

Ministère de la Santé

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

Version 7.0, 13 janvier 2022

## Aperçu des changements

- Les personnes immunodéprimées admissibles à une série primaire à trois doses peuvent recevoir une dose de rappel au moins 3 mois (84 jours) après la dernière dose de la série primaire ([page 5](#)).
- Quatrième dose pour certains groupes au moins 3 mois (84 jours) après leur troisième dose ([page 11](#)).

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

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

## Table des matières

Contexte.....	3
Troisième dose : série primaire à trois doses ou dose de rappel.....	5
Série primaire à trois doses pour les personnes modérément ou gravement immunodéprimées .....	5
Doses de rappel pour des groupes particuliers.....	12
Quatrième dose pour des groupes particuliers.....	12
Période d'observation après la dose de rappel ou la quatrième dose.....	13
Tableau 2 : Options et justifications concernant le type et la dose de vaccin offerts comme dose de rappel contre la COVID-19 dans certains groupes.....	13
1. Résidents de foyers de soins de longue durée (FSLD), de maisons de retraite et de pavillons de soins pour aînés, et aînés vivant dans d'autres milieux d'hébergement collectif.....	15
2. Adultes de 50 ans et plus.....	16
3. Travailleurs de la santé .....	17
4. Adultes des Premières Nations, inuits et métis .....	18
5. Personnes ayant reçu une série primaire composée uniquement de vaccins à vecteur viral (vaccin contre la COVID-19 d'AstraZeneca/COVISHIELD ou de Janssen) .....	19
Annexe A : Liste alphabétique de médicaments immunosuppresseurs.....	20
Annexe B : Liste des travailleurs de la santé admissibles à une dose de rappel.....	21

## Contexte

Le ministère de la Santé surveille étroitement la prévalence des variants préoccupants Delta et Omicron à l'échelle mondiale et en Ontario, et particulièrement le degré de transmissibilité et la gravité de la maladie associés à ces variants.

**L'atteinte d'une couverture élevée au moyen d'une première et d'une seconde dose demeure l'objectif et la principale priorité du programme de vaccination contre la COVID-19 de l'Ontario. En réponse au nouveau risque associé au variant Omicron, le déploiement accéléré des doses de rappel pourrait accroître la protection dans la population.**

À l'heure actuelle, une première série de vaccins contre la COVID-19 est associée à une haute efficacité, sans signe de déclin de la protection, contre les symptômes graves de la maladie, les hospitalisations et les décès pour la plupart des populations. Malgré certaines données probantes sur un risque d'infection après la vaccination s'accroissant au fil du temps, les personnes ayant reçu une série vaccinale à deux doses contre la COVID-19 continuent de présenter un risque nettement plus faible d'infection par le SRAS-CoV-2 par rapport aux personnes non vaccinées et, lorsque des infections surviennent, les symptômes tendent à être plus bénins chez les personnes vaccinées ([CCNI, 2021](#)). Toutefois, des données émergentes indiquent que l'efficacité vaccinale contre les infections et la maladie diminue avec le temps, et que l'efficacité des vaccins actuellement approuvés contre le variant Omicron est incertaine. Ainsi, chez certains groupes, une dose supplémentaire pourrait être requise pour obtenir une protection plus durable.

Santé Canada a approuvé l'administration des vaccins contre la COVID-19 de Pfizer-BioNTech et de Moderna en doses de rappel après l'administration de la série primaire chez les personnes de 18 ans et plus. Une analyse du rapport entre les risques et les avantages pour des patients particuliers est au cœur du processus décisionnel collaboratif entre le clinicien et les patients. Le consentement éclairé pour l'administration d'une dose supplémentaire de vaccin contre la COVID-19 doit clairement préciser ce qui est connu et inconnu concernant les risques et avantages d'une troisième dose. Les données d'essais cliniques indiquent que les doses de rappel de vaccins à ARNm administrées six mois après la première série ont entraîné une forte réponse immunitaire. Des preuves en conditions réelles montrent que la dose de rappel est associée à une bonne efficacité vaccinale à court terme et à une protection semblable à celle que procure la deuxième dose du vaccin. Il n'y a actuellement aucune donnée sur l'efficacité à long terme des doses de rappel; ainsi, on ne connaît pas pour l'instant la durée de cette protection. Les données sur le

risque de myocardite et de péricardite après l'administration d'une dose de rappel d'un vaccin à ARNm sont limitées, mais le risque semble inférieur au risque déjà faible de développer une telle complication après la deuxième dose d'une série primaire, mais supérieur au risque associé à l'administration de la première dose ([CCNI, 2021](#)). Consulter [les orientations](#) du CCNI pour en savoir plus sur les données publiées, la sécurité et l'immunogénicité de la troisième dose (ou dose de rappel) de vaccin contre la COVID-19 au Canada. À titre de précaution, l'administration d'une dose supplémentaire aux personnes qui ont subi une myocardite ou une péricardite après avoir reçu une dose devrait être reportée jusqu'à ce que plus de renseignements soient disponibles ([CCNI, 2021](#)).

