverture vaccinale au Canada et pour fournir l'information nécessaire à la vaccination, à la gestion de l'approvisionnement en vaccins et à la déclaration des effets secondaires, de nombreuses difficultés empêchent encore la mise sur pied d'un tel système. Collectivement, l'ASPC et ses partenaires ont pris des mesures pour surmonter ces difficultés.</p> <p>Les 14 gouvernements (FPT) que compte le Canada achètent et utilisent des vaccins pour leurs programmes d'immunisation financés par des deniers publics. Géré par SPAC, le Programme d'achat en vrac assure une fonction de service commun pour l'approvisionnement en vaccins des gouvernements participants.</p> <p>Les registres d'immunisation sont des outils de surveillance importants pour obtenir des estimations de la couverture vaccinale et de l'adoption de la vaccination. Ces registres sont progressivement créés par les provinces et les territoires, mais les faits indiquent qu'ils diffèrent quant à leur contenu et leur conception d'un endroit à l'autre.</p> <p>En raison d'un ensemble de difficultés, le Canada ne dispose pas d'un système national de registres d'immunisation, et les normes en la matière sont encore en cours d'élaboration. Pour remplacer un tel système, l'ASPC et le Réseau canadien de recherche sur l'immunisation ont élaboré des normes nationales relatives à la couverture vaccinale et réalisent tous les deux ans une enquête nationale sur le sujet. Même s'il n'existe pas de système national au Canada, le gouvernement fédéral finance des organisations indépendantes, telle Inforoute Santé du Canada, pour contribuer à la tâche. Depuis 2001, Inforoute a reçu 2,1 G\$ afin de financer cinq volets d'activités, l'un de ces</p>

Légende : termes de notation et définitions

- Réussite Les résultats ou les objectifs visés ont été atteints.
- Problèmes mineurs, mais importants, à résoudre Des progrès marqués ont été faits au regard des buts ou des résultats visés, mais une attention demeure nécessaire.
- Des problèmes importants requièrent une attention particulière Peu de progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, et une attention est nécessaire en priorité.

Élément d'évaluation	Indicateurs	Note globale	Résumé
			volets étant l'élaboration de dossiers médicaux électroniques et leur déploiement, qui englobent les registres d'immunisation.
Les intervenants du Programme disposent-ils de l'information et des ressources nécessaires?	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage des intervenants qui estiment avoir l'information et les ressources de l'ASPC pour éclairer leurs politiques, programmes et façons de faire • Nombre moyen de visites mensuelles sur le site Web du <i>Guide canadien d'immunisation</i> • Nombre moyen de visites de pages Web dans les trois mois suivant la publication de nouvelles déclarations et revues de la littérature du CCNI • Qualité de l'expérience des participants à la Conférence canadienne sur l'immunisation 	Problèmes mineurs, mais importants, à résoudre	<p>En partenariat, l'ASPC conçoit des produits de connaissance essentiels à la prévention et au contrôle des MEV et de maladies respiratoires telle la grippe. L'actualité de l'information contenue dans ces produits a déjà été mise en cause, mais l'Agence prend des mesures pour que les intervenants disposent suffisamment rapidement de toute l'information dont ils ont besoin.</p> <p>Diverses études au fil des ans ont prouvé l'importance et l'utilité de ces produits de connaissance, en particulier les déclarations du CCNI. L'ASPC soutient en outre la Conférence canadienne sur l'immunisation et le Programme de formation sur les compétences en matière d'immunisation (EPIC) de la SCP, programme en ligne destiné aux professionnels de la santé.</p> <p>Des difficultés ont été signalées quant à la transmission d'information aux intervenants, y compris la navigation difficile sur le site Web et des pages qui ont été archivées alors qu'elles étaient encore d'actualité. De plus, de l'information technique sur les vaccins (analyse coût-efficacité) n'a pas été communiquée en temps utile, ce qui a probablement contribué aux différences observées relativement à l'application des recommandations du CCNI à l'échelle du pays. Toutefois, dans le cadre d'un projet pilote récent, les orientations techniques et programmatiques combinées pour le vaccin contre le méningocoque du groupe B ont été diffusées dans les 60 jours qui ont suivi l'avis de conformité.</p>
Les Canadiens disposent-ils de l'information et des outils dont ils ont besoin pour se protéger?	<ul style="list-style-type: none"> • Adoption d'une sélection de produits de transfert de connaissance en ligne sur l'évaluation de l'immunisation et l'information relative à la vaccination • Promotion de la vaccination et éducation en la matière dans les 	Problèmes mineurs, mais importants, à résoudre	<p>Certains éléments indiquent que les Canadiens utilisent les outils d'information de l'ASPC pour se protéger contre les MEV. Toutefois, un manque de connaissances subsistent, en particulier le statut vaccinal, et des points demeurent à améliorer, notamment les connaissances sur les MEV dans divers domaines.</p> <p>Le nombre de vues des pages des calendriers de vaccination en ligne a augmenté de 2013 au début de 2015, puis a diminué, probablement à cause d'une migration du site Canadiens en santé.</p>

Légende : termes de notation et définitions

Réussite Les résultats ou les objectifs visés ont été atteints.

