

PLAN D'INTERVENTION FÉDÉRAL-PROVINCIAL- TERRITORIAL EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE POUR LA GESTION CONTINUE DE LA COVID-19

3^e édition

25 mars, 2022



Public Health
Agency of Canada

Agence de la santé
publique du Canada

Canada



Table des matières

Liste des abréviations et des acronymes	3
Résumé exécutif.....	4
1. Introduction	7
2. Contexte.....	8
2.1 Omicron.....	8
2.2 Répercussions disproportionnées et conséquences sur la société	9
2.3 Perturbations sociales.....	9
2.4 Cadre de gestion des risques	10
2.5 Gouvernance de l'intervention et concept des opérations	11
2.6 Vagues précédentes.....	12
3. But et objectifs de la réponse à la COVID-19	13
3.1 But	13
3.2 Objectifs	14
4. Planification prospective.....	17
4.1 Hypothèses de planification et domaines d'incertitude	17
4.2 Planification des risques, de l'intervention et de la préparation liés à la COVID-19 en cours	21
4.3 Planification du rétablissement	29
4.4 Planification avec les communautés autochtones	31
5. Faire face aux conséquences de la réponse à la pandémie.....	35
6. Composantes de l'intervention FPT en réponse à la COVID-19.....	39
7. Mesure et évaluation.....	39
Annexe 1 : Soutien à la modélisation pour la planification à long terme	41
Annexe 2 : Facteurs épidémiologiques	43
Annexe 3 : Planification du scénario de la pire éventualité raisonnable.....	45
Annexe 4 : Planification de la réponse à la COVID-19 avec les collectivités autochtones.....	51
Annexe 5 : Surveillance	56
Annexe 6 : Activités de laboratoire en réponse à la situation	60
Annexe 7 : Mesures de santé publique.....	63
Annexe 8 : Prévention et contrôle des infections.....	66
Annexe 9 : Vaccination.....	67
Annexe 10 : Mesures internationales en matière de santé des voyageurs et aux frontières	75
Annexe 11 : Infrastructures des systèmes de santé	78
Annexe 12 : Communication et sensibilisation.....	82

Annexe 13 : Recherche	86
Références	90

Liste des abréviations et des acronymes

ASP	Autorité de santé publique
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
CCI	Comité canadien d'immunisation
CCL	Comité consultatif de la logistique
CCNI	Comité consultatif national de l'immunisation
CCS	Comité consultatif spécial
CCT	Comité consultatif technique
ESSI	Effet secondaire suivant l'immunisation
FPT	Fédéral-provincial-territorial
MSP	Mesure de santé publique
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PCI	Prévention et contrôle des infections
PCPG	Préparation du Canada en cas de pandémie de grippe : guide de planification pour le secteur de la santé
SAC	Services aux Autochtones Canada
2SLGBTQI+	bispirituelle, lesbienne, gaie, bisexuelle, transgenre, queer ou en questionnement), intersexe plus

Résumé exécutif

Le présent document est la troisième édition du plan fédéral-provincial-territorial (FPT) qui a été élaboré en collaboration avec des responsables fédéraux, provinciaux et territoriaux de la santé publique par l'intermédiaire du Comité consultatif spécial (CCS) FPT sur la COVID-19, des partenaires des Premières Nations, des Inuits et des Métis, et des partenaires du système de santé, à l'intention de ces intervenants et d'autres. Il s'agit d'un document évolutif qui vise à fournir une approche pancanadienne de planification prospective pour la gestion continue de la COVID-19 au Canada et à favoriser la sensibilisation et la coordination tant dans le secteur de la santé publique qu'au-delà de celui-ci.

La présente édition met l'accent sur la transition d'une réponse énergique à des vagues de COVID-19 qui ont touché une population canadienne largement susceptible vers une réponse plus durable à long terme à la présence continue de la COVID-19 dans le contexte d'une immunité accrue de la population et d'autres priorités de santé publique. C'est ce qu'on appelle la phase de transition; bien que la nécessité d'une réponse active puisse être moindre au cours de cette période, il faut se tenir prêts à intervenir en cas de nouveaux risques liés à la COVID-19, tout en répondant aux besoins courants en matière d'intervention et de rétablissement. À l'instar des autres documents de directives techniques, le présent document pourrait devoir être mis à jour à mesure que nos connaissances scientifiques sur l'agent pathogène SRAS-CoV-2 et la durée de l'immunité conférée par la vaccination contre la COVID-19 et les infections passées augmentent et que le portrait épidémiologique évolue au Canada et ailleurs dans le monde.

Le plan reconnaît les rôles et les responsabilités des secteurs de compétence; les provinces et les territoires devraient donc avoir la souplesse nécessaire pour le personnaliser. Le plan reconnaît également l'autonomie dont disposent les provinces et les territoires pour ce qui a trait à la gestion de leur système de santé; le but du document n'est pas d'imposer des exigences ou des obligations. Les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis peuvent choisir d'adapter les approches aux besoins et aux contextes propres à leurs communautés, tel qu'il est indiqué dans les sections axées sur la planification avec les communautés autochtones.

Au nombre des principaux éléments de la présente édition figurent les suivants :

- les objectifs de santé publique pour la phase de transition;
- les hypothèses de planification prospective;
- la planification de la réponse continue, du rétablissement et de la préparation;
- les conséquences des mesures prises en réponse à la pandémie;
- des annexes comportant des résumés à jour pour chaque composante principale de l'intervention en matière de santé publique (c.-à-d. la surveillance, les activités de réponse en laboratoire, les mesures de santé publique, la prévention et le contrôle des infections et les conseils en matière de soins cliniques, la vaccination, les mesures internationales en matière de santé des voyageurs et aux frontières, l'infrastructure des systèmes de santé, la communication des risques et la sensibilisation, et la recherche).

L'objectif de la réponse à la pandémie, qui consiste à *réduire au minimum le risque de maladie grave et de décès en général tout en atténuant les perturbations sociales pouvant être subies par la population dans le cadre de la pandémie de COVID-19*, fait ressortir la nécessité de mettre en balance les conséquences graves de la COVID-19 et les perturbations sociales qu'elle entraîne. L'atteinte d'un juste équilibre a représenté un défi dans le cadre de la réponse à la COVID-19, et il y a fort à parier qu'il s'agira de l'une des principales leçons apprises en cas de futures pandémies.

La vaccination et les mesures de santé publique (MSP) ont réussi à réduire le nombre de cas de COVID-19 et de maladies graves et de décès connexes au Canada. Cependant, la vague liée au variant Omicron a forcé de nombreuses administrations à réinstaurer des mesures restrictives pour éviter que les systèmes de santé ne soient submergés. La réponse à la COVID-19 a été sans précédent grâce à la mise en œuvre rapide et à l'adoption par le public des MSP. Toutefois, ces mesures doivent maintenant être assouplies ou adaptées compte tenu de la baisse de l'incidence de l'infection, de la circulation d'un variant moins virulent, d'une forte couverture vaccinale, de l'immunité acquise par l'infection, de la lassitude du public à l'égard des mesures de lutte contre la pandémie^{1 2 3 4 5}, ainsi que des conséquences involontaires de la réponse à la pandémie sur la santé physique et mentale^{6 7 8}. En revanche, il est essentiel de se préparer au risque d'émergence répétée de nouveaux variants préoccupants qui pourraient être plus transmissibles, plus graves ou dotés d'une capacité d'échappement immunitaire plus forte. Pour ce faire, il faudra évaluer les différentes MSP possibles (tant pharmaceutiques que non pharmaceutiques), en prenant soin d'examiner, pour chacune d'entre elles, les déclencheurs connexes et le moment de la mise en œuvre. On ne s'attend pas à ce que les administrations imposent des mesures restrictives généralisées, sauf en cas de nécessité absolue (p. ex. variant associé à un degré de gravité élevé).

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) préconise l'utilisation d'une approche fondée sur les risques dans toutes les phases d'une pandémie (phase d'alerte, phase de pandémie, phase de transition et phase interpandémique)⁹. La présente édition du plan favorise une approche de gestion des risques, ce qui suppose de prendre en compte la probabilité et les conséquences des menaces potentielles, comme les nouveaux variants préoccupants, tout en atténuant les répercussions des risques matérialisés.

Au moment où les administrations sortent de la phase de réponse active et commencent à se concentrer sur le rétablissement et la préparation en vue de la gestion continue de la COVID-19 au sein de la population canadienne, il faut surveiller, évaluer et revoir les risques associés à la COVID-19 dans le contexte d'autres priorités de santé publique. Les objectifs mis à jour en matière de gestion continuent pour la phase de transition en font d'ailleurs foi. Plus particulièrement, les activités de rétablissement doivent tenir compte des conséquences et des risques pour la santé, des retards accumulés par les systèmes de santé et des répercussions liées à l'interruption de la prestation des programmes de santé publique, lesquels se sont manifestés dans le cadre de la réponse à la pandémie.

L'effet disproportionné des résultats en matière de santé et des mesures de lutte contre la COVID-19 sur certains groupes au Canada^{10 11} est un autre grand constat qui s'est dégagé à ce jour de la pandémie. La nature restrictive de nombre de ces mesures a eu des effets négatifs sur la santé, le bien-être et la société, en particulier chez les groupes tels que les personnes âgées, les travailleurs essentiels, les enfants et les jeunes, les populations racisées, les Autochtones, les personnes vivant avec un handicap, les femmes, les membres de la communauté bispirituelle, lesbienne, gaie, bisexuelle, transgenre, queer

(ou en questionnement), intersexe plus, (2SLGBTQI+), les personnes qui consomment des drogues, les collectivités à faible revenu, les nouveaux arrivants au Canada et les personnes sans-abri ou mal logées¹²
^{13 14}

La pandémie, et plus particulièrement la vague liée au variant Omicron, a démontré hors de tout doute que la capacité du Canada en matière de santé publique et de soins de santé est globalement insuffisante, surtout la capacité de pointe; cette insuffisance touche à la fois les ressources humaines et l'infrastructure.

Il faut également se pencher sur les répercussions négatives que les mesures de lutte contre la COVID-19 ont eues sur la santé physique et mentale des intervenants, compte tenu de la durée et de l'intensité de ces mesures, et sur la façon dont les efforts de rétablissement et la capacité d'intervention future pourraient s'en ressentir. Il est temps de rendre compte des « leçons apprises » et de réfléchir de manière globale aux améliorations qui pourraient être apportées à l'échelle du système. La façon dont les leçons apprises seront utilisées par les intervenants actuels et dûment « communiquées » aux décideurs, à la prochaine cohorte d'intervenants (p. ex. les étudiants des disciplines de la santé) et la société en général doit être intégrée à ce processus multidimensionnel.

1. Introduction

Le *Plan d'intervention fédéral-provincial-territorial en matière de santé publique pour la gestion continue de la COVID-19* vise à fournir aux responsables fédéraux, provinciaux et territoriaux de la santé publique, aux partenaires des Premières Nations, des Inuits et des Métis, aux partenaires du système de santé et à d'autres intervenants une approche pancanadienne de planification prospective pour la gestion continue de la COVID-19 au Canada. Ce plan favorise une approche de gestion des risques à long terme.

La première édition portait sur les impératifs immédiats de planification pour la période automne/hiver 2020, et la deuxième édition était surtout axée sur la préparation aux variants préoccupants. La présente édition met l'accent sur la transition d'une réponse énergique à des vagues de COVID-19 qui ont touché une population canadienne largement susceptible vers une réponse plus durable à long terme à la présence continue de la COVID-19 dans le contexte d'une immunité accrue de la population et d'autres priorités de santé publique.

Cette troisième édition du plan, qui se veut un document évolutif, tient compte de l'évolution des connaissances scientifiques sur l'agent pathogène SRAS-CoV-2, de l'évolution de la situation épidémiologique au Canada et ailleurs dans le monde, de la compréhension des répercussions disproportionnées de la pandémie sur les groupes de population marginalisés^{15 16}, de l'évolution des stratégies d'atténuation des risques, et de l'apparition de nouvelles contre-mesures médicales (vaccins, traitements et diagnostics). Elle reconnaît la nécessité de trouver un juste équilibre entre, d'une part, les stratégies et les mesures à mettre en place pour limiter les risques liés à la COVID-19 et, d'autre part, la nécessité de s'attaquer aux répercussions, sur la santé publique et la société, de la pandémie qui perdure ainsi qu'aux conséquences involontaires des mesures qu'il a fallu prendre pour atténuer les risques à ce jour.

Faisant référence à la « continuité des phases d'une pandémie » de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), élaborée précédemment pour la préparation, la réponse et le rétablissement en cas de grippe pandémique, le présent document met l'accent sur les activités de santé publique fédérales, provinciales et territoriales (FPT) qui sont nécessaires pour la « phase de transition », c'est-à-dire la phase entre l'intervention active de lutte contre la pandémie et la phase où la COVID-19 peut être gérée comme les autres maladies infectieuses communes au Canada. Bien que les besoins liés à l'intervention active puissent être réduits pendant cette période, il est nécessaire de maintenir un état de préparation afin de réagir aux risques nouveaux liés à la COVID-19 tout en répondant aux besoins continus en matière d'intervention et de rétablissement. La phase de transition pourrait se dérouler pendant des années, et non des mois, et l'émergence de nouveaux variants préoccupants et/ou les répercussions du déclin de l'immunité qui pourraient être associées à une augmentation de la transmission de la maladie et possiblement à une augmentation des complications graves pourraient nécessiter un retour à des activités d'intervention de type plus actif pendant cette période.

Le moment de la transition pourrait varier dans l'ensemble du Canada en raison de différences dans la situation épidémiologique, l'accessibilité des ressources en matière de soins de santé et la tolérance au risque. La présente édition du Plan est fondée sur le contexte actuel, ainsi que sur l'expérience et les données probantes acquises au cours de l'intervention de lutte contre la pandémie. Comme pour les éditions précédentes, cette troisième édition s'appuie également sur les ententes, les accords et les protocoles intergouvernementaux existants traitant de la préparation aux pandémies, de la planification

et de la compilation de données en matière d'urgence de santé publique, et de la mise en commun des renseignements et des ressources en plus de s'appuyer sur le document [Préparation du Canada en cas de grippe pandémique : Guide de planification pour le secteur de la santé](#) (PCGP). Il est tenu pour acquis qu'une structure d'intervention et des activités continues (mais à l'échelle appropriée) FPT coordonnées, comme elles sont décrites dans le [Plan d'intervention fédéral-provincial-territorial en matière de santé publique dans les cas d'incidents biologiques](#) (PIFPTSPIB), seront nécessaires pour répondre aux besoins continus en matière d'intervention, de rétablissement et de préparation pendant la phase de transition.

À l'instar d'autres plans FPT, le présent document décrit les objectifs généraux, reconnaît les rôles et les responsabilités des secteurs de compétence, détermine à quel moment des approches FPT cohérentes deviennent nécessaires et dans quelles circonstances les provinces et les territoires devraient avoir la souplesse nécessaire pour les personnaliser. L'autonomie des provinces et des territoires pour ce qui est de la gestion de leurs systèmes de santé respectifs est reconnue; le présent document ne vise pas à communiquer des exigences ou des obligations. Il a été élaboré pour faciliter la planification d'une gestion de la COVID-19 qui soit non seulement souple et adaptative, mais aussi dictée par l'évaluation des risques posés par la COVID-19 au sein de la population canadienne dans l'avenir.

2. Contexte

La COVID-19 demeure un défi sans précédent pour la santé et le bien-être social et économique des Canadiens et de la communauté mondiale. Plus de deux ans après le début de la pandémie, l'intervention canadienne a été renforcée par l'accessibilité des vaccins, du dépistage et de traitements, mais elle a été mise à l'épreuve par l'émergence de variants préoccupants hautement transmissibles et échappant à l'immunité.

L'accessibilité des vaccins et la mise en œuvre de programmes de vaccination axés sur la population qui donnaient d'abord la priorité à la réduction des effets sur la santé dans les populations à risque élevé de problèmes de santé ont eu des répercussions importantes sur les maladies graves et les décès attribuables à la COVID-19 au Canada. Un haut degré d'adhésion aux mesures de santé publique (MSP) recommandées est demeuré essentiel, surtout lorsque le variant préoccupant Omicron, qui était associé à une transmission accrue et à une diminution de l'efficacité des vaccins (principalement l'efficacité de la protection contre la transmission), et certains traitements sont apparus.

Pour atténuer l'impact de la COVID-19 au Canada, il faut continuer de se doter d'une stratégie globale, intégrée et intersectorielle « pansociétale » et « pangouvernementale » qui met l'accent sur ce qui s'inscrit dans la portée de notre contrôle tout en essayant de réduire les risques et les répercussions pour les éléments en dehors de cette portée. Par conséquent, le contexte de notre planification est principalement axé sur le Canada, mais reconnaît que la situation mondiale a un effet important sur nos activités d'intervention, le risque de recrudescence et la durée de la phase de transition au Canada.

2.1 Omicron

La vague induite par le variant Omicron a mis en relief le besoin d'adapter de façon continue l'intervention au fur et à mesure que le profil de risque évolue. Le variant Omicron, bien qu'il cause des

complications moins graves chez les personnes infectées, a tout de même mis en péril les capacités en matière de prestation des soins de santé en raison du nombre élevé de personnes infectées par ce variant préoccupant hautement transmissible et échappant aux mécanismes immunitaires. Le variant Omicron est arrivé avant la période des Fêtes, en hiver, au moment où la transmission du variant préoccupant Delta était considérable et où les Canadiens, qui éprouvaient de la lassitude à l'égard de la pandémie, passaient plus de temps à l'intérieur et se ressemblaient en grand nombre. Cette situation a fait augmenter le risque de transmission à un moment où la protection conférée par les vaccins avait commencé à diminuer et où les programmes d'administration des doses de rappel n'avaient pas encore été mis en œuvre à grande échelle. Pour atténuer les risques découlant du variant Omicron, les programmes d'administration de doses de rappel ont rapidement été élargis dans tout le pays et des MSP restrictives ont été remises en place, mais n'ont pas été maintenues dans de nombreuses administrations. L'utilisation des tests rapides de détection des antigènes a été étendue étant donné que les systèmes de santé publique, surchargés, ont en grande partie délaissé l'identification et la gestion des cas individuels et des contacts, qui faisaient partie de leurs stratégies de surveillance et de dépistage. Dans de nombreuses administrations, la priorité a été accordée aux interventions en cas d'éclosion dans les milieux présentant des risques élevés et aux mesures visant à réduire la surcharge des systèmes de soins de santé causée par la transmission communautaire du variant Omicron.

2.2 Répercussions disproportionnées et conséquences sur la société

Dès le début de la pandémie, le Canada a mis en place, de façon extraordinaire, des MSP communautaires, vastes et restrictives (p. ex. fermeture d'écoles, restrictions liées aux rassemblements, restrictions liées aux milieux de travail/entreprises). Des MSP communautaires restrictives ont été maintenues ou remises en place dans de nombreuses administrations en réaction à l'apparition du variant Omicron. Un grand nombre de ces mesures ont eu des conséquences négatives involontaires sur la santé, le bien-être et la société,^{17 18 19} malgré la mise en place d'importantes mesures de soutien sociétal (p. ex. soutien du revenu, soutien au logement et expansion des services sociaux comme les services en santé mentale et l'aide alimentaire).

Les conséquences involontaires, mais en grande partie prévisibles, de la réponse à la pandémie sur la société, ont touché quasiment toute la population. Toutefois, des groupes diversifiés au sein du Canada ont été touchés de façon disproportionnée par la pandémie, en partie en raison d'inégalités préexistantes qui ont été exacerbées par la pandémie.^{20 21} Ces groupes comprennent, entre autres, les personnes âgées, les travailleurs essentiels, les enfants et les jeunes, les populations racialisées, les Autochtones, les personnes handicapées, les femmes, les communautés 2SLGBTQI+, les personnes qui consomment des drogues, les communautés à faible revenu, les nouveaux arrivants au Canada, et les sans-abri et les personnes mal logées.^{22 23 24} Par conséquent, le rétablissement de ces groupes ainsi que leur état de préparation à de futures pandémies pourraient nécessiter une approche plus intensive et plus vaste axée sur la réduction des inégalités et le renforcement de la résilience.

2.3 Perturbations sociales

Des perturbations sociales ont été associées non seulement à des niveaux élevés de propagation de la maladie, mais aussi aux mesures restrictives mises en place pour réduire la transmission pendant les périodes où la propagation était importante. La fermeture des milieux de travail, des entreprises, des écoles et des garderies ainsi que des installations récréatives ou leur accès réduit ont perturbé les

routines normales et ont souvent créé de la confusion étant donné que les recommandations et les exigences ont évolué au fil du temps et ont varié entre les administrations. Paradoxalement, un grand nombre de personnes qui ont été touchées par ces perturbations étaient les personnes les moins susceptibles de présenter une forme grave de la maladie (p. ex. enfants d'âge scolaire, jeunes adultes en santé).²⁵

L'absentéisme des travailleurs de la santé, causé par la nécessité de s'isoler ou de se placer en quarantaine, a davantage restreint les capacités en matière de soins de santé, qui étaient déjà réduites, même dans des administrations bien dotées en ressources. De même, l'absentéisme chez d'autres fournisseurs de services essentiels a mené à des difficultés liées à la continuité des activités.

L'acceptation initiale des mesures d'intervention nécessaires, mais perturbatrices a été impressionnante et bénéfique au moment où les Canadiens étaient sensibilisés aux répercussions du SRAS-CoV-2 au sein de notre population et aux meilleures façons de les réduire. Cependant, il n'est pas certain que le même niveau de sacrifice personnel et de perturbations sociales sera largement accepté dans l'avenir. Il est important que les plans à venir reconsidèrent les éléments déclencheurs et le moment des mesures mises en place pour réduire les maladies graves qui entraînent aussi des conséquences sur la société en général. Même si du soutien économique et d'autres types de soutien sont offerts, il y a une limite à la tolérance du public à l'égard de ces mesures connues pour perturber les routines et le fonctionnement de la société.

2.4 Cadre de gestion des risques

Le [guide de l'OMS Gestion des risques de pandémie de grippe](#) encourage une approche fondée sur les risques pour la planification tout au long de la continuité des phases d'une pandémie. Les phases de l'OMS (figure 1) visent à représenter la façon dont l'incidence des cas (avec toutes les vagues d'activité pandémique fusionnées en une seule phase pandémique) progresse au fil du temps à l'échelle mondiale et par conséquent fournissent un cadre pour l'évaluation, par l'OMS, des risques associés à la situation mondiale. La terminologie employée, élaborée dans le cadre de la planification en cas de pandémie de grippe, a été moins privilégiée pendant la pandémie de COVID-19, mais elle fournit tout de même un contexte utile pour la planification de la transition. Plus particulièrement, la terminologie et le cadre de gestion des risques peuvent être utilisés aux tables FPT pour favoriser une approche pancanadienne pour la description de la situation actuelle et la planification par phase selon l'intensité de la pandémie et de l'épidémie, et l'intensité de la propagation de la maladie au Canada.

Figure 1 : la continuité des phases d'une pandémie²⁶



La phase de transition se situe entre la phase d'intervention active de lutte contre la pandémie et la phase où la COVID-19 peut être gérée comme les autres maladies infectieuses communes au Canada, cette dernière étant la phase interpandémique. La phase interpandémique n'est pas destinée à représenter la période entre les vagues d'activité pandémique. Il s'agit plutôt du temps entre les nouvelles pandémies, lequel a varié de 10 à 40 ans pour la grippe, mais qui n'a pas encore été établi pour le SRAS-CoV-2 puisqu'il s'agit de la première pandémie documentée causée par un coronavirus. L'OMS caractérise la phase de transition comme le moment où « au fur et à mesure que le risque évalué à l'échelle mondiale diminue, l'action mondiale peut ralentir et il peut être opportun que les pays réduisent les activités ou passent aux mesures de relèvement, selon leurs propres évaluations des risques ».

Au Canada, les évaluations des risques des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux peuvent maintenant être guidées par une base importante de données probantes qui, combinées aux données épidémiologiques locales/régionales, à l'expérience en matière d'intervention et à l'analyse des répercussions, aideront à déterminer une approche fondée sur les risques pour les activités de rétablissement et de préparation continue tout au long de la phase de transition et de la phase interpandémique. Toutefois, l'incertitude continuera d'être prise en compte dans les évaluations des risques dans l'avenir étant donné que l'émergence de variants préoccupants ayant des caractéristiques épidémiologiques variées doit être prise en considération et que l'incidence et les répercussions de la COVID-19 pendant la phase de transition et la phase interpandémique ne seront pas connues avant d'avoir été observées au cours d'un certain nombre de mois ou d'années. Compte tenu de ces mises en garde et reconnaissant que la tolérance au risque variera probablement entre les administrations et au fil du temps, le présent document propose une planification fondée sur l'atteinte des objectifs FPT, et l'utilisation d'approches fondées sur les risques pour le recours aux mesures et la communication des recommandations de santé publique.

2.5 Gouvernance de l'intervention et concept des opérations

Tout au long de l'intervention de lutte contre la pandémie, le [Plan d'intervention fédéral-provincial-territorial en matière de santé publique dans les cas d'incidents biologiques](#) a fourni le cadre pour notre gouvernance FPT et notre concept des opérations. Cette structure de gouvernance, qui comprend le

Comité consultatif spécial (CCS), le Comité consultatif technique (CCT), le Comité consultatif de la logistique (CCL) ainsi que le Groupe des communications du réseau de santé publique (GCRSP) et les secrétariats connexes, a facilité la coordination de l'intervention en santé publique. Les réunions fréquentes des membres de ces groupes ont permis de discuter en temps réel des données probantes, des risques et de la planification stratégique, ce qui a mené à une intervention robuste. Ces tribunes servant à élaborer des recommandations générales, à approuver des produits liés à l'intervention (p. ex. orientations, communications au sujet des risques, protocoles opérationnels), à évaluer les risques et à échanger des renseignements ont fonctionné au niveau d'intervention FPT « 4 – Intervention d'urgence » tout au long de la pandémie. Comme prévu, les provinces et les territoires ont adapté les produits FPT et les produits d'orientation de l'ASPC approuvés dans le cadre de ces tribunes afin qu'ils soient utilisés selon les besoins au sein de leurs administrations. Cette adaptation a entraîné des variations dans le degré d'application et des différences quant au moment d'utilisation de ces produits; néanmoins, la structure a permis un examen et une discussion approfondis pour tous les aspects de l'intervention en santé publique.

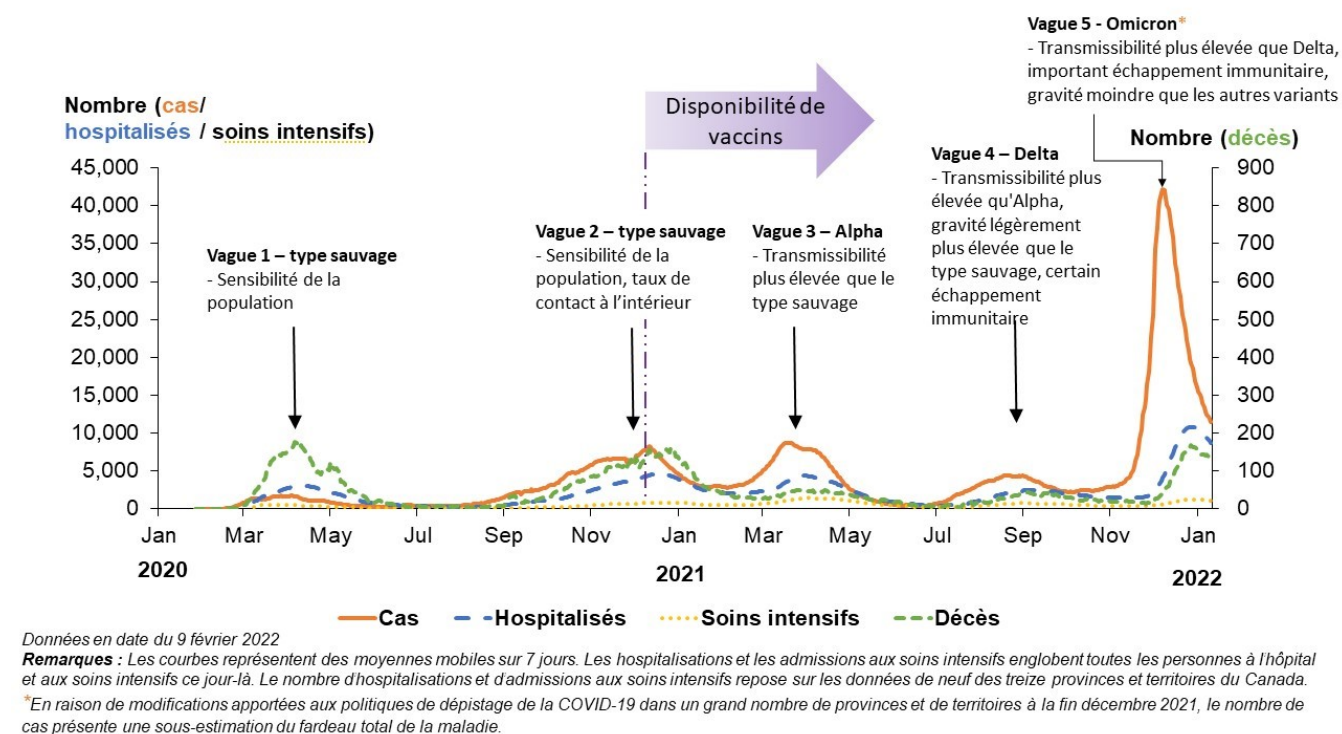
Étant donné que bien des provinces et territoires ont amorcé la phase de transition en fonction des risques évalués et des niveaux de transmission observés, il sera important d'examiner si (et quand) le niveau d'intervention FPT peut être ramené du niveau d'intervention 4 – Urgent au niveau d'intervention 3 – Supérieur dans le cadre du processus de planification. Le concept des opérations prévoit un examen continu du niveau d'intervention FPT requis sous la forme d'une boucle de rétroaction qui comprend une surveillance permanente des risques et des activités d'atténuation des risques nécessaires.

2.6 Vagues précédentes

Avant de penser à la prochaine étape, il est important de réfléchir aux caractéristiques épidémiologiques et aux principaux facteurs des vagues précédentes, car ils constituent essentiellement différents modèles auxquels nous avons été confrontés et dont nous pourrions tirer des leçons. Plus précisément, il faut d'abord examiner les éléments déclencheurs et le calendrier des mesures mises en œuvre à chaque vague précédente, puis évaluer l'incidence de ces mesures sur la réduction des cas de maladie grave, mais aussi leurs conséquences sociétales.