Nous recommandons aux personnes qui ont reçu le vaccin contre la COVID-19 d'AstraZeneca/COVISHIELD pour leur première et leur seconde dose de recevoir un vaccin à base d'ARNm pour leur troisième dose ou dose de rappel. Les personnes qui ont eu une réaction allergique grave immédiatement après l'administration de la première dose d'un vaccin à ARNm peuvent recevoir, de manière sûre, des doses supplémentaires du même vaccin ou d'un autre vaccin à ARNm après avoir consulté un allergologue ou un immunologue, ou tout autre médecin compétent. Consulter les [recommandations du CCNI sur l'utilisation des vaccins contre la COVID-19](#) pour en savoir plus. Si une personne a besoin d'un vaccin à vecteur viral comme dose de rappel ou choisit de recevoir un tel vaccin, le [consentement éclairé](#) doit inclure une discussion sur le manque de données concernant l'utilisation et l'efficacité d'une dose supplémentaire de ce type de vaccin, et sur le risque accru de développer une thrombocytopénie thrombotique immunitaire induite par le vaccin (TTIV), un syndrome de fuite capillaire ou un syndrome de Guillain-Barré (SGB) après l'administration d'un vaccin à vecteur viral contre la COVID-19 ([CCNI, 2021](#)).

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

Pour en savoir plus sur l'administration de doses supplémentaires à la suite d'une vaccination à l'extérieur de la province, consulter le [Document d'orientation sur la](#)

[COVID-19 à l'intention des personnes vaccinées à l'extérieur de l'Ontario et du Canada](#)  
du ministère de la Santé.

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

Dans le passé, dans le cadre d'autres programmes de vaccination, des années de surveillance post commercialisation ont été nécessaires pour déterminer l'intervalle optimal entre les doses et le nombre de doses requises dans la première série pour maintenir une protection à long terme. Selon les orientations provisoires du CCNI [sur la dose de rappel d'un vaccin contre la COVID-19 au Canada](#), l'objectif d'une dose de rappel est de restaurer la protection qui peut avoir diminué au fil du temps pour atteindre un niveau qui n'est plus jugé suffisant chez les personnes qui, initialement, ont répondu de manière adéquate à une série vaccinale primaire complète. Cette approche diffère de l'intention d'une dose supplémentaire qui peut s'ajouter à la série vaccinale primaire standard pour renforcer la réponse immunitaire et établir un niveau de protection suffisant pour les personnes n'ayant pas développé de réponse immunitaire ou ayant développé une réponse immunitaire sous-optimale après une première série à deux doses. Bien que le terme « dose de rappel » soit utilisé dans les directives, le CCNI continue d'examiner les données scientifiques émergentes pour voir si cette dose est effectivement une dose de rappel (c'est-à-dire qu'elle stimule une réponse immunitaire secondaire une fois que la protection est réellement affaiblie) ou si elle devrait plutôt être considérée comme faisant partie de la série primaire (soit pour favoriser une forte réponse immunitaire primaire et secondaire). Le CCNI modifiera la terminologie au besoin. Voir [les orientations provisoires](#) du CCNI pour en savoir plus.

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

### Justification

- Certains groupes courent un risque accru de développer des maladies graves causées par la COVID-19, et ont démontré une réponse immunitaire sous-optimale après avoir reçu une série complète de deux doses d'un vaccin contre la COVID-19 en raison de leur problème de santé sous-jacent. Voir la [Réponse rapide du Comité consultatif national de l'immunisation \(CCNI\) : Dose](#)

[supplémentaire de vaccin contre la COVID-19 chez les sujets immunodéprimés après une série primaire de 1 ou 2 doses](#) pour en savoir plus.

- Des données probantes émergentes existent sur l'innocuité et l'immunogénicité à la suite d'une troisième dose d'un vaccin contre la COVID-19 pour ceux n'ayant pas subi de séroconversion à la suite de leur deuxième dose dans certains groupes immunodéprimés. De fait, certains groupes de personnes modérément ou gravement immunodéprimées pourraient profiter d'une troisième dose pour compléter une première série de vaccins contre la COVID-19.

