

Augmentation de la couverture vaccinale systématique après la pandémie de COVID-19

La perspective des bureaux de santé publique de l'Ontario



Évaluation de la couverture vaccinale — Rapport final
Novembre 2025

Santé publique Ontario

Santé publique Ontario est une agence du gouvernement de l'Ontario vouée à la protection et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population ontarienne, ainsi qu'à la réduction des inégalités en matière de santé. Pour ce faire, Santé publique Ontario met les connaissances et les renseignements scientifiques les plus pointus du monde entier à la portée des professionnels de la santé publique, des travailleurs de la santé de première ligne et des chercheurs.

Santé publique Ontario offre un soutien scientifique et technique spécialisé afin d'aider le gouvernement, les bureaux locaux de santé publique ainsi que les fournisseurs de soins dans les domaines suivants :

- maladies infectieuses et transmissibles;
- prévention et contrôle des infections;
- santé environnementale et santé au travail;
- préparation aux situations d'urgence;
- promotion de la santé, prévention des maladies chroniques et des blessures;
- services de laboratoires de santé publique.

Le travail de Santé publique Ontario comporte également des volets de surveillance, d'épidémiologie, de recherche, de perfectionnement professionnel ainsi que de services axés sur le savoir. Pour en savoir plus, consultez www.santepubliqueontario.ca.

Comment citer ce document :

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Augmentation de la couverture vaccinale systématique après la pandémie de COVID-19 : La perspective des bureaux de santé publique de l'Ontario. Toronto (Ontario) : Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2025.

ISBN : 978-1-4868-9466-6

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2025

Auteures

Catharine Chambers, Ph. D.

Spécialiste en sciences appliquées de la santé publique

Lutte contre les maladies transmissibles

Santé publique Ontario

Erin Berenbaum, M. Sc.

Spécialiste en évaluation

Échange des connaissances

Santé publique Ontario

Monica Nunes, M. P. H.

Spécialiste de l'échange des connaissances

Échange des connaissances

Santé publique Ontario

Megan Saliwonczyk, I. A., M. É. S.

Infirmière-conseil

Lutte contre les maladies transmissibles

Santé publique Ontario

Daphne Imahori, B. Sc.

Étudiante stagiaire

Lutte contre les maladies transmissibles

Santé publique Ontario

Elizabeth Brown, M. Sc., I. A.

Infirmière-conseil

Lutte contre les maladies transmissibles

Santé publique Ontario

Tara Harris, I. A., M. H. Sc.

Gestionnaire, Immunisation et maladies évitables par la vaccination

Lutte contre les maladies transmissibles

Santé publique Ontario

Gillian Lim, M. Sc.

Responsable épidémiologiste

Lutte contre les maladies transmissibles

Santé publique Ontario

Christine Navarro, M. D., M. Sc., F. R. C. P. C.

Médecin en santé publique

Lutte contre les maladies transmissibles

Santé publique Ontario

Sarah Wilson, M. D., M. Sc., C. C. M. F.,

F. R. C. P. C.

Directrice générale adjointe, Services médicaux et soutien aux systèmes

Lutte contre les maladies transmissibles

Santé publique Ontario

Remerciements

Les auteures souhaitent exprimer leur gratitude la plus sincère à l'égard des bureaux de santé publique qui ont participé à ce projet. Nous tenons spécialement à remercier Karen Beckermann et D^r Vinita Dubey du Bureau de santé de Toronto, Brian Larkin et Fairleigh Seaton du Bureau de santé du Sud-Est et Shannon Brown du Bureau de santé du Nord-Ouest d'avoir collaboré à ce projet et partagé leur expertise sur les programmes d'immunisation de l'Ontario.

Avis de non-responsabilité

Le présent document a été produit par Santé publique Ontario (SPO). SPO fournit des conseils scientifiques et techniques au gouvernement, aux organismes de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé de l'Ontario. Le travail de Santé publique Ontario est fondé sur les meilleures données probantes disponibles au moment de la publication.

Ce document a pour but d'aider les bureaux de santé publique à exécuter les programmes d'immunisation de l'Ontario. L'utilisation du présent document relève de la responsabilité de l'utilisateur. Santé publique Ontario décline toute responsabilité pouvant résulter de l'utilisation du présent document.

Le présent document peut être reproduit sans autorisation à des fins non commerciales uniquement, sous réserve d'une mention appropriée de Santé publique Ontario. Aucune modification ne doit lui être apportée sans l'autorisation écrite expresse de Santé publique Ontario.

Sommaire

La pandémie de COVID-19 a entraîné d'importantes perturbations dans l'exécution des programmes d'immunisation en Ontario¹⁻⁴, comme partout ailleurs sur la planète^{5,6}. Durant la pandémie de COVID-19, tous les bureaux de santé publique (BSP) à l'échelle de l'Ontario ont cessé temporairement leurs activités d'immunisation systématique afin de contribuer à la réponse mondiale à la pandémie.

Ces activités comprenaient l'évaluation, la déclaration et la validation du statut vaccinal des élèves ontariens aux termes de la *Loi sur l'immunisation des élèves* (LIE), et l'exécution des programmes d'immunisation en milieu scolaire. La plupart des BSP n'ont pas repris leurs activités normales d'application de la LIE, notamment la validation, avant l'année scolaire 2023-2024, voire 2024-2025. De nombreux BSP tentent encore d'éliminer le retard accumulé en matière de cohortes non vaccinées durant la pandémie et d'atteindre ou de dépasser le niveau de couverture vaccinale qui prévalait avant la pandémie. Les programmes d'immunisation en milieu scolaire ont repris plus rapidement leurs activités aux termes de la LIE une fois que les élèves sont revenus en classe, mais bon nombre d'entre eux n'ont toujours pas reçu de vaccins normalement administrés à l'école durant les années scolaires affectées par la pandémie.

Pour s'attaquer à ces effets de la pandémie de COVID-19, les BSP à l'échelle de l'Ontario ont adopté de nombreuses stratégies pratiques afin d'augmenter la couverture vaccinale après la pandémie, notamment en améliorant les services d'immunisation et les processus relevant de la LIE, en augmentant l'accès aux services d'immunisation, en rattrapant le retard accumulé des programmes d'immunisation et en élargissant l'admissibilité à certains vaccins pour certaines cohortes. Malgré ces stratégies et les efforts de rattrapage, la couverture vaccinale déclarée demeure sous les niveaux d'avant la pandémie à l'échelle de la province durant l'année scolaire 2023-2024⁷. En raison de nombreux facteurs interreliés et priorités en concurrence, les BSP ne présentent pas tous la même capacité d'exécuter les programmes d'immunisation et d'effectuer les activités aux termes de la LIE, ce qui contribue à la variation de la couverture vaccinale déclarée à l'échelle de la province. Certains BSP ont été plus en mesure d'obtenir ou de maintenir une couverture vaccinale élevée à la suite de la pandémie de COVID-19, tandis qu'on observe chez d'autres une variation des niveaux de couverture déclarée pour différents vaccins, programmes et cohortes dans l'ère postpandémique⁷.

Le projet en bref

L'**Évaluation de la couverture vaccinale** est un projet aux méthodes hybrides qui vise à expliquer le caractère hétérogène de la couverture vaccinale dans les BSP de l'Ontario à la suite de la pandémie de COVID-19. En mars et en avril 2025, nous avons mené 11 entretiens et groupes de discussion avec 67 experts, qui représentent 28 des 29 BSP de l'Ontario. Chaque BSP participant a également répondu à un questionnaire en ligne avant l'entretien, lequel portait sur leur programme d'immunisation et leurs activités de rattrapage durant l'année scolaire 2024-2025. Notre objectif consistait à mieux comprendre les activités des BSP liées aux programmes d'immunisation, notamment les évaluations et validations aux termes de la LIE et la prestation de programmes d'immunisation en milieu scolaire,

et ce, à l'échelle de l'Ontario. Nous avons également cherché à comprendre les obstacles et les catalyseurs qui ont influencé la couverture vaccinale qui a été déclarée durant la pandémie de COVID-19 et les périodes de redressement.

Le rapport en bref

Ce rapport est divisé en trois sections :

1. Effets : Nous décrivons les effets de la pandémie de COVID-19 sur les activités des programmes d'immunisation de santé publique et les efforts de rattrapage en Ontario.
2. Perceptions : Nous caractérisons les obstacles et les catalyseurs à l'exécution ou au maintien des activités des programmes d'immunisation en Ontario à la suite de la pandémie de COVID-19.
3. Stratégies : Nous faisons état des pratiques exemplaires utilisées dans les BSP de l'Ontario et offrons des solutions afin d'appuyer les efforts actuels de redressement à la suite de la pandémie de COVID-19.

Points saillants du rapport

- Bien que certains BSP étaient d'avis que leurs activités dans le cadre des programmes d'immunisation étaient revenues à une « nouvelle normale », on nous a dit que de nombreux BSP essayaient toujours de rattraper leur retard et de remettre leurs programmes d'immunisation sur les rails à la suite de la pandémie de COVID-19.
- Une grande partie de la variabilité observée dans les estimations de la couverture vaccinale provinciale peut être attribuée à la capacité des BSP d'appliquer la LIE dans sa totalité pour toutes les années d'études ou cohortes dans l'ère suivant la pandémie, ainsi que de rattraper le retard au niveau des évaluations aux termes de la LIE pour les cohortes qui n'ont pas été vaccinées durant la pandémie.
- Les participants ont décrit les défis qu'ils devaient relever au quotidien relativement à leurs programmes d'immunisation, ainsi que les enjeux actuels plus étendus touchant les programmes d'immunisation de l'Ontario, comme l'augmentation de la réticence à la vaccination et des iniquités sanitaires.
- La Figure 1 résume les principaux thèmes dégagés durant les entretiens et les groupes de discussion :
 - Exécution du programme d'immunisation et activités relevant de la LIE : Modalités et structures de prestation des services d'immunisation ainsi que des activités relevant de la LIE et des programmes de rattrapages, et manières d'améliorer les programmes.
 - Données et systèmes d'information : Manière dont les données sont recueillies et partagées, problèmes de qualité des données et de fonctionnalité des systèmes, notamment l'automatisation et les innovations technologiques.
 - Communications : Manière dont l'information au sujet de la vaccination et des processus relevant de la LIE est communiquée aux fournisseurs de soins de santé, aux écoles et au public.

- Partenariats, collaboration et mobilisation : Mobilisation et relations avec les fournisseurs de soins de santé, les écoles et le public, qui facilitent la prestation des programmes d'immunisation et l'adhésion.
- Équité et accessibilité : Manière de joindre et d'appuyer les particuliers ou les collectivités présentant une faible couverture vaccinale ou sont aux prises avec de plus forts obstacles à l'obtention de services.
- Systèmes, politiques et ressources : Contraintes et éléments facilitateurs financiers, légaux et structurels à la réalisation d'une forte couverture vaccinale.
- Réticence à la vaccination : Réticence à la vaccination, innocuité des vaccins et débat public sur ces sujets.

Perspectives d'avenir

- Les BSP ont fait état des progrès considérables qu'ils ont accomplis pour mettre en œuvre leurs programmes d'immunisation à la suite de la pandémie de COVID-19, notamment les stratégies pratiques pour améliorer la couverture vaccinale déclarée et tenir compte des leçons apprises dans la foulée de la pandémie.
- Malgré ces stratégies pour remettre les programmes d'immunisation de santé publique sur leurs rails à la suite de la pandémie de COVID-19, davantage d'efforts s'avèrent nécessaires pour atteindre, voire surpasser, la couverture vaccinale locale ou nationale, ou les buts des programmes, dans l'ère postpandémique en Ontario.
- Dans une perspective d'avenir, le futur des programmes d'immunisation ontariens menés par les BSP est tributaire des enjeux suivants :
 - Amélioration de la collaboration et de la coordination provinciales entre les BSP, notamment au niveau partage des ressources et du matériel ainsi que de la création d'une collectivité de pratique de la LIE.
 - Innovations technologiques modernisant les systèmes de données de l'Ontario et l'amélioration du partage des données, notamment un registre provincial d'immunisation.
 - Coordination des efforts pour lutter contre la hausse de la réticence à la vaccination et des fausses informations, et mise en place de solutions équitables pour assurer un accès aux services d'immunisation libre à tous.
 - Financement et infrastructure ciblés et soutenus afin d'appuyer les programmes d'immunisation provinciaux et les efforts de rattrapage en cours.
 - Maintien de la priorisation de l'immunisation à titre de mesure systématique de santé publique, et incorporation des priorités en matière d'immunisation dans les plans stratégiques locaux et provinciaux.

Figure 1 : Principaux thèmes dégagés durant les entretiens et les groupes de discussion

Immunisation						
Exécution des programmes d'immunisation et des activités aux termes de la LIE	Systèmes de données et d'information	Communication	Partenariats, collaboration et mobilisation	Équité et accessibilité	Systèmes, politiques et ressources	Réticence à la vaccination
Accès aux services d'immunisation	Accès aux dossiers d'immunisation	Campagnes de sensibilisation	Mobilisation des fournisseurs de soins de santé	Obstacles liés au transport et à l'éloignement	Leadership et planification stratégique	Lassitude vaccinale et répercussions de la pandémie
Modèles de cliniques d'immunisation	Déclaration de vaccination et gestion des dossiers	Promotion de la santé	Mobilisation des écoles et des conseils scolaires	Solutions équitables fondées sur les données	Ressources humaines	Exemptions non médicales
Systèmes de rendez-vous et de réservation	Lacunes dans les systèmes d'information actuels sur la vaccination	Plans de communication robustes	Mobilisation des familles et des aidants	Évolution démographique	Priorités en concurrence	Partage d'informations et confidentialité
Suivi intensif ou intervention directe ciblée	Partage de l'information	Communications ciblées	Mobilisation de la collectivité et partenariats	Populations prioritaires	Financement durable	Préoccupations et menaces en matière de sécurité
Stratégies d'évitement de la suspension	Systèmes modernes de déclaration	Rationalisation des communications	Harmonisation intersectorielle	Soutien multilingue	Ressources et soutien centralisés	Lutte contre la désinformation et les faux renseignements
Processus proactifs d'application de la LIE	Innovations technologiques		Tirer parti des partenariats établis durant la pandémie de COVID-19		Législation et politiques	Méfiance à l'égard des vaccins
Élargissement de l'admissibilité aux programmes financés par les pouvoirs publics	Solutions basées sur les données	Fracture numérique				Méfiance à l'égard du gouvernement et de la santé publique

Glossaire

Application : Processus de mise en application de la LIE, notamment les ordres de suspension aux élèves qui accusent un retard relativement au calendrier de vaccination contre les maladies désignées dans la LIE.

Bureau de santé publique (BSP) : Organisme gouvernemental local qui est responsable de la prestation de renseignements, de programmes et de services de santé publique dans un territoire géographique ou une municipalité; à la suite des fusions récemment survenues en janvier 2025, l'Ontario compte 29 BSP.

Connexion immunisations Ontario (CION) : Portail en ligne à l'intention des parents et des tuteurs pour déclarer le statut vaccinal de leur enfant aux autorités de santé publique; ce portail est mis en œuvre par certains BSP de l'Ontario, mais pas tous.

Couverture : Estimation de l'adhésion à la vaccination au sein d'une population spécifique ou d'une région donnée, selon les relevés d'immunisation transmis aux autorités de santé publique; cette estimation est généralement exprimée sous forme de ratio.

Évaluation : Processus par lequel les BSP évaluent le statut vaccinal des élèves aux termes de la LIE.

Exemption : Documentation d'une raison valable, médicale ou non (pour des motifs de conscience ou religieux) expliquant pourquoi un élève n'est pas immunisé contre les maladies désignées dans la LIE.

Loi de 2014 sur la garde d'enfants et la petite enfance (LGEPE) : Loi provinciale qui exige que les exploitants de centre de garde tiennent un registre d'immunisation des enfants qui fréquentent de tels établissements licenciés.

Loi sur l'immunisation des élèves (LIE) : Loi provinciale exigeant que le médecin hygiéniste d'un BSP évalue, tienne des dossiers et déclare le statut vaccinal des enfants qui vont à l'école dans leur collectivité publique, et ce, relativement à neuf maladies désignées.

Médecin hygiéniste (MH) : Médecin, généralement spécialisé en santé publique et en médecine préventive, qui est responsable de la supervision des programmes et services de santé publique au sein de leur BSP, notamment l'évaluation et la validation aux termes de la LIE.

Non-conformité : Élève considéré en retard relativement au calendrier de vaccination contre les maladies désignées dans la LIE et dont le dossier ne fait pas état d'une exemption valable de nature médicale ou non médicale.

Panorama : Système provincial de données servant à recueillir les données et à tenir des dossiers d'immunisation.

Programmes d'immunisation en milieu scolaire : Administration menée par les BSP de vaccins contre l'hépatite B, le virus du papillome humain et la méningite dans des cliniques en milieu scolaire, généralement prodiguée à des élèves de 7^e année en Ontario.

Suspension : Action de suspendre un élève de l'école s'il est en retard relativement à son calendrier de vaccination contre les maladies désignées dans la LIE; aux termes de cette loi, les élèves peuvent être suspendus jusqu'à 20 jours en cas de non-conformité.