La figure 2 illustre le nombre de cas et la prévalence des hospitalisations attribuables à la COVID-19 au Canada au fil du temps. Même si la capacité de dépistage et les politiques ont eu une incidence sur les données, ces dernières permettent de résumer les tendances nationales en matière d'incidence et de gravité, tout en reconnaissant que les vagues ont eu des effets différents selon les provinces et territoires. Ainsi, chaque vague importante a été induite par un changement de variant ou de taux de contact (c.-à-d. le degré d'interaction entre les personnes en dehors du ménage). Cependant, la figure ne met pas clairement en évidence l'incidence de la vaccination, notamment une réduction relative des cas de maladie grave (c.-à-d. nécessitant une hospitalisation), en raison de la sous-estimation de l'incidence du variant Omicron. En outre, les tests effectués dans les hôpitaux peuvent avoir mené à un recensement des personnes atteintes du variant Omicron qui ont été admises pour une autre raison, ce qui pourrait fausser les données sur les décès.

Figure 2 : Vagues de la pandémie et principaux facteurs des effets de la COVID-19



3. But et objectifs de la réponse à la COVID-19

3.1 But

La réponse du Canada à la pandémie de COVID-19 repose sur le but établi en cas de grippe pandémique dans le document [*Préparation du Canada en cas de grippe pandémique : Guide de planification pour le secteur de la santé*](#) (dernière mise à jour en août 2018). Le but est le suivant :

- réduire au minimum le risque de maladie grave et de décès en général tout en atténuant les perturbations sociales que pourraient subir les Canadiens dans le cadre de la pandémie de COVID-19.

Pendant la phase pandémique au Canada, les interventions FPT en matière de santé publique ont été guidées par ce but et ont visé avant tout à réduire au minimum les formes graves de la maladie et les décès. Les mesures et stratégies mises en œuvre dans ce but ont contribué à réduire l'incidence de la COVID-19 au Canada ainsi que les formes graves de la maladie et les décès qui y sont associés.

Il a été extrêmement difficile de réduire les effets de la COVID-19 sur la santé tout en réduisant au minimum les perturbations sociales, d'autant plus que la « fatigue pandémique »^{27 28} s'est accrue et a entraîné des difficultés connexes en ce qui concerne le respect par le public des mesures recommandées. La façon dont les mesures d'intervention locales ont été mises en œuvre (p. ex. cliniques de vaccination en dehors des heures de travail pour les travailleurs par quart, cliniques mobiles ou temporaires) résulte de la reconnaissance du fait que certains groupes de Canadiens font face à des obstacles disproportionnés qui les empêchent de respecter ces mesures. Les stratégies visant à éliminer ces obstacles constituent une leçon importante à retenir pour les prochaines interventions et les documents de planification.

L'énoncé du but, qui souligne la nécessité d'équilibrer les effets de la COVID-19 en ce qui concerne les résultats pour la santé et les perturbations sociales, entraînera des changements d'orientation au cours de la phase de transition. Pendant les périodes de faible activité de la maladie, nos systèmes de soins de santé existants et l'utilisation de produits thérapeutiques devraient suffire à gérer les formes graves de la maladie. Par conséquent, le recours à des mesures réputées avoir des effets perturbateurs dans notre société (c.-à-d. des mesures restrictives) devrait être limité. Cependant, compte tenu du risque persistant de voir apparaître un variant préoccupant capable d'échapper à l'immunité, il pourrait être nécessaire de remettre l'accent sur la réduction des formes graves de la maladie et des décès.

3.2 Objectifs

Les administrations amorcent une transition de la phase active de lutte contre la pandémie vers la phase de rétablissement et de préparation à la gestion de la COVID-19 comme une maladie infectieuse courante au Canada. Par conséquent, il convient de revoir les objectifs de gestion en cours dans le contexte d'autres priorités de santé publique, nombre d'entre elles n'ayant pas reçu de ressources adéquates pendant la phase de réponse à la pandémie.

3.2.1 Phase de transition

La phase de transition est une période difficile. Le risque de résurgence ne pourra être déterminé avec certitude, mais il faudra en tenir compte, car la protection conférée par la vaccination ou une infection antérieure diminue au fil du temps dans la population canadienne, tandis que l'activité pandémique se poursuit à l'échelle mondiale. Il faudra mettre en place de multiples activités de santé publique simultanées qui reposeront toutes sur une main-d'œuvre de santé publique largement épuisée, le tout dans un contexte d'incertitude permanente concernant les nouveaux variants.

Les principaux objectifs de la phase de transition consistent à réduire les formes graves de la maladie associées à la COVID-19 à un niveau gérable localement (c.-à-d. qui peut être géré sans perturber les autres services et programmes de santé publique et de soins de santé), tout en maintenant la surveillance et la préparation à toute résurgence, et en renforçant la capacité d'évaluation des risques. Cependant, au cours de cette phase, il faut à la fois s'occuper des activités de rétablissement, documenter les « leçons retenues » en vue d'une réflexion et commencer à relancer les programmes de santé publique qui n'ont pas bénéficié de ressources suffisantes en raison de la nécessité de réorienter les ressources vers la réponse à la pandémie de COVID-19 et dont les besoins ne sont peut-être pas satisfaits. Il faut également commencer à résoudre les problèmes de capacité du système de santé et de collecte de données. Pour garantir l'atteinte des objectifs de la phase de transition, il convient de prendre en compte toute dépendance à l'égard de l'état d'urgence pour obtenir le soutien nécessaire à la réponse à la pandémie avant de mettre fin à cet état déclaré.

Les objectifs de santé publique suivants visent à atténuer les risques pendant la phase de transition.

Approche

- Prendre des mesures de santé publique en fonction des risques et des données probantes afin de réduire la morbidité et la mortalité liées à la COVID-19 à un niveau bas, gérable et tolérable à l'échelle locale, tout en réduisant au minimum ou en atténuant les conséquences négatives de ces mesures sur la santé physique et mentale, en particulier au sein des populations en situation de vulnérabilités.
- Travailler de concert avec la communauté internationale pour soutenir la réponse et le rétablissement dans d'autres pays.

Outils, mesures et ressources

- Déterminer et traiter, à l'aide de ressources de santé dédiées, les conséquences et les risques involontaires pour la santé mentale et physique qui se sont produits au cours de la réponse à la pandémie, dans le cadre des activités actuelles de réponse et de rétablissement.
- Continuer à offrir des programmes de vaccination contre la COVID-19 selon les recommandations, d'une façon efficace et équitable.
- Soutenir l'administration de produits thérapeutiques d'une façon efficace et équitable.
- Utiliser des stratégies de dépistage et de surveillance génomique pour optimiser la gestion des risques en cours (p. ex. pour faciliter le traitement précoce des personnes susceptibles d'être gravement malades, prévenir l'introduction dans les lieux de vie collective, détecter les variants préoccupants potentiels, évaluer les eaux usées en tant qu'indicateur de l'activité de la maladie dans la communauté, soutenir des interventions ciblées de test, de dépistage et d'isolement, si un prochain variant présente des caractéristiques qui le justifient).
- Réapprovisionner les réserves de vaccins, d'équipement de protection individuelle, de tests et de produits thérapeutiques contre la COVID-19 et en faciliter l'accès, selon les besoins.
- Examiner les risques liés à la COVID-19 dans le contexte d'autres risques de santé publique et rééquilibrer les ressources au besoin pour définir les priorités et y donner suite.
- Promouvoir les comportements individuels positifs en matière de santé et faciliter la concrétisation des changements individuels, commerciaux et institutionnels dans les pratiques quotidiennes.
- Utiliser la modélisation mathématique pour aider à se préparer aux différents modèles épidémiologiques qui pourraient se produire pendant la phase interpandémique au Canada.

Préparation

- Assurer une surveillance constante dans le but de faciliter la détection précoce des signaux de résurgence et de guider l'évaluation des risques.
- Assurer l'état de préparation et la capacité à répondre adéquatement aux nouveaux risques (p. ex. émergence de nouveaux variants préoccupants) et à gérer les risques résiduels persistants.

Rétablissement et évaluation

- Soutenir le rétablissement et la santé physique et mentale des intervenants de la lutte contre la pandémie.
- Aider le public à comprendre les risques persistant tout en gérant les attentes relatives à la période de rétablissement (p. ex. la possibilité de devoir remettre en œuvre des mesures de lutte contre la pandémie et la durée de ces mesures) et les changements visant à améliorer la résilience à mesure que la COVID-19 devient une maladie infectieuse endémique et plus prévisible au Canada.
- Consigner les leçons retenues et commencer une planification prospective visant à améliorer la capacité d'intervention et l'efficacité, et à traiter les éléments d'intervention identifiés comme des lacunes ou des points faibles dans les comptes rendus et activités d'évaluation après action.

Dans les systèmes de soins de santé, il faudra se concentrer sur l'élimination des « arriérés » de services et de soins qui ont été interrompus ou retardés en raison de la nécessité de réaffecter des ressources au traitement des cas de COVID-19 et sur l'augmentation de la capacité de pointe pour l'avenir. Les centres de recherche et de surveillance, les centres de collaboration nationale, les organismes de santé publique, les systèmes de soins de santé et les laboratoires du Canada continueront de fournir le soutien nécessaire pendant la phase de transition.

3.2.2 Phase interpandémies

Le commencement de la phase interpandémique ne pourra probablement être déterminé qu'au moyen d'une analyse rétrospective des données. S'il est vrai que les coronavirus circulent et causent régulièrement des maladies dans la population canadienne, le virus de la COVID-19 est apparu récemment et, par conséquent, nous ignorons encore en quoi consistera l'épidémiologie courante ou stabilisée à l'avenir. À des fins de planification, il est important d'envisager différents schémas épidémiologiques susceptibles de se produire au cours de la phase interpandémique au Canada. La modélisation mathématique et la planification fondée sur des scénarios peuvent contribuer à ces préparatifs, mais il apparaît clairement qu'il faudra constamment surveiller l'épidémiologie de la COVID-19 dans le contexte d'autres maladies et se tenir prêt à réagir aux signaux préoccupants.

Les activités de rétablissement de la pandémie peuvent se poursuivre pendant cette phase, mais l'accent doit être mis sur la réalisation des objectifs de préparation. Au cours de cette phase, il sera important d'examiner et de mettre en œuvre de vastes améliorations dans les systèmes de santé publique et de soins de santé, en particulier celles qui augmentent la capacité d'intervention et la résilience. Les améliorations à l'échelle du système qui visent à réduire les effets disproportionnés subis par plusieurs populations diverses pendant la phase pandémique de la COVID-19 devraient également être privilégiées, car ces améliorations peuvent avoir des effets bénéfiques immédiats (pas nécessairement liés à la COVID-19) sur l'état de santé. En outre, les objectifs de santé publique dans cette phase devraient inclure la prise en compte des recommandations postpandémiques (« leçons retenues ») et des mesures qui améliorent non seulement la capacité, mais aussi l'efficacité et la rapidité des composantes de la réponse. De plus, il sera utile de bien connaître la situation et les liens dans l'ensemble du secteur de la santé pour améliorer la préparation au cours de cette phase.

Lorsque nous atteindrons la phase interpandémique, nos objectifs de santé publique changeront et viseront à atténuer les risques et à améliorer la préparation à un large éventail de risques. Les objectifs prévus pour la phase interpandémique sont les suivants :

- Assurer un état de préparation permanent pour repérer les signaux de risque.

- Se préparer à atténuer les risques dans la mesure du possible grâce à un cycle d'activités opportunes et éclairées d'évaluation des risques, d'évaluation des capacités et de préparation.
- Renforcer les capacités et améliorer l'efficacité des systèmes de santé publique et de soins de santé pour que les priorités en matière de santé disposent de ressources suffisantes et qu'une capacité de pointe soit disponible pour répondre aux besoins d'une intervention en cas d'épidémie ou de pandémie.
- Examiner les besoins actuels en matière d'acquisition et de stockage.
- Améliorer les liens (p. ex. données, réseaux professionnels, communauté des chercheurs) et la connectivité dans le secteur de la santé pour favoriser l'analyse des données en temps réel et l'intensification rapide pendant les périodes d'intervention.
- Moderniser et améliorer l'efficacité des processus de gestion des données et d'évaluation des risques.
- Mettre à jour les produits d'orientation en matière de pandémie destinés à la préparation, à l'intervention et au rétablissement, en mettant l'accent sur les éléments considérés comme des lacunes ou des points faibles dans les comptes rendus et les activités d'évaluation après action (c.-à-d. intégrer les leçons retenues de l'intervention dans le cadre de la réponse à la COVID-19).
- Travailler avec d'autres secteurs pour renforcer les services socioéconomiques et les politiques qui favorisent et protègent la santé, préviennent les maladies et renforcent la résilience (p. ex. logement adéquat, emploi et soutien du revenu).

Même si cela ne relève pas de la planification en matière de santé publique, il convient de noter que les établissements de soins de santé devraient également envisager de prendre des mesures au cours de la phase interpandémique pour mieux se préparer à la gestion des maladies infectieuses dans leur établissement. Par exemple, ils pourraient examiner ou renforcer la formation aux pratiques de prévention et de contrôle des infections en vue de mieux protéger les travailleurs de la santé et les patients ou résidents contre la transmission des maladies, et combler les besoins en matière d'infrastructure (notamment en ce qui concerne l'espace et la ventilation).

4. Planification prospective

Pour assurer la concrétisation des nombreux objectifs de la phase de transition, les activités prévues au titre de cette phase doivent répondre à la fois aux besoins permanents en matière d'intervention, de rétablissement et de préparation. Par conséquent, il convient de planifier de manière exhaustive, tout en gardant à l'esprit que la flexibilité et l'adaptabilité sont essentielles, car certains besoins peuvent se révéler plus prioritaires que d'autres à différents moments de la phase. De plus, l'établissement de priorités pourrait être une nécessité pendant cette phase de transition potentiellement longue, étant donné qu'il faudra compter sur des effectifs de santé publique épuisés ou réduits.

4.1 Hypothèses de planification et domaines d'incertitude

Cette troisième édition du plan vise à aider tous les ordres de gouvernement à dresser des plans de santé publique de façon cohérente, mais souple, dans l'optique de soutenir les activités d'intervention, de rétablissement et de préparation à long terme liées à la COVID-19. Les plans devraient combiner des approches et des objectifs FPT cohérents avec des mesures adaptables à l'échelle régionale et locale, et tenir compte des besoins de divers groupes au Canada en fonction de l'état de santé, de l'âge, du sexe,

de la race/ethnicité, de la culture, des capacités et d'autres facteurs socioéconomiques et démographiques.

Le *tableau 1* fait état des hypothèses de planification prospective qui visent à fournir une base pour la planification dans le contexte canadien à la suite de la vague induite par le variant Omicron. Les domaines d'incertitude, énumérés au *tableau 2*, aident à déterminer les inconnues actuelles et les domaines pour lesquels la base de données probantes s'élargit rapidement, mais n'en est pas encore au point où elle peut soutenir une hypothèse de planification. Sachant que les données et les connaissances évoluent, il convient de prévoir des éléments flexibles ou de réserver des espaces dans les plans opérationnels afin de permettre la mise à jour au fil du temps, à mesure que les connaissances et l'expérience progresseront. Tant les hypothèses de planification que les domaines d'incertitude requièrent une validation ou une actualisation et peuvent être des éléments déclencheurs d'un réexamen et d'une modification des plans.

Tableau 1 : Résumé des hypothèses de planification

Hypothèses de planification prospective

Épidémiologie et risque

- La transmission de la COVID-19 se poursuivra, mais le niveau de base de transmission, de même que les répercussions, la fréquence ou le moment des résurgences sont encore inconnus.
- La COVID-19 impose un fardeau net continu sur le système de santé.
- L'épidémiologie au cours de la phase de transition pourrait inclure des poussées d'activité de la maladie (en raison d'éclosions ou de nouveaux variants).
- Une évolution virale est à prévoir.
- Le calendrier des phases (progression et durée) peut varier d'une province ou d'un territoire à l'autre et peut ne pas suivre une progression linéaire de la phase de réponse à la phase interpandémique, en passant par la phase de transition.
- La proportion de personnes infectées présentant une forme asymptomatique, symptomatique ou grave de la maladie peut varier considérablement selon le variant en cause. On continuera d'observer une transmission par des personnes asymptomatiques ou présymptomatiques.
- Les facteurs de risque de maladie grave ne changeront guère au fil du temps (y compris avec l'émergence de nouveaux variants).
- Le risque de cas importés de COVID-19 subsistera et variera en fonction du risque épidémique mondial (p. ex. le risque dans les pays voisins et le niveau d'immunité global).

Conséquences et interventions

- Au cours de la phase de transition, on passera d'une gestion de la santé publique axée sur les exigences à une gestion axée sur les recommandations et le soutien aux données probantes et à la prise de décision fondée sur les risques.
- Il faut pouvoir compter sur un système de surveillance robuste pendant cette phase.
- La stratégie de vaccination continuera d'évoluer en fonction des nouvelles données probantes, de la disponibilité de nouveaux vaccins et de l'offre connexe, ainsi que de la situation épidémiologique au Canada.

- La vaccination permet de réduire la fréquence et l'incidence du syndrome post-COVID-19.
- Les activités de rétablissement doivent tenir compte des conséquences et des risques imprévus, des retards accumulés par les systèmes de santé et des répercussions de l'interruption de la prestation de programmes de santé publique, lesquels se sont manifestés dans le cadre de la réponse à la pandémie.
- Il existe un risque constant d'émergence de nouveaux variants qui pourraient nécessiter un changement d'orientation et un retour à des mesures d'intervention. Ce changement sera fondé sur les risques et tiendra compte des autres priorités de santé publique.
- On maintiendra une approche pancanadienne pour établir la priorité de distribution de toute ressource limitée, et la cibler, qui sera fondée sur un [cadre d'éthique](#). L'élaboration de politiques ayant trait à la priorisation des ressources limitées sera également éclairée par d'autres considérations logistiques, épidémiologiques et sociétales, comme la [Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones](#).
- Les mesures d'intervention et de rétablissement prises par une administration pourraient avoir une incidence sur les administrations voisines, même si celles-ci ne mettent pas elles-mêmes en œuvre ces mesures.
- Des initiatives visant à répondre aux besoins en ressources humaines et en infrastructure devront être mises en place pour renforcer la capacité des systèmes de santé publique et de soins de santé.
- La gestion continue à long terme de la COVID-19 demandera l'établissement de programmes de santé publique pour atténuer les hausses importantes de la demande de ressources hospitalières.
- La détermination d'un niveau de risque acceptable et l'évaluation continue du risque épidémique mondial éclaireront les activités de gestion aux frontières internationales.

Immunité

- Un haut niveau d'immunité de la population, associé à des MSP, entre autres, sera nécessaire pour réduire la transmission de la COVID-19 à un niveau gérable sans perturber les systèmes de soins de santé et la société en général.
- Le risque d'échappement immunitaire est plus élevé avec un variant qui présente des variations génotypiques ou phénotypiques importantes (mutation, recombinaison ou évolution à partir d'un virus ancêtre) par rapport aux variants du SRAS-CoV-2 qui circulaient auparavant.
- La propagation d'un variant capable d'échapper à l'immunité a pour conséquence que la proportion de la population susceptible d'être infectée par celui-ci sera plus importante.
- Le niveau d'immunité de la population (acquis par la vaccination ou par une infection passée) diminuera avec le temps.
- Les anticorps neutralisants circulants et l'immunité cellulaire, associés à d'autres mécanismes immunitaires, sont essentiels pour assurer la protection contre l'infection et les formes graves de la maladie, respectivement. Ces deux réactions sont généralement induites efficacement par la vaccination intramusculaire, mais la protection contre les variants conférée par le vaccin peut varier, et l'on s'attend à ce que la protection, en particulier contre l'infection et, dans une certaine mesure, contre les formes graves de la maladie, diminue avec le temps.
- À court terme, le niveau de protection obtenu par la vaccination sera fonction du nombre de doses reçues, espacées adéquatement, et du temps écoulé depuis la dernière dose. Ce niveau de protection peut varier selon l'immunocompétence de la personne, l'intervalle entre les doses, le produit administré et le temps écoulé depuis la dernière dose.

- L'infection stimule la réponse immunitaire (c'est-à-dire la production d'anticorps et la réponse immunitaire cellulaire) et est propre à provoquer l'immunité systémique et des muqueuses chez les personnes immunocompétentes.
- L'immunité conférée par une infection naturelle varie en fonction d'une multitude de facteurs (âge, gravité de la maladie, problèmes médicaux sous-jacents, statut vaccinal).
- L'immunité conférée par une infection naturelle peut offrir un bon niveau de protection, mais celui-ci est moins constant et moins prévisible qu'avec la vaccination.
- L'infection naturelle combinée à la vaccination confère une meilleure protection que l'infection seule.
- L'immunité de la population tient à la combinaison de personnes ayant des niveaux de protection variés obtenus par la vaccination (avec divers produits ou une combinaison de produits d'efficacité variable) et des antécédents d'infection différents.

Tableau 2 : Résumé des domaines d'incertitude

Domaines d'incertitude

- L'épidémiologie de la COVID-19 endémique au Canada, c'est-à-dire le niveau de base de transmission, de même que les répercussions, la fréquence ou le moment des résurgences (p. ex. si et quand la COVID-19 aura un profil saisonnier similaire à celui d'autres infections respiratoires).
- La façon dont la circulation continue du SRAS-CoV-2 influera sur d'autres virus respiratoires (p. ex. le virus de l'influenza et le RSV), et vice-versa, et les effets que cela aura sur l'immunité de la population et sur la demande de services de soins de santé lors des pics saisonniers.
- L'épidémiologie d'autres virus respiratoires après deux ans de faible circulation.
- La prévalence du syndrome post-COVID-19 (« COVID longue ») dans la population et les effets que cette manifestation prolongée de séquelles de la COVID-19 aura sur la morbidité, la mortalité, les ressources futures du système de santé, la main-d'œuvre, l'économie et la société en général.
- Les taux de morbidité et de mortalité liés à la COVID-19 jugés acceptables ou tolérables par la population canadienne.
- La quantité de MSP que les Canadiens toléreront, et le recours aux MSP en l'absence de mandats.
- La mesure dans laquelle les nouveaux variants nécessiteront l'adaptation des activités d'intervention, de rétablissement et de préparation continue pour atteindre les objectifs.
- L'efficacité de la vaccination par voie muqueuse et si elle confère une meilleure protection contre l'infection et une protection immunitaire contre la maladie.
- Il peut y avoir une limite à la protection conférée par la vaccination répétée.
- Les corrélats immunitaires de protection contre l'infection et les formes graves de la maladie.
- L'efficacité des différents vaccins et traitements, actuels et nouveaux, contre les nouveaux variants préoccupants.
- Les répercussions négatives que les mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19 ont eues sur la santé physique et mentale des Canadiens, y compris ceux touchés de façon disproportionnée.
- La façon dont les efforts de rétablissement et la capacité d'intervention future pourraient être touchés par les répercussions négatives que la pandémie de COVID-19 a eues sur les intervenants.
- Si les leçons « observées » (pas encore « apprises ») peuvent être utilisées par les intervenants actuels et dûment « communiquées » aux décideurs, à la prochaine cohorte d'intervenants (p. ex. les étudiants des disciplines de la santé) et à la société dans son ensemble.
- L'étendue des processus d'examen et d'enquête officiels des provinces et des territoires.

- La mesure dans laquelle la pandémie suscitera des changements dans divers secteurs pour s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé et aux conditions de vie des communautés marginalisées, racisées, autochtones ou difficiles à rejoindre.
- La mesure dans laquelle la confiance du public envers les responsables de la santé publique, les approches et la science en général a été influencée négativement ou positivement, ainsi que la durée de ces répercussions.

4.2 Planification des risques, de l'intervention et de la préparation liés à la COVID-19 en cours

Les activités d'intervention liées à la COVID-19 en cours et la préparation à la détection et à la réponse aux résurgences de la COVID-19, doivent continuer d'être abordées pendant la phase de transition. Tout au long de cette période de transition vers une activité plus prévisible de la maladie de COVID-19 au Canada, il est important de tenir compte des éléments suivants :

- le moment et les caractéristiques particulières des nouveaux variants potentiels sont imprévisibles; par conséquent, la transition vers un modèle de maladie relativement stable prendra probablement des années, et non des mois;
- on peut s'attendre à ce que des variants d'évasion immunitaire apparaissent au fil du temps, ce qui pourrait être un facteur clé de toute propagation accrue, bien qu'une augmentation de la transmissibilité intrinsèque soit également possible;
- des variants ayant une plus grande gravité restent possibles et la question de savoir si la virulence intrinsèque du variant entraîne une augmentation de la gravité observée dans notre population sera déterminée par un certain nombre de facteurs (c.-à-d. qui est infecté, la protection résiduelle de la vaccination et des infections antérieures, et l'efficacité des outils et des mesures mis en œuvre);
- des variants génétiquement divergents pourraient soudainement apparaître (p. ex., à partir de sources zoonotiques, évolution chez des hôtes immunodéprimés);
- la détermination de l'épidémiologie d'un nouveau variant nécessitera du temps et remettra donc en question notre capacité à prendre des décisions opportunes fondées sur le risque sans un niveau élevé d'incertitude.

4.2.1 Immunité de la population

L'immunité de la population sera considérée comme importante lorsqu'elle sera suffisante pour diminuer et maintenir l'activité de la COVID-19 au Canada à un niveau où elle pourra être gérée en même temps que d'autres problèmes de santé publique et sans grever les ressources de la santé publique et des soins de santé. Cependant, l'immunité de la population est le produit de l'immunité combinée de tous les individus d'une population et, dans une certaine mesure, de l'effet d'immunité collective protectrice lorsqu'une forte proportion d'individus sont bien protégés en même temps (et se mélangent avec des individus non protégés). Les individus auront des niveaux de protection variés obtenus grâce à :

- la vaccination - avec des produits/des combinaisons de produits, ayant une efficacité variable, et chez des personnes aux compétences immunitaires variées;
- des infections antérieures.

La protection obtenue par la vaccination ou l'infection s'estompe avec le temps et peut s'avérer insuffisante pour prévenir l'infection par un nouveau variant préoccupant, comme cela a été le cas avec

le variant Omicron. Pour ces raisons, il existe de multiples scénarios pour l'avenir de la COVID-19 au Canada, et il n'est pas possible à ce stade de prédire avec certitude quel scénario ou quelle combinaison de scénarios nous connaissons. Cette situation n'est pas propre au Canada et des conclusions similaires ont été tirées par d'autres pays²⁹.

4.2.2 Transmission continue

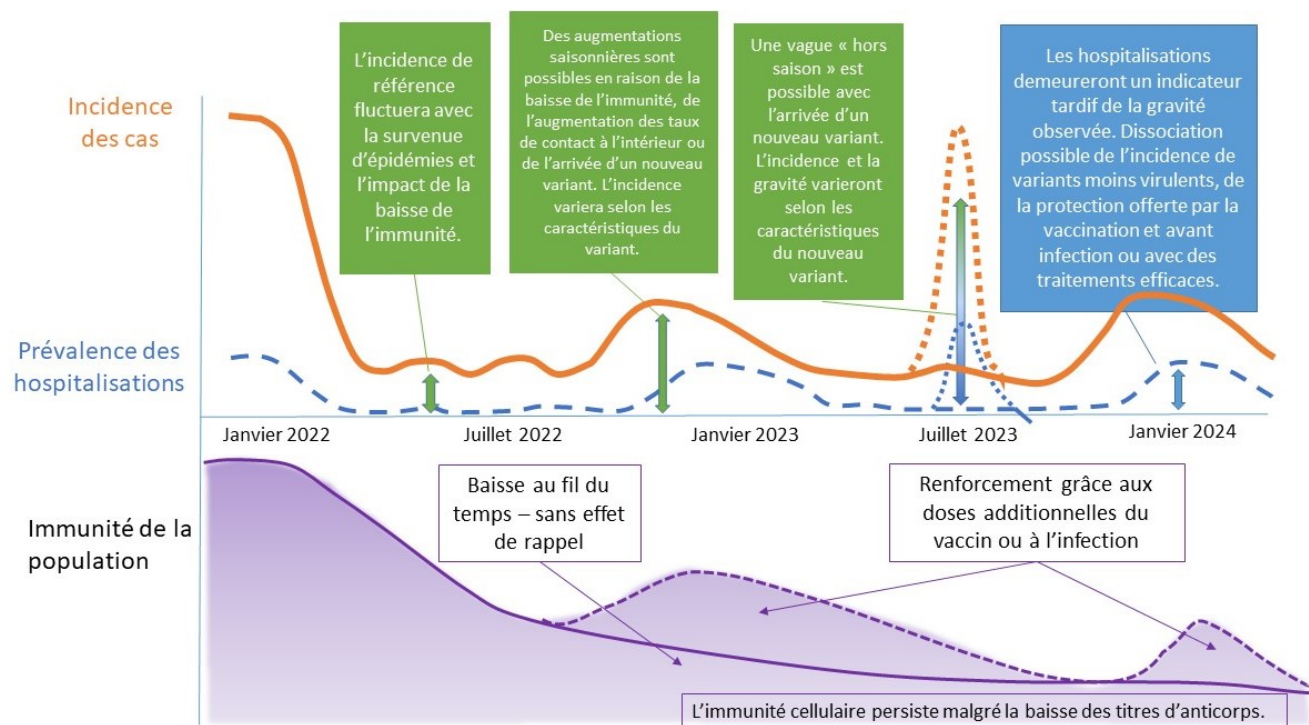
Compte tenu des variations du niveau d'immunité de la population que l'on peut s'attendre à voir se produire au fil du temps, une transmission continue, en raison de cas importés, aux épidémies et aux changements dans les taux de contact parmi les populations sensibles, est prévue. On s'attend également à ce que des vagues d'infection continuent à se produire, principalement en raison de l'introduction et de la propagation de nouveaux variants. La fréquence et l'amplitude de ces vagues d'infection vont dépendre :

- des caractéristiques du variant; en particulier, le degré d'évasion immunitaire aura un impact sur la taille de la population sensible et, avec la transmissibilité intrinsèque, sur le degré de propagation ultérieur;
- du calendrier, des éléments déclencheurs et de l'efficacité des outils/des mesures mis en œuvre pour réduire la transmission et prévenir les maladies graves et les décès.