### Recommandations

- À l'heure actuelle, une troisième dose d'un vaccin à ARNm contre la COVID-19 sera offerte aux groupes qui suivent admissibles à la vaccination avec le produit vaccinal autorisé pour leur groupe d'âge (ces recommandations s'appliquent aussi aux enfants de 5 à 11 ans qui font partie des groupes ci-dessous) afin de compléter une première série de vaccins contre la COVID-19 :
  - Personnes sous dialyse (hémodialyse ou dialyse péritonéale)
  - Personnes recevant un traitement actif<sup>1</sup> (p. ex., chimiothérapie, thérapies ciblées, immunothérapie) pour des malignités tumorales solides et hématologiques.
  - Personnes ayant subi une transplantation d'organe plein et étant sous traitement immunosuppresseur.
  - Personnes ayant subi un traitement par récepteurs d'antigènes chimériques (CAR-T) ou une greffe de cellules souches hématopoïétiques (dans les deux ans suivant la greffe ou le traitement immunosuppresseur).
  - Personnes présentant une immunodéficience modérée à sévère (p. ex., syndrome de DiGeorge, syndrome de Wiskott-Aldrich).

---

<sup>1</sup> Les patients ayant terminé un traitement au cours des trois derniers mois reçoivent un traitement actif. Le traitement actif est défini comme la chimiothérapie, les thérapies ciblées, l'immunothérapie, et exclut les personnes recevant une thérapie qui ne supprime pas le système immunitaire (p. ex., uniquement l'hormonothérapie ou la radiothérapie). Voir Santé Ontario/Action Cancer Ontario Vaccin contre COVID-19 et cancer : [Foire aux questions](#) (en anglais) pour plus d'informations.

- Personnes ayant une infection au VIH non traitée de stade 3 ou avancée et personnes atteintes du syndrome d'immunodéficience acquise.
- Personnes recevant un traitement actif par l'une des catégories suivantes de traitement immunosuppresseur : thérapies anti-cellules B<sup>2</sup> (anticorps monoclonaux ciblant le CD19, le CD20 et le CD22), corticostéroïdes généraux à fortes doses (voir le [Guide canadien d'immunisation](#) pour la définition proposée des stéroïdes à forte dose), agents alcoylants, antimétabolites ou inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (TNF) et autres agents biologiques significativement immunosuppresseurs (voir le tableau 1).
- Si elles font partie des groupes d'âge pour lesquels la vaccination est autorisée, les personnes appartenant à l'un ou à plusieurs des groupes susmentionnés qui n'ont pas commencé une série de vaccins contre la COVID-19 devraient se voir administrer une série primaire de trois doses d'un vaccin à ARNm autorisé ([CCNI, 2021](#)).
- Les vaccins de Moderna et de Pfizer peuvent être utilisés comme troisième dose (quel que soit le vaccin contre la COVID-19 utilisé dans la série primaire). Les personnes immunodéprimées devraient recevoir une dose complète du vaccin de Moderna (100 µg) ou de Pfizer (30 µg) comme troisième dose. Pour les enfants de 5 à 11 ans, la dose pédiatrique du vaccin de Pfizer-BioNTech (10 µg) devrait être administrée.
- La période recommandée par l'Ontario entre la deuxième dose d'une série primaire et la troisième dose est d'au moins 2 mois (56 jours). Selon le CCNI, la période minimale est de 28 jours; toutefois, une période plus longue entre les doses entraîne probablement une meilleure réponse immunitaire. Il doit revenir au fournisseur traitant de décider du moment précis afin d'optimiser la réponse immunitaire découlant de la série de vaccins et de réduire au minimum les retards dans la prise en charge du problème de santé sous-jacent du patient. Cela dit, la période entre les doses devrait tenir compte des facteurs de risque d'exposition (y compris l'épidémiologie locale et les variants préoccupants en circulation) ainsi que du risque de présenter des symptômes graves d'une infection au SRAS-CoV-2. Certaines personnes immunodéprimées pourraient toujours être vulnérables après la série primaire d'une ou deux doses; par

---

<sup>2</sup> Pour les patients recevant un traitement par déplétion des lymphocytes B, l'expression « traitement actif » englobe ceux qui ont terminé un traitement au cours des 12 derniers mois.

conséquent, leur période de vulnérabilité jusqu'à l'administration d'une dose supplémentaire augmentera aussi si l'intervalle entre les doses est plus grand.