Problèmes mineurs, mais importants, à résoudre Des progrès marqués ont été faits au regard des buts ou des résultats visés, mais une attention demeure nécessaire.

Des problèmes importants requièrent une attention particulière Peu de progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, et une attention est nécessaire en priorité.

Élément d'évaluation	Indicateurs	Note globale	Résumé
	<p>médias sociaux et participation suscitée</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de téléchargements et nombre de commandes d'exemplaires imprimés du <i>Guide sur la vaccination à l'intention des parents</i> 		<p>Le <i>Guide sur la vaccination à l'intention des parents</i> était la publication la plus régulièrement demandée à l'Agence en 2014, avec plus de 110 000 commandes d'exemplaires sur papier de la version mise à jour de 2014. Le nombre de consultations était cependant inférieur à 30 000 en 2015, alors qu'il était de plus de 100 000 pages vues les deux années précédentes. La baisse peut être attribuable à la migration du site Canadiens en santé. Le Guide s'inscrit dans une campagne d'éducation intitulée <i>C'est le temps de vacciner</i> et bien qu'il existe des données sur les diverses activités de vulgarisation et sur la quantité de guides commandés ou consultés en ligne, l'information sur la perception que les Canadiens ont du <i>Guide</i> est absente (p. ex. on ignore si les Canadiens le trouvent facile à comprendre et d'actualité).</p> <p>Depuis son lancement en 2014, l'appli ImmunizeCA a été téléchargée 143 000 fois. Des informateurs clés externes ont relevé plusieurs problèmes persistants associés à cette appli (p. ex. elle n'est pas facile à utiliser et l'information n'est pas transférable d'une province ou d'un territoire à l'autre), néanmoins l'ASPC vient d'accorder un montant de 3,5 M\$ sur trois ans pour améliorer son caractère pratique et son utilité pour les Canadiens.</p> <p>Les professionnels de la santé jouent un rôle essentiel dans le processus : une analyse récente a mis en évidence une association étroite entre la hausse de la vaccination et le fait qu'elle était recommandée par un travailleur de la santé. L'ASPC soutient en outre le programme EPIC de la SCP, qui a été adopté et adapté par des partenaires étrangers (p. ex. l'Australie).</p> <p>Bien que les Canadiens consultent les outils d'information de l'Agence, des lacunes subsistent en matière de renseignements personnels sur la vaccination; ainsi, les taux de vaccination nationaux sont estimés à l'aide de deux enquêtes nationales sur la couverture vaccinale (l'ECVNE, menée auprès des enfants, et l'ENVA, menée auprès des adultes). Les ECVNE récentes indiquent que la plupart des enfants ont reçu au moins un vaccin (seul 1,5 % des parents interrogés déclaraient ne jamais avoir fait vacciner leurs enfants), pourtant la couverture vaccinale des enfants canadiens demeure en deçà des cibles d'immunisation nationales. Lors de l'ENVA de 2014, environ les</p>

Légende : termes de notation et définitions

- Réussite Les résultats ou les objectifs visés ont été atteints.
- Problèmes mineurs, mais importants, à résoudre Des progrès marqués ont été faits au regard des buts ou des résultats visés, mais une attention demeure nécessaire.
- Des problèmes importants requièrent une attention particulière Peu de progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, et une attention est nécessaire en priorité.

Élément d'évaluation	Indicateurs	Note globale	Résumé
			<p>trois quarts des adultes estimaient que leur connaissance des bienfaits de la vaccination était suffisante, mais, fait préoccupant, si 80 % croyaient qu'ils avaient reçu tous les vaccins requis pour une personne de leur âge, après un exercice de validation, il est apparu que 6 % seulement avaient reçu le nombre recommandé de doses de vaccin anticoquelucheux et antitétanique à l'âge adulte. L'ECVNE et l'ENVA révèlent que les Canadiens préfèrent recevoir des conseils de vaccination des médecins et des infirmières.</p> <p>L'éducation de la population sur les avantages de la vaccination est un défi perpétuel, d'autant plus qu'Internet joue un grand rôle dans la dissémination d'information anti-vaccination.</p>
<p>Les Canadiens ont-ils accès (par l'intermédiaire des intervenants du CIMRI) aux vaccins?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage des intervenants qui estiment que la chaîne d'approvisionnement en vaccins est adéquate et que les Canadiens ont accès aux vaccins • Nombre et durée des perturbations de l'approvisionnement en vaccins • Pourcentage du nombre total de vaccins très prioritaires ou cruciaux pour lesquels une approche ou un plan de gestion du risque lié à l'approvisionnement existe 	<p>Problèmes mineurs, mais importants, à résoudre</p>	<p>L'approvisionnement en vaccins connaît des pénuries et des perturbations, mais l'ASPC et ses partenaires ont la capacité et les outils pour les gérer et atténuer autant que possible leurs répercussions. La disponibilité de l'information programmatique influe sur la mise en œuvre en temps opportun des recommandations en matière de vaccination dans les provinces et territoires.</p> <p>Pendant l'exercice 2015-2016, 16 perturbations touchant 14 marques différentes de vaccins ont été dénombrées. Parmi celles-ci, quatre avaient commencé pendant un exercice antérieur et s'étaient perpétuées pendant la période de rapport courante. Sept perturbations ont été résolues pendant la période de rapport. La durée médiane des perturbations était de 152 jours, et les perturbations ont duré 30 jours pour la plus courte, et 1 270 jours pour la plus longue.</p> <p>Au Canada, l'accès équitable aux programmes de vaccination peut être restreint par des décisions des gouvernements, qui choisissent d'appliquer ou non les recommandations du CCNI dans leurs programmes, et par la rapidité avec laquelle l'information devient disponible pour étayer leurs processus de décision. Un nombre substantiel d'intervenants (internes et externes) ont déclaré que cette information, qui soutient la prise de décisions, n'arrive pas au moment opportun. Citons la mise en œuvre PT des programmes de vaccination contre la varicelle financés par des deniers publics, qui s'est étalée sur sept ans, les lignes directrices n'étant pas disponibles pour les programmes.</p>