Table des matières

Sommaire	iii
Glossaire	vii
Introduction	1
Couverture vaccinale après la pandémie de COVID-19	1
Buts et portée du projet	2
Le rapport en bref	2
Auditoire visé	3
Principales constatations	4
1. Effets	5
Effets de la pandémie sur les activités des programmes d'immunisation	5
Atteinte de la couverture vaccinale ou des cibles des programmes	6
Perceptions de la couverture vaccinale postpandémique	7
2. Perceptions	8
Exécution des programmes d'immunisation et des activités aux termes de la LIE	8
Systèmes de données et d'information	11
Communication	14
Partenariats, collaboration et mobilisation	16
Équité et accessibilité	19
Systèmes, politiques et ressources	21
Réticence à la vaccination	24
3. Stratégies	26
Considérations pour l'avenir	29
Conclusion	31
Références	33
Annexes	35
Annexe A : Méthodes détaillées	35
Annexe B : Scénario de l'entretien et du groupe de discussion	37
Annexe C : Cadre de codification	38

Introduction

En Ontario, les fournisseurs de soins primaires (y compris les médecins de famille, les pédiatres, les infirmières praticiennes et les infirmières) administrent la plupart des immunisations systématiques aux nourrissons et aux enfants. Les médecins hygiénistes de chaque bureau de santé publique (BSP) ont le pouvoir de recueillir, aux termes de la *Loi sur l'immunisation des élèves (LIE)* les dossiers d'immunisation et d'évaluer le statut vaccinal pour les maladies désignées évitables par la vaccination des élèves qui vont à l'école dans leur collectivité publique⁸. Aux termes de la LIE, les parents et les tuteurs ont la responsabilité de déclarer le dossier d'immunisation de leur enfant aux autorités de santé publique, généralement lors de la rentrée à l'école ou lorsque des évaluations aux termes de la LIE sont effectuées. Ces données sont consignées dans Panorama, une interface en ligne de la banque de données numériques sur l'immunisation de l'Ontario. Les élèves qui n'ont pas été immunisés contre une maladie désignée dans la LIE ou n'ont pas présenté de raison d'exemption valable, médicale ou non (pour des motifs de conscience ou religieux), courrent le risque de suspension scolaire. La *Loi de 2014 sur la garde d'enfants et la petite enfance (LGEPE)* exige que les exploitants de centre de garde agréé collectent les dossiers d'immunisation des nourrissons et des enfants dans leur centre. Les BSP administrent également des cliniques d'immunisation en milieu scolaire pour les élèves de 7^e à 12^e année dans le cadre du calendrier ontarien d'immunisation financé par le public⁹.

Les BSP de l'Ontario présentent des variations au niveau de l'application de la LIE et de la LGEPE, ce qui contribue à la variabilité des estimations de couverture vaccinale déclarée entre les BSP, particulièrement à la suite de la pandémie de COVID-19. Plusieurs BSP locaux ont récemment terminé un processus d'évaluation des activités aux termes de la LIE, laquelle propose des stratégies d'amélioration de l'efficacité et de l'efficience des programmes relevant de la LIE en Ontario¹⁰. Bien qu'elles soient exigeantes en temps et en ressources, ces activités sont critiques pour le maintien ou l'obtention d'une couverture vaccinale élevée^{10,11}. Une couverture élevée est nécessaire pour prévenir les éclosions de maladies évitables par la vaccination, atteindre et maintenir l'état d'élimination pour certaines maladies comme la rougeole et atteindre les objectifs nationaux de couverture vaccinale^{12,13}. L'Ontario a récemment subi sa plus importante éclosion de rougeole depuis plusieurs décennies, comptant plus de 2 300 cas déclarés d'octobre 2024 à octobre 2025, la majorité des cas survenant chez les personnes non immunisées¹⁴.

Couverture vaccinale après la pandémie de COVID-19

La pandémie de COVID-19 a entraîné des perturbations importantes de l'évaluation aux termes de la LIE et de son application ainsi que de l'exécution des programmes d'immunisation en Ontario¹⁻⁴. Durant la pandémie de COVID-19, le ministère de la Santé a présenté des lignes directrices pour les programmes d'immunisation systématique et de rattrapage, offrant un élargissement de l'admissibilité pour certains vaccins financés par le public et cohortes de naissance afin d'atténuer l'incidence de l'omission ou du retard de l'administration des vaccins¹⁵. Malgré cet élargissement, durant l'année scolaire 2023-2024 les estimations de la couverture vaccinale à l'échelle de la province demeurent sous les niveaux précédant la pandémie, une hétérogénéité considérable étant observable entre les BSP⁷. Par exemple, la

couverture déclarée au niveau des BSP pour le vaccin contre la rougeole chez les enfants de 7 ans en 2023-2024 allait de 24,6 % à 96,5 %⁷. Reste à savoir dans quelle mesure les écarts actuels constatés au niveau de la couverture représentent une véritable diminution de l'adhésion à la vaccination ou une insuffisance ou un retard en matière de déclaration de l'administration des vaccins après la pandémie de COVID-19¹⁶. Ce projet a été entrepris afin de mieux comprendre l'incidence de la pandémie de COVID-19 sur la couverture vaccinale en Ontario et de dégager des données utiles pour les efforts actuels de redressement à la suite de la pandémie.

Buts et portée du projet

Ce projet appelé **Évaluation de la couverture vaccinale** vise à expliquer le caractère hétérogène de la couverture vaccinale dans les BSP de l'Ontario à la suite de la pandémie de COVID-19. Nous avons cherché à mieux comprendre les programmes d'immunisation de santé publique et les activités de rattrapage à l'échelle des BSP de l'Ontario. Ce rapport se concentre sur les activités des programmes d'immunisation menées par les BSP, notamment les évaluations et les activités d'application de la LIE pour la vaccination systématique des nourrissons et des enfants ainsi que la prestation des programmes d'immunisation en milieu scolaire. L'administration des vaccins selon d'autres modalités, comme les soins primaires et les programmes d'immunisation des adultes dépassent le cadre de cette évaluation. Nous avons également cherché à comprendre les obstacles et les catalyseurs qui ont eu une influence sur la couverture vaccinale qui a été déclarée durant la pandémie de COVID-19 et les périodes de redressement. Nous concluons en présentant un ensemble de recommandations applicables à l'échelle locale afin que les BSP atteignent et maintiennent une couverture vaccinale élevée dans l'ère suivant la pandémie de COVID-19.

Le rapport en bref

Ce projet se veut une étude aux méthodes hybrides comportant deux composantes. Nous avons mené des **entretiens et des groupes de discussion** auprès d'experts sur les activités des programmes d'immunisation dans les BSP partout en Ontario. Chaque BSP participant a également répondu à un **questionnaire en ligne avant l'entretien**, lequel portait sur les programmes d'immunisation et les activités de rattrapage de leur BSP durant l'année scolaire 2024-2025.

Ce rapport est divisé en trois sections :

- **Effets** : Nous décrivons les effets de la pandémie de COVID-19 sur les activités des programmes d'immunisation de santé publique et les efforts de rattrapage en Ontario.
- **Perceptions** : Nous caractérisons les obstacles et les catalyseurs à l'exécution ou au maintien des activités des programmes d'immunisation en Ontario à la suite de la pandémie de COVID-19.
- **Stratégies** : Nous faisons état des pratiques exemplaires utilisées dans les BSP de l'Ontario et offrons des solutions afin d'appuyer les efforts actuels de redressement à la suite de la pandémie de COVID-19.

Auditoire visé

L'auditoire visé est constitué des membres du personnel qui œuvrent à la prestation des programmes d'immunisation ou aux activités aux termes de la LIE au sein de chaque BSP, les membres du personnel local ou provincial qui font un suivi de la couverture vaccinale, les médecins hygiénistes et les médecins hygiénistes adjoints, les directeurs et gestionnaires responsables de l'immunisation ou des maladies évitables par la vaccination, ainsi que les collègues du Bureau du médecin hygiéniste en chef, santé publique, au ministère de la Santé.

À propos de la LIE

La *Loi sur l'immunisation des élèves* (LIE) est une loi provinciale exigeant que tous les élèves qui vont à l'école en Ontario, tant au public qu'au privé, soient immunisés contre les maladies désignées dans la loi ou disposent d'une exemption valable de nature médicale ou non⁸. Aux termes de la LIE, les parents et les tuteurs sont tenus de déclarer le dossier d'immunisation de leur enfant aux autorités de santé publique. Les élèves qui ne se conforment pas aux dispositions de la LIE peuvent encourir une suspension scolaire allant jusqu'à 20 jours. Le médecin hygiéniste de chaque BSP est responsable d'appliquer la LIE. Les maladies couvertes par la LIE comprennent la diphtérie, le tétonos, la coqueluche, la rougeole, les oreillons, la rubéole, la polio, la méningite à méningocoques et la varicelle. Malgré le fait que l'application de la LIE varie d'un BSP à l'autre (par exemple, au niveau des années d'études et des cohortes qui sont évaluées annuellement et font l'objet de mesures d'application), les activités aux termes de la LIE menées par les BSP incluent généralement¹⁰ :

- La collecte des listes d'élèves transmises par les écoles et les conseils scolaires
- Le repérage des élèves accusant un retard vaccinal et risquant une suspension
- L'envoi d'avis aux termes de la LIE aux élèves accusant un retard vaccinal
- L'évaluation et la mise à jour des dossiers d'immunisation des élèves
- L'organisation de cliniques d'immunisation ou la facilitation de l'immunisation par l'entremise de fournisseurs de soins primaires
- Le suivi des exemptions médicales ou non médicales et l'exécution du processus d'exemption
- La délivrance et l'application d'ordres de suspension
- La formation des parents et des familles, des fournisseurs de soins de santé, des écoles et des conseils scolaires en matière d'immunisation et de la LIE

Principales constatations

La candidature de 83 participants potentiels nous a été soumise, desquels 72 (87 %) ont accepté de participer. Au total, nous avons mené des entretiens ou des groupes de discussion avec 67 (93 %) participants, qui représentent 28 des 29 BSP de l'Ontario. Cinq participants n'ont pas assisté à la séance qui avait été prévue ou se sont désistés avant leur séance. Nous n'avons pas été en mesure de planifier une séance avec les membres du personnel d'un BSP en raison de conflits d'horaire découlant d'une élosion de rougeole qui sévissait dans plusieurs collectivités publiques.

Sur les 67 personnes qui ont participé, la plupart étaient chefs de service, superviseurs ou directeurs (43 %) ou infirmières de santé publique (25 %) qui œuvraient au sein de programmes d'immunisation contre les maladies évitables par la vaccination ([Tableau 1](#)). Chaque séance comptait jusqu'à 11 participants (médiane = 7), où jusqu'à sept différents BSP étaient représentés (médiane = 5).

Tableau 1 : Aperçu des participants et des séances d'entretiens et de groupes de discussion

Participants	Statistique
Nombre total de participants, N	67
Rôle du participant, n (%)	
Chef de service, superviseur ou directeur	29 (43 %)
Infirmière en santé publique	17 (25 %)
Médecin hygiéniste ou médecin hygiéniste adjoint	7 (10 %)
Épidémiologiste ou analyste	6 (9 %)
Coordonnateur	2 (3 %)
Autre*	6 (9 %)
Séances	Statistique
Nombre total de séances, N	11
Type de séance, n (%)	
Groupe de discussion	10 (91 %)
Entretien	1 (9 %)
Nombre de participants par séance, médiane (fourchette)	
Nombre de participants par séance	7 (1–11)
Nombre de BSP représentés par séance	5 (1–7)
Date de la séance, fourchette	7 mars – 7 avril 2025

* Les autres rôles incluaient les suivants : facilitateur en sciences infirmières cliniques, spécialiste en promotion de la santé, conseiller politique, spécialiste de l'amélioration de la qualité, associé de recherche et spécialiste des programmes de vaccination.

1. Effets

Cette section décrit les effets de la pandémie de COVID-19 sur les activités des programmes d'immunisation systématique ainsi que les efforts de rattrapage et décrit comment les BSP atteignent leurs objectifs en matière d'immunisation ou les cibles de leur programme dans le contexte postpandémique.

Effets de la pandémie sur les activités des programmes d'immunisation

Durant la pandémie de COVID-19, tous les BSP de l'Ontario ont temporairement cessé les activités de leurs programmes d'immunisation, notamment les programmes relevant de la LIE et les programmes en milieu scolaire, tandis que les écoles ne donnaient pas de classes en présentiel ou avaient mis en place des mesures de santé publique durant certaines parties des années scolaires 2019-2020, 2020-2021 et 2021-2022. De nombreux membres du personnel responsable de l'immunisation ont été redéployés vers la lutte contre la pandémie de COVID-19, notamment le programme de vaccination contre la COVID-19, ce qui a réduit la capacité des programmes d'immunisation systématique. Seuls certains services essentiels, comme la commande et l'approvisionnement en vaccins ainsi que la déclaration des événements indésirables à la suite de l'immunisation, ont été priorisés et ont été maintenus.

La plupart des BSP ont commenté que leurs programmes en milieu scolaire ont été rétablis plus rapidement que leurs activités aux termes de la LIE lorsque les écoles ont été rouvertes. Certains BSP ont repris les activités d'application de la LIE durant l'année scolaire 2022-2023, mais la plupart ne les ont pas repris avant l'année scolaire 2023-2024, voire 2024-2025. Les BSP ont plutôt concentré leurs efforts aux termes de la LIE en effectuant des évaluations et en envoyant des avis aux élèves en état de non-conformité, au lieu d'imposer des suspensions, conformément à la directive du ministère¹⁷. De nombreux BSP ont commenté le nombre élevé d'élèves en état de non-conformité lorsqu'ils ont effectué leurs évaluations aux termes de la LIE durant la période suivant la pandémie. On a jugé que la question de la non-conformité était un souci particulier pour les enfants nés durant la pandémie de COVID-19 (les « bébés COVID-19 ») qui peuvent présenter une omission ou un retard de l'administration de vaccins en raison de la baisse de l'accès aux soins primaires durant la pandémie ou ont été immunisés, mais étaient au tout début de leur parcours scolaire, ce qui fait qu'ils n'avaient pas encore été évalués aux termes de la LIE.

Lorsque l'application de la LIE a repris, plusieurs BSP ont été forcés d'adopter une approche de cohortes à inclusions étalées ou de cohorte progressive en raison de l'augmentation du volume d'élèves non évalués durant les années de pandémie ainsi que des besoins en ressources et en capacités qui en découlent, tandis que des cohortes additionnelles s'ajoutaient à chaque année scolaire. Même les BSP qui appliquaient pleinement la LIE à toutes les cohortes avant la pandémie ont dû réduire le degré d'application durant la période de redressement suivant la COVID-19; cependant ces BSP étaient souvent en meilleure position relativement aux activités aux termes de la LIE avant la pandémie et étaient ainsi en mesure de se rattraper plus rapidement et plus facilement après la pandémie.

« Le principal outil du processus de la LIE consiste simplement à obtenir les dossiers plutôt qu'à encourager la vaccination... Lorsque nous constatons que [notre couverture] est de 33 %, nous savons que cela ne reflète pas réellement la couverture vaccinale. Il s'agit simplement de la conformité à la LIE. Les enfants sont entièrement vaccinés. Ils n'ont simplement pas été déclarés. Il est donc difficile de considérer ce taux de couverture comme une image fidèle de la situation réelle en matière de vaccination dans la collectivité. »

– Participant au groupe de discussion (31 mars)

Bien que certains BSP jugeaient que leurs activités dans le cadre des programmes d'immunisation avaient atteint une « nouvelle normale », la plupart essayaient encore de revenir à leur niveau d'activité aux termes de la LIE d'avant la pandémie et d'éliminer le retard accumulé en matière de cohortes non vaccinées durant la pandémie. De nombreux BSP ont déclaré avoir dû reprendre du début leurs activités aux termes de la LIE. Par exemple, les BSP qui étaient en cours de mise en œuvre de l'application complète de la LIE pour toutes les cohortes ou années d'études avant la pandémie ont indiqué que certains de leurs progrès faits avant la pandémie avaient été effacés et qu'ils ont dû recommencer le processus du début avec les enfants qui ont fait leur entrée à l'école durant la pandémie. Ces efforts ont été encore plus entravés en raison de la grève de Postes Canada qui est survenue à l'automne 2024 et a diminué la capacité des BSP à envoyer des lettres aux parents et tuteurs pour les aviser que leurs enfants accusaient un retard dans leur calendrier d'immunisation.

« En ce qui concerne [l'application de] la LIE, nous sommes revenus à la case départ. Nous avons enfin terminé une cohorte complète. [Avant la pandémie], nous venions de commencer à réaliser toutes les cohortes chaque année... et nous étions en bonne voie pour terminer cette année-là, malgré la pandémie. Nos taux de couverture sont catastrophiques et très difficiles à rattraper, car une grande partie du flux de renseignements est manquante. »

– Participant au groupe de discussion (13 mars)

Atteinte de la couverture vaccinale ou des cibles des programmes

De nombreux BSP ont mis en œuvre des plans pour remettre leurs programmes relevant de la LIE sur leurs rails dans le contexte postpandémique, mais ont signalé que rattraper leur retard nécessiterait plusieurs années. Certains ont même déclaré que le rattrapage des suites de la pandémie de COVID-19 nécessiterait jusqu'à dix ans. Malgré ces revers, certains BSP ont indiqué avoir procédé à des améliorations dans d'autres facettes de leurs programmes d'immunisation, comme passer plus de temps avec les familles d'immigrants ou de réfugiés et établir de meilleures relations avec les écoles et les conseils scolaires. D'autres leçons apprises à la suite de la pandémie de COVID-19 comprennent l'adoption d'une approche fondée sur l'équité, le ciblage des écoles ou des collectivités sous-immunisées et les gains d'efficacité en matière de suivi aux termes de la LIE. L'application de la LIE dans sa totalité, avec les mesures de suspension (contrairement aux évaluations et l'envoi d'avis aux élèves en état de non-conformité, mais sans suspension), a été perçue comme la stratégie la plus efficace pour augmenter le taux de couverture vaccinale.