- On recommande que les personnes modérément à gravement immunodéprimées admissibles à une série primaire à trois doses reçoivent une dose de rappel (quatrième dose) au moins 3 mois (84 jours) après la dernière de la série primaire. Voir la section sur la dose de rappel pour en savoir plus.
- Pour obtenir des conseils sur le moment de la vaccination des receveurs de greffes et des personnes qui doivent recevoir un traitement immunosuppresseur, pour consulter une liste plus complète des affections entraînant une immunodéficience primaire et pour en savoir plus sur les traitements immunosuppresseurs, reportez-vous à la section [Immunisation des sujets immunodéprimés dans la partie 3 – Vaccination des populations particulières du Guide canadien d'immunisation](#).
- Afin de protéger les personnes immunodéprimées, on recommande aussi fortement que toutes les personnes qui entrent en contact étroit (p. ex., travailleurs de la santé et autres membres du personnel de soutien, membres de la famille, amis, personnes soignantes) avec ces personnes reçoivent une série complète d'un vaccin à deux doses (c.-à-d., « vaccination en anneau »). Les personnes immunodéprimées et les personnes qui entrent en contact étroit avec elles devraient aussi continuer de suivre les directives de santé publique pour la prévention et le contrôle de la transmission du SRAS-CoV-2 et des infections qui en découlent.



## Tableau 1. Liste de médicaments qui affaiblissent considérablement le système immunitaire

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

Classe	Nom générique	Nom commercial
Stéroïdes (> 20 mg par jour de prednisone ou d'un équivalent pendant au moins deux semaines) <sup>3</sup>	• Prednisone	
	• Dexaméthasone	• Decadron
	• Méthylprednisolone	• Depo-Medrol • Solu-Medrol • Medrol
Antimétabolites	• Cyclophosphamide	• Procytox
	• Léflunomide	• Arava
	• Méthotrexate	• Trexall • Metoject • Otrexup • Rasuvo • Rheumatrex
	• Azathioprine	• Imuran
	• 6-mercaptopurine (6-MP)	• Purinethol
	• Acide mycophénolique	• Myfortic
	• Mofétilmycophénolate	• CellCept

<sup>3</sup> Comme il arrive que la dose ne soit pas indiquée sur l'ordonnance, une confirmation du patient présentant le document suffit.

Classe	Nom générique	Nom commercial
Inhibiteurs de la calcineurine/inhibiteurs de mTOR	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tacrolimus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prograf</li> <li>Advagraf</li> <li>Envarsus PA</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cyclosporine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Neoral</li> <li>Gengraf</li> <li>Sandimmune</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sirolimus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapamune</li> </ul>
Inhibiteurs de JAK (Janus kinase)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Baricitinib</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Olumiant</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tofacitinib</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Xeljanz</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Upadacitinib</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rinvoq</li> </ul>
Anti-TNF (facteur de nécrose tumorale)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adalimumab</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Humira</li> <li>Amgevita</li> <li>Hadlima</li> <li>Hulio</li> <li>Hyrimoz</li> <li>Idacio</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Golimumab</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Simponi</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Certolizumab pegol</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cimzia</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Étanercept</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enbrel</li> <li>Brenzys</li> <li>Erelzi</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infliximab</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Remicade</li> <li>Avsola</li> <li>Inflectra</li> <li>Remsima</li> <li>Renflexis</li> </ul>
Anti-inflammatoires	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sulfasalazine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Salazopyrin</li> <li>Azulfidine</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acide 5-aminosalicylique (5-ASA)/mésalazine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pentasa</li> </ul>

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

## Doses de rappel pour des groupes particuliers

Le 3 décembre 2021, le CCNI a publié de [nouvelles recommandations](#) relatives aux doses de rappel, appuyées sur des données émergentes concernant l'efficacité vaccinale, les risques d'exposition au SRAS-CoV-2 au Canada à l'heure actuelle, les objectifs révisés du programme de vaccination canadien contre la COVID-19, le risque continu de symptômes graves de la COVID-19, les perturbations sociétales découlant des éclosions et les conséquences de la pandémie sur la capacité du système de santé.

Le gouvernement de l'Ontario recommande fortement qu'une dose de rappel d'un vaccin à ARNm soit offerte aux personnes de 50 ans et plus **au moins 3 mois (84 jours)** après la dernière dose de la série de vaccination primaire contre la COVID-19. Cet intervalle recommandé s'applique désormais aussi à toutes les populations qui étaient déjà prioritaires pour le déploiement des doses de rappel (voir pages 12 à 17).