Légende : termes de notation et définitions

- Réussite Les résultats ou les objectifs visés ont été atteints.
- Problèmes mineurs, mais importants, à résoudre Des progrès marqués ont été faits au regard des buts ou des résultats visés, mais une attention demeure nécessaire.
- Des problèmes importants requièrent une attention particulière Peu de progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, et une attention est nécessaire en priorité.

Élément d'évaluation	Indicateurs	Note globale	Résumé
			<p>Certains intervenants clés ont indiqué que l'accès rapide à des conseils sur les recommandations programmatiques (p. ex. sur la rentabilité) est l'un des facteurs contraignants à l'origine des écarts d'accès des Canadiens aux vaccins.</p> <p>L'ASPC reconnaît les problèmes ci-dessus; elle est en train d'examiner des mécanismes pour faire en sorte que les conseils techniques et programmatiques soient diffusés en temps opportun en élargissant le mandat et en revisitant les rôles et responsabilités du CCNI et du CCI.</p>
Le Canada est-il en mesure d'intervenir de manière coordonnée et efficace?	<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage des intervenants (représentants PT, utilisateurs de première ligne) qui trouvent que les orientations de l'ASPC améliorent leurs décisions ou leurs façons de faire 	Problèmes mineurs, mais importants, à résoudre	<p>Les activités de l'ASPC telles que l'élaboration de lignes directrices, la production de rapports de surveillance, la production de rapports sur l'innocuité des vaccins et la coordination de la recherche contribuent à une intervention coordonnée et efficace. Les leçons tirées de l'épidémie de grippe H1N1 de 2009 ont été mises en pratique et les activités récurrentes liées à la grippe saisonnière sont des occasions de roder le système de préparation aux gripes aviaire et pandémique.</p> <p>Des entretiens avec des informateurs clés ont révélé que l'ASPC a fait la preuve de sa capacité à intervenir de façon coordonnée et efficace en cas d'événements touchant l'immunisation et les maladies respiratoires infectieuses à l'occasion d'un certain nombre d'événements survenus depuis 2011, notamment lors de l'apparition de nouveaux virus (H5N1, H7N9 et MERS-CoV) et pendant plusieurs éclosions de coqueluche et de rougeole dans les provinces et territoires. Bien que l'Agence ait élaboré un modèle d'évaluation rapide du risque en cas d'événement lié aux maladies infectieuses émergentes (le Cadre d'évaluation rapide du risque pour la santé publique), elle n'effectue ni suivi ni rapport systématiques de ses interventions ponctuelles.</p>
Les Canadiens prennent-ils des mesures positives pour se protéger?	<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage des enfants canadiens âgés de deux ans ayant reçu au moins une dose du vaccin contre la rougeole avant leur deuxième anniversaire Pourcentage des adultes de 65 ans et plus ayant reçu un vaccin antipneumococcique (conformément aux recommandations du CCNI) 	Problèmes mineurs, mais importants, à résoudre	<p>La grande majorité des enfants canadiens sont vaccinés, mais des poches de sous-vaccination ou de non-vaccination subsistent au pays.</p> <p>En 2011, le taux de vaccination contre la rougeole était de 88,4 %, et, en 2013, de 89,6 %. Toutefois, la couverture reste inférieure à la cible de 97 % fixée à la Conférence du consensus sur la rougeole en 1993. Les estimations de l'ECVNE sont probablement inférieures aux taux de vaccination réels, car les méthodes de cette enquête sont basées sur des données recueillies dans les dossiers de vaccination tenus par les parents. Des poches de sous-vaccination ou de non-vaccination subsistent au pays : les données de</p>

Légende : termes de notation et définitions

- Réussite Les résultats ou les objectifs visés ont été atteints.
- Problèmes mineurs, mais importants, à résoudre Des progrès marqués ont été faits au regard des buts ou des résultats visés, mais une attention demeure nécessaire.
- Des problèmes importants requièrent une attention particulière Peu de progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, et une attention est nécessaire en priorité.