La modélisation mathématique appuie la planification de notre réponse aux épidémies et aux éclosions, et la pandémie de COVID-19 a démontré le rôle important et le besoin de disposer de la gamme complète d'outils de modélisation nécessaires pour appuyer la prise de décisions pendant une crise de santé publique complexe. Ce rôle et les types de modèles actuellement utilisés sont décrits à l'Annexe 1 : Soutien à la modélisation pour la planification à long terme.

À des fins de planification, il est utile de réfléchir à un éventail de scénarios possibles et aux facteurs et caractéristiques clés de chacun d'entre eux, en gardant à l'esprit la façon dont les caractéristiques du (ou des) variant(s) en circulation peuvent se manifester au Canada en fonction du niveau d'immunité de la population à ce moment-là. La Figure 3 illustre les schémas possibles de l'incidence, des hospitalisations et du niveau d'immunité de la population. La possibilité d'une vague « hors saison » est représentée dans la Figure 3 par une ligne orange en pointillé pour l'incidence des cas et une ligne bleue correspondante en pointillé pour la prévalence des hospitalisations.

Figure 3 : Schémas possibles d'incidence, d'hospitalisations et d'immunité de la population



Dans l'Annexe 2 : *Facteurs épidémiologiques*, les facteurs épidémiologiques qui influent sur : 1) le nombre de nouveaux cas et le moment de leur apparition; et 2) l'effet des cas sur la santé, sont présentés à titre de référence. (Remarque : ce contenu a été conservé de la 2^e édition de ce plan)

4.2.3 Gravité observée

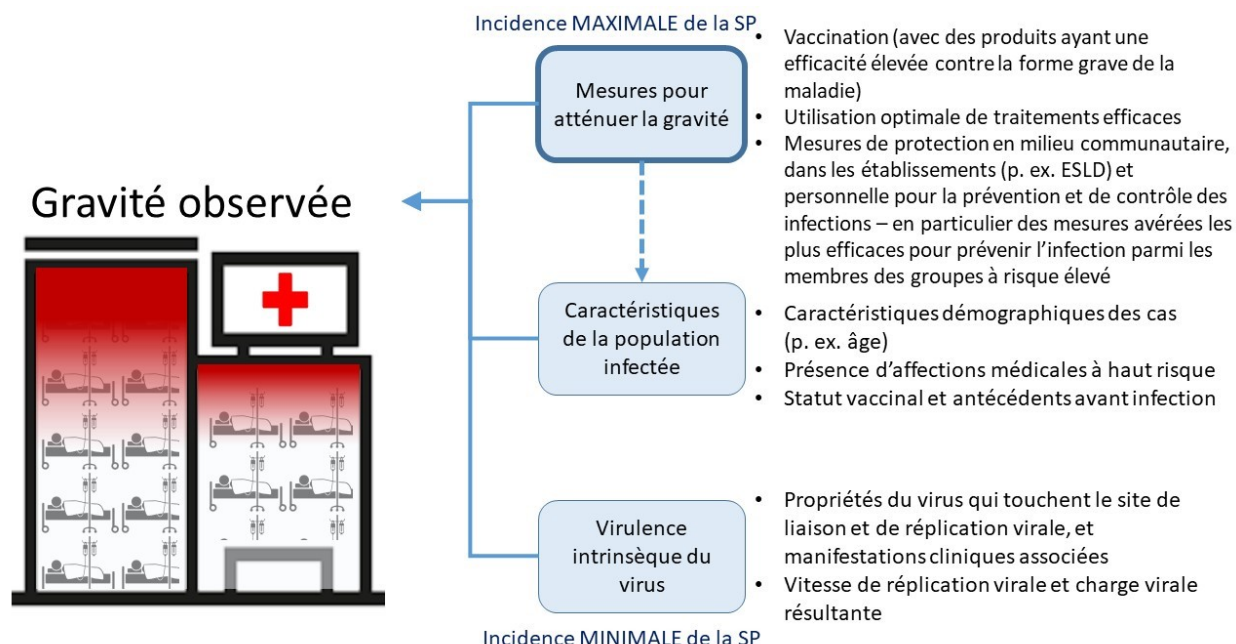
Le nombre de cas hospitalisés est l'une des variables clés utilisées pour représenter la gravité observée dans la population au fil du temps. Cela dépendra du niveau de transmission en cours dans la population et de la transmissibilité intrinsèque du ou des variants en circulation. La gravité observée d'un nouveau variant dans la population canadienne sera fonction de :

- la virulence intrinsèque du variant;
- qui est infecté (c.-à-d. les personnes présentant des conditions médicales à haut risque, les personnes âgées ou les personnes plus jeunes à faible risque) et qui ne l'est pas (c.-à-d. en raison d'une protection résiduelle due à une vaccination et/ou une infection antérieure);
- l'efficacité des mesures visant à réduire la gravité et l'infection, en particulier parmi les groupes à haut risque (p. ex., l'évasion des produits thérapeutiques).

Il y a un rôle à l'utilisation efficace des produits thérapeutiques, en particulier ceux qui peuvent être accessibles et pris dans la communauté dès le début de l'infection, ce qui aura une incidence sur l'amplitude de la vague d'hospitalisations liées à la COVID-19 (voir la Figure 3). La prophylaxie préexposition avec des anticorps monoclonaux pour les groupes à très haut risque qui ne réagissent pas bien à la vaccination sera également disponible dans un avenir proche. La Figure 4 indique les trois

principaux facteurs de gravité observés dans une population et met en évidence les domaines où l'action de santé publique a la plus grande influence.

Figure 4 : Facteurs de gravité observés dans une population



Les conséquences graves de l'infection par le SRAS-CoV-2 au-delà de la période d'hospitalisation aiguë, notamment le syndrome post-COVID-19, également connu sous le nom de « COVID longue », doivent également être prises en compte dans les plans prévisionnels. Les autorités de santé publique (ASP) pourraient jouer un rôle de premier plan en soulignant la nécessité de recherches visant à mieux comprendre l'épidémiologie de ce syndrome, y compris les facteurs de risque, et en facilitant le financement de ces recherches. Comme de plus en plus de personnes souffrent de ce syndrome post-viral, les soutiens physiques, de réadaptation et mentaux nécessaires doivent être déterminés, quantifiés et utilisés pour planifier les ressources requises pour les nouveaux programmes et les stratégies de gestion à long terme. Une collaboration entre les différents secteurs de la santé faciliterait une approche coordonnée.

4.2.4 Gestion des risques

La planification de la phase de transition nécessite une approche de gestion des risques. À mesure que l'épidémiologie de la COVID-19 au Canada devient plus stable et prévisible, les mesures propres à la COVID-19 doivent être transformées en activités de santé publique durables. Il est essentiel pour cette transition de s'assurer que la santé publique a la capacité de : fournir des évaluations de risque informées et opportunes sur une base continue qui comprennent, sans qu'elles y soient limitées, la COVID-19, et de réagir rapidement aux signaux de risque accru (p. ex., des variants préoccupants graves). Cette approche de gestion des risques permettra de déterminer où affecter des ressources de santé publique et en établir l'ordre de priorité. Elle permettra également de déterminer la nécessité d'apporter des améliorations à l'ensemble du système afin d'accroître la préparation et la résilience aux futures pandémies.

Tout en soutenant et en reconnaissant l'interdépendance de la santé publique et de la prestation des soins de santé au sein de nos systèmes de soins de santé, l'intervention optimale en matière de santé publique dépendra de la capacité à :

- évaluer rapidement les nouveaux risques (p. ex., les nouveaux variants) - ce qui inclut le suivi du niveau de susceptibilité et de vulnérabilité de la population;
- atténuer le risque - en établissant un ordre de priorité et un calendrier approprié pour l'utilisation de mesures très efficaces et de moindre conséquence, et en mettant en œuvre des mesures proportionnelles au risque;
- minimiser le risque résiduel, et les conséquences associées aux interventions - ce qui implique d'envisager des outils et des mesures supplémentaires susceptibles de réduire le risque résiduel ainsi que de minimiser les conséquences prévisibles et involontaires de nos interventions sur la société;
- évaluer l'impact des mesures - pour savoir ce qui a bien fonctionné et ce qui pourrait être amélioré;
- augmenter ou diminuer l'ampleur de l'intervention - en fonction de l'épidémiologie de la COVID-19 et des risques connexes, en tenant compte du moment, des éléments déclencheurs, de l'efficacité et de la tolérance au risque;
- accroître la résilience de la population et de nos systèmes de soins de santé - en s'attaquant aux inégalités dans les déterminants sociaux de la santé, en encourageant les investissements visant à améliorer la capacité d'intervention tant au niveau des ressources humaines que des infrastructures, en soutenant les comportements individuels positifs en matière de santé et en facilitant l'intégration des changements individuels, commerciaux et institutionnels dans les pratiques quotidiennes.

La gestion continue de la COVID-19 pendant la phase de transition consiste notamment à s'assurer de la capacité à détecter les signaux de résurgence et à être prêt à intensifier une intervention proportionnelle au risque. L'évaluation des risques est une première étape importante, mais les données nécessaires pour déterminer avec certitude le niveau de risque sont généralement insuffisantes au moment où le nouveau signal est détecté, en particulier si ce signal correspond à l'émergence d'un nouveau variant. Si le signal survient dans un autre pays, même si des données sont disponibles sur la gravité observée, la généralisation à la population canadienne et les difficultés à déduire la virulence intrinsèque à partir d'un impact précoce au niveau de la population demeureront³⁰. L'analyse génétique du variant peut être utile s'il existe des mutations communes à des variants déjà en circulation, mais la capacité d'extrapoler l'impact sur la population à partir de ces données sera également très incertaine.

Pour faciliter la préparation d'une intervention proportionnelle au risque, la prise en compte des caractéristiques virales et de la gravité observée, ainsi que des facteurs de risque, peut aider à déterminer les outils ou les mesures à employer dans l'intervention. Le contenu relatif à la planification du scénario de la pire éventualité raisonnable a été conservé dans la deuxième édition de ce plan à l'*Annexe 3 : Planification du scénario de la pire éventualité raisonnable*, car il est toujours pertinent et potentiellement applicable pendant la phase de transition.

Le Tableau 3 établit un lien entre ces considérations et les mesures potentielles. La plupart des mesures non restrictives seront probablement recommandées plutôt qu'imposées pendant la phase de transition. Par conséquent, le rôle de la santé publique visera essentiellement à renforcer la capacité

d'autonomie de chaque individu d'accroître sa résilience en adoptant des comportements individuels en matière de santé et de prendre des décisions éclairées, fondées sur les risques, concernant les mesures et les protections à utiliser et à quel moment, sur la base de données actualisées. Il s'agira de procéder à : 1) une analyse des risques dès que possible après la détection d'un signal préoccupant; et 2) une évaluation continue des facteurs de risque indiqués dans le Tableau 3 afin de suivre le niveau de vulnérabilité de la population canadienne (p. ex., en raison de l'affaiblissement de l'immunité) au fil du temps; et 3) fournir ensuite des conseils crédibles au public par des activités de communication des risques. La liste des outils et des mesures d'atténuation des risques figurant dans le Tableau 3 se veut indicative et non exhaustive.

Outre le fait d'encourager les individus à procéder à des évaluations des risques et à améliorer leurs comportements de protection, le rôle essentiel des responsables de la santé publique et d'autres représentants de l'État est de renforcer les structures sociétales par de la législation et de la réglementation, afin de permettre la réalisation de tests, la collecte de données, l'analyse et l'établissement de rapports adéquats, ainsi que l'application de mesures sanitaires globales aux frontières et lors des voyages, et de donner aux enfants, aux étudiants, aux travailleurs et aux autres populations la possibilité d'avoir accès à de l'équipement de protection adéquat et d'éviter l'exposition aux coronavirus.

Tableau 3 : Considérations relatives à l'utilisation des outils et des mesures de santé publique

Caractéristique et incidence virales	Facteurs de risque (le niveau/degré de chacun a une incidence sur le niveau de risque)	Outils/mesures d'atténuation
Transmissibilité – dans quelle mesure la maladie se propagera au Canada.	<ul style="list-style-type: none"> transmissibilité inhérente du virus potentiel de croissance virale/taux de croissance viral immunité de la population efficacité des vaccins contre les infections taux de contact exposition intérieure par rapport à extérieure utilisation correcte des mesures de santé publique recommandées et respect de ces dernières 	<ul style="list-style-type: none"> Une surveillance suffisante pour une détection précoce Test, traçage et isolement/quarantaine (accès accru aux tests rapides) Mesures restrictives (limites de capacité, fermetures d'écoles, mandats de vaccination) Mesures de santé publique (mesures communautaires et personnelles, p. ex., les masques) Mesures visant à prévenir la transmission inverse des zoonoses et des zoonoses secondaires³¹, c.-à-d. la réduction des interactions à haut risque entre l'homme et l'animal
Évasion immunitaire - qui sera vulnérable à l'infection	<ul style="list-style-type: none"> la taille de la population sensible l'efficacité et la disponibilité des vaccins et des produits thérapeutiques (p. ex., l'efficacité des anticorps monoclonaux) 	<ul style="list-style-type: none"> Rappels de vaccins Évaluation rapide de l'efficacité du vaccin dans différentes populations Amélioration de la capacité de séquençage génétique en laboratoire Surveillance de la résistance aux produits thérapeutiques Suivi de l'efficacité du traitement dans les populations immunodéprimées (pour atténuer le risque de développer des variants mutés) Mesures visant à prévenir la transmission zoonotique inverse et les zoonoses secondaires – c.-à-d. réduire indirectement le risque d'évolution virale chez les animaux³²

Virulence – potentiel de maladie grave en raison des propriétés virales et de la réponse de l'hôte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ site d'attachement et de réplication virale ▪ vitesse de réplication virale et charge virale résultante ▪ évasion immunitaire ▪ capacité à provoquer des lésions pulmonaires ▪ capacité à provoquer une hyperinflammation et un dérèglement immunitaire³³ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilité de produits thérapeutiques et de traitements efficaces ▪ Prépositionnement des produits thérapeutiques dans la communauté ▪ Recherche (p. ex., recensement de modèles animaux pour des estimations/projections précoces de la gravité)
Gravité observée – le degré de gravité de la maladie que l'on connaît ou que l'on peut prévoir (Remarque : Ceci est influencé par les caractéristiques virales précédemment énumérées dans ce tableau)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ taille et regroupement des groupes à haut risque, c.-à-d. les personnes qui : <ul style="list-style-type: none"> ○ sont âgées ○ sont immunodéprimées ○ souffrent de troubles médicaux chroniques ○ sont enceintes ○ sont obèses ▪ statut vaccinal et temps écoulé depuis la dernière dose ▪ antécédents d'infection antérieure ▪ efficacité des mesures de santé publique à protéger les groupes à haut risque ▪ efficacité du vaccin et couverture vaccinale dans les groupes à haut risque ▪ accès et capacité de traitement ▪ efficacité des produits thérapeutiques 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en œuvre précoce de mesures de protection ciblées pour les personnes présentant un risque élevé de maladie grave, en particulier pour celles qui se trouvent dans des lieux de rassemblement (p. ex., dépistage actif, restriction des visiteurs, utilisation de masques) ▪ Accès prioritaire aux vaccins et aux produits thérapeutiques ▪ Augmenter la capacité des soins de santé/la capacité d'intervention (infrastructures et ressources humaines)

Les risques d'un variant à virulence intrinsèque élevée, l'engorgement des systèmes de soins de santé et la nécessité de mettre en œuvre des mesures restrictives (dont on connaît les conséquences sociétales négatives et qui augmentent le risque de réaction négative de la population et de non-respect des recommandations de santé publique) sont tous liés. La planification prospective doit se concentrer sur le moment, les éléments déclencheurs et l'efficacité des outils ou des mesures mis en œuvre pour réduire la transmission des variants dont on s'attend à ce qu'ils aient une gravité observée élevée dans la population canadienne.

4.2.5 Calendrier

Le choix du moment de la mise en œuvre d'une mesure est généralement fondé sur l'imminence d'un risque ou de l'incidence observée et sur le niveau de tolérance au risque des décideurs et du public. En intervention au variant Omicron, des mesures ont été prises avant que les répercussions du variant Omicron sur notre population ne soient bien comprises. Pendant la phase de transition, nous constatons que la fatigue liée à la pandémie, la perception du risque par le public et la tolérance au risque jouent un rôle plus important dans la levée rapide des mesures d'intervention.

La plupart des mesures de santé publique étant de nature préventive, leur efficacité dépend généralement du moment de leur mise en œuvre. En bref, plus la détection d'un risque est précoce, mieux c'est. Toutefois, compte tenu de la durée de la pandémie et des conséquences sociétales désormais connues des mesures restrictives, il se peut que l'on soit plus réticent à mettre en œuvre ces types de mesures de façon précoce et à grande échelle sans preuve solide de la gravité observée dans la

population canadienne ou dans une population comparable. Les personnes, munies des recommandations de la santé publique, prendront probablement des précautions lorsque le risque est réel pour eux ou pour leurs amis et leur famille. Il sera trop tard pour une efficacité optimale au niveau de la population.

En supposant qu'il n'y ait pas de changement important dans les sous-groupes de population présentant le plus grand risque d'issue grave, il est probable que la mise en œuvre précoce de mesures restrictives ne sera largement acceptable que si elles sont ciblées sur les personnes présentant le plus grand risque de maladie grave et de décès, et si leur efficacité est avérée. Par exemple, cibler les mesures sur les lieux où le risque est susceptible d'être le plus élevé (p. ex., les maisons de soins de longue durée et autres lieux de vie en communauté pour les personnes âgées, ainsi que d'autres lieux d'habitation collective à haut risque).

4.2.6 Éléments déclencheurs

Les éléments déclencheurs des outils et des mesures d'atténuation des risques devront tenir compte de la probabilité que le risque se réalise, de la gravité potentielle des répercussions et de l'efficacité attendue des mesures d'atténuation des risques. En passant à la phase de transition, on peut s'attendre à ce que les décisions concernant le calendrier et les éléments déclencheurs de mesures comprennent un élément de tolérance au risque, en particulier si la gravité prévue est incertaine.

Les éléments déclencheurs de l'action de santé publique pendant la phase de transition seront basés sur l'épidémiologie actuelle et, par la suite, la demande sur les ressources à affecter à l'intervention et les objectifs de l'intervention. Tout changement important dans les besoins et les exigences relativement à l'intervention, qui peuvent ou non être satisfaits avec la capacité existante, peut nécessiter des ajustements dans la réponse de la santé publique. Des changements dans la demande de diagnostics de laboratoire, de traitements hospitaliers ou de vaccins pourraient entraîner une augmentation ou une diminution de l'activité d'intervention. Par exemple, la disponibilité du vaccin pour les enfants a entraîné une augmentation du nombre de cliniques dans les communautés, tandis que la diminution de la capacité des laboratoires a entraîné une augmentation de l'utilisation des tests rapides et des recommandations des soins auto-administrés.

De même, un changement d'orientation de l'intervention (p. ex., pour se concentrer moins sur la réduction de la transmission dans la population régulière et plus sur la protection des personnes exposées à une maladie grave), déclenchera également un changement de l'approche de la santé publique.

Du point de vue de la planification avancée, les éléments déclencheurs de l'utilisation des outils et des mesures doivent être fondés sur une analyse des risques qui met l'accent sur le risque de gravité observée à court et à long terme, le risque de débordement des systèmes de soins de santé et le risque de perturbation sociétale due à la fois à la maladie et aux mesures d'intervention mises en œuvre pour réduire la transmission.

4.2.7 Efficacité

L'efficacité de toute mesure est très variable et dépend de ses propriétés intrinsèques (p. ex., la capacité de filtration d'un masque), de la régularité de son utilisation (p. ex., l'ajustement du masque) et, au niveau de la population, de l'adoption/l'adhésion parmi la proportion à risque de la population (p. ex., l'utilisation systématique d'un masque dans un environnement public intérieur). L'efficacité relative

variera entre les populations et dans le temps, c'est pourquoi le calendrier et les éléments déclencheurs sont liés à l'efficacité.

Sachant que chaque mesure a des conséquences tant au niveau individuel qu'au niveau de la population, l'expérience acquise jusqu'à présent a mis en évidence la nécessité de trouver un équilibre entre l'efficacité attendue de la mesure et les conséquences néfastes éventuelles. Dans l'idéal, nous souhaitons tous des mesures très efficaces ayant de faibles conséquences néfastes. La vaccination est l'une des rares mesures qui peuvent être considérées comme faisant partie de cette catégorie. Par conséquent, la planification de la réponse de la santé publique doit inclure :

- la recherche sur les vaccins et la production nationale de vaccins;
- le suivi permanent de la base des données probantes sur l'efficacité des outils et des mesures;
- la réalisation de recherches dans le contexte canadien pour contribuer à la base de données probantes;
- l'enquête sur les connaissances, les attitudes et les comportements à l'égard des mesures afin de guider l'acceptation/l'adoption/le respect potentiels des mesures recommandées et obligatoires;
- l'évaluation de l'efficacité des mesures utilisées pendant la pandémie;
- l'examen de la meilleure façon de soutenir l'adoption de comportements efficaces au niveau de la population.

4.3 Planification du rétablissement

En plus des activités d'intervention en cours, la mise en œuvre d'activités axées sur le rétablissement est essentielle pendant la phase de transition. La planification du rétablissement de la société comprend la prise en compte des conséquences générales, des arriérés dans les systèmes de soins de santé et de l'impact de l'interruption de la prestation des programmes de santé publique qui se sont produits au cours de la réponse à la pandémie. Du point de vue des risques, il s'agit d'examiner les risques liés à la COVID-19 dans le contexte d'autres risques pour la santé publique, et de rééquilibrer les ressources si nécessaire pour identifier et traiter les priorités. Les activités de rétablissement doivent inclure l'affectation de ressources de santé publique pour traiter les conséquences et les risques généraux et involontaires pour la santé mentale et physique qui se sont produits au cours de la réponse à la pandémie (voir la section 8).

4.3.1 Rétablissement sociétal

Compte tenu des incertitudes inhérentes à la phase de transition, il s'agira d'un moment important pour favoriser la compréhension du public à l'égard de l'environnement de risque continu, tout en gérant les attentes relatives à la période de rétablissement (p. ex., la durée et le besoin éventuel de mettre de nouveau en œuvre des mesures d'intervention en cas de pandémie) et aux changements visant à améliorer la résilience et le bien-être mental alors que la COVID-19 devient une maladie infectieuse persistante au Canada. Il s'agit notamment de reconnaître les différents niveaux de tolérance au risque dans notre population et l'impact que les renseignements fournis au public par les responsables de la santé publique ont eu sur la manière dont les individus acceptent et gèrent le risque.

De nombreuses personnes sont devenues plus averses au risque au cours de la pandémie et leur rétablissement peut impliquer de « normaliser » le risque en rappelant ce qui était toléré auparavant et en replaçant la COVID-19 dans le contexte des autres risques quotidiens. Pour les personnes présentant

un risque élevé de maladie grave (p. ex., les personnes immunodéprimées), l'ajout du SRAS-CoV-2 comme autre agent pathogène dont elles doivent se méfier peut être une source de peur et d'accablement, et il est donc préférable de le gérer sur une base individuelle. À l'autre extrémité du spectre, nous avons maintenant des personnes qui se sentent confiantes dans leur compréhension des risques à prendre à l'égard de la COVID-19, et qui prennent des décisions comportementales basées sur leurs évaluations personnelles du risque. Ce type d'autonomisation est positif et la santé publique devra faciliter la prise de décisions individuelles bien informées tout au long de la phase de transition.

Une partie de cette transition vers un retour à une prise de décision plus individuelle en matière de santé et de soins auto-administrés implique de reconnaître et de respecter le fait que les gens peuvent prendre des décisions qui s'écartent des recommandations en santé publique et qui ne sont pas premièrement dans l'intérêt de la santé publique. Par conséquent, pour favoriser le rétablissement, il faudra contextualiser les risques et les mesures de réduction des risques pour la population, tout en respectant les différences individuelles.

Une communication efficace des risques, en plus de l'application continue des connaissances et de la transparence, sera importante pour gérer les attentes du public, faciliter la prise de décision individuelle fondée sur des données probantes et maintenir la confiance du public. Pendant cette phase, le réapprovisionnement et le soutien d'un accès équitable à des vaccins efficaces, à de l'équipement de protection individuelle et à des produits thérapeutiques liés à la COVID-19, selon les besoins, atténueront également le risque de manque et de perte futures de confiance du public dans nos systèmes de soins de santé.

Le rétablissement de la société nécessitera une large prise en compte et mise en œuvre d'activités de rétablissement adaptées aux sous-groupes de population et aux milieux (p. ex., les systèmes de santé publique, les systèmes de soins de santé, les communautés racialisées, les infrastructures essentielles, les lieux de travail, les écoles et les lieux d'habitation collective).

4.3.2 Rétablissement des intervenants

Des activités de planification sont également nécessaires pour tenir compte du fait que la réponse à la pandémie de COVID-19 a eu un impact délétère sur la santé mentale de nombreux intervenants (ce qui inclut, sans s'y limiter, les travailleurs de la santé publique, les travailleurs de la santé et les prestataires de services sociaux). L'impact que cela pourrait avoir sur les efforts de rétablissement et la capacité d'intervention future est une préoccupation majeure. La main-d'œuvre disponible a diminué en raison de l'épuisement professionnel, des retraites anticipées, des congés prolongés pour raisons de santé ou de stress et du recours à des solutions à court terme pour compléter l'effectif. Il est également nécessaire que les intervenants restants prennent congé pour récupérer, décompresser et retrouver l'énergie nécessaire pour continuer à travailler dans un environnement stressant et souvent difficile. Les efforts de rétablissement doivent commencer par des mesures visant à améliorer la santé physique et mentale des intervenants de la pandémie, en reconnaissant qu'il peut s'agir d'un besoin prolongé. Cela est nécessaire puisque certains troubles mentaux, comme le trouble de stress post-traumatique, peuvent mettre des mois, voire des années, à se développer. Il faudrait envisager d'accroître l'accès aux programmes d'aide aux employés (p. ex., à tous, et pas seulement aux employés à temps plein), et d'élargir la couverture disponible pour le counseling et les autres services de santé mentale.

La période qui suit une intervention aiguë comprend souvent une série d'enquêtes, d'évaluations externes et même de contestations judiciaires qui obligent les mêmes intervenants épuisés, qui

s'attendaient à un répit, à poursuivre leur travail dans des conditions potentiellement stressantes. Il est important de reconnaître et de préparer les intervenants à cette réalité décourageante et difficile, car il est difficile de l'éviter. Il est nécessaire de procéder à une planification stratégique afin d'alléger la charge qui pèse sur une personne ou une équipe et d'être plus efficace pour répondre à ces demandes continues.

C'est aussi une période où il serait bénéfique de modifier le lieu de travail pour garantir l'accès à une ventilation et à un équipement de protection adéquats en cas de transmission continue de variants. De nombreux travailleurs, qui travaillaient de manière virtuelle ou à distance, peuvent être anxieux à l'idée de retourner en personne à leur bureau désigné, tandis que ceux qui travaillent régulièrement de manière virtuelle dans un lieu éloigné peuvent se sentir plus déconnectés et moins bien soutenus que lorsque la majorité des travailleurs travaillaient de manière virtuelle.

4.4 Planification avec les communautés autochtones

En réponse à la pandémie de COVID-19, Services aux Autochtones Canada (SAC) a fourni ou soutenu des soins de santé primaires et des services de santé publique dans les communautés des Premières Nations et des Inuits (voir l'Annexe 4). Par exemple, SAC a fourni l'accès à de l'équipement de protection individuelle (EPI), a aidé les communautés à se doter de structures d'évaluation, de dépistage et d'isolement temporaires, a évalué et soutenu la réouverture d'écoles et d'autres établissements publics, a fourni une capacité d'appoint pour répondre à des besoins supplémentaires en matière de bien-être mental, de dépistage et d'identification des contacts, et a collaboré avec les provinces et les territoires, ainsi qu'avec des organisations autochtones, pour donner la priorité à l'accès aux vaccins pour les peuples autochtones du Canada.

Alors qu'initialement, les Premières Nations vivant dans des réserves et les Inuits qui vivent dans des régions faisant l'objet de revendications territoriales présentaient des taux de COVID-19 inférieurs à ceux de la population canadienne en général, les Premières Nations, les Inuits et les Métis présentaient des taux d'infection plus élevés lors de la dernière vague dominée par le variant Omicron. Les Premières Nations, les Inuits et les Métis vivant en milieu urbain ont également été surreprésentés dans le nombre de cas de COVID-19 tout au long de la pandémie.

Actuellement, la vague la plus récente, dominée par le variant Omicron, est en train de s'apaiser au sein de la population autochtone. Les décisions prises par les communautés autochtones, concernant la levée des restrictions sanitaires en même temps que bon nombre de leurs homologues provinciaux et territoriaux, varient en fonction du contexte local et du nombre de cas. Le déploiement des vaccins partout au Canada continue de donner la priorité à l'accès et à l'attribution pour les peuples autochtones, et l'adoption des vaccins a été largement réussie, en particulier compte tenu de l'hésitation à se faire vacciner en raison de la méfiance envers le gouvernement en raison des pratiques coloniales. En date du 15 février 2022, 87,6 % des membres des Premières Nations vivant dans les réserves et âgés de 12 ans et plus avaient reçu au moins deux doses du vaccin.

Bien qu'une évaluation complète de la pandémie et de l'intervention soit une tâche essentielle à entreprendre pendant ou après la phase de transition de la pandémie, certaines leçons apprises se sont déjà manifestées. En voici quelques-unes :

- la nécessité de continuer à travailler avec des partenaires autochtones pour donner la priorité aux connaissances, aux expériences vécues, aux priorités et aux préoccupations des Autochtones en matière de santé et de soins de santé;
- la nécessité de continuer à travailler pour gagner la confiance des peuples et des communautés autochtones afin de fournir efficacement des services de soins de santé primaires et publics;
- les écarts importants dans les déterminants sociaux de la santé constituent un risque accru pour les peuples autochtones en ce qui concerne l'incidence et la gravité des maladies transmissibles, en particulier pour les maladies respiratoires;
- la préparation aux urgences sanitaires et aux pandémies et la capacité à réagir rapidement et avec souplesse pour répondre aux besoins particuliers des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Cette préparation comprend la souplesse du financement, l'accès à de l'EPI et à des fournitures médicales, la traduction des connaissances aux moments opportuns, les services de traduction en langues autochtones (et non autochtones) en temps voulu, et la capacité d'appoint du personnel de santé.