Sur le plan de la couverture vaccinale, certains BSP utilisent les objectifs nationaux à titre de point de référence¹², tandis que d'autres ont des objectifs internes (p. ex. augmenter la couverture de 1 % chaque année), tandis que la plupart essaient de ramener leur couverture vaccinale au niveau d'avant la pandémie, voire de faire mieux. De nombreux BSP ont salué l'arrivée du nouvel Outil de surveillance des données sur les immunisations de Santé publique Ontario à titre de moyen de faire un suivi de la couverture vaccinale dans leur collectivité publique en comparaison de la moyenne provinciale, bien que certains aient noté le fait que cet outil ne donne pas de données en temps réel⁷. De nombreux BSP n'ont pas de cible spécifique pour la couverture vaccinale. La plupart des BSP ont plutôt établis des objectifs au niveau du programme ou des opérations, comme effectuer une évaluation et l'application complète de la LIE pour toutes les cohortes et les années d'études, ce qui les a fait augmenter le pourcentage de cohortes atteintes par rapport aux années précédents, ou ont prendre des mesures actives pour émettre moins d'avis de suspension ou réduire le nombre d'élèves en état de non-conformité ([Processus proactifs relatifs à la LIE et stratégies d'évitement de la suspension](#)). De nombreux BSP ont également établi le bien-être de leurs membres du personnel et l'équilibre de la charge de travail à titre d'objectif secondaire.

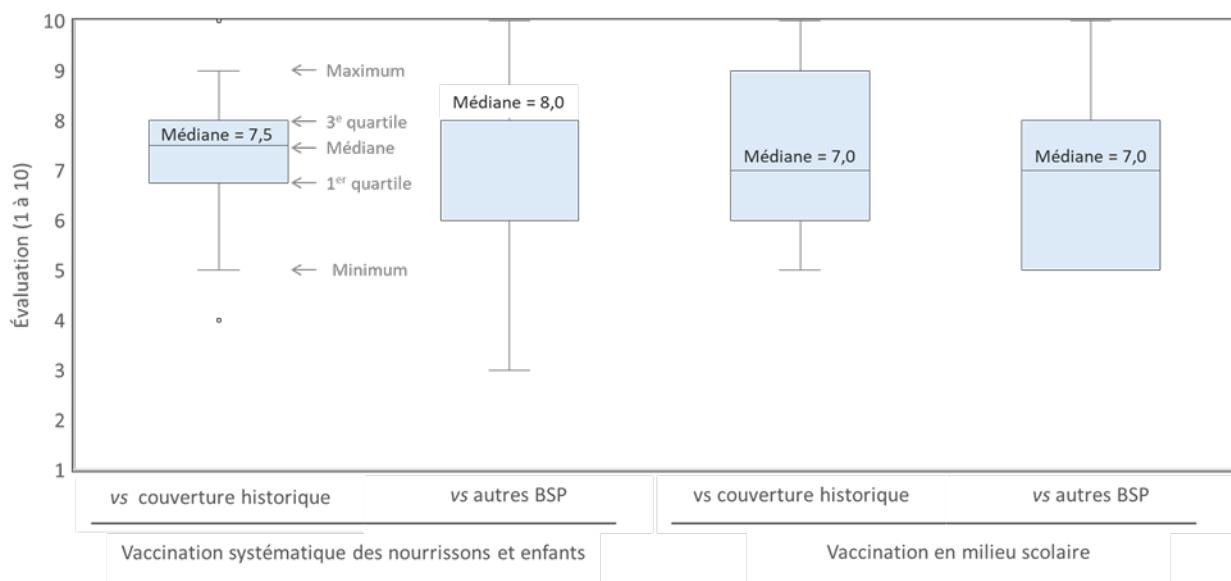
« Nous avons constaté que les activités en milieu scolaire proposées pendant les heures de cours en partenariat avec nos conseils scolaires, ainsi que la reprise de l'application de la LIE ont été les mesures les plus efficaces et celles qui ont permis la plus forte augmentation en matière de ratrappage des taux de couverture vaccinale. »

– Participant au groupe de discussion (17 mars)

Perceptions de la couverture vaccinale postpandémique

Durant l'enquête précédant la séance, on a demandé aux participants (n = 30) de donner une note à leur couverture vaccinale actuelle à la suite de la pandémie de COVID-19. Au moins la moitié des BSP se sont accordé une note de 7 ou plus sur 10 pour leurs activités de vaccination systématique des nourrissons et des enfants en milieu scolaire comparativement à leur couverture d'avant la pandémie de COVID-19 ou à d'autres BSP ([Figure 2](#)). Cependant, nous avons observé une hétérogénéité considérable des notes entre les BSP. Lorsque nous avons demandé d'expliquer leurs évaluations, les BSP ayant des notes plus élevées (9 ou plus) étaient plus susceptibles d'indiquer qu'ils avaient repris leurs activités d'application de la LIE auprès de toutes les années d'études et cohortes, avaient pris des mesures exhaustives de ratrappage ou avaient augmenté les heures d'ouverture de leurs cliniques sur rendez-vous. Les BSP dont les notes étaient les plus faibles (8 ou moins) étaient plus susceptibles de mentionner qu'ils n'avaient pas suffisamment de ressources pour appliquer entièrement la LIE ou d'offrir des cliniques de ratrappage, présentaient un volume plus élevé d'exemptions ou citaient d'autres enjeux propres à leur population ou à leur composition démographique. Un peu plus de la moitié des BSP ont visé un nombre différent de cohortes pour leurs évaluations aux termes de la LIE avant et après la pandémie, tandis que 37 % des BSP visaient moins de cohortes et 20 % des BSP visaient davantage de cohortes. Les BSP qui ont donné une note de couverture vaccinale élevée (9 ou plus) étaient plus susceptibles de viser le même nombre de cohortes avant qu'après la pandémie.

Figure 2 : Auto-évaluation par les bureaux de santé publique de la couverture vaccinale après la pandémie de COVID-19, sur une échelle de 1 (faible) à 10 (élevé)



2. Perceptions

Dans cette section, nous faisons état des perspectives des BSP sur les obstacles et les catalyseurs à l'exécution ou au maintien des activités des programmes d'immunisation en Ontario à la suite de la pandémie de COVID-19. Elle est articulée autour des thèmes principaux qui ont émergé de l'analyse thématique menée avec les transcriptions des entretiens et des groupes de discussion.

Exécution des programmes d'immunisation et des activités aux termes de la lie

Accès aux services d'immunisation

Les participants ont parlé d'offrir des services d'immunisation améliorés qui vont « bien au-delà » de leur programme habituel ou d'appliquer les leçons apprises dans le cadre de leur programme de vaccination contre la COVID-19 afin d'améliorer l'accès aux services d'immunisation et de faciliter le ratrappage auprès des cohortes qui n'ont pas pu être vaccinées. Des exemples de stratégies incluent d'offrir tous les vaccins (y compris des vaccins qui ne sont pas visés par la LIE et des vaccins saisonniers comme la grippe et la COVID-19) dans des cliniques ou d'offrir des cliniques en milieu scolaire dans les écoles secondaires (voir la section [Stratégies](#) pour d'autres exemples). Les participants ont mentionné le manque de médecins de famille dans leur région ou le fait que les médecins de famille n'offrent plus d'immunisations. Ils considèrent également que les limites du champ de pratique des pharmaciens et d'autres professionnels de la santé constituent un obstacle à l'accès.

« Les cliniques [de vaccination de masse] contre la COVID-19 pour les vaccins scolaires ont sans aucun doute joué un rôle clé, en particulier au début, lorsque nous n'avions pas encore complètement repris nos activités dans les cliniques scolaires. Nous avons accueilli de nombreuses familles qui étaient très motivées et qui souhaitaient mettre à jour le calendrier vaccinal de leurs enfants. »

– Participant au groupe de discussion (17 mars)

« Lorsque nous sommes dans les écoles [du secondaire], nous administrons tous les vaccins auxquels les élèves ont droit. Nous apportons un lot de vaccins et essayons de procéder ainsi. Les cliniques scolaires ciblées ont vraiment été couronnées de succès. »

– Participant au groupe de discussion (11 mars)

Modèles de clinique d'immunisation

Les BSP offrent différents types de cliniques à divers endroits, y compris les écoles, les bureaux de santé publique ou la collectivité; leur horaire est souvent prolongé après l'école ou les soirs et les fins de semaine. De nombreux BSP ont adopté un modèle de clinique d'immunisation de masse (similaire à celui utilisé pour la vaccination contre la COVID-19) pour leurs cliniques relevant de la LIE, tandis que certains BSP ont également fait un partenariat avec des fournisseurs de soins primaires afin d'offrir des cliniques communes. De nombreux BSP ont offert des options sans rendez-vous et accessibles à tous, comme des autobus mobiles ou des cliniques communautaires centrales, dans les lieux stratégiques situés au sein de collectivités sous-desservies ou ont même fait du porte à porte et offert des visites à domicile ou utilisé des ambassadeurs d'intervention directe pour améliorer l'accès à l'immunisation (voir la section [Obstacles relatifs au transport et à l'éloignement](#)). Les participants ont mentionné la mise en place de systèmes centralisés de rendez-vous en ligne ou de lignes téléphoniques pour prendre rendez-vous.

« Nous avons également proposé les vaccins de la 7^e année dans les écoles secondaires lorsque nous sommes allés chercher les cohortes que nous avions manquées. Je pense que nous nous sommes mis en quatre pour répondre aux besoins des familles relativement à la LIE. Nous avons proposé des cliniques dans chaque petite collectivité afin d'être plus proches des parents. Nous avons proposé toutes sortes d'actions de sensibilisation. Nous avons proposé des horaires en soirée. »

– Participant au groupe de discussion (7 avril)

Suivi intensif ou intervention directe ciblée

Les participants ont décrit comment ils ont concentré leurs efforts relevant de la LIE sur les écoles ou les collectivités ayant des besoins plus élevés comme celles ayant des taux de non-conformité plus élevés ou un accès plus limité aux soins primaires. L'intensification du suivi ou des activités ciblées d'intervention directe inclut de multiples visites aux écoles, des lettres de rappel ou des appels ciblés aux parents (le jour et le soir), de la collaboration avec les écoles ou les directeurs afin de repérer les élèves à risque, et l'offre de programmes spéciaux ou de cliniques d'immunisation ciblées pour les enfants qui n'ont pas de fournisseur de soins primaires ou de couverture d'assurance-santé provinciale.

D'autres BSP ont réussi à mettre en œuvre les activités exigées par la LIE dans les écoles privées pour la première fois après la pandémie.

« Nous réservons des places dans nos cliniques internes afin que toute personne ne disposant pas de fournisseur de soins de santé puisse prendre rendez-vous. Nous veillons à ce que les interventions soient effectuées avant les suspensions. »

– Participant au groupe de discussion (11 mars)

Processus proactifs relatifs à la LIE et stratégies d'évitements de la suspension

De nombreux participants ont décrit les mesures proactives qu'ils ont prises pour réduire leur charge de travail durant le processus relatif à la LIE, comme envoyer des lettres *signalant qu'il n'y a aucun renseignement au dossier* (ces lettres sont envoyées aux parents qui n'ont déclaré aucune immunisation avant d'émettre un ordre de suspension) ou offrir des *cliniques de prévention de la suspension* (cliniques d'immunisation menées par les BSP qui concordaient avec l'envoi des avis relatifs à la LIE) (voir la section [Stratégies](#) pour de plus amples exemples). Certains BSP de plus grande taille ont étalé dans le temps leurs ordres de suspension entre les écoles, les conseils scolaires, les années d'études ou les cohortes (p. ex. utiliser différentes dates de suspension pour les écoles élémentaires et secondaires) afin de mieux gérer leur charge de travail, bien que d'autres BSP ont affirmé que cela n'était pas une stratégie efficace pour eux. De nombreux BSP ont adopté des stratégies de recharge pour réduire le nombre de suspensions aux termes de la LIE et atténuer les conséquences pour les élèves, les familles et les écoles. On a jugé que ces efforts étaient particulièrement importants après la pandémie de COVID-19, étant donné les répercussions des fermetures d'école durant les mesures de confinement sur la santé mentale, l'apprentissage et le développement des élèves. Par exemple, certains BSP ont levé les ordres de suspension ou offert des « exemptions en cours », qui permettaient aux élèves ayant pris rendez-vous pour recevoir un vaccin auprès de leur fournisseur de soins primaires de retourner à l'école. Certains BSP ont également mené des évaluations aux termes de la LGEPE pour les enfants d'âge préscolaire avant qu'ils commencent l'école ou ont ciblé leurs communications vers les parents d'enfants d'âge préscolaire pour les informer de leur devoir de déclarer les vaccins reçus par leur enfant aux autorités de santé publique par l'entremise des services de garde ou lors de l'inscription à l'école.

« Nous avons organisé des cliniques de prévention des suspensions scolaires où, après avoir analysé les chiffres, nous avons contacté [l'école], mobilisé l'administration et envoyé une petite équipe... Les familles ont adoré. Nous avons fait appel à des travailleurs qui fournissent un soutien dans différentes langues à l'école pour promouvoir les cliniques et les gens ont apporté leurs dossiers. Nous avons effectué toutes les vaccinations requises après évaluation sur place. Ce fut un énorme succès! »

– Participant au groupe de discussion (13 mars)

« Nous avons également repris l'évaluation des carnets de vaccination [des enfants en] garderie... afin que moins d'élèves ne commencent leur parcours scolaire sans aucun carnet. »

– Participant au groupe de discussion (31 mars)

Élargissement de l'admissibilité aux programmes financés par les pouvoirs publics

Les participants ont indiqué avoir concentré leurs efforts sur les élèves des écoles secondaires qui auront bientôt dépassé l'âge pour profiter des programmes d'immunisation financés par le public. Par exemple, certains BSP ont priorisé la mise en place de cliniques additionnelles ou l'application de la LIE pour les élèves des écoles secondaires de la 9^e à la 12^e année, plutôt que les enfants des écoles élémentaires ou intermédiaires. Durant la pandémie de COVID-19, le ministère de la Santé a temporairement élargi l'admissibilité au-delà de la 12^e année pour les vaccins administrés en milieu scolaire aux élèves qui ont obtenu leur diplôme durant la pandémie de COVID-19 (années scolaires 2019–2020 à 2022–2023)¹⁵. De nombreux BSP ont également élargi leurs cliniques en milieu scolaire afin de doubler les cohortes en permettant aux élèves de 8^e année d'aller aux cliniques de 7^e année ou ont prévu la distribution exceptionnelle des vaccins réservés aux écoles aux fournisseurs de soins primaires.

« Nous avons pu envoyer des courriels par l'intermédiaire des écoles, ou celles-ci ont accepté de les envoyer en notre nom, aux finissants du secondaire lorsque les critères d'admissibilité pour ces vaccins scolaires ont été élargis, afin de pouvoir atteindre tous ceux qui quittaient l'école, mais qui étaient peut-être encore admissibles pour cette année supplémentaire. »

– Participant au groupe de discussion (28 mars)

Systèmes de données et d'information

Accès aux dossiers d'immunisation

Nous avons entendu que dans de nombreux BSP, on note un manque de sensibilisation chez les familles concernant leurs responsabilités en matière de déclaration aux termes de la LIE. On a jugé que ce manque avait augmenté durant la période suivant la pandémie. La plupart des parents ont tenu pour acquis que leur fournisseur de soins primaires déclarerait l'immunisation de leur enfant aux autorités de santé publique et étaient souvent déçus d'apprendre que cette déclaration n'était pas effectuée automatiquement. Les participants ont décrit comment ce fardeau imposé aux parents et la confusion concernant le processus relatif à la LIE ont contribué au fait que les dossiers d'immunisation n'étaient pas à jour. Les participants ont décrit comment certains fournisseurs de soins de santé peuvent exiger des frais ou un rendez-vous pour que leurs patients puissent accéder à leurs dossiers d'immunisation. Ils ont perçu cela comme un obstacle pour satisfaire au processus relatif à la LIE de manière opportune et équitable. Dans certains BSP, les fournisseurs de soins primaires peuvent déclarer les immunisations aux autorités de santé publique dans une application appelée PHIX (Public Health Information Exchange) ou directement par l'entremise de leurs systèmes de dossiers médicaux électroniques, mais cela n'était pas la norme pour la plupart des BSP.

« Je suis sûr que tout le monde ici présent comprend bien la situation : le système de santé est défaillant, car les parents ne comprennent pas que leurs médecins ne leur disent pas quels vaccins ils administrent. Nous sommes “les méchants” qui demandons ces renseignements et [qui obligeons les gens à] retourner inutilement chez le fournisseur de soins de santé, déjà très sollicité, pour demander un dossier... Je constate que même [les parents qui vaccinent leurs enfants] sont frustrés à notre égard à cause de cela... L'objectif supérieur a été d'obtenir un flux de données continu entre les fournisseurs de soins de santé et la santé publique. »

– Participant au groupe de discussion (21 mars)

« Une grande partie de notre travail consiste simplement à trouver des dossiers qui existent déjà dans le cabinet d'un fournisseur de soins de santé. »

— Participant au groupe de discussion (31 mars)

Déclaration de vaccination et gestion des dossiers

De nombreux participants ont décrit les enjeux liés à la gestion des dossiers d'immunisation, notamment l'accès aux données sur l'immunisation en temps réel, les flux d'information provenant des fournisseurs de soins de santé ou des conseils scolaires vers les autorités de santé publique, ainsi que les obligations en matière de saisie des données imposées aux parents et aux fournisseurs de soins de santé. Les participants ont relevé la fréquence des erreurs de saisie des données dans les dossiers d'immunisation déclarés par les parents, comme la sélection erronée d'un antigène ou la déclaration du bureau de santé publique erronée dans CION, erreurs dont la correction est coûteuse en temps et en ressources. Les participants ont également signalé qu'il était difficile pour de nombreux parents de déclarer le statut d'immunisation de leur enfant aux autorités de santé publique à cause de la complexité du calendrier de vaccination de l'Ontario. De nombreux participants ont également fait état des problèmes de qualité des données dans Panorama, comme des adresses ou des numéros de téléphone incorrects ou obsolètes, ou de difficultés techniques à exécuter les rapports PEAR (Panorama Enhanced Analytical Reporting).