Élément d'évaluation	Indicateurs	Note globale	Résumé
	<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage des cibles nationales de couverture vaccinale qui ont été atteintes 		<p>l'ENVA aident à surveiller les taux nationaux d'administration des vaccins recommandés par le CCNI et de vaccination des groupes cibles particuliers. Le vaccin polysaccharidique contre le pneumocoque, que les provinces et territoires financent, est recommandé aux personnes de 65 ans et plus par le CCNI. D'après l'ENVA, de 2006 à 2014, le taux de vaccination antipneumococcique chez les adultes de 65 ans et plus est resté stable entre 34 % et 38 %. Ces estimations sont inférieures à la cible de 80 %.</p> <p>Les obstacles à l'amélioration de la couverture vaccinale comprennent le manque de connaissances ou de sensibilisation à l'égard des vaccins. Un lien a été établi entre les travailleurs de la santé, source d'information en laquelle les Canadiens ont confiance, et l'augmentation des taux de vaccination.</p>
Démonstration d'économie et d'efficience			
<p>Les activités de programme ont-elles été menées de la manière la plus efficiente possible? Des gains d'efficience sont-ils réalisables au niveau de l'infrastructure des systèmes de surveillance ou des activités de coordination et de collaboration dans le travail avec les partenaires de l'ASPC dans le domaine?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Capacité des systèmes et des services informatiques à répondre adéquatement aux besoins, aux priorités et aux échéances du programme de surveillance Degré de coordination et de collaboration avec les partenaires de l'ASPC (p. ex. entente sur des produits de recherche avec les IRSC) Efficience du modèle de gouvernance du Programme (peut-être, à envisager) Nombre moyen de jours suivant un avis de conformité pour publier des déclarations du CCNI ou les mises à jour des déclarations pour les produits qui viennent d'être homologués au Canada Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles et conséquences 	<p>Problèmes mineurs, mais importants, à résoudre</p>	<p>La vaccination est une intervention de santé publique rentable, car elle permet d'économiser des millions de dollars en coûts directs et sociaux. Au sein de l'ASPC, des gains d'efficience ont été réalisés grâce à l'utilisation efficace de résultats de mesure du rendement. D'autres gains pourraient être réalisés par l'examen des structures de gouvernance et des cas d'effets secondaires.</p> <p>L'ASPC a récemment élaboré des procédures opérationnelles normalisées (PON) pour assurer un suivi en temps opportun de l'examen des déclarations de graves effets secondaires suivant l'immunisation. Globalement, l'Agence a réussi à appliquer les PON pour examiner les cas de priorité I (90 %), priorité II (94,5 %) et priorité III (99 %) en 2015 (durées médianes). L'écart par rapport à l'objectif d'examen dans les délais en août et septembre 2015 découlait directement de l'envoi par une autorité d'un arriéré de plus de 2 000 cas survenus sur plus d'une décennie, qui n'a pas nui aux activités d'intervention immédiate à la suite d'effets secondaires.</p> <p>L'ASPC effectue aussi des examens de cas (y compris un deuxième examen plus exhaustif des cas plus graves, mené par un médecin expert en innocuité). La capacité de l'ASPC à respecter les PON dans ce domaine était moins constante (54 % [médiane] des délais prescrits ont été respectés en 2015, selon les rapports mensuels). Même si cela peut être attribué en partie à l'arriéré de cas susmentionné, l'Agence n'a pas respecté ses engagements pendant un certain nombre de mois sur une période de deux ans.</p>

Légende : termes de notation et définitions

- Réussite Les résultats ou les objectifs visés ont été atteints.
- Problèmes mineurs, mais importants, à résoudre Des progrès marqués ont été faits au regard des buts ou des résultats visés, mais une attention demeure nécessaire.
- Des problèmes importants requièrent une attention particulière Peu de progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, et une attention est nécessaire en priorité.

Élément d'évaluation	Indicateurs	Note globale	Résumé
	<ul style="list-style-type: none"> Caractère approprié du pourcentage des frais généraux administratifs (à considérer; 1,4 M\$ en subventions et contributions aux IRSC à des fins de recherche) Degré auquel les échéances de traitement des données des procédures opérationnelles normalisées (PON) du SCSESSI sont respectées (surveillance) Degré auquel les examens de dossier médical sont achevés conformément aux PON applicables à ces examens (surveillance) Actualité des données de surveillance Efficience du processus d'approvisionnement lié à l'immunisation et analyse comparative avec d'autres modèles (p. ex. pharmaceutique) 		<p>L'ASPC envisage plusieurs façons de résoudre son problème de capacité et a récemment augmenté ses effectifs de professionnels du domaine médical pour y remédier.</p> <p>D'après le sondage auprès des intervenants, certains des groupes de travail pourraient fonctionner de manière plus efficace. En effet, il y aurait de la confusion quant aux rôles et responsabilités des membres, ainsi qu'un manque de clarté quant à la raison d'être et aux objectifs de ces groupes de travail et à leur place dans la structure de gouvernance FPT.</p>
L'ASPC a-t-elle produit ses extrants et atteint ses objectifs de la façon la plus économique possible?	<ul style="list-style-type: none"> Points de vue à l'égard du fait que les coûts de production d'extrants sont aussi bas que possible et que l'on en tire une valeur Points de vue à l'égard de l'affectation appropriée des fonds 	Problèmes mineurs, mais importants, à résoudre	À l'interne, l'ASPC a dépensé environ 151,9 M\$ sur cinq ans. De façon générale, il y a peu d'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles, et il convient de noter que la majorité des dépenses du CIMRI sont consacrées à la préparation en cas de pandémie (58 %). Les dépenses excédentaires ont été consacrées à la planification en cas de pandémie : en 2012-2013, les dépenses d'exploitation réelles étaient plus élevées pour la préparation des vaccins et les essais cliniques, les contributions à la Réserve nationale d'antiviraux et d'autres activités, mineures, d'amélioration de l'état de préparation en cas de pandémie. Ces types d'activités auraient été requis après l'intervention suivant la pandémie de grippe H1N1 en 2009 et 2010.
Des mécanismes de mesure du rendement	<ul style="list-style-type: none"> Existence d'un cadre ou d'une 	Problèmes mineurs, mais importants, à	Ces dernières années, diverses études ont été menées et ont été exploitées pour améliorer le travail effectué au CIMRI. Cela apparaît clairement à travers les activités