4.4.1 Objectif de la phase de transition

Alors que le Canada entre dans la phase de transition de la pandémie de COVID-19, les Premières Nations, les Inuits et les Métis auront des besoins et des considérations particulières à prendre en compte, en plus de ceux de la population canadienne en général. Les écarts sur le plan de l'équité en santé pour les populations des Premières Nations, des Inuits et des Métis sont le résultat de facteurs coloniaux, historiques, politiques, sociétaux et économiques qui influencent depuis longtemps la santé des Autochtones et les déterminants sociaux de la santé des Autochtones. La vaccination dans le contexte de la COVID-19 a montré, dans plusieurs communautés, les retombées positives de la collaboration provinciale et territoriale avec les établissements de santé et de services sociaux ainsi que la valeur ajoutée de l'approche de sécurité culturelle adoptée par ces établissements dans le cadre de leurs responsabilités de santé publique envers les communautés et les peuples autochtones. Cependant, des inégalités persistent en partie à cause du racisme systémique présent dans le système de soins de santé et il est nécessaire de renforcer l'accès à des services culturellement sécuritaires, tels qu'ils sont définis par les peuples autochtones mêmes, pour soutenir ces populations. D'importants facteurs de risque, comme des taux plus élevés de surpeuplement et de réparations majeures dans les habitations, ainsi que des ressources insuffisantes pour améliorer les environnements bâtis, peuvent contribuer à la transmission. De plus, les vagues d'augmentation des cas partout au Canada ne se sont pas nécessairement produites dans la population autochtone en même temps que dans la population générale, ce qui a augmenté la différence comparative de risque entre les peuples autochtones et la population canadienne générale. Les impacts de la pandémie ont été exacerbés par les logements surpeuplés et d'autres déficiences de leur environnement bâti. Par conséquent, il est important de reconnaître que les Premières Nations, les Inuits et les Métis peuvent avoir des besoins et des objectifs distincts qui peuvent différer de ceux de la population canadienne en général, et des uns des autres. Néanmoins, les principales priorités devraient être les suivantes :

- continuer à donner la priorité à l'accès aux vaccins et aux traitements (en particulier ceux conçus pour atténuer les maladies graves et les hospitalisations) afin de réduire la charge de risque plus importante chez les populations autochtones;
- prendre des mesures de santé publique pour réduire à des niveaux faibles l'incidence, la morbidité et la mortalité de la COVID-19 chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis, tel que déterminé par chaque communauté, de manière à minimiser les répercussions

- négatives sur la santé physique et le bien-être, ainsi que les entraves au mode de vie de chaque communauté;
- évaluer et traiter les impacts de la réorientation des ressources (financières, en personnel et en expertise) vers la COVID-19 au détriment possible d'autres services de santé publique et de la prestation de soins de santé primaires;
 - aborder et rattraper le retard pris dans les activités de santé publique, en particulier le dépistage et les tests de la tuberculose, les vaccinations infantiles et le dépistage des ITSS, qui ont été retardés pendant la pandémie;
 - consacrer des ressources de santé publique et fournir un soutien communautaire pour faire face aux répercussions involontaires de la pandémie et aux conséquences de la réponse à la pandémie sur la santé physique et le bien-être, qui ont particulièrement touché les Premières Nations, les Inuits et les Métis en raison de leurs expériences historiques et coloniales;
 - rester en état de préparation afin de faire face rapidement à la menace que d'éventuels nouveaux variants peuvent représenter pour les communautés autochtones;
 - fournir l'accès à une formation sur les traumatismes et la compétence culturelle au personnel et aux intervenants en santé publique afin de s'assurer que des soins culturellement sécuritaires et appropriés soient fournis aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis;
 - soutenir l'évaluation, l'enquête et l'identification des risques et des dangers dans l'environnement bâti (p. ex., les restaurants, les écoles et les établissements de soins de longue durée) afin de réduire la transmission et d'aider les communautés à atténuer et à prévenir ces risques;
 - assurer une surveillance continue afin de faciliter la détection précoce des signaux de résurgence et appuyer les évaluations des risques;
 - permettre aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis d'accéder à des données de surveillance de la COVID-19 fondées sur des distinctions pour la prise de décisions par les dirigeants autochtones;
 - soutenir le rétablissement et le bien-être des intervenants autochtones impliqués lors de la pandémie et des intervenants qui soutiennent les populations et les communautés autochtones dans un contexte de pandémie;
 - en partenariat avec les communautés et les organisations autochtones, élaborer une stratégie et des approches futures pour gérer et répondre à la COVID-19 à long terme, à mesure qu'elle devient une maladie infectieuse permanente plus prévisible au Canada;
 - soutenir la formation des cliniciens afin qu'ils soient en mesure de répondre de manière adéquate aux futurs variants de la COVID-19 et à d'autres nouveaux agents pathogènes dès leur apparition;
 - évaluer et articuler la charge supplémentaire de risque imposée en continu par la COVID-19 aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis en raison de facteurs coloniaux, historiques, politiques, sociétaux et économiques qui ont une incidence sur les déterminants sociaux de la santé;
 - réfléchir aux enseignements tirés, les analyser, apprendre d'eux et les documenter, ainsi qu'élaborer un plan visant à améliorer la capacité et l'efficacité des interventions futures; il s'agira également de traiter des éléments de réponse cernés comme des lacunes ou des faiblesses dans les rapports et les activités d'évaluation en partenariat avec les communautés et organisations autochtones;

- favoriser la compréhension de l'environnement de risque permanent tout en gérant les attentes relatives à la période de rétablissement (p. ex., la durée et la nécessité éventuelle de remettre en œuvre des mesures d'intervention en cas de pandémie) et les changements visant à améliorer la résilience à mesure que la COVID-19 devient une maladie infectieuse permanente et prévisible, de manière durable;
- évaluer la capacité de dépistage communautaire qui a été mise en place au cours de la pandémie, planifier la transition vers le dépistage d'autres agents pathogènes et se tenir prêt à faire face aux futures maladies émergentes.

4.4.2 Planification des variables et des signaux

Il existe plusieurs variables inconnues ainsi que des hypothèses actuelles qui modifieront le déroulement des mesures qui seront prises pendant la phase de transition. Les hypothèses sont les suivantes :

- la COVID-19 deviendra une maladie infectieuse permanente et prévisible au Canada;
- l'évolution continue du virus est supposée, et donc de nouveaux variants préoccupants sont considérés comme probables, y compris ceux qui pourraient se révéler plus transmissibles ou virulents.

Les variables inconnues comprennent :

- La mesure dans laquelle l'assouplissement des mesures restrictives de santé publique augmentera le risque de résurgence d'une vague secondaire de cas d'Omicron ou d'autres variants préoccupants, et la mesure dans laquelle ce risque peut être porté de manière disproportionnée par les communautés autochtones.
- On ignore si la COVID-19 finira par devenir saisonnière, comme d'autres maladies virales respiratoires.
- On ne connaît pas l'ampleur de l'« arriéré » des services de soins primaires et de santé publique qui n'étaient pas disponibles pour les personnes et les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis au plus fort de la pandémie, ni les ressources nécessaires pour y remédier. On peut toutefois supposer qu'elle est assez importante d'après les renseignements fournis par les régions, les communautés et les fournisseurs de soins.
- On ne connaît pas l'ampleur des impacts supplémentaires sur le plan physique et du bien-être causés par la pandémie et la réponse à la pandémie pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis, ni les ressources nécessaires pour y faire face, mais on peut supposer qu'ils seront assez élevés.
- La baisse de la protection des vaccins au fil du temps, et leur efficacité lorsque de nouveaux variants préoccupants peuvent apparaître.
- Le niveau acceptable d'incidence, de morbidité et de mortalité de la COVID-19 chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis, tel que déterminé par la communauté autochtone, et la mesure dans laquelle cette tolérance peut différer de celle de la population canadienne générale.
- La capacité d'intervention future disponible pour répondre aux besoins futurs lors des résurgences de la COVID-19, et d'autres maladies au traumatisme, au préjudice moral, à la fatigue et à l'épuisement professionnel auxquels sont confrontés les professionnels de la santé et d'autres intervenants.

- La capacité d'intervention future des communautés autochtones compte tenu du traumatisme collectif causé par la COVID-19, de la « fatigue liée à la COVID-19 » et de l'impact sur la santé physique et le bien-être.
- Le degré de confiance que les Premières Nations, les Inuits et les Métis peuvent avoir envers le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et territoriaux et les fournisseurs locaux de services de santé publique, ainsi que dans la santé publique en général, s'est amélioré ou s'est détérioré au cours de la réponse continue à la COVID-19.

4.4.3 Planification de la transition et rétablissement

Bien qu'il soit compréhensible qu'au cours de la phase de transition, des ressources importantes soient consacrées à la planification, à l'apprentissage et à la réévaluation des meilleures pratiques de gestion de la COVID-19 sur une base continue, ainsi qu'à la planification pour répondre à d'autres nouveaux agents pathogènes potentiels, il est essentiel de veiller à ce que ces exercices importants ne détournent pas les ressources dédiées à la période de rétablissement nécessaire au sein des communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Les communautés autochtones devront relever des défis considérables pour combler le retard dans les services de soins primaires et de santé publique et auront besoin de ressources supplémentaires pour y parvenir. Un soutien insuffisant apporté aux communautés autochtones pour résorber ce retard risque d'amplifier davantage les inégalités en matière de santé entre les Premières Nations, les Inuits et les Métis et les Canadiens non autochtones. Il est toutefois possible qu'un soutien approprié pour résorber cet arriéré serve à la fois à réduire ces inégalités et à faire des pas vers la décolonisation des services de santé, les dirigeants et organisations autochtones étant invités à s'associer à ce travail.

5. Faire face aux conséquences de la réponse à la pandémie

La réponse à la COVID-19 au cours des deux dernières années a eu de multiples répercussions diverses, outre la réelle réduction des maladies graves et des décès dus à la COVID-19 au Canada. Du côté positif, la nécessité d'une forte capacité en santé publique dans le cadre du continuum des soins de santé est désormais mieux reconnue et les décideurs, les médias et le public sont désormais très conscients du rôle et des responsabilités de la santé publique dans la réponse aux pandémies. La connectivité dans l'ensemble du système de santé s'est également améliorée, mais il reste encore du travail à faire, en particulier pour soutenir la prise de décisions opportunes et fondées sur des données probantes, dans le contexte canadien. On constate également une meilleure compréhension des concepts scientifiques par le public, notamment en ce qui concerne l'immunologie et l'épidémiologie, ainsi que l'utilisation et la confiance dans la science dans la prise de décision. De même, les connaissances et la compréhension en matière de santé publique, comme en témoigne l'adoption généralisée des mesures de santé publique recommandées, ont augmenté dans la population.

En outre, les changements dans la capacité d'augmentation de l'effectif (p. ex., l'emploi de professionnels de la santé formés à l'étranger), la fabrication et l'infrastructure nationales, ainsi que la capacité et la souplesse accrues de travailler virtuellement à domicile, peuvent s'avérer des conséquences positives à long terme de la réponse à la pandémie. Un renforcement de la collaboration et des relations avec les parties prenantes a aussi été noté sur plusieurs niveaux. Le développement accéléré de technologies en ligne, d'outils, d'applications et de plateformes, comme les planificateurs de rendez-vous accessibles au public pour le dépistage ou la vaccination, ainsi que l'accès public aux

résultats de tests de laboratoires peuvent répondre à d'autres futurs besoins en matière de santé et sont des conséquences positives de la pandémie.

En revanche, certaines des conséquences positives ont été temporaires ou se sont estompées au fil du temps. Par exemple, au départ, nous avons observé une confiance accrue du public à l'égard des décisions du gouvernement ainsi qu'un sentiment d'unité, comme en témoignent le taux de participation élevé au dépistage de masse, le soutien aux travailleurs de la santé et le grand respect des mesures recommandées. Toutefois, la confiance du public semble s'être effritée au cours de la pandémie, et on observe de plus en plus de dissensions entre les gens, surtout dans certaines populations touchées par une baisse des perspectives économiques et d'emploi.³⁴

Malheureusement, les conséquences négatives sont aussi nombreuses, la plupart touchant certains groupes de la population canadienne. Il s'agit, entre autres, des personnes âgées, des travailleurs essentiels, des enfants et des jeunes, des personnes racisées, des peuples autochtones, des personnes handicapées, des femmes, des membres de la communauté 2SLGBTQI+, des personnes qui consomment des drogues, des personnes à faible revenu, des nouveaux arrivants au Canada et des personnes en situation d'itinérance ou mal logées. Ces conséquences de la réponse à la pandémie comprennent les répercussions sur le développement de l'enfant, l'accès aux services de santé, la santé mentale, la violence familiale et fondée sur le genre, ainsi que l'isolement et l'exclusion sociale.^{35 36}

Plusieurs des conséquences négatives imprévues de la réponse à la pandémie étaient attribuables aux inégalités de base qui existent dans la société canadienne. Le tableau 4 présente des exemples des conséquences négatives, des facteurs contributifs et des sources de données et d'éléments probants qui peuvent appuyer l'ampleur des répercussions.

Tableau 4 : Conséquences négatives de la réponse de la santé publique à la pandémie de la COVID-19

Conséquence négative	Facteurs contributifs	Sources de données ou d'éléments probants (exemples)
Retard dans le diagnostic de conditions médicales pouvant être traitées	<ul style="list-style-type: none"> Fermures de bureaux/cliniques Accès restreint aux établissements de soins de santé Priorisation de la prestation de services de santé Report de rendez-vous en raison des exigences d'isolement et de quarantaine Réaffectation de travailleurs de la santé aux secteurs liés à la COVID-19 Capacité limitée des laboratoires pour les autres diagnostics en raison des demandes d'analyse pour la COVID-19 	<ul style="list-style-type: none"> Données sur les rendez-vous dans les hôpitaux Volumes des demandes d'analyse de laboratoire Comparaison des tendances annuelles de l'incidence des maladies chroniques (p. ex. le cancer) avant et pendant la pandémie, contrôle des changements aux pratiques de dépistage, etc.
Retard dans les chirurgies et les traitements médicaux	<ul style="list-style-type: none"> Fermures de bureaux/cliniques Accès restreint aux établissements de soins de santé Priorisation de la prestation de services de santé Report de traitement/chirurgie en raison des exigences d'isolement et de quarantaine Réaffectation de travailleurs de la santé aux secteurs liés à la COVID-19 	<ul style="list-style-type: none"> Données sur les admissions à l'hôpital et la durée des séjours Comparaison des tendances annuelles du recours aux services hospitaliers (p. ex. nombre de chirurgies) avant et pendant la pandémie Sondages

	<ul style="list-style-type: none"> • Réaffectation des lits d'hôpital pour le traitement de la COVID-19 	
Violence domestique, sécurité de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> • Exigences d'isolement et de quarantaine, ordonnances de rester chez soi et recommandation de télétravail (augmentation du stress et du temps en contact étroit dans la maison) • Manque d'accès à des ressources de soutien 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapports de police • Utilisation des services d'écoute téléphonique et de soutien • Données des salles d'urgence • Orientation vers les services communautaires (p. ex. aide à l'enfance)
Retard dans le développement/l'éducation de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> • Fermetures ou restrictions d'accès aux écoles, aux services de garde, aux camps de jour et aux services de loisirs • Exigences d'isolement et quarantaine • Recommandations en matière de distanciation physique, limites pour les rassemblements et autres mesures de santé publique 	<ul style="list-style-type: none"> • Données des milieux scolaires (p. ex. bulletins d'étapes, résultats des tests standardisés) • Utilisation des services d'écoute téléphonique et de soutien • Enquêtes auprès des parents et du personnel des services de garde d'enfants • Références vers les services d'orthophonie et de développement du langage
Augmentation de la consommation de substances et des méfaits liés, tels que les surdoses	<ul style="list-style-type: none"> • Exigences d'isolement et de quarantaine, ordonnances de rester chez soi et recommandation de télétravail (augmentation du stress et du temps en contact étroit dans la maison) • Diminution de l'accès aux services de réduction des méfaits et de soutien en raison de la réaffectation de travailleurs et de services du domaine de la santé publique et des soins de santé (p. ex. centres d'injection légale, services paramédicaux) aux secteurs liés à COVID-19 • Variation de la toxicité des drogues • Manque d'accès à des ressources de soutien 	<ul style="list-style-type: none"> • Données relatives aux ventes d'alcool et de cannabis • Données des appels aux services paramédicaux • Données des services de santé publique et des services communautaires concernant les appels liés aux surdoses, l'utilisation du matériel de réduction des méfaits et l'utilisation des centres d'injection légale • Données des coroners
Augmentation du niveau d'anxiété et de dépression	<ul style="list-style-type: none"> • Exigences d'isolement et de quarantaine, ordonnances de rester chez soi et recommandation de télétravail (augmentation du stress et du temps sans contact social en personne) • Diminution de la participation au marché du travail et des revenus (ce qui peut entraîner un manque de motivation, le sentiment de manquer de contrôle, etc.) en raison des exigences d'isolement et de quarantaine • Incertitude quant à la progression de la pandémie (et recrudescence après une période de faible transmission), gravité de la maladie, nécessité de prendre des précautions • Limites imposées sur les rassemblements sociaux et fermetures ou restrictions liées aux services de loisirs (c.-à-d. les exutoires habituels au stress, à l'anxiété et à la dépression) • Manque d'accès aux ressources de soutien 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation des services d'écoute téléphonique et de soutien • Tendances observées dans les prescriptions d'anxiolytiques et d'antidépresseurs • Orientation vers les services de consultation et les services psychologiques • Données des salles d'urgence (p. ex. incidents d'automutilation, internements psychiatriques) • Admissions dans un établissement psychiatrique • Publications sur les sciences sociales et comportementales • Sondages sur la population
Augmentation du fardeau économique personnel et sociétal	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution de la participation au marché du travail et des revenus en raison des exigences d'isolement et de quarantaine • Limitation du nombre de clients en raison des restrictions de la santé publique 	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi interne dans les banques alimentaires et d'autres organismes communautaires (p. ex. les refuges) • Recours aux prestations d'aide

Interruption des services de santé préventifs et de santé publique

<ul style="list-style-type: none"> • Appels à la prudence de la santé publique pour certaines activités (p. ex. voyages d'affaires) • Augmentation des prix avec ou sans interruption de la chaîne d'approvisionnement 	<ul style="list-style-type: none"> • Données des associations de logements abordables • Demandes d'assurance-emploi • Déclarations de faillite/nombre de fermetures d'entreprise • Taux d'inflation
<ul style="list-style-type: none"> • Exigences d'isolement et de quarantaine et mesures de santé publique entravant la tenue de programmes de santé publique (p. ex. les cours prénataux) et la participation à ceux-ci • Réaffectation de travailleurs et de services du domaine de la santé publique (p. ex. surveillance et intervention en cas d'éclosion d'autres maladies) aux secteurs liés à la COVID-19 • Limitation de la prestation de services de santé en personne (p. ex. administration de vaccins pour l'immunisation systématique des enfants lors des bilans de santé du bébé) en raison des contraintes des rendez-vous virtuels avec les fournisseurs de soins de santé • Absentéisme des travailleurs des soins de santé et de la santé publique (p. ex. en raison de l'épuisement professionnel) 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse des taux de maladies et des résultats sur les risques évitables pour la santé, normalement atténués par les programmes de santé publique • Données du registre de vaccination et sur la couverture vaccinale systématique • Données sur l'utilisation des services préventifs (p. ex. mammographies, tests Pap, dépistage du cancer du côlon) • Données sur les changements dans le personnel de santé (p. ex. base de données des ressources humaines, renouvellements de la cotisation à un ordre professionnel)

Les autorités sanitaires et les établissements de santé doivent établir les priorités d'une intervention immédiate – comme la reprise des chirurgies électives, l'exécution des programmes de santé publique non liés à la COVID-19 et le fonctionnement à pleine capacité des services de diagnostic et des services et cliniques communautaires – et allouer les ressources en conséquence.

À l'avenir, la planification de la santé publique doit garantir la capacité de détecter, d'évaluer et d'atténuer les répercussions négatives survenues pendant la pandémie, en particulier les conséquences de la réponse à la pandémie qui peuvent être actuellement subies, sans toutefois être étayées par de solides données. Il faut donc déterminer les conditions préalables à cette capacité (p. ex., accès accru aux renseignements et données probantes en moins de temps, collaboration intersectorielle) et intégrer les résultats concrets dans les plans de travail qui s'échelonnent bien au-delà de la phase de transition. Les PT considèrent ce point comme prioritaire : attention immédiate à la santé publique, analyses après action et intégration dans les futurs plans de lutte contre la pandémie. Certains rapports publics sur les diverses conséquences de la réponse à la pandémie sont en cours de rédaction dans certaines régions ³⁷.

L'objectif de la lutte contre la pandémie, qui consiste à « réduire au minimum le risque de maladie grave et de décès en général [...] dans le cadre de la pandémie », a ainsi été libellé pour reconnaître qu'un certain degré de risque de maladie grave et de décès non lié à la COVID-19, attribuable en partie aux conséquences de l'intervention elle-même, était inévitable. Il incombe maintenant aux autorités de santé publique d'incorporer des mesures visant à faire face à ces conséquences dans les directives de préparation à la pandémie et les plans d'intervention. Celles-ci ont également un rôle à jouer dans la communication aux décideurs, aux intervenants et au public de l'incidence des déterminants sociaux de la santé sur la santé et la résilience de la population. La pandémie étant au premier plan de la conscience publique, le moment est venu de relier ces points en utilisant les conséquences

disproportionnées mesurables de la pandémie de COVID-19 sur la population canadienne afin de prévenir l'augmentation des inégalités en matière de santé pour les populations à risque.

La diversité et l'ampleur des conséquences observées au cours de la phase aiguë d'intervention à la pandémie nécessitent un « appel à l'action » car, pour relever ces défis, il faudra adopter une approche intersectorielle et sociétale. En outre, il est important que la réponse multisectorielle et pluriministérielle à la COVID-19 se poursuive pendant la phase de transition afin d'aborder efficacement ces vastes conséquences sociétales.

6. Composantes de l'intervention FPT en réponse à la COVID-19

La planification à long terme et les mesures actuelles seront également éclairées par une réflexion continue sur ce qui a bien fonctionné, ce que nous avons appris et ce qui peut être adapté en fonction des données probantes et de l'expérience acquises. Les composantes de réponse indiquées dans le guide PCGP ont été utilisées dans la structure d'intervention contre la COVID-19. Dans cette édition du plan, chacune des composantes suivantes est abordée dans une annexe distincte pour que la consultation du contenu soit plus facile.

- Surveillance (annexe 5)
- Activités de réponse en laboratoire (annexe 6)
- Mesures de santé publique (annexe 7)
- Prévention et contrôle des infections et conseils en matière de soins cliniques (annexe 8)
- Vaccination (annexe 9)
- Mesures internationales en matière de santé des voyageurs et aux frontières (annexe 10)
- Infrastructure du système de soins de santé (annexe 11)
- Communication des risques et sensibilisation (annexe 12)
- Recherche (annexe 13)

Mettant l'accent sur les mesures qui exigent un leadership et une consultation FPT en matière de santé publique, ces annexes présentent en détail l'état actuel des activités FPT prévues ou déjà en cours qui aideront et accéléreront la planification complémentaire dans chaque ministère fédéral, province et territoire.

7. Mesure et évaluation

L'un des objectifs de la phase de transition est de documenter les leçons apprises et d'entamer une planification prospective afin d'améliorer la capacité et l'efficacité de toute intervention à venir et d'aborder les composantes de réponse considérées comme des lacunes ou des faiblesses dans les rapports/activités d'analyse après action. L'importance que les intervenants actuels accorderont aux leçons apprises, tant dans leur traitement que leur « transmission » efficace aux décideurs, à la prochaine cohorte d'intervenants (p. ex., les étudiants dans les disciplines de la santé) et à la société dans son ensemble, doit faire partie de ce processus à multiples facettes.

La mesure et l'évaluation des efforts de réponse à la pandémie pendant la phase de transition, alors que les défis sont encore présents à l'esprit, permettront de cerner les points à améliorer et de déterminer la priorité des futurs efforts de planification. Il est également essentiel de constamment se demander si les activités d'intervention ont été efficaces et mises en œuvre de manière efficiente et équilibrée afin de réduire au minimum les perturbations et les conséquences négatives pour la société, en plus de réduire au minimum le risque de maladie grave et de décès en général. La structure de gouvernance de l'intervention FPT en réponse à la COVID-19, qui comprend le CCS, le CCT et le CCL, offre de nombreuses tribunes pour ces discussions et des occasions d'échanger sur l'expérience, les leçons apprises et les pratiques exemplaires dégagées. Des processus de mesure et d'évaluation plus structurés, y compris des analyses pendant et après l'action, devraient être envisagés à tous les niveaux du gouvernement et dans divers secteurs pour éclairer la planification et les préparatifs futurs en cas de pandémie. Les conclusions des audits formels entrepris par les gouvernements FPT seront également prises en considération dans les processus de planification futurs.

Annexe 1 : Soutien à la modélisation pour la planification à long terme

La modélisation facilite la planification et la détermination des besoins continus en matière de préparation en permettant d'examiner comment les fourchettes possibles de paramètres pertinents par rapport à ces questions influent sur l'étendue et l'incidence de l'épidémie au Canada. Les entrées de la modélisation nécessitent des données épidémiologiques provenant de la surveillance et d'autres sources, tandis que les résultats dépendent largement des hypothèses sous-jacentes. Les modèles de prévision sont les mieux adaptés pour éclairer les événements qui pourraient se produire dans les deux ou trois mois à venir, tandis que la modélisation de scénarios fournit aux décideurs des données supplémentaires pour planifier à long terme ce que pourrait être l'incidence des mesures de contrôle.

La modélisation recrée les composantes essentielles des cycles de transmission des pathogènes à partir de notre compréhension de la biologie des pathogènes et de leurs interactions avec leurs hôtes. Les modèles aident à prédire où et quand les maladies infectieuses peuvent émerger ou ressurgir, et ils peuvent être utilisés pour explorer les meilleures méthodes ou combinaisons de méthodes pour contrôler les éclosions de maladies ou les épidémies et protéger la santé des Canadiens. Les modèles peuvent prendre en compte de nouveaux événements au cours de la pandémie, tels que la vaccination ou l'émergence de nouveaux variants préoccupants.

Pour lutter contre la COVID-19, trois grands types de modèles sont utilisés :

1. **Modèles de compartimentation déterministes.** Il s'agit de modèles dynamiques de type « Susceptible-Exposed-Infectious-Recovered (SEIR) » (vulnérable-exposé-infectieux-rétabli) dans lesquels la population est divisée dans les classes « vulnérable », « exposé », « infectieux » et « rétabli ». Après avoir été infectés, les membres d'une population passent d'un état à l'autre. Cette structure de base comprend des éléments pour modéliser le SRAS-CoV-2 et les répercussions des mesures de santé publique avec plus de réalisme. Ces éléments comprennent des compartiments pour les cas isolés et les contacts « exposés » mis en quarantaine à partir desquels la transmission vers les personnes vulnérables est limitée ou inexistante, des compartiments pour les cas asymptomatiques qui peuvent ou non être détectés par la surveillance, ainsi que les flux vers les compartiments « isolement » et la « mise en quarantaine » qui permettent des variations selon les divers niveaux d'effort de santé publique. Ces modèles sont utilisés pour éclairer les politiques FPT générales, y compris : i) l'estimation du nombre de cas, d'hospitalisations et de décès; ii) l'estimation des effets des interventions non pharmaceutiques (INP) (distanciation physique, détection et isolement des cas, recherche des contacts et mise en quarantaine); iii) la conception de programmes de vaccination; iv) la conception de programmes visant à améliorer l'« immunité collective » par l'utilisation d'antiviraux ou de thérapies en combinaison avec la vaccination; et v) l'estimation de l'effet de l'émergence de nouveaux variants préoccupants sur la transmission de la maladie.
2. **Modèles basés sur l'agent.** Il s'agit également de modèles de type SEIR, qui peuvent également être utilisés pour éclairer l'élaboration de stratégies pancanadiennes. Toutefois, puisqu'ils permettent de simuler la transmission de la maladie de façon assez détaillée, à l'intérieur d'un domicile, d'un lieu de travail, d'un espace de loisirs, entre autres, et entre eux, ils sont particulièrement utiles pour la prise de décisions à l'échelon de chaque communauté concernant les besoins en INP et les stratégies pour assouplir les fermetures restrictives.

3. **Modèles de ramification.** Ces modèles évaluent simplement les facteurs qui provoquent l'expansion ou l'extinction d'une chaîne de transmission unique. Ils servent souvent à évaluer les besoins en matière de contrôle de la transmission dans les lieux de travail ou l'importation de cas.