Toutes les personnes de 18 ans et plus de l'Ontario sont admissibles à une dose de rappel d'un vaccin à ARNm **au moins 3 mois (84 jours)** après leur série primaire.

## Quatrième dose pour des groupes particuliers

Les résidents de foyers de soins de longue durée et de maisons de retraite ainsi que les aînés vivant dans d'autres milieux d'hébergement collectif ont plus de risque de contracter la COVID-19 ou une maladie grave pouvant mener à leur hospitalisation ou décès. Beaucoup de ces personnes ont reçu leur troisième dose il y a déjà cinq mois; elles sont donc de plus en plus susceptibles d'avoir la COVID-19 vu l'affaiblissement de leur protection vaccinale. Ainsi, une quatrième dose de vaccin à ARNm est recommandée pour les résidents de foyers de soins de longue durée (FSLD), de maisons de retraite et de pavillons de soins pour aînés ainsi que les aînés vivant dans d'autres milieux d'hébergement collectif fournissant des services aux personnes semi-autonomes et des services de santé\* qui ont reçu leur troisième dose il y a au moins **3 mois (84 jours)**.

\* Cela comprend l'aide pour le bain, l'hygiène, les déplacements, l'alimentation et l'habillement, les soins d'incontinence, de la peau et de la démence, la distribution de

repas, l'administration de médicaments, les soins infirmiers et les services médicaux. Les autres milieux d'hébergement collectif incluent les hôpitaux de soins aux malades chroniques et les centres pour personnes handicapées ou ayant des problèmes de santé mentale ou de dépendance.

### **Période d'observation après la dose de rappel ou la quatrième dose**

Étant donné l'urgence d'administrer les doses de rappel, la **période d'observation de 15 minutes après les doses de rappel de vaccins à ARNm peut être temporairement abandonnée durant la réponse rapide au variant Omicron. Une période d'observation réduite, entre 5 et 15 minutes, pourrait être envisagée pour l'administration des troisièmes doses de vaccin contre la COVID-19 durant la pandémie, si des conditions précises sont respectées**, par exemple l'expérience après les deux doses précédentes et d'autres [conditions](#) pertinentes décrites dans les recommandations pour la vaccination antigrippe 2020-2021 du CCNI. Il s'agirait là d'une exception aux conseils habituels, et cette approche pourrait être employée dans certains milieux (cliniques de vaccination de masse, cliniques de soins primaires, pharmacies) de façon temporaire durant la réponse d'urgence au variant Omicron, si on pondère les risques liés à une période d'observation réduite (p. ex., risque légèrement accru de reconnaissance tardive d'un incident thérapeutique qui pourrait nécessiter des soins médicaux immédiats) et la réduction du risque de transmission du SRAS-CoV-2 dans les endroits où la distanciation physique ne peut pas être maintenue, ainsi que la possibilité de vacciner davantage de personnes dans une période donnée.

Le CCNI cible certaines populations pour lesquelles des produits ou des doses en particulier pourraient être préférables comme dose de rappel ou comme dose supplémentaire (tableau 2<sup>4</sup>). Voir les [orientations sur les doses de rappel](#) du CCNI pour plus de détails.

---

<sup>4</sup> Toutefois, si le vaccin de Pfizer (30 µg) ou de Moderna (50 ou 100 µg) est administré comme dose de rappel ou dose supplémentaire, cette dose devrait être considérée comme appropriée et n'aurait pas à être répétée. Consulter les [Lignes directrices sur les erreurs et les écarts d'administration de vaccin contre la COVID-19](#) du ministère de la Santé pour en savoir plus.

**Tableau 2 : Options et justifications concernant le type et la dose de vaccin offerts comme dose de rappel contre la COVID-19 dans certains groupes**