« Il y a aussi beaucoup d'erreurs commises par les utilisateurs. On ne peut pas s'attendre à ce qu'un parent comprenne les implications des renseignements qu'il saisit et qui pourraient entraîner le choix du mauvais vaccin. Le simple fait d'obtenir ces données directement auprès des fournisseurs de soins de santé permettrait probablement de réduire de 60 % le travail requis pour se conformer à la LIE. »

— Participant au groupe de discussion (31 mars)

« Le manque de systèmes intégrés. Nous travaillons tous dans des systèmes individuels. Rien que le processus consistant à obtenir les listes scolaires sur une base annuelle, le temps qu'il faut pour les parcourir, les examiner et les mettre à jour. »

— Participant au groupe de discussion (13 mars)

Lacunes dans les systèmes d'information actuels sur la vaccination

Les participants ont indiqué que l'absence d'un registre d'immunisation provincial et d'intégration avec les autres systèmes de données (p. ex. des dossiers médicaux ou scolaires électroniques) constituait une lacune majeure de nos systèmes actuels de données sur l'immunisation. Ils ont décrit comment COVaxON, le registre provincial d'immunisation pour les vaccins contre la COVID-19, a montré aux usagers les fonctionnalités qu'un registre d'immunisation en temps réel pourrait présenter. De telles fonctions comprenaient la capacité de faire une recherche en ligne pour repérer le dossier d'immunisation d'un client ou d'envoyer des rappels de rendez-vous de vaccination par courriel ou message texte. Cependant, les participants ont également fait le commentaire que le système COVaxON exigeait beaucoup d'attention en matière de saisie des données pour les fournisseurs de services d'immunisation, notamment les membres du personnel de santé publique. L'absence de données sociodémographiques dans Panorama, le système de données sur l'immunisation existant en Ontario, a été relevée comme une

lacune restreignant le repérage des populations prioritaires au niveau de la collectivité ou du quartier ainsi que la mise en œuvre de programmes fondés sur l'équité (voir la section [Solutions équitables fondées sur les données](#)).

« Je pense que nous avons été très gâtés pendant la pandémie. Nous disposions d'une grande quantité de données, notamment des données [socioéconomiques] très précises. Nous savions exactement qui n'était pas vacciné ou qui n'était pas à jour dans ses vaccins contre la COVID-19. »

– Participant au groupe de discussion (28 mars)

« La mise en place d'un registre de vaccination provincial universel constituerait une avancée considérable dans cette voie. Je pense que l'on ne saurait trop insister sur l'importance d'une telle mesure. »

– Participant au groupe de discussion (28 mars)

Partage de l'information et systèmes modernes de déclaration

Les participants ont décrit les manières dont leur BSP a modernisé les systèmes permettant aux parents de déclarer le dossier d'immunisation de leur enfant, comme en créant des adresses de courriel, des lignes téléphoniques ou des centres d'appel réservés à cet effet, ou en autorisant les parents à téléverser une photo du dossier d'immunisation de leur enfant. Certains BSP ont également commencé à téléverser leurs listes de suspension aux termes de la LIE dans un site sécurisé de partage des données afin de permettre le partage de données en temps réel avec les écoles et de graduellement abandonner l'emploi du télécopieur. Durant la période suivant la pandémie, certains BSP ont donné accès au système en ligne CION (Connexion immunisations Ontario) aux parents afin qu'ils déclarent les immunisations de leur enfant et en fassent le suivi; ils ont remarqué que cela a amélioré leur processus de déclaration aux termes de la LIE. Cependant, d'autres participants ont commenté que CION n'était pas convivial et que certaines exigences fonctionnelles étaient perçues comme des obstacles à la déclaration par les parents. Par exemple, CION exige que les usagers demandent un NIP et utilisent l'authentification à deux facteurs. Certains BSP ont mis en œuvre leur propre système de déclaration en ligne indépendant de CION ou adopté des plateformes externes comme l'application CANImmunize afin de pallier ces difficultés, bien qu'ils aient reconnu les contraintes temporelles et financières liées à la mise en œuvre de tels systèmes.

« Nous avons essayé de rationaliser le processus de déclaration via notre centre d'appels... Lorsqu'une personne appelle, si aucune infirmière de santé publique n'est disponible pour lui parler, elle est mise en attente avec un peu de musique et des renseignements, et dans les deux minutes qui suivent, elle est mise en relation avec une infirmière de santé publique et peut alors mettre à jour son dossier. »

– Participant au groupe de discussion (10 mars)

« Nous avons fini par mettre en place un processus permettant aux parents de remplir le formulaire en ligne sur notre site Web, puis d'envoyer une photo de leur carnet de vaccination. Cela a très bien fonctionné dans notre bureau de santé publique. »

– Participant au groupe de discussion (20 mars)

Innovations technologiques et solutions basées sur les données

Pour résoudre ces problèmes, bon nombre de BSP ont eu recours à des innovations technologiques et à des solutions basées sur les données, comme l'utilisation d'outils automatisés pour générer des lettres d'avis de conformité à la LIE, créer des formulaires de consentement en ligne pour les vaccins administrés en milieu scolaire, ainsi que des appels ou des messages textes automatisés pour communiquer avec les parents (voir de plus amples exemples à la section [Stratégies](#)). Dans un BSP, un système automatisé génère et personnalise des lettres aux termes de la LIE (jusqu'à 50 000 à l'heure), ce qui a dramatiquement réduit le temps passé à faire ce travail à la main. D'autres BSP ont aussi adopté des solutions basées sur les données, comme la création de tableaux de bord en ligne pour le suivi de la couverture vaccinale et le repérage des écoles ou des collectivités où les besoins en immunisation sont les plus élevés. Dans quelques groupes de discussion, la question de la « fracture numérique » a été relevée, car les BSP présentent un accès inégal aux innovations technologiques. Le manque de coordination et d'uniformité d'un BSP à l'autre a été perçu comme un facteur contribuant à l'hétérogénéité de la couverture vaccinale.

« Nous disposons d'un tableau de bord interne que nous utilisons pour surveiller les taux de vaccination dans les écoles. Nous pouvons ainsi examiner n'importe quelle école, n'importe quelle cohorte et voir si les doses ont été administrées partiellement ou si la série complète a été effectuée... C'est vraiment un outil formidable. »

– Participant au groupe de discussion (25 mars)

Communication

Campagnes de sensibilisation et promotion de la santé

De nombreux BSP ont décrit comment ils ont mis au point des ressources à l'intention des parents et des écoles pour les informer au sujet des exigences et des échéanciers de déclaration aux termes de la LIE. Dans certains BSP, cela incluait des vidéos ou des affiches didactiques dotées de codes QR dans les bureaux des fournisseurs de soins de santé, lesquelles indiquaient comment déclarer les immunisations dans le système CION. Bon nombre de BSP ont traduit des ressources sur la LIE dans d'autres langues pour les écoles ou les collectivités présentant un nombre élevé d'enfants dont l'anglais ou le français n'est pas la langue maternelle ou ont eu recours à des services de traduction provenant d'autres programmes. Certains BSP ont lancé des campagnes de promotion de la santé axées sur la LIE, tandis que d'autres ont participé à des activités communautaires afin de sensibiliser les gens au sujet de la vaccination systématique. En plus de ces activités de sensibilisation à l'intention des parents, certains BSP ont également offert des séances de formation à la LIE pour les fournisseurs de soins de santé, les conseils scolaires ou les directeurs et administrateurs d'école, ou les conseils de parents, notamment des webinaires en personne et enregistrés, des séances de questions et réponses, des vidéos YouTube ainsi que des midis-conférences.

« Beaucoup de parents ignorent qu'ils ont la responsabilité de nous signaler ces cas. Nous envoyons de nombreuses communications aux parents par l'intermédiaire des écoles, via leurs bulletins d'information électroniques, mais il est difficile d'évaluer leur efficacité. Je suppose qu'il est difficile de déterminer dans quelle mesure ces bulletins électroniques sont utiles ou s'ils atteignent la population que nous visons. »

– Participant au groupe de discussion (20 mars)

« Beaucoup de parents avaient du mal à comprendre comment saisir les vaccins, alors nous avons élaboré un guide à ce sujet. Nous sommes actuellement en train de réaliser une vidéo expliquant comment saisir les vaccinations via le PACO [Programme d'amélioration de la connectivité en Ontario]. »

– Participant au groupe de discussion (25 mars)

Plans de communication robustes

De nombreux BSP ont indiqué qu'ils ont mis au point des plans de communication robustes, qui comprenaient les messages et échéanciers usuels afin d'aviser de manière proactive les parents au sujet de la reprise des activités aux termes de la LIE et de les informer au sujet des efforts de rattrapage. Ces plans comprenaient des messages généraux dans les médias traditionnels (p. ex. la télévision, la radio et les journaux), les médias sociaux, les messages automatisés (p. ex. les appels automatisés, les messages texte), les annonces publicitaires dans les lieux publics, ainsi que les sites Web et les réseaux axés sur le rôle parental. Certains BSP ont demandé à des entreprises médiatiques de produire des campagnes, y compris de la publicité payée. Ces communications ont été perçues comme étant cruciales pour remettre les programmes d'immunisation des BSP sur leurs rails après la pandémie de COVID-19. Les BSP ont collaboré avec les équipes de communication des conseils de santé et des conseils scolaires, ainsi qu'avec les fournisseurs de soins primaires et les garderies. Les participants ont discuté des avantages d'harmoniser leurs communications, par exemple en envoyant toutes leurs communications aux écoles dans un seul canal. Ils ont souligné l'importance de diffuser des messages cohérents à toutes les familles pour aider à clarifier les attentes et à réduire la confusion chez les parents.

« Je pense qu'un plan de communication solide a permis de maintenir bon nombre des activités et d'obtenir la participation de la collectivité. »

– Participant au groupe de discussion (7 mars)

Communications ciblées

En plus des messages publics, les BSP ont également adopté d'autres stratégies de communication plus ciblées pour joindre les élèves accusant un retard vaccinal et/ou les écoles ou les collectivités présentant un taux élevé de non-conformité. Dans certains BSP, cela incluait des élèves accusant un retard pour les vaccins ne relevant pas de la LIE, comme l'hépatite B ou le virus du papillome humain offerts dans les programmes en milieu scolaire. Ils ont également ciblé les parents de cohortes spécifiques, comme les parents de jeunes enfants qui vont à la garderie ou qui font leur entrée à l'école pour la première fois et qui n'ont jamais entendu parler de la LIE ou des élèves plus âgés qui vont à l'école secondaire qui seront bientôt trop vieux pour profiter des programmes financés par le public (voir la section [Élargissement de l'admissibilité aux programmes financés par les pouvoirs publics](#)). Dans l'enquête préalable aux séances, les BSP ont indiqué utiliser une gamme de stratégies afin de communiquer les exigences de la LIE durant l'année scolaire 2024–2025. Les approches les plus répandues comprenaient la communication avec les écoles et les conseils scolaires (83 %), fournir des renseignements aux parents et aux familles par l'entremise des écoles (p. ex. donner aux élèves des imprimés qui expliquent les exigences de la LIE à rapporter à la maison) (60 %), et des messages publics dans les médias sociaux, les sites Web et d'autres plateformes de médias numériques (53 %). Bien que la plupart des BSP (83 %) ont collaboré avec des fournisseurs de soins primaires d'une manière ou d'une autre, seuls 40 % d'entre eux ont explicitement indiqué que cela faisait partie de leurs stratégies de communication des exigences de la LIE.

« Nous avons examiné les écoles où la couverture vaccinale était la plus faible et nous avons commencé à organiser des séances en classe avec des infirmières de santé publique sur les vaccins et divers autres sujets afin de promouvoir l'éducation et la compréhension. [Nous avons également] amélioré notre travail grâce à la traduction des dossiers et des documents afin de mieux communiquer avec les parents de la collectivité. »

– Participant au groupe de discussion (25 mars)

Partenariats, collaboration et mobilisation

Mobilisation des fournisseurs de soins de santé

Les BSP ont utilisé plusieurs stratégies pour mobiliser les fournisseurs de soins de santé, notamment les ressources et les guides sur la LIE, ainsi que les télécopies ou le publipostage électronique, les rappels à intervalle régulier, les mises à jour à l'intention des professionnels de la santé ainsi que les activités de sensibilisation et d'intervention directe ciblées (voir la section [Campagnes de sensibilisation et promotion de la santé](#)). Les participants ont souligné l'importance de maintenir des liens étroits avec les fournisseurs de soins primaires ainsi que les avantages de susciter l'adhésion des fournisseurs de soins de santé aux processus de la LIE. De nombreux BSP ont indiqué avoir établi des partenariats fructueux avec les fournisseurs de soins primaires et, dans un nombre limité de BSP, les immunisations sont signalées directement aux autorités de santé publique (et *vice versa*). Certains BSP ont également offert des cliniques d'immunisation de soins primaires et de santé publique conjointes. Cependant, comme mentionné plus haut, le faible accès aux soins primaires et/ou les fournisseurs de soins de santé qui n'offrent pas de services d'immunisation continuent de représenter un défi (voir la section [Accès aux services d'immunisation](#)). Des participants ont indiqué qu'ils constataient que davantage de fournisseurs de soins de santé émettaient des réserves, car ils considéraient que la LIE était un enjeu touchant la santé publique ou les écoles, ainsi qu'un manque de sensibilisation au sujet des exigences de la LIE parmi les fournisseurs de soins de santé. Les BSP ont également décrit devoir gérer les attentes des fournisseurs de soins de santé étant donné que les autorités de santé publique n'étaient plus en mesure d'offrir certains services d'immunisation qui étaient offerts durant la pandémie de COVID-19 ou immédiatement ensuite et qui faisaient partie de la réponse à la pandémie.

« Nous avons également un groupe consultatif et de liaison en matière de soins primaires. Notre [médecin hygiéniste] siège à ce groupe et échange avec ses membres de tout ce qui a trait à la LIE... C'est comme un dialogue bidirectionnel. Nous ne nous contentons pas de fournir des renseignements, nous recueillons également des données auprès d'eux afin d'améliorer notre collaboration. »

– Participant au groupe de discussion (13 mars)

« La priorité est de vraiment commencer à établir des partenariats solides avec les équipes de santé de l'Ontario. Elles sont vraiment ancrées dans les collectivités. Elles ont des ambassadeurs de sensibilisation. Il faut donc travailler avec elles pour voir comment nous pouvons faire passer le message et aider les familles à utiliser CION [Connexions immunisations Ontario]. »

– Participant au groupe de discussion (13 mars)

Mobilisation des écoles et des conseils scolaires

De forts partenariats avec les écoles et les conseils scolaires sont également considérés comme étant cruciaux pour l'exécution du processus relatif à la LIE. Les BSP ont décrit avoir constitué des équipes de liaison avec les infirmières et les services de santé en milieu scolaire, mis au point des trousseaux sur la LIE à l'intention des directeurs et du personnel administratif, créé des portails de partage des ressources et mené des activités ciblées de sensibilisation et d'intervention directe (voir la section [Communications](#)). De nombreux BSP ont décrit comment ces partenariats ont été renforcés durant et après la pandémie de COVID-19. Ces partenariats ont donné aux BSP un accès aux écoles pour y mener des cliniques en milieu scolaire, ce qui leur a en outre permis de distribuer des outils et de diffuser des renseignements aux administrateurs scolaires et aux parents, et d'appliquer la LIE au moyen de suspensions. Dans certaines écoles, les directeurs ont même communiqué avec les parents d'élèves risquant une suspension ou aidé les BSP à repérer les familles aux prises avec des obstacles plus importants pour accéder aux services d'immunisation. Certains BSP ont remodelé leurs messages sur la LIE aux écoles de manière stratégique afin d'insister davantage sur les possibilités éducatives de ne pas manquer de jours d'école en raison des suspensions, plutôt que la mise en application des mesures d'immunisation. Les BSP ont également fait état du taux de roulement élevé au sein du système d'éducation, ce qui exige une mobilisation constante des écoles et des conseils scolaires. Certains BSP ont souligné les défis particuliers d'établir des liens avec les écoles privées et d'obtenir leurs dossiers scolaires; seuls quelques BSP ont indiqué qu'ils appliquent la LIE au sein des écoles privées.