Légende : termes de notation et définitions

Réussite Les résultats ou les objectifs visés ont été atteints.

Problèmes mineurs, mais importants, à résoudre Des progrès marqués ont été faits au regard des buts ou des résultats visés, mais une attention demeure nécessaire.

Des problèmes importants requièrent une attention particulière Peu de progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, et une attention est nécessaire en priorité.

Élément d'évaluation	Indicateurs	Note globale	Résumé
adéquats ont-ils été mis en place? Si tel est le cas, l'information sert-elle à éclairer les décisions de la haute direction?	<p>stratégie de mesure du rendement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Processus adéquat de collecte de données sur le rendement • Utilisation de données sur le rendement dans la prise de décisions 	résoudre	<p>planifiées par le Centre, qui correspondent aux résultats de mesure du rendement (formelle et informelle) enregistrés au cours de deux dernières années.</p> <p>Certaines données n'étaient pas disponibles, mais la plupart des rapports d'indicateurs ont constitué des sources de données essentielles à l'évaluation, en plus d'avoir orienté l'équipe d'évaluation dans ses activités de collecte des données primaires. Bien que certaines données sur les tendances manquent toujours, d'autres seront désormais considérées comme des données de référence.</p> <p>Dans les domaines sujets à amélioration, il serait judicieux de se concentrer sur la déclaration rapide des indicateurs et l'analyse de la pertinence de certains indicateurs en tant qu'outils de mesure des résultats et de déterminer si d'autres informations accessibles au Programme pourraient figurer dans la stratégie.</p>

Légende : termes de notation et définitions

- Réussite Les résultats ou les objectifs visés ont été atteints.
- Problèmes mineurs, mais importants, à résoudre Des progrès marqués ont été faits au regard des buts ou des résultats visés, mais une attention demeure nécessaire.
- Des problèmes importants requièrent une attention particulière Peu de progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, et une attention est nécessaire en priorité.

Notes de fin de document

- ¹ Agence de la santé publique du Canada (2013). *Guide canadien d'immunisation*. Consulté à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p01-02-fra.php>
- ² Langley JM, Naus M. Immunization: a global challenge for the 21st Century. *Expert Rev Vaccines* 2011 Apr;10(4):429-431.
- ³ Agence de la santé publique du Canada. (2013-11-29). *Avantages de l'immunisation*. Consulté à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p01-02-fra.php>
- ⁴ Smith, T., Rotondo, J., Desai, S., & Deehand, H. (2014). Surveillance de la coqueluche au Canada : tendances jusqu'à 2012. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*. 40(3). 19-29. ISSN 1719-3109.
- ⁵ Li, Ya., Tsang, R., Desai, S., & Deehan, H. (2014). Surveillance accrue des méningococcies invasives au Canada, 2006-2011. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*. 40(9). Consulté à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/14vol40/dr-rm40-09/dr-rm40-09-surv-fra.php>
- ⁶ Sherrard L., Hiebert J., Cunliffe J., Mendoza L., Cutler J. (2015). *Surveillance de la rougeole au Canada, 2015*. Consulté à l'adresse : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/16vol42/dr-rm42-7/assets/pdf/16vol42_7-ar-01-fra.pdf
- ⁷ Agence de la santé publique du Canada. (2016-06-28). *Nombre de cas signalés de maladies de 1924 à 2014 au Canada - maladies à déclaration obligatoire*. Consulté à l'adresse : <http://maladies.canada.ca/declaration-obligatoire/graphiques?c=pl>
- ⁸ Agence de la santé publique du Canada. (2016-06-28). *Nombre de cas signalés de maladies de 1924 à 2014 au Canada - maladies à déclaration obligatoire*. Consulté à l'adresse : <http://maladies.canada.ca/declaration-obligatoire/graphiques?c=pl>
- ⁹ World Health Organization. (2008-01-25). *Immunization, Vaccines and Biologicals*. Consulté à l'adresse : <http://www.who.int/immunization/topics/influenza/en/>
- ¹⁰ Organisation mondiale de la Santé. (2013-05-01). Vaccins antigrippaux: Note d'information de l'OMS. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2005(33), 279-87.
- ¹¹ Bird C. (2013-06-11). Measles outbreaks threaten those averse to vaccine. *Canadian Medical Association Journal*, 185(9): E393-4.
- ¹² Organisation mondiale de la Santé (2016). *Rougeole*. Consulté à l'adresse : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/en/>
- ¹³ Bird C. (2013-06-11). Measles outbreaks threaten those averse to vaccine. *Canadian Medical Association Journal*, 185(9): E393-4.
- ¹⁴ Agence de la santé publique du Canada. (2013-11-29). Partie 1 – Avantages de l'immunisation. *Guide canadien d'immunisation*. Consulté à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p01-02-fra.php>