Population	Type (et dose) de vaccin à privilégier pour les doses de rappel	Justification et autres considérations
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 18 à 29 ans</li> </ul>	Pfizer-BioNTech (30 µg)	Taux inférieurs de myocardite et de péricardite signalés après l'administration du vaccin de Pfizer-BioNTech (30 µg) que de celui de Moderna (100 µg) (selon des données relatives à la deuxième dose).
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes de 70 ans et plus</li> <li>• Résidents de foyers de soins de longue durée, de maisons de retraite et aînés vivant dans d'autres milieux d'hébergement collectif</li> <li>• Adultes modérément à gravement immunodéprimés (3<sup>e</sup> dose de la série primaire et dose de rappel)<sup>5</sup></li> </ul>	<p>Moderna ou Pfizer-BioNTech (30 µg)</p> <p>Les données semblent indiquer que le vaccin de Moderna fournirait une meilleure réponse immunitaire humorale et cellulaire.</p> <p>Si le vaccin de Moderna est utilisé comme dose de rappel, il pourrait être préférable d'administrer une dose de 100 µg (à déterminer par le clinicien).</p>	Le vaccin de Moderna (100 µg) suscite des niveaux d'anticorps passablement plus élevés que le vaccin de Pfizer-BioNTech (30 µg). La protection (contre l'infection et la maladie grave) induite par une série primaire du vaccin de Moderna (100 µg) pourrait être plus durable que celle induite par une série du vaccin de Pfizer (30 µg). Ces populations peuvent avoir un système immunitaire plus faible (aînés) ou une moins bonne réponse immunitaire au vaccin (certaines personnes immunodéprimées). Il est possible que le vaccin de Moderna de 100 µg suscite une meilleure réponse immunitaire que le vaccin de Moderna de 50 µg.

<sup>5</sup> Les adultes modérément à gravement immunodéprimés qui reçoivent une dose de rappel après une série primaire à trois doses sont admissibles à un total de quatre doses.

Population	Type (et dose) de vaccin à privilégier pour les doses de rappel	Justification et autres considérations
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toute autre population n'appartenant pas aux catégories susmentionnées pour laquelle une dose de rappel est recommandée</li> </ul>	<p>Les vaccins de Moderna (50 µg) et de Pfizer-BioNTech (30 µg) sont appropriés comme dose de rappel.</p>	<p>Vaccins autorisés par Santé Canada pour les doses de rappel.</p>

## 1. Résidents de foyers de soins de longue durée (FSLD), de maisons de retraite et de pavillons de soins pour aînés, et aînés vivant dans d'autres milieux d'hébergement collectif

### Justification

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



collectivités de retraités se formant naturellement, les immeubles d'appartements pour personnes âgées, les centres pour personnes handicapées ou pour personnes ayant des problèmes de santé mentale ou de dépendance, etc.<sup>6</sup>

- En pratique, certains résidents pourraient recevoir le vaccin à des intervalles rapprochés, c'est-à-dire moins de 3 mois (84 jours) après la dose précédente, pour accommoder l'administration groupée des doses de rappel dans un même établissement.

## 2. Adultes de 50 ans et plus

### Justification

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

---

<sup>6</sup> Les unités de santé publique peuvent établir, à leur discrétion et en collaboration avec les ministères partenaires au besoin, l'admissibilité des milieux d'hébergement collectif.

### 3. Travailleurs de la santé

#### Justification

- Les travailleurs de la santé risquent davantage de contracter la COVID-19 en raison de leurs interactions continues avec des patients potentiellement infectés par le virus et de leur exposition à ces derniers, et pourraient accroître le risque de transmission aux populations vulnérables qu'ils traitent en cas d'infection.
- Les travailleurs de la santé sont essentiels au maintien de la capacité du système de santé pour limiter le plus possible les symptômes graves et les décès en Ontario ainsi que les bouleversements sociaux associés à la pandémie de COVID-19.
- Les travailleurs de la santé ont été priorisés durant la campagne de vaccination de l'Ontario, ce qui allonge la période de déclin de la réponse immunitaire, le cas échéant. De plus, bon nombre d'entre eux ont reçu leur deuxième dose selon l'intervalle recommandé par le fabricant. Des données indiquent que des intervalles plus courts entre les doses entraînent des titres d'anticorps plus faibles, qui pourraient se retrouver sous le niveau de protection minimale au fil du temps. Si les personnes qui ont reçu leur deuxième dose de la série vaccinale primaire contre la COVID-19 dans un délai plus court après la première dose ont été bien protégées à court terme, elles peuvent avoir produit des niveaux d'anticorps plus faibles, qui peuvent diminuer au fil du temps par rapport aux personnes dont le délai entre les doses a été plus long ([CCNI, 2021](#)).
- En optimisant la protection des travailleurs de la santé, on peut contribuer à équilibrer le fardeau disproportionné de ces personnes pour protéger la population, ce qui encourage l'application du principe éthique de réciprocité ([CCNI, 2021](#)).
  - Les travailleurs de la santé appartiennent aux groupes suivants :
    - Membres d'une [profession de la santé réglementée](#), membres du personnel, travailleurs contractuels, étudiants et stagiaires, bénévoles enregistrés et tout autre fournisseur de soins essentiels désigné travaillant actuellement en personne dans une organisation de santé, y compris les travailleurs n'offrant pas de soins directs aux patients, mais qui se trouvent souvent dans l'environnement du patient (personnel de l'entretien ménager, personnel de recherche, personnel administratif).