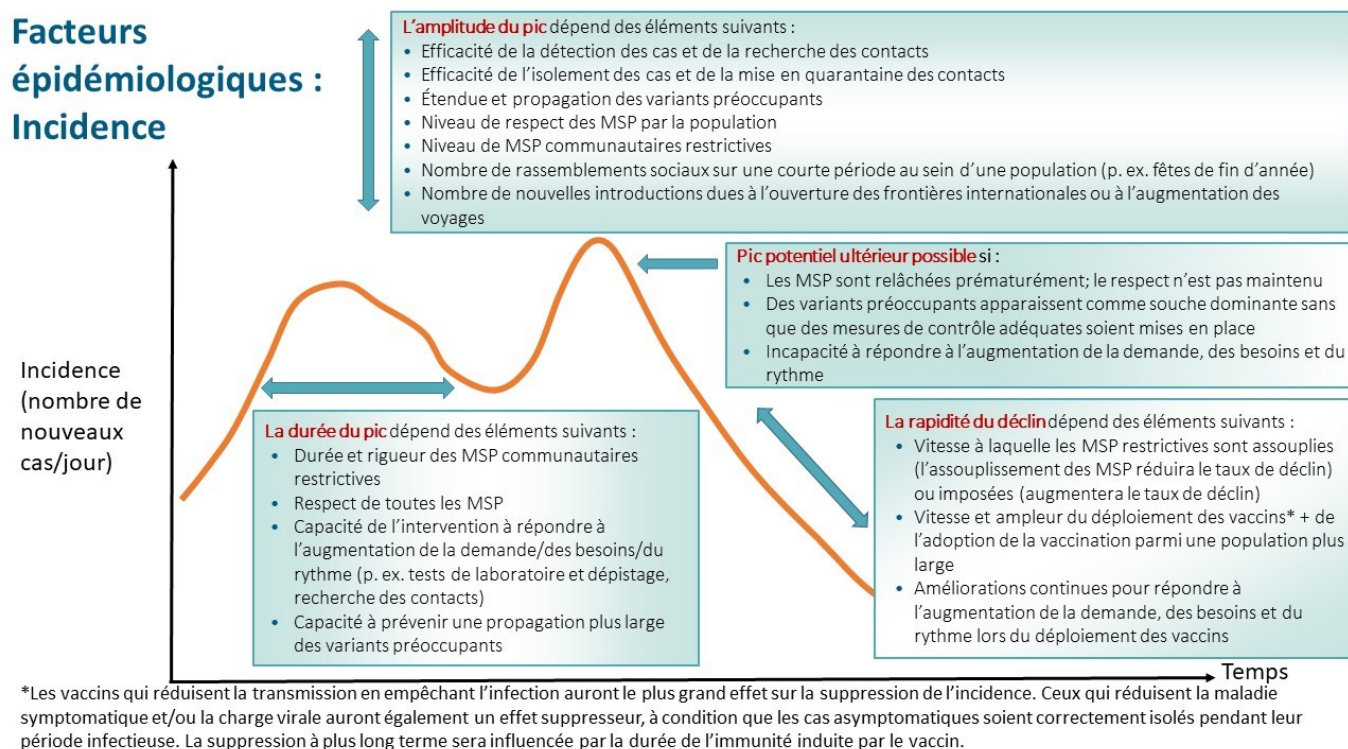
L'ASPC a élaboré des modèles qui peuvent être partagés, et elle recourt continuellement à la modélisation pour appuyer ses décisions. Le groupe d'experts externe sur la modélisation de la COVID-19 de l'ASPC a été mis sur pied en février 2020 et réunit actuellement 37 membres provenant de 21 universités canadiennes, ainsi que 74 membres d'autres ministères et organismes fédéraux, provinciaux et territoriaux de santé publique. Il réunit la majorité des chefs des groupes de modélisation des maladies infectieuses dans les universités canadiennes et permet d'appuyer les besoins en modélisation aux fins de la prise de décisions.

Annexe 2 : Facteurs épidémiologiques

Ce contenu a été conservé de la 2^e édition de ce plan, car il peut servir de référence utile, notamment pour les nouveaux intervenants.

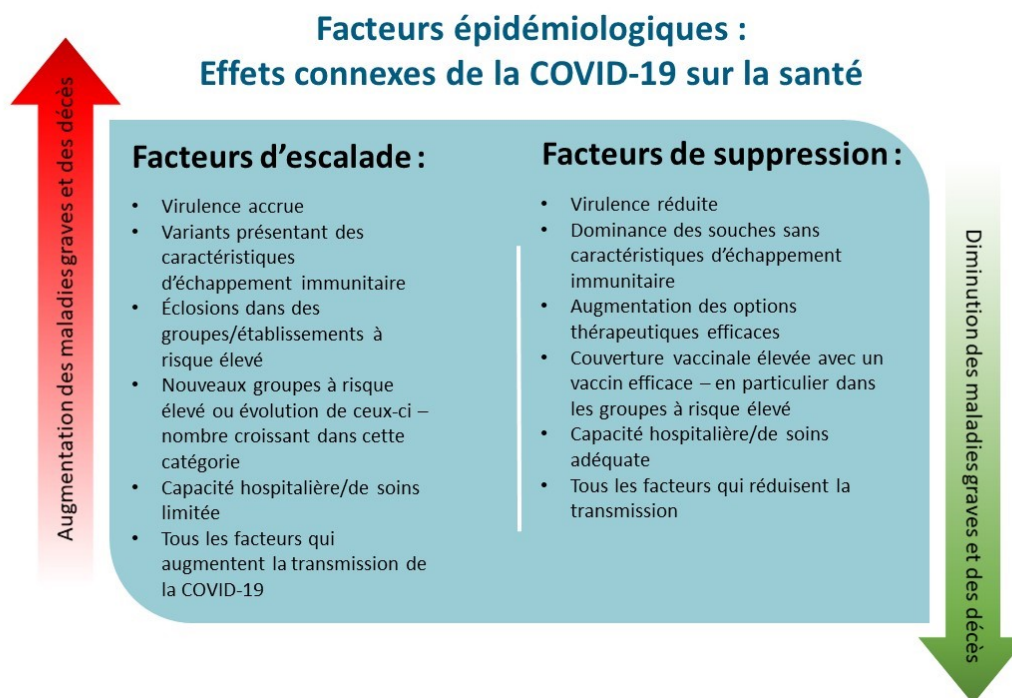
Un modèle de courbe épidémique est l'une des parties d'un scénario de planification, car il reflète l'évolution possible du nombre de nouveaux cas qui se présentent sur une période donnée (voir la figure A2-1). Pour assurer une planification optimale, il est important de tenir compte non seulement du nombre de cas, mais aussi des variables qui peuvent modifier les répercussions sur la santé et la société de ces nouveaux cas et, par la suite, d'éventuelles surcharges qui dépassent les seuils actuels de capacité en matière de soins de santé et de santé publique.

Figure A2-1 : Facteurs épidémiologiques – Incidence



La figure A2-2 décrit les facteurs épidémiologiques de l'impact sanitaire en matière de variables susceptibles d'augmenter ou de diminuer l'occurrence de maladies graves et de décès dus à la COVID-19. Ces variables comprennent, entre autres, les changements dans la gravité de la maladie dans la majorité des cas dus à une virulence accrue, les changements dans les groupes à risque élevé (c.-à-d. les caractéristiques démographiques de la personne qui devient gravement malade et la détermination de nouveaux facteurs de risque de développer une maladie grave), l'impact des variants préoccupants, la disponibilité de traitements et de soins hospitaliers efficaces et la couverture vaccinale. La manifestation de ces variables influera également sur la perception du risque par le public et, par conséquent, d'une manière quelque peu circulaire, sur les facteurs épidémiologiques comme le respect des MSP.

Figure A2-2 : Facteurs épidémiologiques – Effets connexes de la COVID-19 sur la santé



Annexe 3 : Planification du scénario de la pire éventualité raisonnable

Ce contenu a été conservé de la 2^e édition de ce plan. De légères modifications (p. ex., la suppression des dates) ont été apportées afin de rendre ce scénario plus générique et raisonnable.

Le scénario générique de la pire éventualité raisonnable peut servir à cerner tout besoin ou problème nouveau ou actuel en matière de préparation et d'intervention qui exigerait, ou bénéficierait d'un effort FPT coordonné si le Canada devait faire face à ce scénario. Il s'agit d'un « test de résistance » et non d'une prédiction, et il vise à stimuler la réflexion concernant nos efforts actuels de réponse, les seuils de capacité et la résilience.

Caractéristiques du scénario de la pire éventualité raisonnable

- Une vague importante commençant par un pic de longue durée, suivi de pics continus d'amplitude décroissante, mais dont plusieurs dépassent les seuils de capacité des services de soins de santé, des laboratoires et de la santé publique.
- Le pic est semblable ou plus élevé que l'incidence vécue au pic de la vague Omicron.
- Le pic saisonnier relativement élevé de l'hiver coïncide avec la saison de la grippe sévère et des autres agents pathogènes respiratoires.
- Il y a des périodes de pointe semblables à l'échelle du pays (chaque secteur de compétence connaît des périodes de pointe en même temps).
- Un ou plusieurs nouveaux variants préoccupants présentant une transmissibilité élevée, une gravité accrue et des propriétés d'échappement immunitaire deviennent la ou les souches dominantes.
- Les variants préoccupants ayant des propriétés d'échappement immunitaire réduisent l'efficacité des vaccins.
- Il existe une réticence à prendre les vaccins homologués (ou des vaccins particuliers) ou l'approvisionnement en vaccins est insuffisant ou retardé, ce qui réduit la couverture vaccinale dans la population.
- Les vaccins disponibles ne réduisent pas significativement la transmission et ne confèrent pas d'immunité à long terme.
- Les traitements/thérapies disponibles sont moins efficaces contre le variant dominant.
- L'immunité post-infection est faible ou non durable (les cas rétablis redeviennent vulnérables).
- La demande de ressources en soins de santé (hospitalisations, lits de soins intensifs, ventilateurs, équipement de protection individuelle (EPI), places en soins de longue durée, etc.) dépasse la capacité du système (pendant les pics de vagues).
- Pénurie de fournisseurs de soins de santé (p. ex. en raison de la maladie, de l'épuisement professionnel, du refus de travailler, de la concurrence internationale).
- La demande de ressources de laboratoire et de santé publique dépasse la capacité (pendant tous les pics de vagues).
- Faible niveau de conformité aux mesures de santé publique.
- Infiltration de renseignements erronés ou de désinformation dans la société canadienne et/ou perte de confiance du public.

Plus précisément, le scénario présente un ensemble de risques, chacun exigeant des stratégies d'atténuation fondées sur une évaluation des besoins en matière de capacité et de notre capacité à gérer les risques. La *figure A3-1* indique les capacités de haut niveau qui doivent être en place pour faire face à ce scénario et le *tableau A3-1* indique les besoins connexes qui devraient être pris en considération par tous les ordres de gouvernement.

Figure A3-1 : Capacités de gestion du scénario de la pire éventualité raisonnable

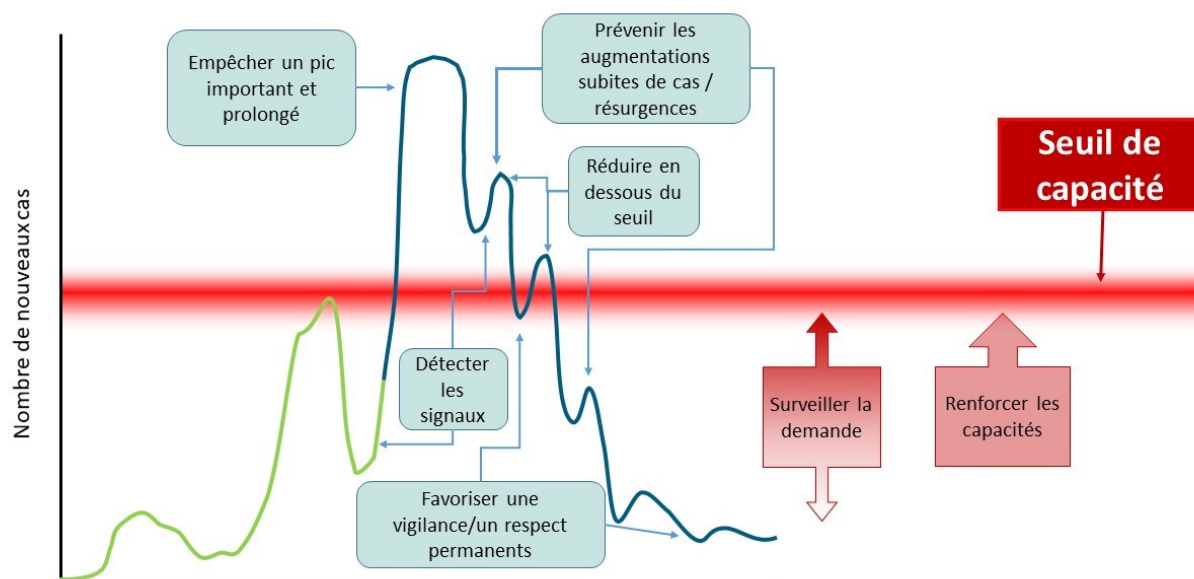


Tableau A3-1 : Besoins pour la gestion de risque du scénario de la pire éventualité raisonnable

Capacité	Besoins pour la gestion des risques
<i>DÉTECTER – signaux indiquant la possibilité d'une forte augmentation du nombre de cas</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ données de surveillance en temps opportuns (locales, provinciales-territoriales, nationales et internationales); ➤ analyse des données internationales pour une souche identique ou similaire ➤ ressources de laboratoire permettant de distinguer rapidement les souches de la COVID-19 (y compris les variants préoccupants) des autres virus respiratoires et d'identifier les mutations associées à l'échappement immunitaire et/ou à une transmissibilité accrue ➤ analyse/enquête rapide pour évaluer le risque d'un pic important sur la base de données internationales, nationales, provinciales-territoriales et locales précises/granulaires (pour évaluer le risque de changement de la souche dominante, le risque d'importation au Canada et à l'intérieur du pays, et le risque de dépasser la capacité d'intervention locale en matière de soins de santé et de santé publique) ➤ activités de dépistage, y compris l'utilisation ciblée des tests de dépistage au point de service

PRÉVENIR – un pic prolongé important et des hausses subites, en particulier celles qui dépassent la capacité de réponse

- avertissement rapide et anticipé à l'échelle du système santé dans son ensemble concernant l'augmentation de la demande de ressources et des activités d'intervention
 - communication/éducation/sensibilisation concernant ce qui constitue un signal et comment assurer une notification appropriée et opportune d'un signal potentiel
 - vigilance/mobilisation continues à l'égard de la réponse à la COVID-19.
-
- poursuite de l'utilisation de mesures communautaires restrictives jusqu'à ce que les indicateurs clés adaptés localement pour l'assouplissement des mesures aient été atteints
 - ressources en santé publique pour garantir que les mesures d'intervention en cours sont adéquates pour contrôler la propagation des variants hautement transmissibles et virulents, et prévenir les nouveaux cas de maladie grave (p. ex. utilisation d'hypothèses très prudentes pour définir l'exposition, approche de quarantaine des ménages)
 - capacité de détection rapide (par le dépistage et les tests) et isolement des cas, et identification rapide et mise en quarantaine des contacts à risque élevé d'exposition
 - collaboration du public aux activités de surveillance et de gestion des cas et des contacts et outils (c.-à-d. pour faciliter l'identification en temps opportun et l'isolement/la quarantaine, optimiser l'utilisation des applications d'alerte)
 - utilisation de sites d'isolement et de quarantaine appropriés et respect important des mesures recommandées en place dans ces sites
 - « réouverture » graduelle et contrôlée des établissements et reprise graduelle des activités (avec modifications) qui sont connues pour être associées à un risque accru de transmission
 - respect élevé des modifications/contrôles en cours mis en place au fur et à mesure que les MSP restrictives sont levées
 - restrictions modifiées pour les travailleurs essentiels
 - stratégies de dépistage qui visent à prévenir et/ou à détecter rapidement l'introduction du virus dans une population ou un milieu sensible à risque élevé
 - indicateurs localisés cohérents et clairs pour rétablir ou mettre en œuvre de nouvelles MSP restrictives
 - déploiement rapide de ressources ciblées pour la maîtrise et le confinement des éclosions (y compris la mise en œuvre de mesures de « confinement » locales, le déploiement d'équipes d'intervention en cas d'épidémie)
 - respect élevé des mesures de protection individuelle
 - mesures proactives de contrôle aux frontières internationales (c.-à-d. les exigences en matière de quarantaine et de tests, et les restrictions de voyage)
 - multiplication des messages et sensibilisation accrue du public concernant les mesures de protection individuelle, l'efficacité des vaccins et l'obligation de recourir à ces MSP après la vaccination
 - résultats fondés sur des données probantes obtenus dans le cadre des efforts déployés pour lutter contre l'hésitation à se faire vacciner et travailler avec

*RÉDUIRE - les hausses
subites de l'incidence et
des hospitalisations*

- diverses populations pour renforcer la confiance envers les vaccins, l'intérêt à s'informer et à se faire vacciner
- capacité accrue du système de soins de santé (en particulier dans les milieux dans lesquels il y a un risque élevé comme les établissements de soins de longue durée) et examen de la façon de fournir les soins de santé nécessaires (p. ex. à d'autres endroits, en faisant appel à des travailleurs à la retraite, à des étudiants ou à d'autres fournisseurs de soins)
- mise en œuvre rapide et optimisation de l'efficacité des programmes d'administration des vaccins
- utilisation de stratégies vaccinales qui donnent la priorité à l'immunisation des personnes, des groupes et des milieux à risque élevé
- ressources adéquates en santé publique pour assurer des mesures d'intervention continues afin de freiner la propagation actuelle et de prévenir les nouveaux cas, les hospitalisations et les décès
- accent sur la détection et l'isolement rapides des cas, ainsi que sur l'identification et la mise en quarantaine rapides des contacts
- détection rapide des éclosions dans les milieux à risque élevé et déploiement de ressources pour la maîtrise et le confinement des éclosions
- examen de la façon de mettre à nouveau en œuvre les MSP communautaires restrictives et détermination des MSP pour mettre en œuvre de nouveau en fonction de déclencheurs locaux clairs
- utilisation accrue des mesures de protection individuelle et respect de celles-ci
- mesures internationales de contrôle frontalier en cours, avec possibilité d'une nouvelle imposition de restrictions

*ACCROÎTRE - la capacité
en matière de soins de
santé et de santé
publique*

- capacité de pointe des laboratoires pour assurer un diagnostic rapide et la notification des cas, identifier les nouveaux variants préoccupants et établir un lien entre laboratoire et épidémiologie pour caractériser les variants actuels et en tirer des enseignements
- ressources suffisantes pour faciliter la mise en œuvre optimale du programme de vaccination (notamment le personnel des cliniques, les agents de vaccination, la sécurité, les responsables de l'établissement des calendriers, des établissements locaux, accessibles et appropriés, une communication claire sur qui, quand et comment, des programmes de suivi/des registres, etc.)
- disponibilité de ressources en santé publique pour les besoins accrus en matière de gestion des cas et des contacts dans la collectivité (y compris l'isolement des cas et la mise en quarantaine des contacts à domicile ou autres sites désignés), élaboration de nouveaux produits d'orientation et prestation de conseils d'experts fondés sur l'évolution de la littérature scientifique;
- ressources (c.-à-d. les ressources humaines et l'équipement/les fournitures), planification et formation pour les activités de gestion des éclosions dans les milieux à risque élevé, y compris des points de contact clairs de recours d'urgence;
- capacité d'appoint pour assurer la disponibilité des ressources en soins de santé, y compris l'équipement (p. ex. ventilateurs, EPI) pendant les périodes de pointe

*SURVEILLER — demande
de ressources en soins
de santé*

- disponibilité d'un nombre suffisant de fournisseurs de soins de santé pour répondre à la demande accrue
- capacité d'accéder à des thérapies efficaces et de les distribuer
- surveillance continue de la documentation scientifique, des réseaux et des conseils d'experts pour éclairer les pratiques exemplaires pour le traitement et l'identification des thérapies efficaces, de manière à réduire les besoins d'hospitalisation et/ou la durée d'hospitalisation
- politiques et mesures de rétablissement (p. ex. congé pour rétablissement à la maison ou à un autre endroit) afin d'éviter d'éventuels arriérés dans le système hospitalier

- surveillance des indicateurs précoces que d'autres maladies peuvent causer une augmentation subite de la demande de ressources en soins de santé (p. ex. grippe saisonnière, autres pathogènes respiratoires)
- élimination stratégique de l'« arriéré », c'est-à-dire la reprogrammation des traitements, des procédures et des interventions chirurgicales reportés, de manière à répondre à la demande sans dépasser les seuils de capacité
- liens entre la prestation des soins de santé et la santé publique afin d'assurer l'établissement en temps opportun de centres de soins de débordement et d'appoint;
- surveillance accrue des chaînes d'approvisionnement mondiales qui pourraient déclencher des pénuries de médicaments et détermination de solutions de rechange et de stratégies pour établir les priorités et maintenir l'approvisionnement (p. ex. réserve d'approvisionnement critique, etc.).

*FAVORISER - vigilance
continue du public et le
respect des mesures et
des recommandations.*

- confiance du public envers les MSP
- produits de communication et de sensibilisation clairs, efficaces, culturellement sécuritaires et adaptés aux besoins, afin d'encourager le public à continuer de respecter les mesures de protection individuelle et les mesures de santé publique communautaires, et de favoriser la confiance dans le vaccin et l'utilisation de celui-ci
- transparence et clarté des justifications des recommandations
- capacité à fournir un retour d'information sur les effets, les progrès et le succès des mesures
- recherche sur les connaissances, les attitudes et les comportements du public afin de favoriser des changements de comportement efficaces et durables et de lutter contre la fatigue pandémique et l'hésitation à se faire vacciner
- suivi de la tolérance au risque et de l'opinion publique afin de maximiser le respect tout en ajustant les mesures à des niveaux localement tolérables ou soutenables
- soutien aux changements de politique (p. ex. les congés de maladie payés) qui facilitent le respect des mesures de santé publique et indemnisent les secteurs touchés
- prise en compte des questions d'équité, en particulier celles qui ont une incidence sur l'accès aux ressources nécessaires (p. ex. la disponibilité de lieux d'isolement et de quarantaine appropriés), assurer la diffusion de messages publics dans plusieurs langues et sous plusieurs formes, etc. et assurer que ces

ressources sont partagées avec divers partenaires, comme les partenaires autochtones

- prise en compte des incitations au respect ou à l'adoption de nouvelles pratiques
- initiatives axées sur l'autonomisation
- participation de la collectivité pour garantir que ses besoins et les obstacles potentiels au respect sont pris en compte dans les mesures de santé publique
- application transparente, claire et équitable des mesures d'exécution raisonnables (si nécessaire)

Annexe 4 : Planification de la réponse à la COVID-19 avec les collectivités autochtones

Services aux Autochtones Canada (SAC), l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et les partenaires d'intervention FPT ont participé à diverses activités visant à soutenir l'intervention relative à la COVID-19 dans les collectivités et les partenaires métis, inuits et des Premières Nations, des Inuits et des Métis, notamment aux travaux du CCS. Ces activités de soutien sont résumées ci-dessous.

- **Préparation** : Ressources pour appuyer les mises à jour et l'activation de la planification en cas de pandémie; accès aux vaccins, aux fournitures médicales et à l'EPI; formation; lignes directrices. Dans le contexte de la phase de transition de la pandémie de COVID-19 (vers la gestion de la maladie comme une autre maladie infectieuse au Canada), tous les partenaires continueront à travailler afin de fournir aux collectivités autochtones les outils et les ressources nécessaires pour intervenir contre les grappes d'éclosion dans les collectivités.
- **Ressources humaines en santé** : Ressources pour appuyer le personnel infirmier embauché par une collectivité et d'autres travailleurs de la santé ainsi que la capacité d'appoint des ressources humaines en santé, y compris le soutien du personnel infirmier, médical et paramédical, et les services d'affrètement pour amener les ressources humaines en santé dans les collectivités. Services aux Autochtones Canada collabore présentement avec ses bureaux régionaux, ses partenaires autochtones et d'intervention FPT, et les collectivités en vue d'établir une équipe d'intervention d'appoint composé de logisticiens, d'épidémiologistes, de personnel infirmier en santé publique et des travailleurs sociaux. L'objectif principal des membres de l'équipe consisterait à faire des déploiements dans les régions et collectivités qui cernent les besoins et les exigences de capacité pour une intervention de santé publique, la surveillance et la gestion et l'intervention de crise en santé mentale. D'autres ressources sont également requises pour répondre aux besoins logistiques de ce personnel embauché par la collectivité, y compris en termes d'infrastructure et de logement.
- **Infrastructure** : Ressources pour fournir des solutions d'hébergement temporaire et pour appuyer les collectivités dans leurs efforts de réaménagement des espaces existants afin d'offrir des espaces d'évaluation et d'appoint sécuritaires, et mesures de soutien d'appoint supplémentaires pour les composantes de la chaîne d'approvisionnement en aliments, en eau et autres, coordination de vols nolisés pour assurer la disponibilité de fournitures et de professionnels pour les infrastructures essentielles.
- **Prévention et contrôle des infections (PCI)** : Échange continu d'information (c.-à-d. orientations sur les mesures de santé publique et promotion de mesures sanitaires personnelles pour les personnes et les fournisseurs de soins de santé), formation et augmentation de la capacité d'appuyer l'intervention communautaire, y compris des messages d'intérêt public dans les langues autochtones. Offre de formation sur la PCI aux travailleurs communautaires et aux fournisseurs de soins de santé. Financement continu des collectivités et des fournisseurs de services pour accroître leur capacité de prévention et de contrôle des infections, y compris les écoles gérées par les Premières Nations, les foyers d'hébergement, les refuges pour victimes de violence familiale et les centres d'amitié.
- **Tests de dépistage** : Ressources pour développer les compétences et la capacité à effectuer des tests de dépistage de la COVID-19, y compris la distribution d'écouvillons de test et de tests moléculaires et les tests de détection des antigènes au point de service. En mars 2020, le LNM a lancé l'initiative pour les collectivités nordiques, éloignées et isolées en collaboration avec Services aux Autochtones Canada en vue d'établir une capacité de dépistage communautaire dans les

collectivités autochtones et éloignées à travers le Canada. Il est question de collectivités, d'organisations et des centres de service métis, inuits et des Premières Nations situés dans la collectivité ou des collectivités à proximité qui offrent des services de santé. Cette initiative visait à régler les retards inacceptables dans les délais d'exécution pour l'obtention de résultats de tests de dépistage auxquels étaient exposées les personnes vivant dans les collectivités nordiques, éloignées et isolées, au début de la pandémie. L'initiative pour les collectivités nordiques, éloignées et isolées; dirigée par les collectivités et rendue possible par le LNM, vise à ce que les collectivités autochtones aient accès à des services de diagnostic équivalents ou supérieurs à ceux des grands centres urbains, et aux résultats des tests en moins d'une heure. Depuis le 7 mars 2022, l'initiative a permis la mise en œuvre de tests de diagnostic dans plus de 300 collectivités autochtones à l'échelle du pays ou à proximité de ces dernières. Plus de 2 millions de tests et d'instruments liés à la COVID-19 ont été distribués par l'entremise de l'initiative. L'initiative servira de fondement pour le dépistage dans la collectivité d'autres maladies infectieuses (tuberculose, hépatite C, et autres) au-delà de la pandémie actuelle. Cette ressource sert d'infrastructure essentielle pour la préparation en cas de pandémie et la réponse aux éclosions pour les peuples autochtones et les populations difficiles à joindre vivant dans des collectivités nordiques, éloignées et isolées.

- **Conseils et directives sur la santé publique** : conseils et directives élaborées et mises à jour à l'intention des professionnels de la santé et les collectivités qui tiennent compte du contexte unique des collectivités.
- **Contrôle et prévention dans les établissements publics** : soutien aux établissements publics à risque élevé, tels que les écoles, les garderies, les restaurants et les établissements de soins de longue durée, pour la mise en œuvre des mesures de prévention contre la COVID-19. Il peut s'agir, entre autres, d'inspections et d'évaluations ciblées, et de la communication de directives, de conseils et de formation aux dirigeants des collectivités; aux exploitants des établissements et au personnel. La participation à des réseaux techniques pour établir et appliquer des interventions liées à l'immeuble, comme la ventilation, et orienter les politiques, les programmes et les possibilités de financement. Services aux Autochtones Canada poursuit sa recherche de ressources pour combler les lacunes dans la prestation de services avant la pandémie et pour éliminer l'arriéré créé par la réaffectation des ressources.
- **Gouvernance** : Continuer à travailler avec les partenaires des Premières Nations, des Inuits et des Métis, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), Santé Canada, le Centre des opérations du gouvernement de Sécurité publique Canada et d'autres ministères, ainsi que leurs homologues provinciaux et territoriaux, pour se doter d'une approche canadienne coordonnée et uniforme en réponse à la COVID-19 afin de protéger la santé et la sécurité de toutes les Premières Nations et de tous les Inuits et les Métis, peu importe l'endroit où ils vivent au Canada.
- **Communications** : Continuer à développer et à diffuser à grande échelle des messages au moyen du guichet unique de communications sur la COVID-19 Services aux Autochtones Canada pour les réseaux en produisant des messages d'intérêt public dans plusieurs langues autochtones. Utilisation des médias numériques pour atteindre davantage les intervenants au moyen de communications comme des mesures de santé publique et le maintien d'un référentiel en ligne, accessible au public, des ressources relatives à la COVID-19 pertinentes pour les peuples autochtones dans plusieurs langues et formats. Les appels multilatéraux avec des partenaires aux niveaux national et régional continuent.
- **Surveillance** : Adaptation de l'outil de surveillance de la grippe du Ministère pour faire le suivi de la COVID-19 dans les collectivités des Premières Nations et élaboration d'un outil de suivi pour éclairer des tableaux de bord sur les indicateurs clés de la COVID-19. Les données épidémiologiques et sur la vaccination relatives aux cas de COVID-19 sont régulièrement mises à jour sur la page Web de SAC

sur la COVID-19. SAC continue de financer et de faciliter les partenariats avec des initiatives de données fondées sur les distinctions et dirigées par des Autochtones. L'ASPC travaille avec les provinces et les territoires pour soutenir la collecte de renseignements sur les cas de COVID-19 et la vaccination, y compris la race/ethnicité et l'indigénité, afin de mieux comprendre les répercussions de la COVID-19 et d'éclairer la planification et les mesures d'intervention.

- **Planification de la réponse aux vaccins :** Collaborer avec les ministères fédéraux, les provinces et les territoires, ainsi qu'avec les partenaires des Premières Nations, des Inuits et des Métis, pour veiller à ce que les établissements de santé des collectivités autochtones disposent des fournitures de vaccination, de l'EPI, des trousse de dépistage et des ressources humaines en santé nécessaires pour administrer le vaccin, au besoin. L'animation d'un groupe de travail sur la planification des vaccins contre la COVID-19, avec des représentants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, ainsi que des partenaires des Premières Nations, des Inuits et des Métis, afin d'élaborer conjointement des approches visant à favoriser l'accès continu aux vaccins contre la COVID-19 pour les collectivités et populations autochtones, y compris celles vivant en milieu urbain. Les travaux sur l'accès aux vaccins et la planification de la réponse pour les peuples autochtones se poursuivront pendant la phase pandémique et les phases de transition et interpandémique, au fur et à mesure que les besoins de doses supplémentaires se manifesteront au sein de populations mal desservies en raison de variants préoccupants et du déclin de l'immunité, etc.

Compte tenu des connaissances et de la rétroaction acquises à ce jour, une collaboration et un financement continus sont nécessaires pour aider les collectivités et les partenaires des Premières Nations, des Inuits et des Métis à faire face à toute augmentation subite des cas ou résurgences futures. Ceci inclut un accès continu à des fournitures de dépistage en temps opportun, à des laboratoires provinciaux et territoriaux pour le traitement et la communication de résultats, y compris des tests au point de prestation pour les collectivités nordiques, éloignées et isolées et une capacité à détecter les variants préoccupants.