« [À la suite de la pandémie], nos partenariats avec les conseils scolaires se sont considérablement renforcés. Nous travaillons de manière plutôt individuelle avec les conseils. Nous avons désormais mis en place des flux de communication mieux définis avec les conseils et les directeurs d'école. Nous avons vraiment fait en sorte que les hauts responsables des conseils s'impliquent et communiquent clairement aux écoles et aux directeurs d'école leurs attentes et la manière dont ils peuvent les soutenir. »

– Participant au groupe de discussion (13 mars)

« Nos partenaires du conseil scolaire sont vraiment très impliqués, mais cela représente beaucoup de travail pour eux. C'est une lourde tâche que de leur demander cela. »

– Participant au groupe de discussion (20 mars)

Mobilisation des familles et des aidants

De nombreux participants ont fait des commentaires sur l'augmentation de la réticence à la vaccination dans leur collectivité publique après la pandémie de COVID-19 (voir la section [Réticence vaccinale](#)). Ils ont décrit avoir constaté que les parents réagissaient plus fortement à propos des exigences de la LIE et du processus de suspension et faisaient davantage de demandes d'exemptions pour des motifs non médicaux, ce qui s'accompagnait d'injures et de menaces à la suite des ordres de suspension. Une bonne partie du temps passé auprès des familles était consacrée à la clarification des rôles et responsabilités aux termes de la LIE et à prodiguer des conseils sur la réticence à la vaccination. De nombreux parents et familles n'étaient pas au courant qu'ils étaient tenus de déclarer le statut d'immunisation de leur enfant et ont tenu pour acquis de manière erronée que leur fournisseur de soins de santé transmettrait les renseignements directement aux autorités de santé publique. Pour cette

raison, de nombreux BSP ont investi temps et ressources pour informer les parents sur leurs obligations en matière de déclaration et le processus relatif à la LIE, notamment en préparant des documents en langage simple et en offrant des services de traduction. Les participants ont relevé que de nombreux parents n'avaient jamais communiqué avec les autorités de santé publique ou entendaient parler de la LIE pour la première fois. Cela était particulièrement le cas pour les parents dont les enfants faisaient leur entrée au jardin d'enfants et pour les familles de nouveaux arrivants ou de réfugiés.

« Je crois que la constance est essentielle. Nous pourrions envoyer beaucoup de messages aux parents sur les réseaux sociaux, discuter avec les écoles et les conseils scolaires et obtenir la participation de tout le monde, mais il faut continuer sans relâche. Cela semble sans fin, les relations ne s'arrêtent pas. Il faut les entretenir activement, maintenir l'intérêt et continuer à envoyer des messages pour que le travail se poursuive... Ce n'est vraiment pas facile. »

– Participant au groupe de discussion (13 mars)

Mobilisation de la collectivité et partenariats

De nombreux participants ont décrit comment ils ont réussi à tirer parti des partenariats communautaires établis durant la pandémie de COVID-19 et comment ces partenariats ont appuyé les efforts de rattrapage dans le contexte postpandémique, notamment en menant des cliniques de rattrapage du processus de la LIE. De nombreux BSP ont participé à des activités communautaires, utilisé des ambassadeurs d'intervention directe ou travaillé en partenariat avec des organismes communautaires (p. ex. les centres de santé communautaires) ou des programmes ou services (p. ex. le programme « Bébés en santé, enfants en santé ») afin de sensibiliser les gens, dans leur collectivité, au sujet de la LIE et de promouvoir les vaccinations systématiques ou de les administrer. Ils ont également établi des partenariats étroits avec des organismes communautaires qui travaillent avec des groupes précis comme les communautés autochtones ou des populations de nouveaux arrivants.

« Au printemps et à l'été 2023, nous avons participé à de nombreux événements communautaires, comme des spectacles sur le bord du lac et des festivals de musique de rue, où nous tenions un kiosque pour promouvoir les calendriers de vaccination systématique des enfants. »

– Participant au groupe de discussion (20 mars)

Harmonisation intersectorielle

Les participants ont parlé de l'importance du dialogue entre la santé publique et les autres secteurs comme l'éducation ou les soins primaires. Les participants ont discuté de l'importance de la collaboration et « d'abattre les cloisons » au sein et à l'échelle des secteurs de la santé et de l'éducation. Plusieurs BSP ont établi des groupes de liaison ou des séries de réunions régulières avec les écoles et les conseils scolaires ou les fournisseurs de soins primaires. D'autres ont travaillé avec des professionnels paramédicaux (p. ex. des dentistes, des cliniques de santé sexuelle) et des équipes communautaires (p. ex. des équipes de santé familiale, des travailleurs en immigration) afin d'améliorer la couverture vaccinale. On nous a également fait part de l'importance de la cohérence des messages sur la LIE et sur son application dans les BSP et régions avoisinantes. Les participants ont décrit les problèmes survenant lorsque les familles déménagent d'un bureau de santé ou d'un conseil scolaire à l'autre et sont aux prises avec les différences d'application de la LIE entre les BSP. Ils ont également fait état des défis

uniques se présentant aux BSP frontaliers d'autres provinces (p. ex. le Québec ou le Manitoba), en raison des différents calendriers d'immunisation, des déplacements inter provinciaux ainsi que de l'absence d'interopérabilité des systèmes de données sur l'immunisation de l'Ontario avec ceux des autres provinces et territoires.

« Nous avons collaboré avec les travailleurs sociaux de notre région par l'intermédiaire du YMCA et avec nos conseils scolaires afin d'identifier les écoles situées dans les collectivités où notre couverture est particulièrement faible et d'essayer de mettre au point des stratégies supplémentaires. »

– Participant au groupe de discussion (17 mars)

Équité et accessibilité

Obstacles liés au transport et à l'éloignement

Comme on l'a décrit précédemment, l'éloignement et l'accès à la vaccination étaient parmi les principaux thèmes dont on nous a fait part dans les groupes de discussion (voir la section [Accès aux services d'immunisation](#)). De nombreux BSP ont indiqué comment ils ont prodigué des services d'immunisation spécifiquement à ceux qui n'avaient pas de fournisseur de soins de santé habituel, qui n'avaient pas accès aux transports en commun ou qui faisaient face à d'autres obstacles qui entravaient leur accès aux services d'immunisation. Dans certains BSP, cela impliquait de situer les cliniques d'immunisation de manière stratégique dans des régions sous-desservies ou en partageant l'espace avec d'autres types de services de santé ou sociaux, d'offrir des options de clinique sans rendez-vous ou accessibles à tous, ou en menant des cliniques itinérantes (p. ex. dans des autobus). Dans les collectivités du Nord où les distances sont particulièrement grandes, cela signifiait que les infirmières-hygienistes devaient faire de longs déplacements pour aller dans les collectivités offrir des cliniques ou faire des visites à domicile.

« Nous sommes passés à un modèle où nous avons des centres de santé et de bien-être de quartier et des cliniques qui fonctionnent selon un horaire régulier pour soutenir les populations défavorisées de la ville, et la vaccination systématique entre dans ce cadre. »

– Participant au groupe de discussion (7 mars)

Solutions équitables fondées sur les données

Plusieurs BSP ont adopté le point de vue de l'équité lors de l'application de la LIE ou du suivi de la couverture vaccinale selon les aspects démographiques de leur clientèle ou des obstacles à l'accès aux soins de santé. Par exemple, certains BSP ont incorporé des données sur l'équité des chances provenant des écoles dans leurs tableaux de bord afin de faire leur suivi de la couverture vaccinale ou ont mis au point un indice des risques afin de donner la priorité aux écoles ou aux collectivités nécessitant un rattrapage.

« L'autre chose que nous avons faite, toujours dans une optique d'équité, a été d'examiner les données démographiques des différentes écoles ainsi que les taux de conformité, et d'essayer d'élaborer un indice de risque afin de hiérarchiser les écoles qui, selon nous, avaient le plus besoin de services de rattrapage. »

– Participant au groupe de discussion (7 mars)

Évolution démographique

Plusieurs participants ont remarqué l'évolution du profil démographique dans leurs collectivités publiques dans le contexte postpandémique, particulièrement en ce qui concerne la croissance de la population et l'augmentation du nombre d'immigrants récents ou de réfugiés. Les nouveaux arrivants au Canada, en particulier, peuvent présenter des défis uniques aux BSP relativement à l'évaluation aux termes de la LIE en raison des différents calendriers d'immunisation dans leur pays de naissance, le manque de familiarité avec le système de santé de l'Ontario, les dossiers d'immunisation en différentes langues ou les différents formats de date ainsi que les dossiers d'immunisation incomplets ou manquants. Le manque de services de traduction était perçu comme un obstacle, et de nombreux BSP tirent parti des ressources d'autres programmes comme les écoles ou les services d'immigration.

« Depuis la pandémie, nous avons également constaté un changement important dans la démographie de notre collectivité, ce qui a modifié les besoins, les services et la manière dont nous les fournissons. Cela ajoute donc, non pas nécessairement un obstacle, mais un défi en matière de ressources humaines, car il faut davantage d'intervention pour les amener au même niveau [en matière de conformité à la LIE]. »

– Participant au groupe de discussion (7 mars)

Populations prioritaires

De nombreux BSP ont concentré leurs activités d'immunisation et de rattrapage dans les quartiers ou les collectivités en quête d'équité ou les endroits qui n'ont pas accès à des médecins de famille (voir la section [Suivi intensif ou intervention directe ciblée](#)). S'adressant spécifiquement aux populations et aux familles de nouveaux arrivants où l'anglais ou le français est une langue seconde, ces activités d'intervention directe comprenaient la sensibilisation au sujet des processus et exigences de la LIE, l'aide aux familles à se retrouver dans le système de santé, l'offre de services de traduction des dossiers d'immunisation étrangers, la distribution de documentation sur la LIE dans plusieurs langues et l'embauche de personnel parlant différentes langues. Les participants ont indiqué comment l'offre de services culturellement appropriés s'est avérée cruciale pour établir des relations et susciter la confiance. Pour les BSP touchés par l'élosion de rougeole survenue dans de nombreuses collectivités publiques en 2024–2025, cela impliquait également de communiquer avec des collectivités ou des groupes confessionnels qui présentent un historique de faible couverture vaccinale.

« Je pense que nos efforts pour accorder davantage d'attention aux personnes de notre collectivité qui ont le plus besoin d'aide ou qui rencontrent les plus grands obstacles pour accéder à la vaccination ont joué un rôle essentiel dans l'amélioration des taux de vaccination. »

– Participant au groupe de discussion (7 mars)

« Nous nous sommes rendus dans certaines de nos écoles élémentaires qui comptaient un nombre très élevé de nouveaux arrivants, puis nous avons collaboré avec nos services d'immigration et les employés que ces derniers ont affectés à ces écoles. Ils ont fourni des services de traduction et d'aide à la lecture des communications [relatives à la LIE] et à la compréhension du processus. »

– Participant au groupe de discussion (25 mars)

Systèmes, politiques et ressources

Leadership et planification stratégique

Les participants ont mentionné à quel point il est important que les principaux dirigeants donnent la priorité à l'immunisation et aux efforts de rattrapage au niveau organisationnel. Dans certains BSP, cela impliquait d'établir des plans pluriannuels d'application de la LIE, d'intégrer des cibles d'immunisation dans le plan stratégique ou que le médecin hygiéniste ordonne de prioriser la LIE et les programmes en milieu scolaire. Les dirigeants ont également été perçus comme étant d'une importance cruciale afin que les BSP soient en mesure de redéployer leur personnel ou de réaffecter des ressources là où elles sont nécessaires afin de prêter main-forte aux programmes d'immunisation.

« Notre plan stratégique prévoit également la mise en œuvre intégrale de la LIE. Cela montre bien qu'il s'agit d'une priorité pour notre haute direction, et je pense que cela aide. »

– Participant au groupe de discussion (20 mars)

Ressources humaines

Dans la plupart des groupes de discussion, les ressources humaines ont été évoquées comme un élément autant entravant que facilitant l'amélioration de la couverture vaccinale dans la période suivant la pandémie. Plusieurs participants étaient d'avis qu'ils disposaient d'effectifs insuffisants ou devaient avoir recours aux heures supplémentaires pour faire un rattrapage auprès des élèves accusant un retard vaccinal en raison de la pandémie de COVID-19. Cela était surtout le cas dans les BSP qui ont connu une forte croissance de la population, particulièrement les populations de nouveaux arrivants, sans que les effectifs en personnels aient connu une augmentation correspondante (voir la section [Évolution démographique](#)). Ils ont noté que les membres du personnel ont passé beaucoup plus de temps à « courir après » les dossiers d'immunisation des élèves en état de non-conformité, à travailler auprès des familles de nouveaux arrivants et de réfugiés et à conseiller les familles hésitantes face à la vaccination. Le recrutement, la rétention ainsi que l'épuisement des membres du personnel ont également été relevés à titre d'obstacles. Les facteurs facilitants les services des ressources humaines comprenaient le redéploiement ou la formation croisée de membres du personnel provenant d'autres programmes, l'embauche de personnel saisonnier, occasionnel ou contractuel, notamment ceux qui peuvent parler plusieurs langues, la main-d'œuvre souple capable de faire des heures supplémentaires d'appoint ainsi que la mise en œuvre de mécanismes standardisés d'orientation et d'intégration de nouveaux membres du personnel (voir la section [Stratégies](#) pour de plus amples exemples). Cependant, plusieurs participants ont remarqué que ces nouveaux membres du personnel n'étaient pas familiers avec l'immunisation systématique, les processus de la LIE ou le système Panorama, ou avaient uniquement formés à traiter avec les vaccins contre la COVID-19, et bon nombre de ces membres du personnel nécessitaient une formation importante ou un recyclage professionnel.

« En ce qui concerne le roulement du personnel, je dirais que près de 80 %, voire plus, de nos employés qui travaillent actuellement dans le domaine de la vaccination sont de nouveaux employés qui ont joint notre équipe pendant la pandémie. Beaucoup de personnes ont quitté le programme ou ont pris leur retraite. La courbe d'apprentissage a été très ardue pour bon nombre des personnes qui travaillent actuellement dans nos cliniques de vaccination systématique. »

– Participant au groupe de discussion (11 mars)

« Les gens sont encore épuisés par la pandémie, en particulier en ce qui concerne la vaccination. Alors que, par le passé, lorsque des capacités supplémentaires étaient requises ou encore pendant les cliniques pour les élèves de 7e année, nous pouvions compter sur d'autres programmes pour nous aider, cela est devenu beaucoup plus difficile aujourd'hui. Personne ne veut retourner dans les cliniques de vaccination et tout le monde est encore un peu traumatisé et épuisé. »

– Participant au groupe de discussion (31 mars)

Priorités en concurrence

De nombreux participants ont parlé des priorités en concurrence ou des « micro-urgences » tant au sein de leurs programmes d'immunisation que du secteur de la santé publique. Cette concurrence des priorités, comme les programmes de vaccination contre la grippe saisonnière et la COVID-19, la mise en œuvre du programme contre le virus respiratoire syncytial (VRS), ainsi que les éclosions de mpox et de rougeole, a détourné des membres du personnel et des ressources de leurs programmes systématiques relevant de la LIE et de leurs efforts de rattrapage, en plus de les empêcher d'optimiser la prestation de leur programme d'immunisation. Certains participants ont remarqué qu'au niveau structurel, les défis sont associés avec différentes pratiques relevant de la LIE dans les BSP qui ont fusionné récemment. D'autres ont commenté sur la difficulté de satisfaire à toutes les normes de santé publique de l'Ontario en raison des priorités en concurrence, ce qui indique que les BSP doivent prioriser quelles normes ils doivent satisfaire.

« Les exigences concurrentes après la pandémie, en particulier en ce qui concerne d'autres domaines du programme qui ont pris de l'ampleur, tout comme le maintien des efforts pour essayer de se développer et de mener des actions plus proactives à l'égard des activités liées à la LIE et des programmes scolaires constituent certainement un défi considérable. »

– Participant au groupe de discussion (13 mars)

Financement durable

Plusieurs BSP ont réaffecté des fonds destinés à la COVID-19 aux programmes d'immunisation systématique afin d'appuyer les programmes de rattrapage durant la phase de redressement suivant la pandémie, tandis que certains BSP ont obtenu des sources supplémentaires de financement, par exemple, par l'entremise de subventions externes aux organismes communautaires ou aux partenaires universitaires. Outre ces sources limitées de financement, le manque de fonds pour appuyer les efforts soutenus de rattrapage ou d'élargissement des activités relevant de la LIE ainsi que le moment choisi pour annoncer des financements étaient perçus comme des obstacles importants entravant la planification à long terme des programmes. Plusieurs BSP étaient d'avis qu'il n'y a eu aucune

augmentation soutenue du financement de leur programme d'immunisation systématique ou qu'un financement ponctuel a été affecté à un programme spécifique comme le nouveau programme de lutte contre le VRS. De nombreux BSP désiraient investir davantage dans leur programme de rattrapage, mais étaient limités par la disponibilité des ressources et l'incertitude relative à la pérennité du financement.

« L'incertitude quant au financement. Nous avons dû renoncer à prolonger les contrats de nombreux employés qui venaient d'être formés pour lutter contre la COVID-19, puis les réembaucher lorsque nous avons appris que nous allions finalement obtenir des fonds supplémentaires pour le rattrapage. L'incertitude et les revirements incessants concernant l'orientation du personnel ont donc constitué un défi important. »

– Participant au groupe de discussion (20 mars)

Ressources et soutien centralisés

Plusieurs participants ont relevé la nécessité d'avoir des ressources et mécanismes de soutien centralisés qui pourraient être partagés partout dans la province, notamment des campagnes d'information sur les exigences et processus de la LIE, les trousseaux et ressources sur la LIE, les stratégies ou les objectifs provinciaux en matière d'immunisation ainsi que des messages coordonnés pour atténuer la réticence à la vaccination (voir la section [Considérations pour l'avenir](#)). Ils ont également décrit les améliorations potentielles à l'infrastructure, comme les mises à niveau de CION ou un registre provincial d'immunisation.