- Travailleurs offrant des services de soins de santé ou des services directs aux patients dans un milieu collectif, résidentiel ou communautaire à l'extérieur d'une organisation de santé.
- Voir l'annexe B pour des exemples précis de travailleurs de la santé.

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

#### **4. Adultes des Premières Nations, inuits et métis**

##### **Justification**

- La COVID-19 a eu des répercussions disproportionnées chez les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis au Canada. Les taux d'infection à la COVID-19 étaient plus élevés dans cette population en raison d'iniquités et de facteurs liés aux déterminants sociaux de la santé. La vaccination de ces personnes peut contribuer à réduire ou à prévenir l'exacerbation d'iniquités sanitaires et sociales ([CCNI, 2021](#)).
- Les communautés éloignées ou isolées n'ayant possiblement pas un accès rapide à des infrastructures sanitaires appropriées sont considérablement plus vulnérables aux conséquences graves de la maladie, comme le décès, ainsi qu'aux bouleversements sociaux que d'autres communautés ([CCNI, 2021](#)).
- Les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis étaient admissibles à recevoir une première et une deuxième dose de vaccin tôt durant la campagne de vaccination, ce qui allonge la période de déclin de la réponse immunitaire. De plus, l'administration des doses suivait en général l'intervalle court recommandé par les fabricants. Or, les données actuelles indiquent que, par rapport aux intervalles plus longs, les intervalles rapprochés entre la première et la deuxième dose donnent une réponse immunitaire réduite, ce qui pourrait accélérer l'affaiblissement de la protection, notamment contre les variants préoccupants.
- Selon le [CCNI](#), le besoin de mettre en place des programmes de vaccination pour les doses de rappel dans les différentes communautés autochtones devrait être déterminé par les leaders et les communautés autochtones, avec le soutien

de partenaires de santé publique, en vertu de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones.

## **5. Personnes ayant reçu une série primaire composée uniquement de vaccins à vecteur viral (vaccin contre la COVID-19 d'AstraZeneca/COVISHIELD ou de Janssen)**

### **Justification**

- L'efficacité vaccinale contre les symptômes graves de la COVID-19 pour tous les types de vaccin (y compris les vaccins à vecteur viral) demeure élevée, mais, à l'heure actuelle, on ne sait pas de façon certaine dans quelle mesure la durée de la protection peut varier selon le produit vaccinal.
- En général, l'efficacité vaccinale contre l'infection symptomatique au SRAS-CoV-2 et les conséquences graves de la COVID-19 a toujours été plus faible avec les vaccins à vecteur viral qu'avec les vaccins à ARNm. Les données émergentes sur l'efficacité vaccinale indiquent que la protection contre l'infection et la maladie symptomatique diminue plus rapidement avec les vaccins à vecteur viral qu'avec les vaccins à ARNm, alors que la différence est moins nette pour les symptômes graves de la maladie. Les personnes ayant reçu uniquement un vaccin à vecteur viral pourraient redevenir vulnérables à l'infection plus tôt que les personnes dont la première série vaccinale comprenait au moins une dose d'un vaccin à ARNm ([CCNI, 2021](#)).
- S'il existe peu de données probantes sur la durée de la protection après un calendrier vaccinal mixte (combinaison d'un vaccin à vecteur viral et d'un vaccin à ARNm) contre la COVID-19, les données de deux études indiquent que l'efficacité vaccinale est similaire pour les personnes ayant reçu un calendrier mixte de Vaxzevria ou de COVISHIELD d'AstraZeneca suivi d'un vaccin à ARNm par rapport à celles ayant reçu une série complète de vaccins à ARNm ([CCNI, 2021](#)).

## Annexe A : Liste alphabétique de médicaments immunosuppresseurs

### #

6-mercaptopurine (6-MP)

### A

Abatacept

Acide 5-

aminosalicylique (5-

ASA)/mésalazine

Acide mycophénolique

Actemra

Adalimumab

Advagraf

Amgevita

Anakinra

Apremilast

Arava

Avsola

Azathioprine

Azulfidine

### B

Baricitinib

Belimumab

Benlysta

Brenzys

Brodalumab

### C

Canakinumab

CellCept

Certolizumab

Cimzia

Cosentyx

Cyclophosphamide

Cyclosporine

### D

Decadron (>3 mg/jour)

DepoMedrol

(>16 mg/jour)

Dexaméthasone

(>3 mg/jour)