- ¹⁵ Agence de la santé publique du Canada. (2015-04-21). Vaccin contre la rougeole– Partie 4. *Guide canadien d'immunisation*. Consulté à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p04-meas-roug-fra.php>
- ¹⁶ Agence de la santé publique du Canada. (2013-11-29). Partie 1 – Avantages de l'immunisation. *Guide canadien d'immunisation*. Consulté à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p01-02-fra.php>
- ¹⁷ Agence de la santé publique du Canada (2014). *Guide canadien d'immunisation*. Consulté à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p01-fra.php>
- ¹⁸ Agence de la santé publique du Canada. (2015). *Couverture vaccinale des enfants au Canada : résultats de l'Enquête sur la couverture vaccinale nationale des enfants (ECVNE) de 2013*. Consulté à l'adresse : <http://canadiensensante.gc.ca/publications/healthy-living-vie-saine/immunization-coverage-children-2013-couverture-vaccinale-enfants/index-fra.php>
- ¹⁹ Agence de la santé publique du Canada. (2015). *Couverture vaccinale des adultes canadiens : résultats de l'Enquête nationale sur la vaccination des adultes (ENVA) de 2014*. Consulté à l'adresse : <http://www.healthycanadians.gc.ca/publications/healthy-living-vie-saine/vaccine-coverage-adults-results-2014-resultats-couverture-vaccinale-adultes/index-fra.php>
- ²⁰ Lind C, Russell ML, Collins R, MacDonald J, Frank CJ, Davis AE. (2015). How rural and urban parents describe convenience in the context of school-based influenza vaccination: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*, 15:24.
- ²¹ Corace K, Prematunge C, McCarthy A, Nair RC, Roth V, Hayes T, et al. (2013-08). Predicting influenza vaccination uptake among health care workers: what are the key motivators? *Am J Infect Control*, 41(8):679-684.
- ²² Driedger SM, Maier R, Furgal C, Jardine C. (2015). Factors influencing H1N1 vaccine behavior among Manitoba Metis in Canada: a qualitative study. *BMC Public Health*, 15:128.
- ²³ Doroshenko A, Hatchette J, Halperin SA, MacDonald NE, Graham JE. (2012). Challenges to immunization: the experiences of homeless youth. *BMC Public Health*, 12:338.
- ²⁴ MacDougall DM, Halperin BA, MacKinnon-Cameron D, Li L, McNeil SA, Langley JM, et al. (2015). The challenge of vaccinating adults: Attitudes and beliefs of the Canadian public and healthcare providers. *BMJ Open*, 5(9).
- ²⁵ Lind C, Russell ML, Collins R, MacDonald J, Frank CJ, Davis AE. (2015). How rural and urban parents describe convenience in the context of school-based influenza vaccination: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*, 15:24.
- ²⁶ Doroshenko A, Hatchette J, Halperin SA, MacDonald NE, Graham JE. (2012). Challenges to immunization: the experiences of homeless youth. *BMC Public Health*, 12:338.