L'accès à des soins pour traiter les symptômes plus graves de la COVID-19 dans les collectivités éloignées et isolées exige également que des ententes permanentes, ou de nouvelles ententes, soient conclues pour assurer un nombre suffisant de lits dans les hôpitaux au sud du 60e parallèle, afin d'appuyer le traitement des Autochtones vivant dans des collectivités nordiques, éloignées et/ou isolées sans ce type de service. Dans les collectivités où il y a des établissements de soins de longue durée ou des résidences pour personnes âgées, il est important d'avoir accès à des ressources adéquates pour appuyer leur planification visant à assurer la sécurité et la santé des Aînés – y compris le financement pour prendre des mesures de base de prévention des infections (c.-à-d. EPI, vaccin antigrippal à forte dose, produits de nettoyage, etc.), ainsi que pour l'élaboration de mesures de santé publique.

En prenant appui sur les leçons tirées de la grippe H1N1 et de la COVID-19, nous savons que les écarts de longue date en matière de santé publique et les inégalités en matière de santé entre les Premières Nations, les Inuits et les Métis, et les Canadiens non autochtones augmentent la probabilité et la gravité potentielle d'une éclosion de COVID-19 dans les collectivités autochtones, et nous l'avons constaté tout au long de la pandémie, ainsi que dans nombreux cas, des populations autochtones urbaines. Ces inégalités sont souvent exacerbées dans les collectivités éloignées ou accessibles uniquement par avion, où l'accès aux fournitures et aux services de soins de santé nécessaires est limité comparativement aux collectivités non autochtones. Nous savons également que pendant la pandémie de grippe H1N1, les données pour les populations des Premières Nations, des Inuits et des Métis n'ont pas été saisies de façon uniforme ou d'une façon qui permet de soutenir les collectivités dans leurs efforts de préparation

et d'intervention. Le gouvernement fédéral a adopté une approche fondée sur les distinctions pour veiller à ce que les droits, les intérêts et la situation uniques des Premières Nations, des Inuits et des Métis soient reconnus, confirmés et mis en œuvre. Dans ce contexte, il prend en compte les réalités culturelles et socioéconomiques des collectivités inuites, métisses et des Premières Nations concernées. Il est nécessaire de procéder à une analyse dirigée par les Autochtones et fondée sur les distinctions des données sur la COVID-19 pour faire progresser des approches appropriées sur le plan culturel et fondées sur des données probantes pour les collectivités inuites, métisses et des Premières Nations.

La stratégie ou approche, les mesures et les résultats attendus de ces préparatifs à court, moyen ou long terme sont présentés ci-dessous.

À court terme : À court terme, il faut poursuivre le travail pour s'assurer que les collectivités et les organisations des Premières Nations, des Inuits et des Métis ont accès aux fournitures nécessaires (p. ex. EPI, vaccins et fournitures administratives connexes), aux ressources humaines et au financement pour soutenir la réponse à la COVID-19 et la planification des vagues futures. La planification de la vaccination est une priorité à court terme et se fait par le biais d'efforts de collaboration au sein de groupes de travail afin de faciliter un accès culturellement sûr et équitable au vaccin contre la COVID-19 pour tous les peuples autochtones, quel que soit leur lieu de résidence au Canada. Des communications concernant les vaccins sont élaborées et diffusées dans plusieurs langues autochtones, en partenariat avec des leaders et des organisations autochtones, afin de renforcer la confiance dans la vaccination. SAC et l'ASPC continuent de travailler avec leurs partenaires pour plaider en faveur de la priorisation de l'accès des peuples autochtones au vaccin contre la COVID-19.

Il est nécessaire de poursuivre les travaux sur la surveillance et le suivi de l'administration des vaccins contre la COVID-19, qui sont en cours avec les ministères fédéraux, les provinces et territoires ainsi que les partenaires autochtones. Il est essentiel d'avoir des ressources pour appuyer la collecte, la gouvernance et l'infrastructure de données dirigées par les Autochtones afin d'optimiser l'utilisation des données à long terme au Canada. Il faut des ressources pour renforcer le soutien en santé publique dirigé par la collectivité, la communication et les renseignements culturellement adaptés et les travaux, ainsi que de la formation et le renforcement des capacités pour appuyer ces fonctions.

À moyen terme : Au fur et à mesure que les programmes de vaccination contre la COVID-19 se poursuivront et que l'approvisionnement en vaccins augmentera, le suivi et les rapports sur l'utilisation et l'efficacité des vaccins seront essentiels. SAC continuera également à travailler avec ses partenaires autochtones pour accroître la confiance envers les vaccins, en s'appuyant sur les enseignements tirés du déploiement initial des vaccins. Il faut continuer à travailler pour appuyer l'accès aux soins des patients, ainsi que le travail des travailleurs communautaires et du personnel infirmier dans les collectivités nordiques, éloignées ou isolées, et il est nécessaire d'augmenter le financement pour la télémédecine et les fournisseurs de soins de santé virtuels. Ces travaux visent à réduire l'arriéré prévu de rendez-vous médicaux ou avec un spécialiste après la phase d'intervention contre les infections graves par le virus de la COVID-19, et à soutenir l'accès à des soins en temps opportun qui favoriseront de meilleurs résultats pour la santé. Une surveillance continue des feux de forêt et des inondations dans le contexte d'éventuelles évacuations et planification à la lumière de la COVID-19 sera maintenue au cours de l'été et de l'automne.

À long terme : Pendant la phase de transition, SAC travaillera avec ses partenaires pour faciliter les examens après action qui permettront d'appuyer le financement et la planification de la gestion des

urgences pour les futures pandémies. SAC appuiera la capacité de gestion des urgences en santé au sein des collectivités inuites et des Premières Nations par le financement durable des activités de préparation et à l'atténuation liées à la gestion des urgences sanitaires. L'organisation donnera également la priorité au renforcement de la capacité de gestion des urgences sanitaires et aux possibilités de formation respectueuses des valeurs culturelles avec les partenaires inuits et des Premières Nations.

SAC abordera également la gestion continue de la COVID-19 comme maladie infectieuse présentant une tendance saisonnière possible d'une incidence accrue. Une partie de ce plan de gestion comprendra la surveillance de signaux de haut niveau qui exigeraient un changement aux calendriers ou à la stratégie ou l'approche, ainsi que les mesures et les produits livrables subséquents. Notamment :

- la propagation communautaire de nouveaux variants préoccupants;
- un scénario d'éclosion communautaire continue et prolongée;
- les signaux et les risques de propagation dans la communauté, où les collectivités peuvent être plus à risque en raison de leur emplacement géographique;
- l'accès à des soins de santé pour traiter des symptômes plus graves;
- les pressions exercées sur le système pour les évacuations médicales;
- les changements du taux d'hospitalisation, du taux d'admission aux soins intensifs, du taux de mortalité des cas;
- le syndrome post-COVID-19 ou COVID longue;
- le taux de reproduction;
- les éclosions dans les établissements de soins de longue durée ou les pavillons des aînés;
- le changement de la répartition âge/sexe des cas.

Cette nouvelle approche globale pourrait englober l'éventail complet de services allant du soutien des personnes handicapées, à des approches de type « vieillissement chez soi », à des améliorations des soins de santé en établissement et aux services comme ceux requis par les jeunes adultes qui relevaient auparavant du principe de Jordan. Cette approche doit s'attaquer au racisme envers les Autochtones dans le système de santé et chercher, à titre de principe de base, à éliminer les inégalités en matière de santé pour tous les peuples autochtones.

Enfin, SAC entreprendra un examen en collaboration avec les collectivités, les partenaires et les organisations autochtones. L'examen portera sur les mesures prises au cours de la pandémie pour en savoir plus sur les défis, les succès, les faiblesses et les possibilités découlant de l'approche adoptée, ainsi que pour apprendre les différentes façons dont la pandémie peut influencer sur les collectivités autochtones comparativement aux collectivités non autochtones. Il est important de travailler en collaboration avec les collectivités, les partenaires et les organisations autochtones – de l'étape de la conception à l'évaluation – ce qui est essentiel à la création d'une possibilité de poursuivre l'effort de décoloniser les soins de santé et à la promotion de l'autodétermination autochtone dans le domaine de la santé publique.

Annexe 5 : Surveillance

Les activités de surveillance visent à fournir aux décideurs l'information épidémiologique et sur les risques dont ils ont besoin en temps opportun pour choisir des mesures éclairées. À l'instar de la surveillance nationale de la grippe (programme Surveillance de l'influenza), la surveillance de la COVID-19 est une initiative pancanadienne qui intègre de nombreux flux de données, y compris les systèmes de surveillance existants, à de nouvelles sources de données originales. Une surveillance continue de la COVID-19 aura lieu pendant la phase de transition, et les liens seront maintenus entre les différents secteurs de la santé afin que l'on puisse analyser les données en temps réel de façon à favoriser une détection précoce d'éventuels signes de recrudescence et l'examen des risques liés à la COVID-19 compte tenu des autres risques sanitaires.

Situation et point de mire actuels

À l'heure actuelle, les sources de données qui suivent permettent la surveillance de l'épidémiologie relative à la COVID-19 :

- Données sur les cas déclarés par les provinces et les territoires : Un ensemble de données national, précisant les caractéristiques socioprofessionnelles, la race/ethnicité, la profession, les symptômes, l'évolution et les résultats cliniques, l'exposition, la situation vaccinale et l'information sur la lignée du variant de tous les cas confirmés et probables de COVID-19 au Canada. Ces renseignements servent à surveiller et à définir les principaux facteurs épidémiologiques régissant la distribution de la COVID-19.
- Données agrégées des résultats de laboratoire déclarés par les laboratoires de santé publique des provinces : Le nombre de tests de détection du SRAS-CoV-2 effectués et le nombre de résultats positifs. Ces renseignements servent à mesurer le niveau de transmission du SRAS-CoV-2 dans la collectivité et à surveiller la nécessité d'apporter des changements aux pratiques de dépistage au sein de la collectivité.
- Données de séquençage du génome entier déclarées par les provinces et les territoires : Les données nationales de séquençage génomique précisent le variant du SRAS-CoV-2, qui peut être un variant préoccupant.
- Échantillonnage regroupé : La surveillance des eaux usées est en cours et s'annonce assez prometteuse en tant qu'élément de surveillance et d'alerte à l'échelle régionale.
- Données sur les voyageurs et le dépistage à la frontière : Elles servent à identifier de nouveaux variants génomiques et à surveiller les tendances à la frontière, ce qui facilite la détection précoce, la connaissance de la situation et, en association avec les mesures d'isolement et de mise en quarantaine, la réduction de la transmission au Canada par suite de voyages.
- Enquêtes spéciales : Impact de la COVID-19 sur des populations particulières, p. ex. les travailleurs de la santé.
- Réseaux de surveillance sentinelle :
 - Réseaux hospitaliers – Plusieurs sources de données en milieu hospitalier permettent de mesurer l'incidence de la COVID-19 dans les hôpitaux canadiens et de recueillir des renseignements détaillés sur les cas les plus graves.
 - Programme canadien de surveillance pédiatrique – Présence du syndrome inflammatoire multisystémique chez les enfants (SIM-E)
 - Systèmes et réseaux communautaires – Ils évaluent le niveau de transmission dans la collectivité et les caractéristiques épidémiologiques des cas de patients externes.

- Données accessibles au public – Source de données supplémentaires permettant d'accroître la connaissance de la situation sur la transmission de la COVID-19 dans les administrations canadiennes et à l'échelle internationale.
- Les partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux de la santé publique tirent parti des mécanismes et des procédures opérationnelles existants pour collaborer aux enquêtes pluri gouvernementales complexes portant sur la COVID-19. Cela permet la mise en commun de capacités et de ressources en vue d'atteindre l'objectif de mieux comprendre la COVID-19 au sein de nos collectivités.
- La surveillance des éclosions permet une collecte systématique des données sur les situations d'éclosion de COVID-19 au Canada grâce à un partenariat avec les autorités de santé publique fédérales, provinciales et territoriales.

Préparatifs et planification à long terme

La planification à long terme permettra d'adapter la stratégie de surveillance canadienne aux objectifs de gestion de la santé publique selon leur évolution au cours des prochaines phases de la pandémie. Parmi les principaux changements à la stratégie de gestion de la santé publique qui se répercuteront sur la surveillance, il y a : l'arrêt du dépistage par PCR à l'échelle de la population et la réduction ou l'élimination du suivi des cas par la santé publique, qui aura une incidence sur les données disponibles, et l'assouplissement des mesures de santé publique restrictives, qui pourrait avoir une incidence sur la situation épidémiologique de la COVID-19. Par suite de ces changements, de nouvelles méthodes de surveillance sont nécessaires à la prise de décisions en temps opportun quant aux politiques et aux interventions en matière de santé publique.

La stratégie de surveillance sera axée, dans la mesure du possible, sur un modèle à composantes multiples regroupant différents agents pathogènes, assorti d'un réseau de liens et d'une gestion des données plus efficaces. Les efforts viseront : i) la surveillance, la détection et l'évaluation d'éventuels signes associés à la COVID-19, notamment la détection des variants d'intérêt et des variants préoccupants; ii) la surveillance et la définition des caractéristiques cliniques et épidémiologiques de l'infection grave au SRAS-CoV-2 (c.-à-d. menant à l'hospitalisation ou à la mort); iii) une meilleure compréhension des conséquences de la COVID-19 et de la COVID de longue durée, notamment sur les populations à risque élevé de problèmes de santé; iv) la compréhension de la baisse de l'immunité conférée par les vaccins. De multiples sources de données sont nécessaires à ces efforts : certaines conviennent déjà, d'autres doivent être modifiées, et, enfin, de nouvelles initiatives doivent également être mises en œuvre.

Les préparatifs et les activités en cours en fonction des échéances à court, à moyen ou à long terme prévues sont indiqués ci-dessous.

À court terme

- L'établissement de buts et d'objectifs pancanadiens de surveillance, d'un cadre mis à jour pour le système de surveillance (c.-à-d. la détermination des sources de données à retenir, à modifier et à mettre au point) et de directives de surveillance révisées aux fins de la période de transition.
- L'exploration d'options en vue de la mise en œuvre ou de l'amélioration de sources de données de surveillance dans la collectivité ou de type sentinelle (p. ex. surveillance de cohortes) afin de compenser la réduction de l'ampleur du suivi des cas peu graves par la santé publique.

- La surveillance de la performance des vaccins, notamment la couverture, l'innocuité et l'efficacité, la baisse de l'immunité et l'échappement vaccinal.
- La transition du séquençage en laboratoire appuyé par Génome Canada/RCanGéCO à un système intégré de surveillance et d'analyse génomiques appuyé par l'ASPC.
- Le soutien à l'opérationnalisation de la capacité génomique et des stratégies de criblage et le maintien de l'appui aux mécanismes favorisant les liens avec les données épidémiologiques et de laboratoire en vue de surveiller l'évolution virale, y compris les variants préoccupants.
- De nouvelles validations et une amélioration de l'intégration, ainsi que l'emploi de l'analyse des eaux usées à titre de mécanisme de détection précoce.
- L'amorce de la planification de la surveillance visant à déterminer les répercussions plus vastes sur la santé des Canadiens qu'ont eues la COVID-19 et les mesures de contrôle qui en ont découlé.
- Une planification à partir de scénarios afin que l'on puisse établir les éventuels signaux qui pourraient se manifester, les données de surveillance nécessaires à la détection et à la définition des signaux, ainsi que les interventions sanitaires qui devraient suivre.
- La mise en place rapide d'enquêtes épidémiologiques visant à caractériser la transmission et les effets des nouveaux variants, ainsi que l'incidence de la vaccination dans le contexte des éclosions.
- L'apport d'un soutien fédéral en matière de capacité de pointe.
- La communication efficace de renseignements opportuns avec les partenaires et la population canadienne.

À moyen et à long terme

- La mise en place rapide d'enquêtes épidémiologiques en cas de soupçons quant à la possibilité qu'un nouveau variant soit à l'origine d'une transmission renouvelée (échappement immunitaire) et/ou ait une incidence sur la gravité des conséquences de la maladie.
- La surveillance de la performance des vaccins, notamment la couverture, l'innocuité et l'efficacité, y compris les problèmes tels que la baisse de l'immunité et l'échappement vaccinal.
- La mise en place d'une surveillance ciblant les conséquences plus vastes de la réponse à la pandémie en vue d'orienter les actions de la santé publique.
- L'amélioration de l'intégration des données afin d'évaluer l'évolution de l'épidémiologie dans le contexte d'une vaccination et d'une immunité accrues pour favoriser la relance.
- Un établissement et un maintien continus des capacités en matière de données et d'analyse et des réseaux de transfert des connaissances pour privilégier la production et le partage de connaissances.
- L'évaluation de la possibilité de mettre en place des stratégies de surveillance du syndrome post-COVID-19 (« COVID longue »).
- L'opérationnalisation de la surveillance génomique des eaux usées et son intégration dans les efforts courants de détection et de suivi des agents pathogènes.
- La mise sur pied d'un centre national de référence qui permettrait la surveillance de la résistance aux médicaments, c'est-à-dire aux antiviraux autorisés dans le traitement de la COVID-19.
- L'appui à l'élargissement de l'accès au portail de données génomiques VirusSeq, afin que les équipes de recherche regroupant des intervenants FPT et universitaires aient accès aux données de laboratoire et aux données connexes sur les cas (projet pilote issu de la Stratégie pancanadienne relative aux données sur la santé).

- L'évaluation de la possibilité de mettre en place des stratégies permettant de détecter la transmission zoonotique et la transmission zoonotique inversée (zooanthroponose). Dans ce contexte, il serait possible d'exploiter certains des éléments déjà mis en place sur le plan du dépistage chez l'humain, de la réponse humaine et de la surveillance humaine fondée sur la génomique, de même que de nouveaux mécanismes plus élaborés que le simple signalement des organismes responsables de la faune au Centre national des maladies animales exotiques de l'Agence canadienne d'inspection des aliments (CNMAE-ACIA).

Variables ou signaux influant sur la planification

Il est possible qu'un nouveau syndrome ou un événement rare exige l'élaboration d'une nouvelle stratégie de surveillance ou des ajustements à cette stratégie, comme cela s'est produit pour le syndrome inflammatoire multisystémique chez les enfants (SIM-E).

La surveillance des éclosions (ou la collecte de renseignements sur les éclosions) pourrait faire état de nouveaux milieux ou de nouvelles populations touchés par les éclosions, ce qui pourrait précipiter l'émergence de nouveaux besoins en données, l'exécution d'activités de surveillance supplémentaires ou le besoin de recueillir des données sur de nouvelles variables pour éclairer les mesures à prendre. Par exemple, les éclosions chez les travailleurs étrangers temporaires ont fait ressortir le besoin d'être prêt à mettre en œuvre rapidement des mécanismes précis de surveillance et de coordination, et ont attiré l'attention sur la façon dont les déterminants sociaux de la santé (p. ex. logements surpeuplés, travail précaire, problèmes d'accès aux services médicaux) peuvent avoir une incidence sur la transmission et la capacité de freiner l'épidémie de COVID-19.

Les stratégies, les compétences et les capacités de surveillance seront établies en fonction d'un modèle de surveillance à composantes multiples regroupant différents agents pathogènes, en cette période de transition vers une nouvelle phase de la pandémie de la COVID-19. L'arrêt prévu du dépistage par PCR à l'échelle de la population entraîne la nécessité d'adopter de nouvelles méthodes de surveillance susceptibles d'éclairer de façon précise et opportune la prise de décisions quant aux politiques et aux interventions en matière de santé publique.

Annexe 6 : Activités de laboratoire en réponse à la situation

La surveillance en laboratoire fait partie intégrante du suivi de l'activité des virus respiratoires. Depuis le début de l'épidémie de COVID-19, le Laboratoire national de microbiologie (LNM) du Canada fait preuve de leadership en ce qui a trait aux tests de dépistage de la COVID-19 et à la mobilisation d'une capacité d'appoint pour les laboratoires de santé publique provinciaux et territoriaux. Le LNM a également contribué aux efforts nationaux et internationaux visant à mieux comprendre les caractéristiques de la COVID-19 qui peuvent éclairer l'élaboration de contre-mesures médicales.

Le LNM, Services aux Autochtones Canada et le RLSPC ont eu une collaboration étroite et fructueuse avec les collectivités nordiques, les collectivités isolées et les communautés autochtones, grâce à laquelle ces groupes ont bénéficié d'un meilleur accès aux outils de diagnostic en laboratoire (p. ex. tests aux points de service, plateformes de diagnostic, réactifs, formations). La collaboration avec le LNM a aussi permis à tous les territoires de mettre en place des tests de dépistage de la COVID-19.

La capacité de surveillance génomique du Canada a augmenté de façon exponentielle en raison de l'épidémie de COVID-19. La participation des provinces et des territoires aux efforts de séquençage dans l'ensemble du Canada par l'intermédiaire du Réseau canadien de génomique COVID-19 (RCanGéCO) a permis le séquençage rapide de volumes importants de données génomiques. Les communications suivies avec les partenaires de l'industrie, des universités et de divers ordres de gouvernement ont donné lieu à une approche collaborative du séquençage et de la surveillance des nouveaux variants du virus. Le Laboratoire national de microbiologie (LNM) joue un rôle de premier plan dans le soutien et l'orientation de ces efforts à tous les niveaux, y compris par ses analyses bio-informatiques et de laboratoire.

La surveillance du SRAS-CoV-2 dans les eaux usées, une méthode novatrice dont les analyses tiennent compte des variants préoccupants, constitue un complément par rapport aux données issues du dépistage et de l'épidémiologie clinique qui permet, rapidement et à faible coût, la détection précoce des éclosions et des hausses subites du nombre de cas. L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), par l'intermédiaire du Laboratoire national de microbiologie (LNM), a mis sur pied un réseau pancanadien de surveillance des eaux usées en collaboration avec des partenaires et des programmes clés de différents ordres de gouvernement (fédéral, provincial, territorial et municipal) et du milieu universitaire, en vue de vérifier la présence de la COVID-19 dans des échantillons d'eaux usées provenant d'un grand nombre de municipalités de l'ensemble du Canada.

Situation et point de mire actuels

La vague pandémique causée par le variant Omicron a entraîné une hausse subite du nombre de cas, et la demande en matière de dépistage a alors dépassé la capacité des laboratoires dans la plupart des provinces et territoires. Par la suite, la plupart des administrations provinciales et territoriales ont réservé l'utilisation des tests PCR au diagnostic de la COVID-19 à certains groupes cibles, dont les personnes non vaccinées, immunodéprimées ou travaillant ou vivant dans un milieu à haut risque; les directives de la santé publique au sujet du dépistage étaient différentes d'une administration à l'autre.

Les tests de détection rapides d'antigènes (TDRA) sont de plus en plus utilisés pour l'autodépistage et la détection des cas. Les TDRS sont moins sensibles que les analyses par RT-PCR, mais ils peuvent s'avérer judicieux dans les contextes de forte prévalence, où l'accès rapide à des tests de RT-PCR est limité. La

valeur prédictive positive des TDRA diminue à mesure que la prévalence réelle de l'infection dans une population cible diminue.

On a observé une évolution des nouveaux variants du virus, qui avaient des caractéristiques modifiées, telles qu'une transmissibilité accrue et un échappement immunitaire partiel, ce qui a représenté de nouveaux défis pour les Canadiens. Les laboratoires de santé publique du Canada, par l'entremise du RLSPC, relèvent ces nouveaux défis tout en continuant à répondre à d'autres besoins majeurs, liés ou non liés à la COVID-19, par le biais des activités suivantes :

- mise au point et validation de tests de dépistage diagnostique des variants préoccupants;
- mise à jour des directives FPT de criblage et de séquençage des variants du SRAS-CoV-2;
- soutien renouvelé pour ce qui est d'accélérer le séquençage du génome entier et d'améliorer la rapidité des analyses et de la communication de l'information sur les variants;
- transition de l'aide aux laboratoires de séquençage provinciaux et territoriaux, de la mise en place de capacités initiales par l'intermédiaire du RCanGéCO à un fonctionnement permanent grâce au soutien du LNM, qui déploie des efforts de surveillance génomique liés à l'émergence de variants préoccupants au Canada et à l'analyse des variants prédominants, y compris par des initiatives de surveillance à la frontière;
- acquisition d'échantillons de variants préoccupants utiles aux programmes de diagnostic et à la recherche au Canada, incluant l'évaluation de l'efficacité des vaccins par rapport à l'évolution des variants;
- poursuite des travaux sur l'évaluation des trousse de dépistage sérologique et l'élaboration d'outils sérologiques à l'interne comme le test de dépistage ELISA, les essais de neutralisation et les tests au point de prestation de soins (le travail sérologique appuie les travaux de la communauté plus générale de l'immunologie au Canada), incluant la capacité de distinguer l'infection naturelle des anticorps dérivés des vaccins;
- collaboration avec d'autres partenaires, comme les IRSC et les universités, pour entreprendre des études qui nous aident à comprendre les caractéristiques des agents pathogènes, y compris les différences apportées par les variants du virus;
- préparation continue à faire face à de multiples éclosions de virus respiratoires, si nécessaire, compte tenu du fait que les MSP en place ont largement supprimé l'activité de la grippe et du virus respiratoire syncytial, mais qu'une recrudescence pourrait être observée avec l'assouplissement de ces MSP;
- efforts consacrés à l'élargissement du réseau pancanadien de surveillance des eaux usées par l'intermédiaire de diverses collaborations fédérales-provinciales-territoriales-universitaires (actuellement, une proportion de près de 60 % de la population canadienne qui bénéficie d'un système de traitement des eaux usées est visée par la surveillance).

Préparation et planification

Pendant la vague liée au variant Omicron, l'accès aux tests de dépistage moléculaire dans la plupart des provinces et des territoires était limité en raison du nombre très élevé de cas. Un grand nombre de provinces et de territoires poursuivent leur transition vers le dépistage rapide et la responsabilisation individuelle pour réduire la propagation de la COVID-19. Cela implique de réduire l'accès aux tests de dépistage par PCR à l'échelle de la population afin de les utiliser dans le cadre de la surveillance génomique. Des efforts devront être déployés pour faciliter la transition vers une surveillance ciblée (p. ex. hôpitaux, établissements de soins primaires, frontières) tout en continuant d'effectuer un certain

nombre de tests de dépistage sur des échantillons prélevés sur des personnes choisies aléatoirement dans les collectivités.

Le LNM et le RLSPC entreprennent les activités suivantes afin de poursuivre la préparation à des poussées ou une recrudescence possible en fonction du scénario de la pire éventualité raisonnable, mais aussi dans le cadre de la vision à long terme de la préparation des laboratoires.

Le réseau pancanadien de surveillance des eaux usées doit être élargi de manière à couvrir davantage de Canadiens, particulièrement dans les régions nordiques, éloignées et isolées.

À court terme

- Maintenir une solide communication entre les partenaires en santé publique du Canada par l'entremise du RLSPC pour assurer des stratégies de réponse de laboratoire harmonisées et appropriées.
- Poursuivre une approche de collaboration solide pour mettre au point et valider les tests de diagnostic.
- Fournir un soutien pour les tests de dépistage au point de prestation de soins.
- Travailler ensemble à l'élaboration d'un solide programme de recherche collaborative sur les variants préoccupants du SRAS-CoV-2, leur détection et leur impact sur la santé publique au moment de l'administration des vaccins.

À moyen terme

- Continuer à optimiser les diverses plateformes de test et leur utilisation pour être en mesure de déterminer si les personnes ont déjà été infectées, en particulier pour les fournisseurs de soins de santé et d'autres fournisseurs de services comme la police, les pompiers et les travailleurs des établissements de soins de longue durée, entre autres.
- Continuer à simplifier les tests moléculaires et sérologiques ainsi que la détection des variants et le séquençage du génome entier, y compris la gérance des réactifs afin qu'ils soient conservés à mesure que la demande en matière de tests augmente.
- Continuer à élaborer, valider, et permettre un meilleur accès à des outils de diagnostic rapides comme les tests au point de service et, les tests auto-administrés (accorder la priorité aux collectivités nordiques, éloignées, isolées et autochtones).
- Continuer à travailler avec les provinces et territoires et d'autres intervenants pour orienter l'utilisation des tests dans des établissements spécialisés (comme les frontières).
- Mettre sur pied un programme d'épidémiologie durable fondé sur les eaux usées.
- Évaluer en continu les caractéristiques de rendement des tests rapides antigéniques et les approches liées aux échantillons; combler les lacunes dans la déclaration en santé publique des cas positifs détectés par des tests rapides antigéniques; fournir des directives mises à jour concernant l'utilisation des tests rapides antigéniques pour détecter l'infection par le SRAS-CoV-2.

Variables ou signaux influant sur la planification

Les données épidémiologiques de janvier 2022 commencent à indiquer une baisse du nombre de cas dans la plupart des provinces et territoires du Canada, mais une surveillance génomique efficace sera nécessaire en raison de l'allègement des MSP, de la transmissibilité très élevée du variant Omicron et de l'arrivée attendue de nouveaux variants qui seront hautement transmissibles ou qui échapperont à l'immunité. L'identification, la détection et le suivi rapides des nouveaux variants continueront d'être une priorité pendant la phase interpandémique.

Annexe 7 : Mesures de santé publique

Les mesures de santé publique (MSP) englobent toutes les mesures non pharmacologiques prises par des personnes et des autorités de santé publique (ASP) à l'échelle fédérale, provinciale-territoriale et locale pour réduire le risque de transmission d'une maladie infectieuse. Les MSP vont des mesures appliquées à l'échelle individuelle aux mesures communautaires prises dans les milieux collectifs autres que les établissements de santé (p. ex. écoles, lieux de travail, commerces, rassemblements, événements).

Les MSP à l'échelle individuelle comprennent celles que les personnes peuvent prendre pour se protéger et pour protéger les autres, comme le port du masque, la distanciation physique, l'amélioration de la ventilation intérieure, l'hygiène des mains, l'étiquette respiratoire, la surveillance de l'apparition des symptômes et le fait de rester à la maison si l'on est malade.

Les mesures communautaires, pour leur part, vont des campagnes d'éducation du public, des activités liées à la gestion des cas et des contacts et du port obligatoire du masque à des mesures restrictives visant à réduire les interactions et à prévenir la transmission dans certains groupes et milieux et dans la collectivité dans son ensemble. Les mesures communautaires restrictives ont pour but de réduire les contacts en limitant les déplacements, les activités et l'accès aux ressources et aux espaces publics. Ces mesures peuvent comprendre, par exemple : les fermetures des écoles, les restrictions concernant les rassemblements, les restrictions et les fermetures de milieux de travail et de commerces, les restrictions concernant les voyages entre les provinces et les territoires ou à l'intérieur d'une province ou d'un territoire, ainsi que les couvre-feux.