« Je pense qu'il faudrait mettre en place des stratégies provinciales cohérentes en matière de communication sur les vaccins... Je pense que nous devrions tous adhérer à une seule stratégie provinciale plutôt que de laisser chaque unité sanitaire essayer de mettre en place la sienne. Toutes les unités sanitaires n'ont pas cette capacité. »

– Participant au groupe de discussion (20 mars)

« Nous faisons tous le même travail, mais plutôt que chaque unité de santé ait à investir argent, énergie et beaucoup de temps dans la création de ces systèmes, [il serait bien d'avoir] un système unique partagé par l'ensemble des unités de santé. »

– Participant au groupe de discussion (11 mars)

Législation et politiques

Les participants ont perçu qu'il avait plusieurs enjeux liés à la législation entourant la LIE, spécifiquement inciter les écoles privées à s'y conformer ou joindre les enfants scolarisés à domicile. Ils ont fait des commentaires sur les limites technologiques imposées par la LIE. Ils ont remarqué que la LIE exige que des avis soient remis en personne ou envoyés par courrier régulier et ne permet pas d'utiliser des moyens de communication modernes comme le message texte ou le courriel (voir la section [Partage de l'information et systèmes modernes de déclaration](#)). Ils ont noté que de nombreux parents ignorent les lettres ou filtrent leurs appels téléphoniques provenant des autorités de santé publique et que certaines écoles n'ont plus de télécopieurs pour partager les listes de suspension. Les participants ont également commenté que les parents ont souvent été confus ou ont perçu des contradictions entre différentes lois provinciales comme la LIE, la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la*

santé, la *Loi sur l'éducation* dans leur manière d'aborder la confidentialité ou les ordres de suspension. Plusieurs participants ont remarqué que la province a échoué à obtenir la proclamation de certains articles de la LIE qui a été déposée en 2017, lesquels auraient obligé les fournisseurs de soins de santé à déclarer les immunisations directement au médecin hygiéniste.

« [L'un des avantages lors de la pandémie était] que nous disposions de moyens de communication beaucoup plus dynamiques. Mais ensuite, en reprenant le travail de conformité à la LIE, nous avons été [contraints] par la législation qui stipule que [les avis relatifs à la loi] doivent être reçus par courrier postal. Une variété de facteurs ont fait que le travail de conformité à la loi semble très archaïque lorsqu'on le compare à la façon dont nous avons pu nous adapter très rapidement pour répondre aux besoins pendant la pandémie. »

– Participant au groupe de discussion (20 mars)

Réticence à la vaccination

Lassitude vaccinale et répercussions de la pandémie

L'un des grands enjeux relevés par les participants était l'augmentation de la réticence à la vaccination et la lassitude à l'égard des vaccins qui s'est installée après la pandémie de COVID-19. Les participants ont raconté comment le ressac contre l'obligation de se faire vacciner contre la COVID-19 et la peur des nouvelles technologies vaccinales comme les vaccins à ARNm ont éclaboussé les programmes d'immunisation systématique. Par exemple, dans plusieurs BSP, nous avons entendu des parents qui n'auraient pas laissé leur enfant aller à des cliniques d'immunisation en milieu scolaire ou d'autres cliniques organisées par le BSP parce qu'ils avaient peur qu'on administre un vaccin contre la COVID-19 à leur enfant. Plusieurs participants ont remarqué une augmentation du nombre de parents qui ne voulaient pas déclarer l'immunisation de leur enfant aux autorités de santé publique même s'ils étaient vaccinés en raison de leur méfiance à l'égard de la santé publique; en outre ils croient que le nombre d'exemptions non médicales a augmenté dans leur région.

« Il y a une grande lassitude vis-à-vis des vaccins depuis la pandémie de COVID-19... J'ai l'impression que nous menons une bataille plus difficile que jamais pour l'application de la LIE et pour la vaccination des élèves de 7^e année, car les gens remettent en question les vaccins. Ils en ont assez d'être vaccinés. »

– Participant au groupe de discussion (7 mars)

« La polarisation des opinions au sujet de la vaccination après [la pandémie de COVID-19] a vraiment rendu l'application de la LIE plus difficile... Nous constatons une augmentation du nombre d'exemptions. Certaines personnes refusent même de répondre à nos appels téléphoniques et à nos courriels. Elles ne veulent absolument pas nous parler. »

– Participant au groupe de discussion (20 mars)

Lutte contre la désinformation et les faux renseignements

De faux renseignements largement répandus au sujet des vaccins et des maladies évitables par la vaccination ont également été relevés comme un enjeu clé dans le contexte postpandémique. Les BSP ont indiqué comment ils luttent contre la désinformation et les faux renseignements en abordant les mythes sur Facebook, TikTok et d'autres plateformes de médias sociaux, et comment ils aiguillent leurs clients vers des sources d'information fiables. Ils ont également discuté des communications de masse et des campagnes de promotion de la santé afin de combler les lacunes dans les connaissances entourant la LIE (voir la section [Communications](#)). Cependant, d'autres BSP ont mentionné qu'ils n'ont pas les capacités nécessaires pour mener des activités de promotion de la santé et ainsi lutter contre la réticence à la vaccination (voir la section [Priorités en concurrence](#)), ni les données socioéconomiques nécessaires pour repérer les groupes ou les collectivités sous-immunisées. Plusieurs participants ont réclamé une stratégie coordonnée à l'échelle provinciale ou nationale pour lutter contre la réticence à la vaccination.

« [Nous] nous efforçons vraiment de fournir à nos clients des sources d'information fiables et cohérentes afin de nous assurer qu'ils comprennent bien les choses, contrairement à ce qu'ils peuvent trouver dans d'autres sources. »

– Participant au groupe de discussion (20 mars)

Rétablissement de la confiance

L'augmentation de la réticence à la vaccination et la méfiance à l'égard de l'immunisation est perçue comme un enjeu systémique de grande ampleur qui est lié à la méfiance vis-à-vis des gouvernements et de la santé publique. Dans un nombre inquiétant de groupes de discussion, nous avons entendu parler d'insultes et de menaces à l'endroit des membres du personnel des bureaux de santé publique et du ressac contre les processus relevant de la LIE, particulièrement durant les semaines de suspension aux termes de la LIE. Pour rétablir la confiance, de nombreux

ux BSP ont axé leurs efforts sur l'établissement de relations, les communications ciblées et l'intervention directe auprès de groupes ou de collectivités spécifiques qui sont historiquement sous-immunisées (voir les sections [Mobilisation de la collectivité et partenariats](#) et [Communications ciblées](#)). Cela a été remarqué en particulier chez certaines collectivités sous-immunisées en Ontario qui ont été frappées par l'éclosion de rougeole survenue dans de nombreuses collectivités publiques en 2024–2025.

« Nous avons également remarqué, immédiatement après la pandémie, cette méfiance envers la santé publique. Il a fallu beaucoup de temps pour rétablir les relations et la confiance avec les familles de nos élèves afin de les remettre sur le droit chemin... Je suis heureux de dire que nous avons réussi à rétablir cette confiance et que nous avons travaillé dur pour regagner la confiance des familles. »

– Participant au groupe de discussion (28 mars)

3. Stratégies

Cette section finale décrit les pratiques exemplaires et les meilleures solutions pour augmenter la couverture vaccinale après la pandémie de COVID-19, en s'inspirant des expériences partagées par les BSP durant la période de redressement à la suite de la pandémie. Durant les séances, on a mentionné plusieurs stratégies pratiques que les BSP ont adoptées afin d'augmenter la couverture vaccinale dans leurs collectivités publiques après la pandémie de COVID-19 (voir plus bas la liste complète de ces stratégies). La section se termine par des recommandations des participants sur les perspectives d'avenir et une vision pour les programmes d'immunisation de l'Ontario.

Stratégies mises en œuvre par les bureaux de santé publique pour augmenter la couverture vaccinale à la suite de la pandémie de COVID-19

A. Amélioration des services de vaccination

- Proposition des vaccins systématiques dans les cliniques scolaires, communautaires ou dédiées à la vaccination contre la COVID-19
- Mise en place des cliniques de rattrapage dans les écoles secondaires
- Offre de cliniques conjointement menées par les soins primaires et la santé publique

B. Améliorer l'accès

- Programmes et services spéciaux pour les familles qui n'ont pas de médecin de famille (par exemple, le programme « Let's Grow »)
- Mise en place d'un système centralisé de prise de rendez-vous pour les vaccinations
- Mise en place de cliniques sans rendez-vous accessibles à tous
- Prolongation des heures d'ouverture des cliniques le soir et la fin de semaine
- Organisation de cliniques plusieurs jours par semaine
- Utilisation de sites de prestation alternatifs (comme des bus mobiles ou des cliniques en centres communautaires)
- Offre de visites à domicile pour les services de vaccination
- Octroi aux personnes des écoles ou des collectivités voisines de la possibilité de profiter des cliniques
- Élargissement de l'accès des fournisseurs de soins primaires pour permettre la commande de vaccins en milieu scolaire

C. Amélioration des processus liés à la *Loi sur l'immunisation des élèves* (LIE)

- Redéploiement du personnel et d'autres ressources pour rattraper le retard à l'égard de l'immunisation des élèves, avec ou sans structure organisationnelle temporaire telle qu'un système de gestion des incidents (SGI)
- Évaluation ou mise en œuvre de l'immunisation des élèves pour l'ensemble ou un ensemble élargi de cohortes
- Mise en place de mécanismes permettant aux fournisseurs de soins primaires de déclarer, efficacement et sans intermédiaire, les vaccinations à la santé publique et *vice versa*

- Possibilité pour les parents de soumettre des attestations de vaccination en utilisant d'autres méthodes (par exemple, une adresse courriel dédiée ou le téléversement de photos sur CION)
- Développement de campagnes d'éducation à l'intention des parents sur la manière de déclarer en ligne via CION (par exemple, au moyen de vidéos d'instructions ou d'affiches avec codes QR dans les cabinets des fournisseurs de soins)
- Proposition de séances d'éducation en ligne aux parents qui demandent des exemptions pour des raisons autres que médicales
- Ajout des autocollants pour les vaccins non requis par la LIE lors de l'envoi des lettres d'avis aux élèves qui accusent du retard sur l'échéancier d'immunisation

D. Prolongation de l'admissibilité

- Prolongation de l'admissibilité aux vaccins scolaires pour les cohortes récemment diplômées
- Instauration de cliniques scolaires pour doubler le nombre de cohortes d'élèves de 7^e et 8^e année
- Ciblage des élèves du secondaire qui sont sur le point de dépasser l'âge limite pour bénéficier du programme financé par les fonds publics

E. Cibler les activités de sensibilisation

- Cibler les écoles et les collectivités où la couverture est faible ou dont les taux d'exemption sont élevés
- Visiter à maintes reprises les écoles mal desservies et celles dont la couverture est faible
- Se concentrer sur les quartiers et les collectivités méritant une plus grande équité
- Implanter stratégiquement des cliniques au sein des collectivités mal desservies
- Faire appel à des ambassadeurs de sensibilisation intégrés dans la collectivité
- Assurer un suivi étroit auprès des parents des élèves non conformes
- Contacter les parents pendant la journée et en soirée

F. Être proactif

- Collaborer avec les fournisseurs de services de garde d'enfants afin de fournir des informations aux élèves avant leur entrée à l'école
- Évaluer les dossiers d'immunisation des enfants d'âge préscolaire (par exemple, avec le programme « Kick Start to Kindergarten »)
- Informer les parents des exigences de déclaration en vertu de la LIE lors de l'inscription à l'école maternelle ou à l'école
- Concentrer les efforts sur les nouveaux élèves qui entrent à l'école pour la première fois
- Proposer des sessions éducatives en classe au sujet des vaccins scolaires (par exemple, pour les élèves de 6^e année)
- Arrimer le calendrier des cliniques d'immunisation des élèves avec les vacances de mars ou les semaines de suspension
- Proposer des cliniques pendant les mois d'été

- Envoyer des lettres « d'informations manquantes » aux parents d'élèves dont le relevé de vaccination est incomplet avant que leur soient envoyés les avis aux termes de la LIE ou les ordres de suspension
- Lever les ordres de suspension ou proposer des exemptions temporaires pour les élèves ayant des rendez-vous de vaccination à venir

G. Améliorer la communication

- Développer des ressources sur la LIE pour les parents, les écoles, les fournisseurs de services de garde d'enfants et les fournisseurs de soins de santé
- Élaborer des plans de communication robustes, comprenant des messages standard et des calendriers
- Communiquer massivement auprès des parents (par exemple, via les médias traditionnels, les réseaux sociaux, les publicités imprimées, les sites Web et les réseaux destinés aux parents)
- Engager des consultants pour produire des campagnes sur les réseaux sociaux, y compris des publicités payantes
- Campagnes de promotion de la santé (par exemple, le programme « Catch Up, Keep Up, Stay on Track »)
- Diffusion d'information aux parents par l'intermédiaire des écoles, des fournisseurs de services de garde d'enfants et des fournisseurs de soins de santé
- Ajout de rappels concernant le processus relatif à la LIE sur les formulaires de commande de vaccins
- Blocs-notes à feuilles détachables pour les fournisseurs de soins de santé, affichant un code QR qui conduit au site Web du service de santé
- Organisation de sessions de formation au sujet de l'immunisation des élèves pour les fournisseurs de soins de santé, les écoles et les parents (par exemple, webinaires en direct et enregistrés, questions-réponses, vidéos YouTube, déjeuners-causeries)
- Traduire les ressources liées à l'immunisation des élèves dans d'autres langues que l'anglais et le français ou tirer parti des services de traduction d'autres programmes

H. Établir de meilleurs partenariats

- Mettre en place des groupes de liaison avec les conseils scolaires et les équipes de soins primaires
- Travailler avec des partenaires santé alliés et des équipes communautaires (par exemple, les équipes de Santé Ontario et les agents d'aide à l'établissement des immigrants)
- Établir des partenariats avec des programmes existants (par exemple, le programme « Healthy Babies, Healthy Children »)
- Collaborer avec les fournisseurs de soins de santé lors des inspections régulières des réfrigérateurs à vaccins
- Participer à des événements communautaires pour sensibiliser la population à la vaccination de routine et au processus d'immunisation des élèves (par exemple, tenir un stand lors de festivals)

I. Intégration des innovations technologiques

- Mise en place d'outils en ligne ou basés sur des applications pour la déclaration (exemples : CION, CanImmunize, autres systèmes internes distincts de CION)
- Automatisation des services de messagerie destinés aux parents (par exemple, par courriels, par appels automatisés, par SMS)
- Mise en place de lignes téléphoniques ou de centres d'appels dédiés pour rationaliser la déclaration
- Utilisation de la fusion de courrier ou de textes automatisés pour générer des lettres aux élèves en retard (par exemple, au moyen de LaTeX)
- Partage des listes de suspension en temps réel avec les écoles à l'aide d'un service de partage de fichiers sécurisé (par exemple, avec SharePoint)
- Utilisation de formulaires de consentement en ligne pour les programmes de vaccination en milieu scolaire

J. Suivi et évaluation

- Développer des tableaux de bord pour surveiller la couverture vaccinale locale (par exemple, en utilisant PowerBI)
- Examiner les données relatives à la distribution des vaccins afin de déterminer les besoins en matière de services de vaccination et les sites des cliniques

K. Réduire au minimum les répercussions sur la charge de travail

- Échelonner les cohortes pour l'émission des ordres de suspension
- Redéployer ou former le personnel d'autres programmes à de nouvelles tâches
- Disposer d'une main-d'œuvre flexible avec une capacité d'intervention rapide
- Embaucher du personnel saisonnier, occasionnel ou contractuel et lui offrir une formation et une intégration appropriées
- Normaliser l'intégration des nouveaux employés (par exemple, avec un programme de parrainage)

L. Garantir des ressources suffisantes

- Réaffectation des fonds destinés à la lutte contre la COVID-19 aux programmes systématiques pendant la période de reprise
- Collaboration avec des partenaires universitaires ou communautaires pour solliciter des subventions externes

Considérations pour l'avenir

À la fin de chaque séance, nous avons demandé aux participants de décrire ce qui sera nécessaire pour atteindre la couverture vaccinale voulue dans leur bureau de santé publique ou leurs objectifs de programme et remettre les programmes d'immunisation de l'Ontario sur leurs rails afin d'atteindre, ou même de surpasser, ces objectifs dans le contexte postpandémique. De nombreux participants ont évoqué les besoins en matériel, en ressources ou en stratégies qui pourraient être partagés entre les BSP.

Ils ont noté qu'une stratégie provinciale coordonnée qui tire parti des ressources existantes et adopte les leçons apprises à la suite de la pandémie de COVID-19 pourrait augmenter l'efficacité et réduire la charge de travail. On a jugé que cela était particulièrement important pour les BSP plus petits qui pourraient ne pas disposer du financement ou du soutien nécessaire pour développer leurs propres ressources. Un participant a indiqué qu'atteindre leurs objectifs permettrait de réaffecter des ressources actuellement monopolisées par la *protection de la santé*, comme mener des cliniques d'immunisation, vers des efforts de *promotion de la santé*, comme aborder le sujet de la réticence à la vaccination.