- ²⁷ Rossi C, Schwartzman K, Oxlade O, Klein MB, Greenaway C. (2013). Hepatitis B screening and vaccination strategies for newly arrived adult Canadian immigrants and refugees: a cost-effectiveness analysis. *PLoS ONE* 8(10):e78548.
- ²⁸ Corace K, Prematunge C, McCarthy A, Nair RC, Roth V, Hayes T, et al. (2013-08). Predicting influenza vaccination uptake among health care workers: what are the key motivators? *Am J Infect Control*, 41(8):679-684.
- ²⁹ Gorman JR, Brewer NT, Wang JB, Chambers CD. (2012-12-17). Theory-based predictors of influenza vaccination among pregnant women. *Vaccine*, 31(1):213-218.
- ³⁰ Wilson SE, Seo CY, Lim GH, Fediurek J, Crowcroft NS, Deeks SL. (2015). Trends in medical and nonmedical immunization exemptions to measles-containing vaccine in Ontario: an annual cross-sectional assessment of students from school years 2002/03 to 2012/13. *CMAJ Open*, 3(3):E317-23.
- ³¹ Taddio A, Ipp M, Thivakaran S, Jamal A, Parikh C, Smart S, et al. (2012-07-06). Survey of the prevalence of immunization non-compliance due to needle fears in children and adults. *Vaccine*, 30(32):4807-4812.
- ³² Rieder MJ, Robinson JL, Bernstein ML, Boucher F, Goldman RD, Jong G, et al. (2015). 'Nosodes' are no substitute for vaccines. *Paediatr Child Health*, 20(4):219-220.
- ³³ Public Health Agency of Canada. (2015). Public Perception of Immunization. *Medal Intel on Health*, pg. 31.
- ³⁴ Dube E, Vivion M, Sauvageau C, Gagneur A, Gagnon R, Guay M. (2016-02). "Nature Does Things Well, Why Should We Interfere?": Vaccine Hesitancy Among Mothers. *Qual Health Res*, 26(3):411-425
- ³⁵ Abu Kuwaik G, Roberts W, Zwaigenbaum L, Bryson S, Smith IM, Szatmari P, et al. Immunization uptake in younger siblings of children with autism spectrum disorder. *Autism* 2012 Feb;18(2):148-155.
- ³⁶ Gilmour J, Harrison C, Asadi L, Cohen MH, Vohra S. Childhood immunization: when physicians and parents disagree. *Pediatrics* 2011 Nov;128(Suppl 4):S167-74.
- ³⁷ Dube E, Vivion M, Sauvageau C, Gagneur A, Gagnon R, Guay M. "Nature Does Things Well, Why Should We Interfere?": Vaccine Hesitancy Among Mothers. *Qual Health Res* 2016 Feb;26(3):411-425.
- ³⁸ Scheifele DW, Naus M, Crowcroft NS, Dobson S, Halperin SA, Bjornson G. (2013). Optimizing Canadian public immunization programs: a prescription for action. *Can J Public Health* 2011 May-Jun; 102(3):193-195.
- ³⁹ Ismail SJ, Langley JM, Harris TM, Warshawsky BF, Desai S, FarhangMehr M. Canada's National Advisory Committee on Immunization (NACI): evidence-based decision-making on vaccines and immunization. *Vaccine* 2010 Apr 19;28(Suppl 1):A58-63.

- ⁴⁰ Ismail SJ, Langley JM, Harris TM, Warshawsky BF, Desai S, FarhangMehr M. Canada's National Advisory Committee on Immunization (NACI): evidence-based decision-making on vaccines and immunization. *Vaccine* 2010 Apr 19;28(Suppl 1):A58-63.
- ⁴¹ Ismail SJ, Langley JM, Harris TM, Warshawsky BF, Desai S, FarhangMehr M. Canada's National Advisory Committee on Immunization (NACI): evidence-based decision-making on vaccines and immunization. *Vaccine* 2010 Apr 19;28(Suppl 1):A58-63.
- ⁴² Ahemd, S. S., Black, S., & Ulmer J. (2012). New developments and concepts related to biomarker application to vaccines. *Microbial Biotechnology* 5(2): 233-240.
- ⁴³ Ismail SJ, Langley JM, Harris TM, Warshawsky BF, Desai S, FarhangMehr M. (2010-04-19). Canada's National Advisory Committee on Immunization (NACI): evidence-based decision-making on vaccines and immunization. *Vaccine*, 28(Suppl 1):A58-63.
- ⁴⁴ Mooi, F.R., Van Der Maas, N. A. T., De Melker, H. E. (2013). Pertussis resurgence: waning immunity and pathogen adaptation - two sides of the same coin. *Epidemiol. Infect.* 142: 685-694.
- ⁴⁵ Huot C, Sauvageau C, Tremblay G, Dube E, Ouakki M. (2010-02-03). Adult immunization services: steps have to be done. *Vaccine*, 28(5):1177-1180.
- ⁴⁶ Premier ministre du Canada. (2015). *Lettre de mandat de la ministre de la Santé*. Consulté à l'adresse : <http://pm.gc.ca/fra/lettre-de-mandat-de-la-ministre-de-la-sante>
- ⁴⁷ (2015). A Vaccine Supply Risk Management Strategy for Canada.
- ⁴⁸ (2015). NIS_TG technical report 2015.
- ⁴⁹ Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada. (2014-03). *Évaluation de synthèse des paiements de transfert octroyés aux organisations pancanadiennes de 2008-2009 à 2012-2013*. Consulté à l'adresse : http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/alt_formats/pdf/performance/eval/payments-paiements-fra.pdf
- ⁵⁰ Inforoute Santé du Canada. (2016). *Registre de vaccination*. Consulté à l'adresse : <https://www.inforoute.ca/fr/accueil/85-fournisseurs/services-de-certification/270-registre-de-vaccination>
- ⁵¹ Agence de la santé publique du Canada. (2016). *Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI)*. Consulté à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/naci-ccni/index-fra.php>
- ⁵² Organisation mondiale de la Santé. (2015-08). *Vaccination, vaccins et produits biologiques*. Consulté à l'adresse : http://www.who.int/immunization/sage/national_advisory_committees/fr/
- ⁵³ Gouvernement du Canada. (2016). *À propos de Surveillance de l'influenza*. Consulté à l'adresse : <http://canadiensensante.gc.ca/diseases-conditions-maladies-affections/disease-maladie/flu-grippe/surveillance/about-fluwatch-au-sujet-surveillance-influenza-fra.php>