Les MSP se sont révélées efficaces pour réduire la transmission de la COVID-19, même dans les situations où des variants préoccupants hautement transmissibles étaient dominants^{9,10}. Toutefois, bon nombre de ces mesures ont des conséquences importantes qui doivent être prises en compte dans les décisions de santé publique. Ces conséquences doivent être soigneusement examinées et hiérarchisées par rapport à d'autres déterminants de la santé, tels que les impacts sur le développement de l'enfant, l'accès aux services de santé, la santé mentale, la violence familiale et sexiste, l'isolement et l'exclusion sociale, et les collectivités à risque. L'efficacité des MSP dépend du niveau de respect du public, qui est influencé par la fatigue pandémique et par des facteurs tels que les conditions de vie, de travail et de communauté, ainsi que les circonstances financières et sociales.

Depuis le début de la pandémie de COVID-19, l'intervention en santé publique FPT a consisté à travailler en étroite collaboration avec des partenaires multilatéraux, d'autres ministères ainsi que des partenaires des Premières Nations, des Inuits et des Métis pour élaborer, mettre à jour et diffuser des directives appropriées en matière de santé publique à l'intention d'un éventail de publics cibles sur la façon de détecter, de signaler, de prévenir et de gérer l'infection par la COVID-19. La formation du Groupe de travail sur la santé publique des collectivités autochtones éloignées et isolées, qui adapte les lignes directrices sur les MSP aux besoins, au contexte et aux considérations uniques de ces collectivités, en est un exemple.

À l'heure actuelle, les ASP continuent d'adapter les MSP (en les rétablissant, en les maintenant ou en les allégeant) en fonction des circonstances locales et au fil de l'évolution de la pandémie, notamment à la suite de l'émergence de nouveaux variants de la COVID-19 susceptibles de présenter une

transmissibilité ou une sévérité accrue ou d'échapper à l'immunité. Durant la phase de transition, il sera important de maintenir l'état de préparation face aux nouveaux variants préoccupants, aux recrudescences saisonnières, au déclin de la protection contre l'infection au fil du temps, ainsi qu'aux éclosions touchant des populations à risque élevé de problèmes de santé dans les collectivités. Les activités de préparation devront comprendre une communication publique des risques efficace pour préparer la population à toute modification de l'application des MSP.

Points de mire de la phase de transition

La phase de transition se concentre sur les éléments suivants :

- régulièrement mettre à jour les lignes directrices FPT et/ou de l'ASPC ou établir de nouvelles lignes directrices à mesure que les données probantes évoluent;
- continuer de fournir des conseils au public sur les manières d'évaluer et d'atténuer le risque de COVID-19 et aider le public à comprendre le contexte du risque;
- collaborer avec les intervenants FPT au rétablissement post-pandémie et à l'adaptation des MSP, au besoin;
 - consulter le [Adaptation des mesures de santé publique dans le cadre de la vaccination contre la COVID-19](#)
- normaliser les MSP à l'échelle individuelle afin qu'elles deviennent intégrées dans les pratiques quotidiennes pour aider à réduire le risque de transmission de la COVID-19 et d'autres maladies respiratoires (p. ex. rester à la maison si l'on est malade, améliorer la ventilation intérieure, se laver les mains, respecter l'étiquette respiratoire, nettoyer et désinfecter);
- continuer de promouvoir et normaliser l'utilisation de plusieurs couches de protection (p. ex. port d'un masque ou d'un appareil de protection respiratoire bien conçu et bien ajusté, distanciation physique, évitement ou restriction du temps passé dans les espaces clos et les lieux bondés) dans l'ensemble des provinces et des territoires, particulièrement dans les populations et les milieux à risque élevé. L'application individuelle de ces mesures devrait se fonder sur une évaluation personnelle des risques qui tient compte de l'activité locale de la COVID-19 et des facteurs de risque individuels;
- continuer à suivre la situation pour déterminer les éléments déclencheurs du rétablissement de certaines MSP (p. ex. variants préoccupants qui sont hautement transmissibles, causent des maladies graves ou peuvent échapper à l'immunité);
- cerner les lacunes actuelles sur le plan des connaissances et faciliter les activités de recherche pour orienter les conseils actuels et à venir concernant les MSP;
- à la lumière des évaluations et des consultations avec les intervenants, ainsi que des activités liées aux leçons tirées de la lutte contre la pandémie de COVID-19, évaluer le volet des MSP de l'intervention face à la pandémie de COVID-19 pour incorporer les commentaires dans la planification des MSP en prévision d'autres pandémies;
- mettre au point des stratégies et des messages de prévention proactive des maladies infectieuses saisonnières pour la COVID-19, comme on le fait pour d'autres maladies respiratoires (p. ex. grippe, maladies à VRS).

Variables ou signaux influant sur la planification

À l'avenir, il sera important de tenir compte des incertitudes et des défis concernant :

- l'émergence de variants préoccupants à l'échelon national et mondial, en particulier ceux associés à une transmissibilité accrue, à une maladie plus grave ou à un échappement immunitaire;

- la diminution de la protection conférée par les vaccins au fil du temps;
- les éclosions communautaires dans les populations à risque élevé de problèmes de santé;
- la fatigue pandémique, ainsi que les défis liés à l'adhésion et à la confiance du public;
- la gestion du risque pour les segments de la population qui ne sont pas vaccinés parce qu'ils ne sont pas admissibles (à cause de contre-indications médicales, par exemple) ou parce qu'ils choisissent de ne pas se faire vacciner.

Lorsqu'on détermine la nécessité de MSP supplémentaires, il convient de prendre en considération les indicateurs concernant, par exemple, l'épidémiologie de la COVID-19, les capacités en matière de soins de santé et de santé publique, ainsi que les mesures de réduction des risques visant les populations et les milieux à haut risque. Si des MSP sont rétablies, elles doivent être proportionnelles au risque dans la communauté, équilibrées par rapport au risque de conséquences involontaires de l'intervention et adaptées aux circonstances locales (en fonction, par exemple, des indicateurs clés et de facteurs tels que la transmissibilité et la gravité d'un variant préoccupant).

Annexe 8 : Prévention et contrôle des infections

Malgré leur incidence sur l'intervention FPT en santé publique, les conseils d'experts et l'orientation en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI) s'adressent surtout aux milieux de soins et aux professionnels de la PCI. Les conseils concernant la PCI se concentreront sur les mesures permanentes, établies en fonction des nouvelles connaissances scientifiques, qui permettront de gérer la COVID-19 comme une maladie infectieuse dont la circulation est permanente et prévisible au Canada.

Situation et point de mire actuels

Les activités d'intervention liées à la PCI sont actuellement axées sur ce qui suit :

- s'assurer que les documents de PCI déjà publiés pour la COVID-19 continuent de fournir des conseils pertinents, à jour et fondés sur des données probantes;
- formuler des conseils en fonction d'une présence permanente de la COVID-19 au Canada, particulièrement en ce qui concerne les pratiques de base, les précautions additionnelles et les autres aspects de la PCI.

Préparatifs/planification à long terme

Tous les documents d'orientation en matière de PCI pour la COVID-19 doivent faire l'objet d'un examen continu afin de s'assurer que ces documents reflètent les plus récentes connaissances scientifiques acquises sur la PCI, y compris les principales constatations publiées dans la littérature, en réponse à des données scientifiques nouvelles ou changeantes.

Variables ou signaux influant sur la planification

Si d'autres renseignements sur la prévention et le contrôle des infections émergent (p. ex. un changement de mode de transmission, une dominance de variants préoccupants avec des caractéristiques d'échappement immunitaire, ou des groupes de risque supplémentaires), il peut être nécessaire de réviser les documents d'orientation sur la PCI ou d'en élaborer de nouveaux.

Annexe 9 : Vaccination

En décembre 2020, le Canada a reçu ses premiers envois de vaccins contre la COVID-19 et a procédé à l'administration de plus d'un million de doses au cours des deux premiers mois de sa campagne nationale de vaccination. Depuis lors, le gouvernement du Canada a été en mesure d'offrir la primo-vaccination à toutes les personnes de 5 ans et plus résidant au Canada, ainsi que des doses de rappel à toutes les personnes admissibles.

Afin d'appuyer la poursuite de la campagne de vaccination contre la COVID-19, le Canada s'est assuré d'un approvisionnement suffisant en vaccins pour répondre aux besoins actuels et futurs, y compris les nouvelles formulations de vaccins qui pourraient être conçues à l'égard de variants particuliers.

Le gouvernement du Canada a conclu des ententes d'achat anticipé qui garantissent l'accès à plusieurs candidats-vaccins contre la COVID-19, dont ceux de Moderna, Pfizer-BioNTech, AstraZeneca, Janssen (Johnson & Johnson), Novavax, Medicago et Sanofi/GlaxoSmithKline. Les gouvernements provinciaux et territoriaux, de concert avec les partenaires fédéraux et autochtones, ont élaboré des plans pour la distribution et l'administration efficaces, efficaces et équitables des vaccins contre la COVID 19 dans l'ensemble du Canada. À cette fin, ils ont établi l'ordre de priorité des populations devant être vaccinées en premier, en fonction du risque d'effets graves et du risque d'exposition à la COVID-19, particulièrement dans le contexte d'un approvisionnement limité en vaccins.

Une grande partie de ce travail a été réalisée en collaboration avec le CCS et le Comité canadien d'immunisation (CCI), qui ont tous deux joué un rôle essentiel dans la réponse du Canada à la pandémie de COVID-19 en favorisant la collaboration FPT et un déploiement coordonné des vaccins. La plupart des plans d'immunisation provinciaux et territoriaux s'appuient sur les recommandations du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) du Canada, un organisme consultatif composé d'experts externes au gouvernement qui fournissent des conseils indépendants à l'Agence de la santé publique du Canada et aux provinces et territoires sur l'utilisation des vaccins autorisés au Canada. Le CCNI continue de formuler des conseils sur l'utilisation optimale des vaccins contre la COVID-19, à mesure que de nouveaux vaccins sont autorisés et que l'on continue d'obtenir de nouvelles données probantes et de nouvelles données du monde réel sur la COVID-19 et les vaccins contre cette maladie.

En plus du travail de collaboration avec les partenaires provinciaux, territoriaux et autochtones pour acheter, allouer, distribuer et administrer les vaccins de manière aussi efficace, équitable et efficiente que possible, des travaux ont été entrepris à travers le Canada pour surveiller l'innocuité et l'efficacité des vaccins contre la COVID-19, ainsi que la couverture vaccinale.

La vaccination restera un outil important pour prévenir les conséquences graves de la COVID-19, éviter que les capacités du système de santé ne soient dépassées et maintenir l'accès aux soins de santé liés ou non à la COVID-19.

Situation et point de mire actuels

En date du 24 février 2022, six vaccins contre la COVID-19 sont autorisés par Santé Canada en vue de l'utilisation au Canada, soit :

- deux vaccins à ARNm (Comirnaty de Pfizer-BioNTech, Spikevax de Moderna);
- deux vaccins à vecteur viral (Vaxzevria d'AstraZeneca et Janssen);

- un vaccin à sous-unité protéique (Nuvaxovid de Novavax);
- un vaccin à particules pseudo-virales (Covifenz de Medicago).

Le Canada conserve l'une des meilleures couvertures vaccinales au monde contre la COVID-19. Grâce à ses solides approvisionnements en vaccins, le Canada se concentre maintenant sur l'administration de doses de rappel et de doses pédiatriques à toutes les personnes admissibles au pays, en s'appuyant sur des données et des conseils scientifiques.

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les dirigeants des Premières Nations, des Inuits et des Métis et les autorités de santé publique continuent de collaborer³⁸ pour s'assurer que les programmes et les modèles d'administration de vaccins sont conçus et mis en œuvre de manière équitable, accessible et réceptive aux besoins individuels et collectifs, notamment grâce à des plans de communication et d'exécution solides et culturellement appropriés. Le Groupe de travail sur le déploiement des vaccins de l'ASPC a organisé plus de 50 activités de mobilisation bilatérales et multilatérales avec les provinces et les territoires, une répétition de concept et cinq sommets fédéraux, provinciaux, territoriaux et autochtones (dont quatre avec des présentateurs internationaux) pour discuter de divers aspects du déploiement des vaccins et faciliter la mise en commun des pratiques exemplaires et des leçons apprises.

La mise en œuvre prévue dans le Plan de distribution global, guidée par l'annexe sur les vaccins du document PCGP, se poursuit. Le plan de vaccination du Canada contre la COVID-19 comprend des systèmes améliorés de suivi des effets secondaires graves suivant l'immunisation (ESSI), le Programme pancanadien de soutien aux victimes d'une vaccination, l'évaluation de l'efficacité des vaccins et de leur adoption/couverture, l'attribution, le stockage et la manipulation, et les stratégies de livraison des vaccins. VaccineConnect, une plateforme numérique de gestion des vaccins, a été conçue pour compléter les systèmes informatiques de santé publique provinciaux et territoriaux existants, de façon à faciliter la gestion de bout en bout des vaccins et des produits thérapeutiques. Ces systèmes de suivi et de surveillance améliorés ont été essentiels pour signaler les problèmes d'innocuité, identifier les difficultés d'approvisionnement et informer l'ensemble des programmes d'immunisation.

Le Centre national des opérations (CNO) pour la COVID-19 est l'entité de coordination logistique fédérale et le point central pour la gestion de la livraison et de la distribution des vaccins aux provinces et territoires. Le CNO soutient les partenaires prenant part au déploiement de la vaccination contre la COVID-19 au Canada et continue de diriger le suivi de la livraison et de la distribution des vaccins partout au Canada.

L'ASPC a confié à des fournisseurs de services logistiques les tâches liées à l'importation, l'entreposage et la distribution de plusieurs candidats-vaccins. Les fournisseurs de services logistiques complètent les chaînes d'approvisionnement provinciales et territoriales et s'alignent sur les activités entreprises par les provinces, les territoires et les communautés autochtones, éloignées et isolées pour renforcer leurs chaînes d'approvisionnement. En s'appuyant sur le travail de collaboration réalisé à ce jour pour renforcer les chaînes du froid, un engagement FPT continu facilitera l'avancement de cette initiative dans toute la chaîne d'approvisionnement.

Un élément clé du déploiement de la vaccination contre la COVID-19 a été de s'assurer que les fournisseurs de soins de santé disposent de la formation, des outils et des ressources dont ils ont besoin pour soutenir les pratiques de santé publique entourant la primo-vaccination, les doses rappels et la vaccination pédiatrique. Le gouvernement fédéral continue de collaborer avec les provinces, les

territoires, les partenaires autochtones et d'autres intervenants et partenaires du système de santé pour faciliter le partage opportun des avis scientifiques et fournir des webinaires de formation, des conseils aux cliniques de vaccination et de l'information fondée sur des données probantes concernant les aides à la décision en matière de vaccination à l'intention des fournisseurs de soins de santé.

Le soutien au déploiement de la vaccination contre la COVID-19 vise également à promouvoir la confiance envers les vaccins et leur utilisation. Grâce à la mobilisation de partenaires, d'intervenants et d'experts clés, le gouvernement du Canada a adopté une approche collaborative pour mieux comprendre l'opinion et le comportement du public. Cette meilleure compréhension permet de créer des partenariats, des outils éducatifs, des projets de vaccination et des stratégies de communication qui contribueront à mieux faire connaître les vaccins contre la COVID-19 et à renforcer la confiance envers ces vaccins, tout en contrant la désinformation et la mésinformation sur l'innocuité et l'efficacité des vaccins. Le Fonds de partenariat d'immunisation (FPI) est un outil de financement clé de la boîte à outils fédérale. Le FPI soutient les partenaires en santé publique et des partenaires inhabituels aux échelons communautaire, régional et national, afin de lutter contre la désinformation et la mésinformation sur les vaccins, d'éliminer les obstacles à l'accès et de soutenir des stratégies culturellement appropriées pour augmenter la confiance envers les vaccins et les taux de vaccination, et pour réduire l'incidence des maladies évitables par la vaccination comme la COVID-19.

De plus, le gouvernement du Canada a travaillé en étroite collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et les partenaires autochtones pour mettre au point une attestation canadienne normalisée de vaccination contre la COVID-19. Cette collaboration a permis aux citoyens et aux résidents canadiens d'avoir accès à un moyen fiable et sûr de prouver leur statut vaccinal au pays et à l'étranger. Le gouvernement du Canada a par ailleurs travaillé avec des communautés et des organisations autochtones pour comprendre et répondre aux préoccupations que suscitent les attestations de vaccination, notamment les lacunes associées à la communication des données sur la vaccination des Autochtones dans les systèmes provinciaux et territoriaux.

Le Groupe de travail sur les vaccins contre la COVID-19 du gouvernement du Canada, ainsi que le Sous-comité conjoint de la bioproduction contre la COVID-19 ont aidé à déterminer les domaines d'investissement stratégiques en matière de recherche et développement de vaccins et de biofabrication nationale. Leur contribution a permis d'orienter les travaux que mène le portefeuille de la Santé, en partenariat avec Innovation, Sciences et Développement économique Canada, pour soutenir la capacité de production nationale à long terme et la préparation future à une pandémie. De plus, un forum de discussion sur les essais cliniques des vaccins contre la COVID-19 réunit des partenaires du milieu universitaire, du gouvernement et de l'industrie pour discuter des défis liés aux essais cliniques portant sur les vaccins et de la conception optimale.

Le gouvernement du Canada poursuit la mise en œuvre de la Stratégie en matière de biofabrication et de sciences de la vie, qui a été publiée en juillet 2021 et qui présente une vision à long terme pour renforcer le secteur canadien de la biofabrication et protéger les personnes contre les pandémies et autres urgences sanitaires à venir au Canada. Grâce à des investissements et des partenariats stratégiques, le gouvernement du Canada s'efforce d'accroître la capacité du Canada à développer et à produire rapidement des vaccins, des produits thérapeutiques et d'autres médicaments qui sauvent des vies. Une entente a notamment été conclue avec Moderna, une chef de file du développement de

vaccins contre la COVID-19, en vue de la construction d'une installation de pointe pour la production de vaccins à ARNm au Canada.

Préparatifs/planification à long terme

Par divers mécanismes bilatéraux et multilatéraux, le gouvernement du Canada continuera de collaborer avec les provinces, les territoires, les municipalités, les partenaires autochtones et d'autres partenaires pour faciliter le déploiement des vaccins contre la COVID-19. Les directives et les systèmes de suivi continueront d'être mis à jour en fonction de l'évolution de l'approvisionnement en vaccins. La Réserve nationale stratégique d'urgence a acquis des fournitures suffisantes, pour soutenir l'administration FPT des vaccins.

Les échéances des activités qui soutiennent le *Plan de vaccination du Canada contre la COVID-19* sont les suivantes :

À court terme

Préparation en vue de la vaccination et déploiement des vaccins :

- Veiller à ce que les vaccins soient déployés dans toutes les populations, à la suite d'une planification détaillée de la demande avec les provinces et les territoires, afin de permettre l'administration des doses subséquentes conformément aux recommandations, et ce, pour toutes les cohortes d'âges admissibles.
- Élaborer un plan favorisant la confiance envers les vaccins, dans le contexte où le Canada entreprend de gérer la COVID-19 comme une maladie infectieuse endémique. Notamment, continuer à intégrer des messages et des tactiques qui renforcent la confiance envers les vaccins dans les stratégies de communication des campagnes (p. ex. les doses de rappel et la vaccination des enfants contre la COVID-19).
- Continuer à fournir des fournitures auxiliaires aux provinces et territoires pour l'administration des vaccins et envisager le recours à d'autres technologies pour en optimiser l'utilisation.
- Travailler avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et les partenaires autochtones pour s'assurer que les attestations de vaccination contre la COVID-19 continuent d'être fournies de manière uniforme et fiable, et que les personnes se trouvant au Canada peuvent les utiliser au pays et à l'étranger si nécessaire.
- Travailler avec les partenaires pour 1) uniformiser l'admissibilité, l'accessibilité, la sécurité et le soutien des services en ce qui concerne les attestations de vaccination partout au pays; et 2) mettre à jour l'attestation en fonction de l'évolution des besoins à l'échelle internationale et nationale.

Surveillance des vaccins :

- Continuer à collaborer avec les provinces et les territoires pour surveiller l'innocuité des vaccins et la couverture vaccinale et mettre de l'information à la disposition des Canadiens pour favoriser la confiance envers les vaccins.
- Surveiller l'efficacité des vaccins pour éclairer les décisions stratégiques, y compris la nécessité de doses de rappel supplémentaires.
- Définir les stratégies de vaccination et les priorités de recherche liées aux vaccins en fonction de l'évolution du contexte épidémiologique et des nouvelles données (p. ex. les données sur la durée de la protection vaccinale).
- Développer des fonctionnalités supplémentaires de VaccineConnect, le système numérique de gestion des vaccins, afin de soutenir la gestion des programmes de vaccination des administrations et l'établissement de rapports pancanadiens.

Acquisition de vaccins :

- Gérer les ententes d'approvisionnement actuelles et futures, à la lumière des données et des conseils scientifiques, afin de soutenir les campagnes de vaccination provinciales et territoriales contre la COVID-19. Il s'agit notamment d'offrir une combinaison appropriée de vaccins à ARNm et de vaccins d'autres types, ainsi que de concilier les besoins actuels et futurs en matière d'approvisionnement, en tenant compte des nouvelles technologies et formulations de vaccins.
- Continuer de collaborer avec les fabricants afin d'obtenir une formation et des conseils suffisants, grâce auxquels les provinces, les territoires, les partenaires autochtones (Premières Nations, Inuits et Métis) et le ministère fédéral pourront gérer les activités prévues d'approvisionnement et de distribution des vaccins.
- Continuer, avec les partenaires FPT et internationaux, de travailler à la gestion des doses excédentaires par rapport aux besoins nationaux, de façon à soutenir l'engagement du Canada envers l'équité vaccinale dans le monde.

Mobilisation :

- Poursuivre la collaboration FPT et avec les Autochtones pour promouvoir la confiance à l'égard des vaccins et favoriser la vaccination, y compris les doses de rappel et les doses pour enfants, en réduisant les obstacles à la vaccination, notamment en facilitant l'accès à des centres de vaccination communautaires et à des cliniques mobiles.
- Continuer de favoriser la collaboration FPT dans le cadre de l'intervention canadienne de lutte contre la pandémie de COVID-19 par le biais du Comité consultatif spécial FPT, du CCI et d'engagements bilatéraux et multilatéraux.
- Conjointement avec Services aux Autochtones Canada et la Direction générale de la santé des Premières nations, poursuivre le dialogue avec les partenaires autochtones afin d'appuyer la collaboration pour la mise en place de programmes de vaccination et de modèles d'administration des vaccins équitables, accessibles et répondant aux besoins et aux conditions dans les collectivités.
- Poursuivre le dialogue FPT et avec les Autochtones pour la mise en commun des défis et des leçons apprises, notamment des stratégies pour renforcer la capacité de déploiement des vaccins, établir des objectifs de couverture vaccinale au sein des populations et des communautés difficiles d'accès, et préparer un déploiement rapide des nouvelles préparations vaccinales pour les groupes d'âge admissibles ainsi que des doses de rappel supplémentaires, au besoin.
- Fournir, par l'entremise du Fonds de partenariat d'immunisation, un soutien continu aux efforts des partenaires aux niveaux communautaire, régional et national pour rejoindre les populations à risque et mal desservies, réduire les obstacles à l'accès, et augmenter la confiance à l'égard des vaccins et leur utilisation au moyen d'approches fondées sur des données probantes et adaptées à la culture.
- Poursuivre le dialogue bilatéral et multilatéral avec les partenaires internationaux pour s'assurer que la preuve de vaccination du Canada est acceptée à l'étranger, et chercher à établir un processus de vérification mutuelle/d'interopérabilité des attestations avec les autres pays lorsque cela est possible et approprié.

À moyen terme :

Préparation en vue de la vaccination et déploiement des vaccins :

- S'efforcer d'accroître la confiance à l'égard des vaccins, notamment par le biais de la sensibilisation du public et des campagnes de communication, des investissements dans des projets de partenariats et d'efforts adaptés ciblant la population dans son ensemble ainsi que des sous-groupes prioritaires au Canada, à mesure que les options de vaccination, l'admissibilité

et l'épidémiologie de la COVID-19 évoluent; et assurer la vaccination de rattrapage dans le cadre des programmes d'immunisation systématique.

- Se préparer à relever de nouveaux défis et à faire face aux besoins futurs en matière de vaccination de la population canadienne en s'appuyant sur des pratiques exemplaires et des leçons apprises durant la pandémie de COVID-19 grâce au renouvellement de la Stratégie nationale d'immunisation.

Surveillance des vaccins :

- Procéder à l'analyse des données ou appuyer celle-ci pour orienter les besoins en ce qui concerne les nouvelles préparations vaccinales destinées à assurer la protection contre les nouveaux variants préoccupants, les doses de rappel et/ou les programmes de vaccination saisonnière.
- Réaliser des évaluations de causalité et appuyer la recherche pour mieux comprendre les signaux particuliers relatifs à l'innocuité.
- Examiner de nouvelles méthodes de collecte de données et de nouveaux partenariats pour comprendre les obstacles à la vaccination.

Acquisition de vaccins :

- Gérer les accords relatifs à l'approvisionnement en vaccins, en tenant compte de la possibilité que l'on recommande la tenue de campagnes de vaccination saisonnière de rappel et de la nécessité d'obtenir des doses après 2023.
- Continuer de travailler avec les fournisseurs pour déterminer la disponibilité de nouvelles présentations de produits, notamment des formats à dose unique, afin de répondre aux besoins changeants en matière d'administration des vaccins au Canada.

Mobilisation :

- Établir et entretenir des relations, favoriser la mobilisation communautaire et fournir aux leaders de la communauté (p. ex. les leaders confessionnels, les organismes de soutien aux nouveaux arrivants, les organismes œuvrant auprès des familles et des jeunes) des renseignements fondés sur des données probantes, des ressources et des outils pour appuyer les choix éclairés en matière de vaccination et remédier à la désinformation et à la désinformation.

À long terme :

Préparation en vue de la vaccination et déploiement des vaccins :

- Examiner les innovations/stratégies permettant d'accélérer la distribution et l'utilisation des vaccins et des autres contre-mesures médicales, ainsi que d'en accroître la portée, pour soutenir la planification d'une intervention plus efficace et efficiente dans le cadre des pandémies et d'autres éclosions de maladies infectieuses.
- Favoriser la confiance continue à l'égard de la vaccination, ainsi que la promotion et l'utilisation des vaccins pour soutenir les programmes de vaccination contre la COVID-19 et pour protéger la population contre d'autres maladies évitables par la vaccination.
- Adapter le contenu de l'Annexe sur le vaccin du guide PCGP au contexte de la COVID-19, au besoin.
- Explorer les possibilités de tirer parti de VaccineConnect pour appuyer les initiatives de contre-mesures médicales pancanadiennes au-delà de la pandémie de COVID-19.

Surveillance des vaccins :

- Assurer une surveillance continue de l'innocuité et de l'efficacité des vaccins ainsi que de la couverture vaccinale en collaboration avec les partenaires.

- Évaluer les efforts actuels de surveillance des vaccins afin d'orienter la détection des signaux et la surveillance des risques pour la population ou la protection contre les maladies évitables par la vaccination.
- Tirer parti de la surveillance actuelle de la couverture vaccinale afin de s'assurer que les données probantes nécessaires sont disponibles pour évaluer le degré de protection des différentes populations.

Acquisition de vaccins :

- Planification stratégique pour l'approvisionnement continu en vaccins contre la COVID-19, y compris la capacité de biofabrication nationale, les modèles d'allocation et de distribution, ainsi que la logistique, selon les besoins.

Mobilisation :

- Maintenir et améliorer des infrastructures de collaboration robustes avec des partenaires provinciaux, territoriaux et autochtones pour appuyer l'évolution des campagnes de vaccination contre la COVID-19 et orienter l'intégration des leçons apprises dans les programmes d'immunisation systématique.
- Collaborer avec des partenaires et des intervenants clés pour déterminer comment favoriser une plus grande acceptation des vaccins à l'échelle du Canada, en tenant compte des leçons apprises et des pratiques exemplaires dans le cadre de la pandémie de COVID-19, ainsi que pour permettre une intervention efficace en cas d'éventuelles pandémies futures et d'autres éclosions de maladies infectieuses.
- Mettre en application les leçons apprises sur la confiance à l'égard des vaccins contre la COVID-19, et sur la promotion et l'utilisation des vaccins, pour soutenir et maintenir les partenariats et les efforts de sensibilisation communautaire visant à favoriser la mobilisation; fournir aux leaders de confiance de la communauté des renseignements fondés sur des données probantes, des ressources et des outils permettant de remédier à la désinformation, de renforcer la confiance à long terme à l'égard de la vaccination et d'appuyer les choix éclairés en matière de vaccination afin de protéger la population contre les maladies évitables par la vaccination.

En plus de la planification de la vaccination contre la COVID-19, la réduction des hospitalisations attribuables à la grippe saisonnière et à l'infection pneumococcique envahissante grâce à l'augmentation de la couverture vaccinale peut permettre de préserver à la fois les ressources de santé publique (p. ex. diagnostic/dépistage, intervention en cas d'éclosion) et la capacité du système de santé (c.-à-d. visites en consultation externe et hospitalisations).

Programmes d'immunisation systématique et vaccins contre la grippe

La pandémie de COVID-19 a exigé des ressources de santé publique importantes et s'est indirectement traduite par l'interruption temporaire ou la perturbation des programmes d'immunisation systématique pour que la priorité soit accordée aux efforts de lutte contre la pandémie. À mesure que l'on assiste à la levée des mesures de santé publique par les provinces et les territoires ainsi qu'à l'augmentation des voyages, on pourrait également observer une augmentation du risque de maladies évitables par la vaccination. Il sera important d'assurer la surveillance de la couverture vaccinale dans le cadre du programme d'immunisation systématique ainsi que de cerner et de combler les lacunes dans la vaccination systématique afin de prévenir toute nouvelle propagation et éclosion de maladies évitables par la vaccination, et de s'assurer que la pandémie ne laisse pas de lacune durable en matière de vaccination dans de nombreuses collectivités canadiennes.