### E

Enbrel

Entyvio

Envarsus

Erelzi

Étanercept

### F

Fingolimod

### G

Gengraf

Gilenya

Golimumab

Guselkumab

### H

Hadlima

Hulio

Humira

Hyrimoz

### I

Idacio

Ilaris

Imuran

Inflectra

Infliximab

Ixékizumab

### K

Kesimpta

Kevzara

Kineret

### L

Léflunomide

### M

Mayzent

Medrol (> 16 mg/jour)

Méthotrexate

Méthylprednisolone

(> 16 mg/jour)

Metoject

Mofétilmycophénolate

### N

Neoral

### O

Ocrélizumab

Ocrevus

Ofatumumab Olumiant

Orencia

Otezla

Otrexup

Ozanimod

### P

Pentasa

Prednisone

(> 20 mg/jour)

Procytox

Prograf

Purinethol

<b>R</b>	Sandimmune	Tremfya
Rapamune	Sarilumab	Trexall
Rasuvo	Sécukinumab	Truxima
Remicade	Siliq	<b>U</b>
Remsima	Simponi	Upadacitinib
Renflexis	Siponimod	Ustekinumab
Rheumatrex	Sirolimus	<b>V</b>
Riabni	Skyrizi	Vedolizumab
Rinvoq	Solumedrol	<b>X</b>
Risankizumab	(> 16 mg/jour)	Xeljanz
Rituxan	Stelara Sulfasalazine	<b>Z</b>
Rituximab	<b>T</b>	Zeposia
Riximyo	Tacrolimus	
Ruxience	Taltz	
<b>S</b>	Tocilizumab	
Salazopyrin	Tofacitinib	

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

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

- **Tous les employés de milieux hospitaliers et de soins actifs, y compris :**
  - Unités de soins intensifs, services des urgences et services des soins d'urgence, unités médicales consacrées à la COVID-19, équipes de code bleu et équipes d'intervention rapide
  - Médecine générale interne et autres spécialistes, soins chirurgicaux et obstétriques
- **Tous les travailleurs de la santé qui interagissent avec les patients et qui participent à la réponse à la COVID-19 :**
  - Centres de prélèvement d'échantillons en lien avec la COVID-19, centres d'isolement pour la COVID-19

- Équipes mobiles de dépistage, services de laboratoire pour la COVID-19, équipes qui soutiennent la réponse aux éclosions (p. ex., équipes de PCI participant à la gestion des éclosions, inspecteurs dans le milieu des patients)
- Équipes de cliniques de vaccination contre la COVID-19 et équipes mobiles de vaccination
- Membres actuels de l'Équipe des services médicaux d'urgence (ESMU) de l'Ontario
- **Premiers intervenants** (ORNGE, ambulanciers paramédicaux, pompiers offrant les premiers soins, policiers et agents de police spéciaux offrant les premiers soins dans le cadre de leurs fonctions habituelles)
- **Travailleurs de la santé et soignants essentiels désignés dans les milieux d'hébergement collectifs** (centres pour personnes semi-autonomes, établissements correctionnels, refuges, foyers de soins de longue durée et maisons de retraite, logements avec services de soutien, maisons et milieux de soins palliatifs, etc.) hospices and palliative care settings, etc.)
- **Travailleurs de la santé offrant des services en personne, à domicile ou dans la collectivité, y compris :**
  - Programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et services de traitement et de consommation supervisée
  - Fournisseurs de services de soins de santé autochtones, notamment : centres autochtones d'accès aux soins de santé, centres de santé communautaire autochtone, équipes de soins primaires interprofessionnelles autochtones et cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien autochtone
  - Centres de santé communautaire, soins à domicile pour problèmes chroniques, centres de naissance, dentisterie et hygiène dentaire, pharmacies, soins primaires, cliniques sans rendez-vous, gynécologie et obstétrique, sages-femmes, cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien et agences de soins infirmiers sous contrat, oto-rhino-laryngologie (ORL), spécialités médicales et chirurgicales, transport médical, services de laboratoire, établissements de santé indépendants, travailleurs de la santé offrant des services en problèmes développementaux, en santé mentale et en dépendance
  - Travailleurs de la santé dans les écoles et les garderies et sur les campus, cliniques de santé sexuelle, imagerie diagnostique communautaire, diététique et nutrition, audiologie, naturopathie, soins holistiques,

chiropratique, cliniques de douleur chronique, kinésiologie et physiothérapie, ergothérapie, psychiatrie, acupuncture, massothérapie par un professionnel enregistré, psychothérapie, travail social et santé publique