Recommandations des participants pour le ministère de la Santé sur l'amélioration des programmes d'immunisation de l'Ontario

- Créer un registre provincial d'immunisation
- Mettre au point une stratégie provinciale sur les vaccins comprenant des objectifs de couverture vaccinale
- Constituer une communauté de pratique provinciale afin de partager les pratiques exemplaires concernant la LIE à l'échelle des BSP de l'Ontario
- Établir des stratégies provinciales ou nationales pour remédier à la réticence à la vaccination, notamment mener des recherches pour comprendre les inducteurs locaux de la réticence à la vaccination après la pandémie de COVID-19
- Rédiger un manuel de politiques provinciales sur l'immunisation décrivant une politique et des normes provinciales sur les vaccins (p .ex. [BC Communicable Disease Control Manual](#), [Alberta Immunization Program Standards Manual](#), [Guide canadien d'immunisation](#))
- Établir des plans pluriannuels pour que les BSP puissent se rattraper à l'égard de leurs obligations relatives à la LIE après la pandémie de COVID-19, ou appliquer la LIE pour toutes les années d'études ou cohortes
- Créer des ressources ou trousseaux provinciaux partagés portant sur les processus de la LIE pour les parents, les écoles et les fournisseurs de soins de santé, notamment de la documentation traduite pour les familles de nouveaux arrivants
- Mettre au point des systèmes de données coordonnées entre les BSP comme ceux pour la déclaration aux termes de la LIE par les parents ou les fournisseurs de soins de santé ou la commande de vaccins
- Tenir des séances d'information menées par les conseils scolaires ou les BSP au sujet des vaccins et les maladies évitables par la vaccination afin de promouvoir l'immunisation et augmenter la confiance à l'égard des vaccins (p. ex. les programmes de sensibilisation au recyclage).
- Créer un système automatisé pour envoyer régulièrement des rappels aux parents lorsque leurs enfants doivent recevoir leur immunisation systématique (p. ex. [Lettres envoyées au public à propos du dépistage du cancer](#))
- Mettre en place le recouvrement des coûts d'immunisation prodiguée par les BSP, de manière semblable au modèle utilisé pour les soins primaires

Conclusion

La pandémie de COVID-19 a eu une incidence importante sur les activités des programmes d’immunisation à l’échelle de l’Ontario. Durant les groupes de discussion, nous avons entendu que bon nombre des BSP de l’Ontario essaient encore de remettre leurs programmes d’immunisation sur leurs rails dans le contexte postpandémique. Bien que les BSP aient maintenant repris leurs programmes en milieu scolaire et appliquent la LIE pour certaines, voire la totalité des années d’études ou des cohortes, la couverture vaccinale demeure en deçà des niveaux précédant la pandémie, même durant l’année scolaire 2024–2025. Une partie de cette chute de la couverture s’explique peut-être par les perturbations que la pandémie a causées au sein des services d’immunisation, cependant on peut vraisemblablement attribuer une grande partie l’hétérogénéité de la couverture vaccinale provinciale aux grandes différences de capacité des BSP à faire un rattrapage auprès des cohortes qui n’ont pas pu être vaccinées ou à appliquer entièrement la LIE ainsi qu’aux lacunes sur le plan de l’infrastructure des données pour faire un suivi précis de la couverture. Par conséquent, la couverture vaccinale déclarée ne reflète probablement pas la véritable couverture dans la plupart des BSP.

De nombreux participants ont fait étais des enjeux quotidiens auxquels ils faisaient face lors de l’exécution de leurs programmes d’immunisation, notamment le roulement et l’épuisement du personnel, les systèmes obsolètes de partage de l’information ainsi que les priorités en concurrence. Les BSP ont également commenté les grands enjeux qui se dressent devant les programmes d’immunisation de l’Ontario dans le contexte postpandémique, notamment l’augmentation de la réticence à la vaccination et l’erosion de la confiance dans notre système de santé publique, l’élargissement des iniquités en santé et les inquiétudes concernant le financement dédié aux activités aux termes de la LIE et aux efforts de rattrapage. Un grand nombre de participants ont souligné les besoins pressants en innovations technologiques et en textes de lois favorisant la collecte des dossiers d’immunisation. En particulier, plusieurs participants ont demandé avec insistance la mise sur pied d’un registre provincial d’immunisation, faisant écho en cela aux recommandations récentes du Comité consultatif ontarien de l’immunisation et du médecin hygiéniste en chef de l’Ontario, parmi d’autres^{18,19}.

Malgré ces enjeux, on a également fait état des progrès considérables que de nombreux BSP ont réalisé pour améliorer leur couverture vaccinale, tout en intégrant les leçons apprises de la pandémie de COVID-19. Ces réussites éclatantes comprennent le lancement de campagnes de sensibilisation et de promotion de la santé, le renforcement des partenariats avec les soins primaires et les conseils scolaires, l’abattage des cloisons entre la santé publique et d’autres secteurs, l’adoption d’une approche fondée sur l’équité et l’intégration d’innovations technologiques. Les participants ont parlé de manière passionnée du travail qu’ils ont accompli pour rétablir leurs activités à la suite de la pandémie de COVID-19 et faire en sorte que les Ontariennes et Ontariens soient protégés contre les maladies évitables par la vaccination. De nombreux BSP ont mis en œuvre des solutions créatives pour améliorer la couverture vaccinale et atteindre les objectifs de leurs programmes, notamment les nombreuses stratégies pratiques pouvant être utilisées dans d’autres BSP.

Malgré les progrès remarquables, de plus amples efforts seront nécessaires pour ramener les programmes d'immunisation à une « nouvelle normalité » après la pandémie de COVID-19. L'amélioration de la couverture vaccinale exigera des approches fondées sur les preuves et axées sur les collectivités afin d'améliorer la confiance à l'égard des vaccins ainsi que leur adoption, des stratégies novatrices pour moderniser les systèmes de données sur l'immunisation de l'Ontario et des solutions fondées sur l'équité pour assurer un accès libre à tous aux services d'immunisation. Un grand nombre de ces principes essentiels sont alignés sur la Stratégie nationale d'immunisation intérimaire 2025-2030 récemment mise à jour par l'Agence de la santé publique du Canada¹³. L'avenir des programmes d'immunisation de l'Ontario dépendra de l'amélioration de la collaboration et de la coordination à l'échelle des BSP, notamment le partage de ressources et outils provinciaux, de même de la priorisation soutenue de l'immunisation à titre de norme essentielle de la santé publique¹¹.

Références

1. Ji, C., P. P. Piché-Renaud, J. Apajee et coll. « Impact of the COVID-19 pandemic on routine immunization coverage in children under 2 years old in Ontario, Canada: a retrospective cohort study. », *Vaccine*, 2022;40(12):1790-8. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.02.008>
2. Lee, D. I. D., S. Vanderhout, M. Aglipay et coll. « Delay in childhood vaccinations during the COVID-19 pandemic. », *Revue canadienne de santé publique*, 2022;113(1):126-34. Disponible à : <https://doi.org/10.17269/s41997-021-00601-9>
3. Piché-Renaud, P. P., C. Ji, D. S. Farrar et coll. « Impact of the COVID-19 pandemic on the provision of routine childhood immunizations in Ontario, Canada. », *Vaccine*, 2021;39(31):4373-82. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.05.094>
4. Dong, A., C. Meaney, G. Sandhu et coll. « Routine childhood vaccination rates in an academic family health team before and during the first wave of the COVID-19 pandemic: a pre-post analysis of a retrospective chart review. », *CMAJ Open*, 2022;10(1):E43-E49. Disponible à : <https://doi.org/10.9778/cmajo.20210084>
5. Shet, A., K. Carr, M. C. Danovaro-Holliday et coll. « Impact of the SARS-CoV-2 pandemic on routine immunisation services: evidence of disruption and recovery from 170 countries and territories. », *Lancet Glob Health*, 2022;10(2):e186-e194. Disponible à : [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00512-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00512-X)
6. Rachlin, A., M. C. Danovaro-Holliday, P. Murphy, S. V. Sodha, A. S. Wallace. « Routine vaccination coverage - worldwide, 2021. », *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.*, 2022;71(44):1396-400. Disponible à : <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7144a2>
7. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Outil de surveillance des données sur les immunisations*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2025 [consulté le 6 janvier 2025]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/fr/Data-and-Analysis/Infectious-Disease/Immunization-Tool>
8. *Immunisation des élèves (Loi sur l')*, L.R.O. 1990, chap. I.1. Disponible à : <https://www.ontario.ca/lois/loi/90i01>
9. Ontario. Ministère de la Santé. *Calendriers de vaccination financée par le secteur public en Ontario - Juin 2022*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2024 [cité le 10 juin 2025]. Disponible à : <https://www.ontario.ca/files/2024-01/moh-publicly-funded-immunization-schedule-fr-2024-01-23.pdf>
10. Bureau de santé du Sud-Est. *Streamlining immunization strategies: improving efficiency and effectiveness of ISPA programming in Ontario public health units*, Kingston, ON : South East Health Unit; 2025.
11. Ontario. Ministère de la Santé et Soins de longue durée. *Protocole d'immunisation pour les enfants en milieu scolaire et dans les services de garde agréés*, 2018, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2018 [cité le 10 juin 2025]. Disponible à : <https://files.ontario.ca/moh-immunization-schools-child-care-protocol-fr-2018.pdf>
12. Agence de la santé publique du Canada. *Objectifs nationaux de couverture vaccinale et cibles nationales de réduction des maladies évitables par la vaccination d'ici 2025*, [Internet], Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; 2022 [cité le 21 mars 2024]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/public-health/services/immunization-vaccine-priorities/national-immunization-strategy/vaccination-coverage-goals-vaccine-preventable-diseases-reduction-targets-2025.html>

13. Agence de la santé publique du Canada. *Stratégie nationale d'immunisation intérimaire 2025-2030*, [Internet], Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; 2025 [cité le 9 octobre 2025]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/public-health/services/publications/vaccines-immunization/2025-2030-interim-national-immunization-strategy.html>
14. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Résumé épidémiologique amélioré : la rougeole en Ontario*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2025 [cité le 10 juin 2025]. Disponible à : https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/M/24/measles-ontario-epi-summary.pdf?rev=29ecd0436d784ee89f1f39f3b0d8ac05&sc_lang=fr&hash=29E718F22C1040C449C0DB3815A8CC71
15. Ontario. Ministère de la Santé. *Conseils pour les services de vaccination systématique et de rattrapage*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2024 [cité le 10 juin 2025]. Available from: <https://www.ontario.ca/files/2024-01/moh-guidance-for-routine-catchup-immunization-services-fr-2024-01-23.pdf>
16. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Rapport sur la couverture vaccinale des élèves de l'Ontario, années scolaires 2019-2020 à 2022-2023*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2024 [cité le 10 juin 2025]. Disponible à : https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/I/24/immunization-coverage-2019-2023.pdf?rev=b6301063434840dc9040fa8e28ae441c&sc_lang=fr
17. Moore, K., Bureau du médecin hygiéniste en chef. *Mémoire adressé aux médecins hygiénistes et aux médecins hygiénistes adjoints concernant la Loi sur l'immunisation des élèves (LIE) et les programmes de vaccination en milieu scolaire*, 12 octobre 2022.
18. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif ontarien de l'immunisation. *Énoncé de position : un registre provincial de vaccination pour l'Ontario*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2024 [cité le 10 juin 2025]. Disponible à : https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/O/24/oiac-position-statement-provincial-immunization-registry.pdf?rev=1d0e37f8d9454f1cbf35182072a92e08&sc_lang=fr&hash=599389C653A1110122EB484147394CE7
19. Moore, K., *Rapport annuel 2024 du médecin hygiéniste en chef. Protéger l'avenir : l'avenir de l'immunisation en Ontario*, Toronto, ON: Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2025. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/page/rapport-annuel-2024-du-medecin-hygieniste-en-chef>
20. Braun, V., V. Clarke, analyse thématique. Dans : H. Cooper (dir), « APA Handbook of Research Methods in Psychology: Vol 2 Research Designs », Washington, DC : American Psychological Association; 2012, p. 57-71.
21. Byrne, D., « A worked example of Braun and Clarke's approach to reflexive thematic analysis », *Quality Quantity*, 2022;56:1391-412. Disponible à : <https://doi.org/10.1007/s11135-021-01182-y>
22. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Fusionnement de bureaux de santé publique*, [Internet], Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2025 [cité le 20 août 2025]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/fr/About/News/2025/01/Public-Health-Unit-Mergers>

Annexes

Annexe A : Méthodes détaillées

Participants et recrutement

Pour les entretiens et les groupes de discussion, nous avons contacté les médecins hygiénistes et les médecins hygiénistes adjoints ainsi que les responsables des programmes de lutte contre les maladies évitables par la vaccination dans chaque BSP et leur avons demandé de nous recommander des membres de leur personnel qui soutiennent la mise en œuvre des programmes de vaccination ou les activités liées à la LIE. Les intervenants ciblés comprenaient, sans s'y limiter, les infirmières de santé publique, les médecins de santé publique, les épidémiologistes, les analystes, les gestionnaires, les directeurs et les médecins hygiénistes ou médecins hygiénistes adjoints. Chaque BSP pouvait recommander jusqu'à trois participants, certains des plus grands BSP pouvant en recommander jusqu'à six.

Les participants potentiels ont été contactés par courriel et invités à participer à un groupe de discussion (90 minutes) organisé virtuellement via Zoom (Zoom Communications, San Jose, Californie). Si les participants n'étaient pas disponibles pour les séances prévues ou préféraient ne pas participer à un groupe de discussion, ils avaient la possibilité de participer à un entretien individuel (60 minutes) à la place. Nous avons mené tous les entretiens et groupes de discussion sur une période d'un mois, du 7 mars au 7 avril 2025.

Nous avons obtenu l'autorisation de mener cette étude auprès de la commission de l'évaluation éthique de Santé publique Ontario et du responsable de la protection de la vie privée de cette dernière. Cette étude étant considérée comme présentant un faible risque, nous n'avons pas recueilli le consentement individuel des participants par écrit, mais avons présumé que leur consentement était implicite dès lors qu'ils participaient à l'entretien ou au groupe de discussion ou qu'ils répondaient au questionnaire préalable à la séance.

Entretiens et groupes de discussion

Deux membres de l'équipe du projet animaient toutes les séances à l'aide d'un scénario d'entretien semi-structuré. Au moins un autre membre de l'équipe du projet assistait également à chaque séance pour prendre des notes. Le scénario d'entretien comprenait six questions et suggestions sur les activités du programme de vaccination, notamment : les répercussions de la pandémie de COVID-19, les objectifs et les cibles pour augmenter la couverture vaccinale, les stratégies pour augmenter la couverture vaccinale, les succès et les facilitateurs, les défis et les obstacles, ainsi que le suivi et l'évaluation. Voir l'[Annexe B](#) pour des exemples de questions utilisées pendant les séances. Nous avons demandé aux participants de se concentrer sur la période de reprise après la pandémie de COVID-19, que nous avons définie comme les années scolaires 2022-2023 et suivantes aux fins de ce projet, pour répondre à nos questions. Nous avons utilisé le terme « activités du programme de vaccination » pour désigner à la fois les activités d'évaluation et d'application de la LIE et la mise en œuvre des programmes de vaccination en milieu scolaire.

Analyse

Nous avons enregistré et transcrit les entretiens à l'aide des fonctions intégrées à Zoom. Un membre de l'équipe du projet a vérifié l'exactitude de chaque transcription par rapport aux enregistrements audio et a supprimé toute information permettant d'identifier les participants avant de procéder à l'analyse. Nous avons analysé les transcriptions à l'aide de Dedoose (Sociocultural Research Consultants, Los Angeles, Californie), un logiciel en ligne qui offre une approche systématique pour organiser et coder de grandes quantités de données qualitatives.

Nous avons utilisé l'analyse thématique pour identifier les principaux thèmes ou concepts^{20,21}. En bref, cette méthode consiste à examiner chaque transcription, à trier les données en codes, à regrouper ces codes en catégories ou thèmes généraux, puis à examiner ces thèmes avec l'équipe du projet dans le cadre d'un processus itératif jusqu'à ce qu'un cadre de codage consensuel soit atteint ([Annexe C](#)). Ce cadre a servi de répertoire pour organiser et coder les données. Trois membres de l'équipe ont codé chaque transcription de manière indépendante, avec un chevauchement de 10 % afin de garantir la fiabilité entre les évaluateurs. Tout écart dans le codage a été résolu en consultation avec le chef de projet. Nous avons modifié certaines citations pour des raisons de grammaire et de clarté, tout en conservant leur sens initial. Nous avons également anonymisé toutes les citations afin de supprimer les noms des participants ou tout autre identifiant direct.

Sondage préalable à la séance

De plus, les participants ont été invités à remplir un questionnaire en ligne avant leur séance. Le questionnaire préalable à la séance comprenait des questions fermées et ouvertes sur la vaccination systématique et les activités de rattrapage au cours de l'année scolaire 2024-2025. Nous avons demandé à chaque BSP de fournir une seule réponse au nom de son organisation. Dans les cas où nous avons reçu plusieurs réponses, nous avons regroupé les données afin qu'il n'y ait qu'une seule réponse par BSP, à l'exception des BSP récemment fusionnés, pour lesquelles nous avons autorisé plusieurs réponses provenant de leurs anciens BSP (voir la section [Fusions récentes de BSP](#)).

Dans le cadre du sondage, chaque BSP a été invité à évaluer sa couverture vaccinale actuelle consécutivement à la pandémie de COVID-19, sur une échelle de 1 à 10 (10 étant la note la plus élevée). Nous avons demandé aux BSP d'évaluer séparément leur couverture vaccinale pour les vaccins de routine destinés aux nourrissons et aux enfants et pour les vaccins scolaires par rapport : (1) à leur couverture historique avant la pandémie de COVID-19 et (2) à celle d'autres BSP. Les participants ont également été invités à expliquer pourquoi ils avaient attribué ces notes à leur BSP. Les résultats de ces sondages sont inclus dans le présent rapport; les autres résultats décrivant les activités du programme de vaccination au cours de l'année scolaire 2024-2025 seront résumés séparément.

Fusions récentes de BSP

Au 1^{er} janvier 2025, plusieurs BSP ont été fusionnés, réduisant ainsi leur nombre total de 34 à 29 bureaux de santé²². Certains des BSP nouvellement fusionnés ont préféré répondre aux questions concernant leurs programmes de vaccination et leurs activités de rattrapage pendant la pandémie de COVID-19 et les périodes de reprise postpandémique du point de vue de leurs anciennes unités sanitaires. En conséquence, le nombre total de réponses au sondage préalable à l'entretien (n = 30) était supérieur au nombre de bureaux de santé publique ayant participé aux entretiens et aux groupes de discussion (n = 28).