- ⁵⁴ Gouvernement du Canada. (2016). *Renseignements sur l'immunisation - provinces et territoires*. Consulté à l'adresse : <http://canadiensensante.gc.ca/healthy-living-vie-saine/immunization-immunisation/children-enfants/schedule-calendrier-fra.php>
- ⁵⁵ Immunisation Canada. (2016). *Appli ImmunizeCA*. Consulté à l'adresse : <http://immunize.ca/fr/app.aspx>
- ⁵⁶ Agence de la santé publique du Canada. (2012). *Couverture vaccinale des enfants canadiens : résultats de l'Enquête sur la couverture vaccinale nationale des enfants de 2011*.
- ⁵⁷ CTV. (2016-03-31). *Quarantine consternation in Edmonton measles scare*. Consulté à l'adresse : <http://www.ctvnews.ca/health/quarantine-consternation-in-edmonton-measles-scare-1.2840170>.
- ⁵⁸ Inforoute Santé du Canada. (2015-10). *Aurez-vous la piqûre du numérique? Points de vue de parents au sujet de la tenue des dossiers de vaccination*. Consulté à l'adresse : <https://www.inforoute.ca/fr/component/edocman/ressources/rapports/securite-des-patients/2941-aurez-vous-la-piqure-du-numerique-points-de-vue-de-parents-au-sujet-de-la-tenue-des-dossiers-de-vaccination?Itemid=189>
- ⁵⁹ Agence de la santé publique du Canada (2012). *À propos de la varicelle*. Consulté à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/im/vpd-mev/varicella-fra.php>
- ⁶⁰ Agence de la santé publique du Canada. (2016-08-21). *Système canadien de surveillance des effets secondaires suivant l'immunisation (SCSESSI)*. Consulté à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/im/vs-sv/index-fra.php>
- ⁶¹ Vaccine Acceptance and Uptake Task Group. (2016). *Recommended Approach to Improve Vaccine Acceptance and Uptake in Canada*.
- ⁶² World Health Organization. (2016). *Measles Immunization Coverage*. Consulté à l'adresse : http://www.who.int/gho/mdg/child_mortality/situation_trends_measles_immunization/en/
- ⁶³ Conférence de concertation sur la rougeole. (1993-05-30). *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 19(10):72-9.
- ⁶⁴ Agence de la santé publique du Canada. (2015). *Couverture vaccinale des enfants au Canada : résultats de l'Enquête sur la couverture vaccinale nationale des enfants (ECVNE) de 2013*. Consulté à l'adresse : <http://canadiensensante.gc.ca/publications/healthy-living-vie-saine/immunization-coverage-children-2013-couverture-vaccinale-enfants/index-fra.php>
- ⁶⁵ Agence de la santé publique du Canada. (2012). *Couverture vaccinale des enfants canadiens : résultats de l'Enquête sur la couverture vaccinale nationale des enfants de 2011*.
- ⁶⁶ 2015 Survey on Vaccine Hesitancy with Health Professionals.
- ⁶⁷ Agence de la santé publique du Canada. (2014). *Couverture vaccinale des adultes canadiens : Résultats de l'Enquête nationale sur la vaccination des adultes (ENVA) de 2014*. Consulté à l'adresse : <http://www.canadiensensante.gc.ca/publications/healthy-living-vie-saine/vaccine-coverage-adults-results-2014-resultats-couverture-vaccinale-adultes/index-fra.php>

- ⁶⁸ Agence de la santé publique du Canada. (2014). *Couverture vaccinale des adultes canadiens : Résultats de l'Enquête nationale sur la vaccination des adultes (ENVA) de 2014*. Consulté à l'adresse : <http://www.canadiensensante.gc.ca/publications/healthy-living-vie-saine/vaccine-coverage-adults-results-2014-resultats-couverture-vaccinale-adultes/index-fra.php>
- ⁶⁹ Agence de la santé publique du Canada. (2014). *Couverture vaccinale des adultes canadiens : Résultats de l'Enquête nationale sur la vaccination des adultes (ENVA) de 2014*. Consulté à l'adresse : <http://www.canadiensensante.gc.ca/publications/healthy-living-vie-saine/vaccine-coverage-adults-results-2014-resultats-couverture-vaccinale-adultes/index-fra.php>
- ⁷⁰ Agence de la santé publique du Canada. (2014). *Couverture vaccinale des adultes canadiens : Résultats de l'Enquête nationale sur la vaccination des adultes (ENVA) de 2014*. Consulté à l'adresse : <http://www.canadiensensante.gc.ca/publications/healthy-living-vie-saine/vaccine-coverage-adults-results-2014-resultats-couverture-vaccinale-adultes/index-fra.php>
- ⁷¹ (2015). Survey on Vaccine Hesitancy with Health Professionals.
- ⁷² Vaccine Acceptance and Uptake Task Group. (2016). *Recommended Approach to Improve Vaccine Acceptance and Uptake in Canada*.
- ⁷³ Vaccine Acceptance and Uptake Task Group. (2016). *Recommended Approach to Improve Vaccine Acceptance and Uptake in Canada*.
- ⁷⁴ Agence de la santé publique du Canada (2013). *Guide canadien d'immunisation*. Consulté à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p01-02-fra.php>
- ⁷⁵ Agence de la santé publique du Canada (2013). *Guide canadien d'immunisation*. Consulté à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p01-02-fra.php> le 8 juin 2016.