Annexe B : Scénario de l'entretien et du groupe de discussion

Répercussions de la pandémie de COVID-19

Pendant la pandémie de COVID-19, quels aspects des activités du programme de vaccination systématique de votre bureau de santé publique ont été les plus touchés? Quels aspects ont été les moins touchés (ou ont été considérés comme prioritaires et ont donc été maintenus)?

Votre bureau de santé publique a-t-elle fixé des objectifs ou des cibles pour augmenter sa couverture vaccinale à la suite de la pandémie de COVID-19 ?

Redressement après la pandémie de COVID-19

À la suite de la pandémie de COVID-19, quelles stratégies votre bureau de santé publique a-t-il mises en œuvre pour augmenter la couverture vaccinale déclarée?

Quels ont été les principaux facteurs de réussite/facilitateurs pour mener ou maintenir les activités de vaccination après la pandémie de COVID-19?

Quels ont été les principaux défis/obstacles pour mener ou maintenir les activités de vaccination après la pandémie de COVID-19?

Suivi et évaluation

En réfléchissant aux stratégies de ratrappage pour les vaccins requis par la LIE et les vaccins administrés en milieu scolaire, pensez-vous que ces stratégies soient suffisantes pour atteindre les objectifs ou les cibles de vaccination de votre bureau de santé publique après la pandémie de COVID-19?

Annexe C : Cadre de codification

Tableau A1 : Cadre de codification pour les entretiens et les groupes de discussion

Thème : Mise en œuvre du programme de vaccination et activités liées à la LIE

Description : Perceptions à l’égard de la manière dont les services de vaccination, les services liés à la LIE et les programmes de rattrapage sont exécutés et structurés, y compris les moyens d’améliorer la programmation.

Sous-thèmes (codes) :

- Accès aux services de vaccination
- Modèles de cliniques de vaccination
- Systèmes de rendez-vous et de réservations
- Sensibilisation intensive ou ciblée
- Stratégies d’évitement de la suspension
- Processus proactifs d’application de la LIE
- Élargissement de l’admissibilité aux programmes financés par les pouvoirs publics

Citations types :

« Nous souffrons d'un manque chronique d'accès aux soins primaires dans l'ensemble de notre zone de desserte. Nous avons donc toujours organisé des cliniques de vaccination dans toutes les écoles pour tous les vaccins liés à la LIE. Cela commence par les doses de rappel pour les enfants de 4 à 6 ans et se poursuit jusqu'aux rappels du vaccin dcaT en 10^e année. »

« L'autre défi est la perte de soins primaires. Les gens n'ont pas de médecin de famille, ou leur médecin de famille a pris sa retraite. Ils ne trouvent pas leur carnet de vaccination. »

« L'une des choses que nous avons faites tout de suite après la pandémie a été de leur accorder beaucoup plus de temps lorsque nous avons effectué ce rattrapage initial. Je crois qu'à un moment donné, nous avons envoyé trois avis. Ils ont reçu un premier avis, puis un autre à l'automne et un autre au printemps. Ensuite, nous avons organisé toute une série de cliniques pendant l'été... puis nous n'avons procédé à aucune suspension avant le mois de septembre suivant. Cela a représenté beaucoup de travail, mais je pense que leur accorder ce délai supplémentaire pour se mettre à jour a été utile. »

« Nous proposons également des rendez-vous en ligne, ce qui est particulièrement pratique pour nos élèves du secondaire, car nous pouvons leur envoyer des messages s'ils ne se sont pas encore présentés à leur rendez-vous et leur rappeler que nous sommes là. »

« Nous avons récemment essayé une nouvelle stratégie pour nos lettres de dépistage, qui consiste à cibler les élèves de 12^e année afin qu'ils rattrapent leur retard, car nous avions remarqué qu'ils risquent de ne plus être admissibles au programme financé par l'État lorsqu'ils auront terminé la 12^e année. Nous essayons donc de profiter de cette occasion pour leur faire savoir qu'ils doivent déclarer leurs vaccinations ou qu'ils peuvent se rendre dans certaines de nos cliniques. »

Thème : Systèmes de données et d'information

Description : Perceptions à l'égard de la manière dont les données sont collectées et partagées, des questions relatives à la qualité des données et à la fonctionnalité du système, y compris l'automatisation et les innovations technologiques.

Sous-thèmes (codes) :

- Accès aux dossiers d'immunisation
- Déclaration de vaccination et gestion des dossiers
- Lacunes dans les systèmes d'information actuels sur la vaccination
- Partage de renseignements
- Systèmes de déclaration modernes
- Innovations technologiques
- Solutions basées sur les données
- Fracture numérique

Citations types :

« Je pense que la plupart des parents partent du principe que tous les dossiers médicaux sont connectés numériquement et que lorsque leur médecin de famille administre un vaccin, les services de santé en sont informés. »

« Nous avons besoin d'un système de rapport automatisé. Nous avons besoin d'un lien. Il faut que les fournisseurs de soins de santé soient présents sur Panorama ou que quelque chose se passe, car beaucoup de nos informations sont simplement des données inaccessibles. »

« L'un des principaux défis auxquels nous sommes confrontés est l'absence d'un registre des vaccinations centralisé. Pendant [la pandémie de COVID-19], nous disposions de COVaxON, ce qui était formidable, car cela permettait de voir les doses administrées à chaque personne, peu importe le lieu de vaccination. Ne pas disposer d'un tel outil pour les autres vaccins usuels représente donc un défi constant. »

« Beaucoup de gens se sont habitués à COVaxON... ils se sont habitués à ce que leur vaccin contre la COVID-19 soit automatiquement enregistré dans un système qui pouvait ensuite leur remettre un reçu. Je pense donc que cela a amplifié la confusion relativement au fait que tous les autres vaccins en Ontario ne sont pas enregistrés dans un système au moment de leur administration, sauf s'ils sont administrés par un service de santé. »

« Nous avons consacré beaucoup de ressources à l'envoi d'avis automatisés, par courriel ou par message vocal, à toutes les cohortes d'élèves scolarisés cette année-là, afin de leur rappeler qu'ils devaient nous signaler leurs vaccinations, tout comme aux cohortes que nous examinions de manière plus approfondie [ceux qui avaient 7 ans et 17 ans cette année-là]... Nous avons évalué la situation avant et après coup et les notifications ont permis d'améliorer les taux de déclaration. »

Thème : Communication

Description : Perceptions à l'égard de la manière dont les informations relatives aux vaccinations et aux processus liés à la LIE sont communiquées aux fournisseurs de soins de santé, aux écoles et au grand public.

Sous-thèmes (codes) :

- Campagnes d'éducation
- Promotion de la santé
- Plans de communication robustes
- Communications ciblées
- Rationalisation des communications

Citations types :

« Nous avons également créé un groupe de travail sur la communication au sujet de la LIE dans les écoles, composé de représentants de chaque conseil scolaire doté d'un responsable de la communication. Cela a changé la donne pour nous. »

« Nous venons de mener une vaste campagne de communication sur les réseaux sociaux et les sites Web consacrés à la parentalité, et nous avons multiplié les échanges avec les membres de notre conseil de santé ainsi qu'avec les médias. Nos [médecins hygiénistes associés] et nos [médecins hygiénistes] ont consacré beaucoup de temps à s'exprimer sur l'importance de la vaccination systématique et des rattrapages vaccinaux. »

« Notre ligne téléphonique dédiée à la vaccination, accessible à tous les membres de la collectivité ainsi qu'aux fournisseurs de soins de santé pour toute question, a joué un rôle essentiel dans le maintien des activités de vaccination. »

« Je dirais également qu'il y a eu quelques difficultés liées à l'évolution des modes de communication préférés des gens. La plupart de nos communications relatives à l'immunisation des élèves sont envoyées par courrier postal. Cette année, nous avons été confrontés à une grève des Postes, ce qui a compliqué l'envoi de ces communications et leur acheminement jusqu'aux parents afin qu'ils disposent du temps nécessaire pour y donner suite. C'est un véritable défi. »

« Je pense également qu'il faudrait mener une campagne provinciale plus vigoureuse pour faire savoir à tous que les parents doivent déclarer les informations relatives aux vaccins, car, malgré tous nos efforts de communication au niveau local, il semble que les gens ne comprennent pas qu'il y a une étape supplémentaire à franchir pour les parents, à savoir la déclaration. »

Thème : Partenariats, collaboration et mobilisation

Description : Perceptions à l'égard des relations avec les fournisseurs de soins de santé, les écoles et le public et de la mobilisation de ces derniers qui permettent de faciliter la mise en œuvre et l'adoption des programmes de vaccination.

Sous-thèmes (codes) :

- Mobilisation des fournisseurs de soins de santé
- Mobilisation des écoles/conseils scolaires
- Mobilisation des familles/aidants
- Mobilisation de la collectivité et partenaires
- Harmonisation intersectorielle

Citations types :

« L'une des conséquences de la pandémie a été le renforcement de nos liens avec les fournisseurs de soins primaires. Nous avons mis en place des cliniques communes... Nous avons créé un nouveau poste de gestionnaire chargé d'assurer la liaison avec les soins primaires et avons mis en place de nouveaux moyens pour communiquer avec les soins primaires. Je pense que cela a été utile pendant la période de rattrapage et que cela a permis aux médecins généralistes de nous aider à faire augmenter les taux de vaccination. »

« Nous avons fait un important travail de sensibilisation auprès des fournisseurs de soins de santé afin qu'ils comprennent le processus relevant de la LIE. Ainsi, lorsqu'ils reçoivent leurs clients dans leur cabinet, ils peuvent l'expliquer aux parents. »

« Nous avons besoin d'une alliance solide et soutenue avec les conseils scolaires pour que celles-ci puissent appuyer notre travail et comprendre ce que nous faisons. »

« Nous avons toujours travaillé en étroite collaboration avec nos conseils scolaires, mais j'ai l'impression que depuis la pandémie, les liens se sont resserrés et nous avons établi une communication et un dialogue très ouverts, que ce soit avec les surintendants ou les directeurs d'école. Ils nous ont aidés à transmettre efficacement nos messages aux parents, ce qui n'aurait pu être fait aussi bien sans leur aide. »

« Nous avons également établi d'excellents partenariats avec des intervenants communautaires. Nous avons constaté qu'il s'agit là d'une stratégie unique et nous avons essayé de l'amplifier après la pandémie : être présents lors de divers événements communautaires où nous pouvons vraiment travailler avec des groupes de population qui n'ont peut-être pas accès à nos cliniques [ou] qui ne savent peut-être pas où faire leur déclaration de vaccination. »

Thème : Équité et accessibilité

Description : Perceptions à l'égard des moyens utilisés pour joindre et soutenir les personnes ou les collectivités ayant une faible couverture vaccinale ou rencontrant des obstacles importants pour accéder aux services.

Sous-thèmes (codes) :

- Obstacles liés au transport et à l'éloignement
- Solutions équitables fondées sur les données
- Évolution démographique
- Populations prioritaires
- Soutien multilingue

Citations types :

« L'autre changement que nous avons apporté depuis la pandémie est que nous commençons à nous intéresser davantage aux clients issus de milieux défavorisés en matière de santé, c'est-à-dire aux personnes qui n'ont pas accès à des fournisseurs de soins de santé, plutôt qu'à l'ensemble de la population. »

« Je dirais que nous avons beaucoup plus de nouveaux arrivants qu'avant la pandémie. Nous constatons une forte demande en vaccins pour les personnes qui n'ont pas de carte de santé, qui n'ont pas de prestataire de soins ou dont le prestataire refuse de les vacciner. Nous organisons donc beaucoup plus de cliniques de vaccination systématique qu'auparavant. »

« Un grand nombre de cliniques communautaires ont été mises en place, en particulier dans les quartiers défavorisés, et des centres municipaux ont été réaménagés à cet effet. Nous avons constaté que celles-ci étaient particulièrement efficaces lorsqu'elles étaient associées aux écoles pendant la période d'évaluation de l'immunisation des élèves, car elles facilitent l'accès au vaccin. »

« Je trouve que certains des obstacles les plus importants concernent davantage les étudiants étrangers. Nous avons connu une augmentation considérable du nombre d'étudiants étrangers dans la région, ce à quoi nous ne sommes pas habitués. Nous sommes heureux qu'ils soient ici, mais cela rend difficile la prestation de services, car nous n'avons pas de traducteurs sur place. »

« Je tiens également à souligner que le profil démographique de notre ville a connu une évolution rapide au cours des dernières années. Il est difficile de rester au fait de cette évolution, d'identifier les personnes qui ont le plus besoin d'aide et d'essayer de distribuer nos ressources de manière efficace, non seulement parce que celles-ci sont très limitées, mais aussi parce que nous essayons de mener à bien cette tâche en mettant constamment l'accent sur l'équité. »

Thème : Systèmes, politiques et ressources

Description : Perceptions à l'égard des facteurs financiers, juridiques et structurels, favorables et contraignants pour l'atteinte d'une couverture vaccinale élevée.

Sous-thèmes (codes) :

- Leadership et planification stratégique
- Ressources humaines
- Priorités en concurrence
- Financement durable
- Ressources et soutien centralisés
- Législation et politiques

Citations types :

« *L'autre chose que je dirais à propos de la LIE, c'est qu'elle est devenue plus difficile à mettre en œuvre. Les gens ne lisent plus. Ils ne vont plus chercher leur courrier. Ils n'aiment pas nous parler au téléphone. Nous ne pouvons pas leur envoyer de courriels.* »

« *L'un des principaux [défis] dans notre région était que le personnel de notre programme de vaccination était presque entièrement composé de nouveaux employés... Personne ne savait comment produire des rapports pour la LIE. Personne ne savait comment créer des notifications ou obtenir des informations historiques. Nous étions tous novices. Cela a donc représenté un énorme apprentissage, une véritable perte de connaissances pour nous.* »

« *L'autre problème concerne la capacité de financement. Je pense que nous ne pourrions pas être plus clairs sur ce point. Honnêtement, je ne sais pas comment nous allons nous en sortir. Présentement, notre budget est extrêmement serré.* »

« *Je pense, encore une fois, que c'est une question de financement qui détermine de l'ampleur des effectifs dont on dispose à l'heure actuelle pour leur affectation à divers vaccins. Lorsque le ministère de la Santé a indiqué que nous devions donner la priorité aux activités de la LIE et aux programmes scolaires, quels que soient les fonds dont nous disposions, cela nous a donné l'orientation centralisée et unifiée dont nous avions besoin pour concentrer nos efforts sur ces activités.* »

« *Je dirais simplement que dans l'ensemble, l'instabilité du financement est un problème pour la santé publique. Je pense que les vaccinations ont tendance à être hautement prioritaires pour tous les services de santé, mais lorsqu'il n'y a pas d'augmentation du financement ou que l'augmentation est inférieure à l'inflation, nous nous retrouvons à dépendre beaucoup plus de nos partenaires pour assurer la prestation des services. Nous n'avons pas le même niveau de contrôle, les mêmes possibilités de planification, ce genre de choses. Cela rend les choses un peu plus difficiles.* »

Thème : Réticence à la vaccination

Description : Perceptions à l'égard de la réticence à la vaccination, du discours public et de la sécurité en matière de vaccination.

Sous-thèmes (codes) :

- Fatigue vaccinale et répercussions de la pandémie
- Exemptions non médicales
- Partage d'informations et confidentialité
- Préoccupations et menaces en matière de sécurité
- Lutte contre la désinformation et les fausses informations
- Méfiance à l'égard des vaccins
- Méfiance à l'égard du gouvernement et de la santé publique

Citations types :

« Nous avons rencontré plusieurs difficultés, notamment la lassitude vis-à-vis des vaccins... Il existe une méfiance bien réelle entre [les autorités de santé publique] et certaines familles. »

« Post-pandémie, tout le monde a un avis sur les vaccins, alors que ce n'était peut-être pas le cas auparavant. Je pense que cela a conduit à la mobilisation de personnel pour répondre aux questions et préoccupations à l'égard des vaccins usuels, ce qui n'était pas le cas auparavant. Et, bien sûr, la désinformation ne concerne pas seulement le vaccin contre la COVID-19, mais aussi d'autres vaccins, en particulier le ROR... C'est un effet d'entraînement que nous avons remarqué. »

« Je dirais qu'à l'heure actuelle, nous n'avons ni le temps, ni les capacités, ni les ressources nécessaires pour nous concentrer réellement sur la promotion de la santé et vaincre la réticence à la vaccination parmi les populations hésitantes. Nous ne disposons pas des données qui nous permettraient de localiser précisément ces poches de réticence, afin de pouvoir agir rapidement et facilement lorsque cela s'avère nécessaire. »

« Pour la première fois, [nous] avons dû faire appel à des agents de sécurité au centre de santé lorsque nous avons envoyé les ordres de suspension. Nous avons reçu des menaces. Certaines personnes étaient très en colère contre nous parce que nous appliquions l'obligation vaccinale... Cela a été un défi de taille de même qu'un enjeu de santé mentale pour notre personnel ainsi que pour notre équipe de direction, qui ont dû essayer de composer avec la situation et trouver le meilleur moyen de soutenir l'équipe. »

« Tout ce qui ressemble de près ou de loin à une obligation revêt aujourd'hui une dimension politique beaucoup plus importante qu'auparavant... Pendant la pandémie, l'idée d'aller dans les écoles pour vacciner les élèves contre la COVID-19 sans le consentement parental était très controversée. Les écoles sont désormais beaucoup plus prudentes en ce qui concerne tout ce qui touche à la vaccination scolaire et à la réaction des parents. »

Santé publique Ontario
661, avenue University, bureau 1701
Toronto (Ontario)
M5G 1M1
416.235.6556
communications@oahpp.ca
publichealthontario.ca/fr/