Le CCNI reprendra graduellement ses activités pour fournir des conseils sur d'autres maladies évitables par la vaccination à mesure que de nouveaux produits de vaccination arriveront sur le marché, de même que pour envisager l'utilisation stratégique des produits existants pour prévenir la réémergence de maladies évitables par la vaccination et promouvoir l'équité en santé. Il faudra mettre à jour les directives de l'ASPC sur la gestion des éclosions de maladies évitables par la vaccination (p. ex. la rougeole) pour se préparer à une réapparition possible des maladies évitables par la vaccination à la lumière des lacunes en matière d'immunisation découlant de la pandémie. Le CCI, quant à lui, reprendra ses activités relatives à la vaccination systématique pour s'assurer de remédier à toute lacune à cet égard découlant de la pandémie, ainsi qu'à tout autre problème lié aux programmes d'immunisation.

Variables ou signaux influant sur la planification

L'évolution des données probantes sur l'efficacité des vaccins et le niveau de confiance à l'égard des vaccins feront l'objet d'une surveillance pour appuyer la planification continue du soutien en ce qui concerne l'éducation, la sensibilisation et l'adoption dans le cadre des programmes et des campagnes de vaccination systématique, y compris la réponse aux déclarations ou aux signaux d'ESSI. Cela exigera une surveillance continue des ESSI, la promotion de la santé et l'éducation en la matière, la surveillance de la confiance à l'égard des vaccins, le soutien des fournisseurs de soins de santé, les partenariats de projets, ainsi que le recours à la science du comportement et à l'expertise en matière de communication des risques.

Annexe 10 : Mesures internationales en matière de santé des voyageurs et aux frontières

Depuis le début de la pandémie, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a considérablement modifié ses programmes de santé des voyageurs et aux frontières, et en a élargi la portée, pour axer ses efforts sur l'atténuation du risque d'importation de la COVID-19. Ces mesures, en plus des autres mesures d'intervention FPT, visent à s'assurer ce que les provinces et les territoires disposent de la capacité nécessaire pour offrir des services de santé à la population canadienne. Avant la COVID-19, rien ne laissait présager que le Canada aurait à imposer de vastes fermetures de ses frontières pour lutter contre une pandémie. La réussite de la mise en œuvre des mesures sanitaires aux frontières et lors des voyages passe par une concertation et une coopération multilatérales étroites et permanentes avec les intervenants gouvernementaux et non gouvernementaux (p. ex., l'industrie du transport aérien).

Points de mire pour la phase de transition

Au cours des deux dernières années, plusieurs mesures en matière de santé des voyageurs et aux frontières, essentielles à l'intervention contre la COVID-19, ont été élaborées et mises en œuvre. Les mesures suivantes garderont leur importance pendant la phase de transition, alors que les partenaires FPT s'efforceront de réduire à un niveau maîtrisable localement l'incidence de la COVID-19 et des formes graves de maladie qui lui sont associées et de lancer les activités de reprise, tout en maintenant la surveillance, la capacité d'évaluation des risques et la préparation à une éventuelle recrudescence :

- l'application des dispositions de la *Loi sur la mise en quarantaine* et l'exécution de 74 arrêtés d'urgence à compter du 31 janvier 2022;
- l'interdiction initiale d'entrée des ressortissants étrangers (sauf exemption), suivie d'une restriction d'entrée en fonction du statut vaccinal;
- la restriction des vols directs en provenance de pays suscitant des inquiétudes par la publication d'un avis aux aviateurs (NOTAM);
- l'obligation pour les voyageurs d'obtenir un résultat de test négatif avant le départ d'un pays tiers si la qualité des tests dans un pays source de préoccupation pose problème;
- les exigences en matière de tests et de quarantaine ou d'isolement pour les voyageurs entrant au Canada, y compris le retour à un modèle de tests de surveillance après avoir rehaussé les exigences en matière de tests et de quarantaine en raison d'Omicron;
- le renforcement de la présence de personnel de la santé publique à la frontière (c.-à-d. que des agents de santé publique soient affectés à 36 points d'entrée à volume élevé) ainsi que l'amélioration de la capacité de l'ASPC d'effectuer des évaluations virtuelles de la santé liées à la COVID-19 par un accès à un système central de notification accessible en tout temps;
- la mise à jour des messages et des outils de communication destinés aux voyageurs, notamment par des conseils aux voyageurs, une présence sur le Web et des dépliants destinés aux voyageurs;
- les liens entre les lignes directrices et la surveillance fédérales et provinciales pour la gestion des voyageurs internationaux et nationaux;
- une coopération et un travail continu avec les partenaires provinciaux ou locaux des forces de l'ordre pour soutenir les activités de vérification de la conformité et d'application de la loi, dont la délivrance de contraventions aux voyageurs qui ne se conforment pas aux exigences fédérales en matière de quarantaine ou de tests;

- le renforcement des partenariats avec les autorités sanitaires provinciales et territoriales et d'autres acteurs clés pour soutenir la mise en commun des données, ainsi que le respect et l'application des mesures de quarantaine.

Variables ou signaux influant sur la planification

L'émergence du variant Omicron a mis en évidence la nécessité de procéder à une surveillance permanente et d'être prêt à intervenir en cas de recrudescence. Pour la suite, l'ASPC maintiendra une grande capacité d'intervention face à la COVID-19 en combinant des mesures relatives aux frontières et aux voyages pour :

- surveiller la situation relative à la COVID-19, notamment dans le but de détecter rapidement les variants préoccupants aux points d'entrée (PE) et de limiter leur importation;
- tenir compte des facteurs épidémiologiques nationaux, y compris les facteurs propres à une région et les mesures de santé publique provinciales et territoriales;
- suivre la progression de la couverture vaccinale contre la COVID-19, tant au pays qu'à l'international, et les preuves scientifiques actuelles de l'efficacité des vaccins;
- surveiller la disponibilité et la qualité des tests de dépistage de la COVID-19 au Canada et à l'étranger;
- actualiser la modélisation et l'analyse des risques émanant d'autres pays et des expériences internationales pour en tirer des enseignements;
- maintenir la capacité opérationnelle avant, pendant et après le passage de la frontière pour accueillir les volumes de voyageurs entrants et sortants prévus, en plus des mesures complémentaires en vigueur;
- définir des options de mesures frontalières évolutives en cas de recrudescence;
- évaluer les mesures frontalières, y compris le renforcement ou l'assouplissement des mesures en coordination et en conformité avec les exigences FPT (tout en tenant compte des capacités de l'ensemble du système de santé);
- prendre en compte la capacité des systèmes de santé et de santé publique à gérer l'augmentation possible des cas importés (dépistage, capacités des provinces et des territoires en matière de soins de santé, etc.);
- surveiller les volumes d'entrée au Canada par cohorte (statut d'immigration, but du voyage, etc.) et par mode d'arrivée.

Au fur et à mesure que les contextes international et national évoluent, les mesures relatives aux frontières et aux voyages doivent être adaptées en conséquence. L'ASPC travaille à la mise en place d'un cadre frontalier durable et adaptatif qui réduit le nombre de cas de maladies graves et d'issues défavorables tout en permettant la reprise économique, qui améliore le dispositif de surveillance prêt à intervenir si de nouvelles menaces sont détectées et qui applique les leçons tirées d'Omicron au Canada et à l'étranger. Il existe toute une gamme d'approches qui pourraient être envisagées et mises en œuvre selon n'importe quelle combinaison, à mesure que la vague actuelle provoquée par Omicron s'apaise.

- Restrictions mondiales : Réduire les restrictions pour les voyageurs, peu importe leur provenance, fournir aux Canadiens des conseils de voyage pertinents et poursuivre la surveillance aux frontières.
- Restrictions particulières à un pays : Supprimer l'interdiction d'entrée pour tous les ressortissants étrangers, mais maintenir ou imposer des restrictions pour les pays à haut risque sur une base exceptionnelle, en fonction du risque d'importation établi par les données des tests de surveillance provenant du programme de dépistage aux frontières canadiennes.
- Restrictions de cohorte : Modifier les exemptions aux interdictions d'entrée ou aux mesures frontalières après une analyse sectorielle.
- Attestations de test ou de vaccination : Continuer d'assouplir ou d'imposer des mesures en fonction des résultats de test ou de la preuve de vaccination des voyageurs, d'une manière qui est justifiée par les preuves scientifiques connues et qui tient compte des questions juridiques et éthiques, notamment en matière d'équité et d'accessibilité.

L'objectif de ce cadre frontalier sera de tendre vers une approche d'habilitation et de surveillance qui permet de réagir efficacement si de nouvelles menaces sont détectées. La surveillance demeurera l'objectif principal et un guide de préparation sera créé, car le gouvernement du Canada et les partenaires FPT doivent rester habilités à intensifier les mesures en cas de recrudescence de la COVID-19 ou de l'apparition de nouveaux variants préoccupants.

Annexe 11 : Infrastructures des systèmes de santé

Une recrudescence importante de la COVID-19 dans une province ou un territoire peut avoir une grande incidence sur la capacité des services de soins de santé et sur l'aptitude des organisations de soins de santé à fournir des soins optimaux à tous les patients.

Les entreprises canadiennes sont montées au créneau pour offrir leurs solutions et leur expertise, ou ont réorienté leurs installations de fabrication. Le Canada fabrique maintenant avec succès des produits thérapeutiques (p. ex., le Molnupiravir), des EPI, de l'équipement et des fournitures médicaux pour répondre aux besoins urgents des travailleurs de première ligne et assurer la sécurité des Canadiens en général. En outre, Innovation, Science et Développement économique Canada, Santé Canada, l'ASPC et SPAC continuent à travailler en étroite collaboration pour évaluer et surveiller la fabrication nationale d'équipement médical et fournitures médicales au Canada.

En ce qui concerne les traitements, l'Arrêté d'urgence concernant la prévention et l'atténuation de pénuries de drogues liées à la COVID-19, pris par la ministre fédérale de la Santé le 16 octobre 2020, introduisait de nouveaux outils permettant à la ministre de pallier les pénuries de médicaments — ou le risque de pénurie de médicaments — qui peuvent être causées ou exacerbées, directement ou indirectement, par la COVID-19.

Situation et points de mire actuels

L'intervention FPT en matière de santé publique, pour ce qui est des infrastructures du système de santé, a consisté à nouer des liens avec les partenaires chargés de la surveillance, de l'anticipation et de la planification des périodes de pointe au sein des systèmes de santé afin d'accroître les connaissances mutuelles et la conscience de la situation, et d'appuyer les activités d'intervention concernant la prestation de soins de santé aux patients atteints de la COVID-19 au Canada. À l'appui de ce travail :

- les provinces et les territoires ont pris des mesures pour appuyer la capacité d'appoint des hôpitaux et assurer un accès rapide à l'équipement et aux fournitures essentiels;
- le gouvernement du Canada continue de travailler avec les provinces et les territoires pour veiller à ce que les systèmes de soins de santé soient prêts à affronter les futures vagues du virus, pour appuyer les populations dans un état de vulnérabilité et les Canadiens chez qui le risque est élevé — notamment ceux qui reçoivent des soins de longue durée, des soins à domicile, des soins de courte durée et des soins palliatifs — et pour aider les personnes aux prises avec des difficultés liées à la santé mentale, à la toxicomanie ou le logement;
- les provinces et les territoires s'efforcent d'élaborer, d' étoffer et de lancer des outils de soins virtuels et de santé mentale, notamment en utilisant des fonds fédéraux pour soutenir les services provinciaux et territoriaux;
 - Le gouvernement fédéral entend également pérenniser le portail Espace mieux-être Canada, une ressource en ligne bilingue gratuite, à laquelle tous les Canadiens peuvent avoir accès à toute heure du jour et de la nuit; le portail sert de complément aux autres outils de santé mentale en ligne proposés par les provinces et les territoires;
- par l'intermédiaire du Fonds pour les soins de longue durée, les gouvernements travailleront ensemble pour protéger les personnes qui vivent et travaillent dans des établissements de soins de longue durée, notamment en effectuant des évaluations de l'état de préparation pour ce qui est de la prévention et du contrôle des infections, en apportant des améliorations aux systèmes

de ventilation et en embauchant et en formant du personnel supplémentaire ou en bonifiant les salaires pour favoriser la stabilité de la main-d'œuvre;

- le gouvernement fédéral soutient les mesures de prévention et de contrôle des infections dans les établissements de soins de longue durée, notamment en finançant l'expansion de l'initiative SLD+ d'Excellence en santé Canada (anciennement la Fondation canadienne pour l'amélioration des soins de santé) et en finançant la mobilisation de tierces parties dans le but de déterminer les ressources nécessaires pour effectuer des évaluations de l'état de préparation dans ces établissements et soutenir la formation sur la prévention et le contrôle des infections;
- le gouvernement fédéral soutient également les programmes provinciaux et territoriaux de dépistage sur les lieux de travail et dans les milieux de vie collectifs à haut risque par l'achat et la distribution de tests rapides gratuits;
- le gouvernement fédéral aide la Croix-Rouge canadienne et d'autres organisations non gouvernementales à constituer une main-d'œuvre humanitaire et à la maintenir en poste afin de fournir une capacité de pointe en cas d'éclosions de COVID-19 et d'autres urgences de grande envergure;
- la modélisation a été mise à contribution pour établir des projections de la demande;
- la mise en commun de données hospitalières (sur les taux d'admission, la capacité actuelle et l'utilisation de l'équipement, des fournitures et des ressources) a été intégrée aux produits de surveillance;
- le Comité consultatif de la logistique (CCL) a été convoqué en février 2020 afin de servir de forum de collaboration FPT, notamment pour définir les besoins FPT en matière d'EPI, d'équipement et de fournitures, en vue d'orienter les achats et de faciliter l'attribution.

Préparatifs et planification à long terme

En ce qui concerne la planification à long terme, le gouvernement du Canada continuera d'effectuer ce qui suit.

- Collaborer et travailler avec les provinces et les territoires pour mieux comprendre les besoins en tests rapides et en EPI partout au Canada;
- Étudier les possibilités de mettre en place une capacité de production nationale durable d'équipement médical et de fournitures médicales telles que les vaccins, les produits thérapeutiques, les tests rapides et les EPI;
- Surveiller les risques de pénuries de médicaments pour traiter la COVID-19 et travailler à l'élaboration et à l'adoption de stratégies en amont pour gérer ces risques, en collaboration avec les provinces et les territoires et avec les intervenants;
- Par l'intermédiaire de la réserve de Services aux Autochtones Canada (SAC) et de la Réserve stratégique d'urgence nationale (RNSU) de l'ASPC, fournir de l'équipement médical et des fournitures médicales aux communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis afin d'appuyer la prestation des services de soins de santé;
- Consulter régulièrement les gouvernements provinciaux et territoriaux pour déterminer s'ils ont besoin d'un soutien fédéral en matière de capacité de pointe dans le contexte de la COVID-19, notamment de ressources humaines en santé et d'unités hospitalières mobiles, ainsi que pour définir des initiatives à moyen terme qui viendront combler les lacunes dans les ressources humaines en santé du Canada, et encourager les provinces et les territoires à consolider leurs ressources humaines en santé existantes en ayant recours à d'autres sources, comme les diplômés internationaux en médecine et les professionnels de la santé qui ont des titres de compétence étrangers;

- Faciliter la mise en commun des meilleures pratiques relatives aux établissements de soins de substitution, au triage et à la gestion de la prestation de services de soins de santé non liés à la COVID-19, examiner les dernières données scientifiques connues afin d'étayer les orientations destinées aux milieux de santé et de mettre au point des approches adaptées aux communautés ayant des besoins de soins de santé qui leur sont propres, telles que les communautés éloignées, nordiques et isolées, les Autochtones vivant en milieu urbain, etc.;
- Coopérer avec les provinces et les territoires pour soutenir la reprise en toute sécurité des services de soins primaires et de santé mentale en personne (si ceux-ci ont été suspendus ou retardés, ou encore transférés vers des plates-formes de soins virtuels);
- Établir, par l'intermédiaire de l'Organisation des normes de santé et du groupe de l'Association canadienne de normalisation (CSA), de nouvelles normes nationales pour les soins de longue durée afin que les personnes âgées bénéficient du meilleur soutien possible, et travailler avec les provinces et les territoires pour que ces normes viennent susciter des changements durables;
- Agir davantage pour aider les gens à vivre plus longtemps chez eux;
- Collaborer avec les provinces et les territoires, ainsi qu'avec d'autres partenaires et intervenants, pour élaborer des normes nationales en matière de santé mentale et de toxicomanie. (Grâce à ces normes, les Canadiens pourront bénéficier de services de haute qualité en matière de santé mentale et de toxicomanie, quel que soit l'endroit où ils vivent ou se trouvent lorsqu'ils cherchent à obtenir des services);
- Travailler avec les provinces et les territoires pour s'assurer que tous les Canadiens ont accès à des soins de qualité, notamment à un médecin de famille ou à une équipe de soins primaires, pour accroître la capacité de prestation de soins virtuels et pour rendre plus accessibles les services de santé mentale.

Les gouvernements provinciaux et territoriaux, ainsi que les établissements de soins de santé, dont bon nombre fonctionnent déjà presque à plein rendement, continuent de planifier relativement à la façon dont ils se sont adaptés dans certaines régions (et pourraient le faire à l'avenir) pour faire face à un afflux potentiellement important de patients, y compris en établissant des protocoles de triage aux fins de l'affectation de ressources rares comme les lits de soins intensifs des ressources humaines spécialisées en santé. Dans les collectivités éloignées, nordiques et isolées, il est également essentiel de planifier d'éventuelles interruptions supplémentaires de la chaîne d'approvisionnement et des évacuations médicales en raison de conditions météorologiques.

Le niveau et le type de ressources requis du système de soins de santé pour gérer le syndrome post-COVID-19 (également appelé COVID longue) doivent également faire l'objet d'une planification coordonnée, d'autant plus que l'impact de ce syndrome reste à déterminer. La planification doit également tenir compte des répercussions et des changements importants qui se sont produits dans le système de santé en raison de la pandémie de COVID-19 au Canada, par exemple, la réduction imprévue des visites aux urgences pour des affections graves, le passage des soins primaires aux soins virtuels, les répercussions involontaires, mais graves sur la santé et la sécurité, du retrait des aidants familiaux des établissements de soins de longue durée, l'incidence accrue des surdoses d'opioïdes, les retards ou les diminutions de la vaccination de routine et l'arriéré des interventions non urgentes.

Les implications de ces répercussions et de ces changements comprennent la nécessité de planifier les éléments suivants : davantage de soins de soutien plus variés pour les personnes âgées, le « rattrapage » des examens, des traitements et des procédures médicaux retardés et la nécessité de planifier les vagues futures de manière à ne pas entraver les systèmes de soins de santé plus que nécessaire. En

outre, il sera important de comprendre les lacunes qui sont apparues, et les leçons à tirer de la manière dont elles ont été traitées, à l'intersection entre les MSP, les services de soins de santé et d'autres déterminants sociaux de la santé, afin de les prendre en compte de manière holistique pour la planification future. Par exemple, comment s'assurer que les personnes sans domicile fixe reçoivent un soutien adéquat pour pouvoir respecter les MSP (p. ex. les protocoles d'isolement et de quarantaine).

Variables ou signaux influant sur la planification

Si les établissements de soins de santé commencent à constater une augmentation du nombre de cas ou un changement des caractéristiques (p. ex. démographie, problèmes médicaux sous-jacents) des patients traités pour la COVID-19, le gouvernement du Canada continuera de collaborer avec les PT pour surveiller la capacité de l'équipement médical et fournitures médicales tels que l'EPI, les fournitures auxiliaires de vaccins, l'équipement biomédical et les lits d'unité de soins intensifs et y faciliter l'accès rapide. Le gouvernement fédéral continue d'être prêt à répondre aux demandes d'assistance et de soutien de pointe des PT (p. ex. soutien limité en matière de ressources humaines en santé, facilitation de la capacité des services de santé mobiles, sites d'isolement volontaire sûrs).

Annexe 12 : Communication et sensibilisation

La communication d'information et de conseils en situation d'urgence en santé publique est une intervention essentielle de santé publique qui aide à protéger la santé publique, à sauver des vies et à réduire au minimum les répercussions sociales et économiques globales. À cet égard, l'information doit être disponible en langage simple et en plusieurs formats et langues afin d'être accessible à tous les Canadiens, y compris ceux qui ont un faible niveau d'alphabétisation. À l'aide d'une approche de communication des risques, l'Agence de la santé publique du Canada, de concert avec d'autres ministères et homologues provinciaux et territoriaux et les partenaires autochtones, s'est efforcée de fournir aux fournisseurs de soins de santé, aux Canadiens et aux intervenants clés l'information complète, fiable, accessible, fondée sur des données probantes et communiquée en temps opportun dont ils ont besoin pour se protéger, protéger leur famille, protéger leur collectivité et protéger leur entreprise. Tandis que le Canada passe à une gestion durable et à long terme de la COVID-19, des communications proactives continues et ciblées provenant de sources fiables demeureront un outil important.

Priorités pour la phase de transition

L'accent demeure sur la communication de renseignements clairs, concis et opportuns, dans un contexte public en constante évolution, qui permettront de réduire la fatigue croissante liée à la COVID-19 ainsi que les renseignements erronés et la désinformation. L'objectif est de faire en sorte que les Canadiens disposent de l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions éclairées en vue de se protéger et de protéger leurs familles et leurs communautés contre la COVID-19.

Alors que les Canadiens se relèvent de la dernière vague, le moment est venu de souligner tout ce que nous avons accompli collectivement, d'adopter une perspective globale et de tracer la voie à suivre. Tandis que nous sortons de la phase d'intervention active, il est important de rester agiles et d'être prêts à réagir aux nouveaux risques de manière appropriée et proportionnée. Tous les ordres de gouvernement doivent faire savoir aux Canadiens que les progrès ne seront peut-être pas linéaires, et continuer à promouvoir les différents outils, notamment les vaccins, les traitements, la surveillance rigoureuse et les mesures de santé publique individuelles, afin d'éviter toute résurgence.

Les activités de communication, d'information du public et de publicité permettront ce qui suit:

- encourager l'utilisation continue des mesures individuelles de santé publique, notamment rester à la maison en cas de maladie, se laver les mains, porter un masque, assurer une bonne ventilation et effectuer des tests rapides;
- promouvoir les doses de rappel du vaccin contre la COVID-19 et la vaccination pédiatrique, ainsi que d'éventuels programmes de vaccination saisonnière, comme pour la grippe saisonnière;
- informer le public concernant l'évolution des mesures prises à la frontière;
- s'appuyer sur des sources crédibles et fiables pour contrer les renseignements erronés et la réticence à la vaccination;
- faire part des transitions vers la gestion de la COVID-19 en tant que maladie infectieuse permanente au Canada, lorsqu'il sera prudent de le faire;
- faire preuve d'empathie et d'honnêteté pour reconnaître que les efforts et les sacrifices des Canadiens ont permis de sauver des vies, indiquer que nous sommes maintenant dans une position plus favorable que jamais, et encourager chaque personne à continuer d'utiliser les divers outils mis à sa disposition.

Ces activités seront appuyées par les stratégies FPT, le contenu et les plans de mise en œuvre qui comprennent :

- suffisamment de recherches sur l'opinion publique (ROP) et de renseignements sur le comportement (au sujet des vaccins, des comportements, des mesures de santé publique, de la rentrée scolaire) pour cerner les priorités, les valeurs et les préoccupations de tous les Canadiens et saisir les variations régionales;
- des campagnes d'éducation du public (vaccins contre la COVID-19, MSP et santé mentale);
- des campagnes pour veiller à ce que les Canadiens soient au courant des exigences de voyage liées à la COVID;
- des activités de communication liées au dépistage et à la recherche des contacts.

Des communications efficaces seront assurées au moyen d'une approche coordonnée, stratégique et évolutive à l'égard de la sensibilisation et de la mobilisation. Il en sera ainsi pour les communications de l'administratrice en chef de la santé publique (ACSP), de l'administrateur en chef adjoint de la santé publique (ADPSP), des médecins hygiénistes en chef partout au pays et des autres porte-parole provinciaux, territoriaux et locaux, selon le cas, mais aussi pour les campagnes de sensibilisation du public, les efforts de mobilisation faits dans les médias traditionnels et sur les médias numériques, les médias sociaux et les mises à jour du site.

La sensibilisation et la mobilisation importantes d'un éventail d'intervenants de la santé et d'autres intervenants ont été un élément essentiel de la réponse nationale à la COVID-19. Ces activités de sensibilisation et de mobilisation ont évolué tout au long de la pandémie, passant de la mise en commun proactive des derniers développements et des dernières ressources en santé publique à la détermination des besoins et des points de vue des intervenants en matière d'information, en passant par la collaboration à l'élaboration d'orientations et d'initiatives de communication communes et par l'adoption d'une approche plus durable pour la gestion à long terme de la COVID-19. Une série d'intervenants ont été mobilisés par le biais de séances d'information régulières sur la COVID-19, de téléconférences et de webinaires, dont les suivants : Forum des professionnels de la santé de l'ACSP (organisations nationales de professionnels de la santé), organisations nationales paramédicales, médecins hygiénistes locaux, intervenants en matière d'infrastructures essentielles, intervenants en matière d'agriculture et d'agroalimentaire, groupes d'affaires, associations de voyageurs, compagnies aériennes et intervenants en matière de garde d'enfants et d'éducation. Une série de leaders communautaires ont aussi été mobilisés, notamment des organisations confessionnelles, des organisations représentant les communautés racisées et des organisations nationales et communautaires des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

Il a été et continue d'être particulièrement important de mobiliser les leaders de la communauté, les communautés autochtones, les communautés rurales, les communautés racisées, les groupes représentant les nouveaux arrivants au Canada et les organisations confessionnelles pour aider à fournir des renseignements essentiels³⁹.

Défis et facteurs à considérer

Les messages de la première phase de la pandémie étaient clairs : restez à la maison, pratiquez la distanciation physique, lavez-vous les mains, portez un masque. Maintenant l'environnement est beaucoup plus complexe.

- Étant donné que les populations et les capacités en matière de soins de santé diffèrent entre les administrations, il y aura des variations dans la façon dont chaque province, territoire et communauté évalue le risque et répond aux besoins de sa population. Les messages et leur diffusion doivent être clairs pour éviter toute confusion et assurer à la population canadienne que les responsables de la santé publique coordonnent leurs efforts.
- Les Canadiens ont traversé de nombreuses vagues partout au pays et il existe un réel équilibre qui doit continuer à être communiqué au fur et à mesure que nous nous éloignons de la phase de crise : recevoir les doses de rappel du vaccin contre la COVID-19, prendre conscience des risques personnels et familiaux, et continuer d'appliquer les mesures de santé publique individuelles. Ces messages peuvent aider les Canadiens à faire les bons choix pour eux-mêmes et leurs familles et peuvent aussi contribuer à réduire les effets de la fatigue pandémique.
- La COVID-19 demeurera parmi nous dans un avenir prévisible, et la santé publique continuera de jouer des rôles nouveaux et importants. Les messages doivent être conçus pour aider à gérer les attentes, et insister sur une approche fondée sur le risque.
- La perception du risque (et la conformité) chez les Canadiens variera en fonction de leurs expériences individuelles et de leur réalité unique. Les Canadiens doivent évaluer leur activité, leur tolérance au risque, le risque qu'ils représentent pour les autres et l'importance de leur propre comportement pour réduire ce risque. Nos efforts de communication doivent leur fournir l'information nécessaire pour le faire facilement et avec exactitude.
- Il y a encore beaucoup d'incertitude, ce qui influe sur la précision et la certitude de nos messages, surtout en ce qui concerne les nouveaux variants préoccupants. À mesure que la science évolue et que nous en apprenons davantage, les conseils aux Canadiens peuvent changer. Il sera important de continuer à communiquer ce que l'on sait et ce que l'on ignore.
- Il continuera d'y avoir une quantité excessive de renseignements sur la COVID-19, et certains Canadiens pourraient avoir de la difficulté à faire la distinction entre, d'une part, les renseignements erronés ou la désinformation et, d'autre part, les renseignements provenant des gouvernements et d'autres sources crédibles en matière de santé. Les efforts de communication doivent permettre de lutter contre la désinformation et de fournir à tous les Canadiens des renseignements fondés sur des données probantes qui les aident à prendre la décision de garder à jour leurs vaccins contre la COVID-19.
- La population canadienne s'attend à des communications rapides et réactives sur les nouvelles plateformes de médias sociaux (p. ex. TikTok, Instagram) et de la part de leaders et d'influenceurs qui sont importants et dignes de confiance au sein de leurs communautés et de leurs cercles de médias sociaux.
- La pandémie a mis au jour et accentué les inégalités sanitaires, sociales et économiques bien enracinées qui existent au Canada. Nous pouvons constater, plus que jamais auparavant, l'interaction des déterminants sociaux de la santé dans l'obtention d'effets négatifs sur la santé et la création d'inégalités en matière de santé. Les efforts de communication devront tenir compte des répercussions générales de cette pandémie et des conséquences de la réponse à la pandémie sur la santé.
- La recherche sur l'opinion publique a révélé que la confiance du public dans les messages de la communauté médicale et scientifique est en déclin. Des approches de communication collaboratives ou complémentaires et des messages uniformes dans l'ensemble des administrations peuvent aider à regagner la confiance du public.
- Tout au long de la pandémie, on a constaté que le public a amélioré sa compréhension des mesures de santé publique, ce qui peut être mis à profit dans la lutte actuelle contre la COVID-19 ainsi que lors de futurs événements de santé publique.

Variables ou signaux influant sur la planification

Les augmentations de cas nécessitant des changements ou le rétablissement de mesures ou de restrictions communautaires, ainsi que tout changement dans les connaissances scientifiques (p. ex. de nouveaux renseignements sur la COVID-19 qui exigent un changement dans la réponse du Canada en matière de santé publique ou dans les directives à l'intention de certaines populations), les changements aux mesures frontalières, l'apparition de variants préoccupants et la disponibilité des doses de rappel ou des vaccins pédiatriques sont autant de facteurs qui exigeront une mise à jour de la stratégie et des produits de communication FPT actuels.

Annexe 13 : Recherche

Le gouvernement du Canada a mobilisé rapidement les milieux de la recherche et des sciences du Canada en réponse à la propagation du nouveau coronavirus (le virus responsable de la COVID-19). Au début de la pandémie, les domaines de recherche se sont concentrés sur les contre-mesures médicales (vaccins, thérapies et diagnostics), la recherche en gestion clinique, la modélisation prédictive, ainsi que la recherche sociale et politique. Depuis, la recherche s'est étendue à des domaines comme la santé mentale et la consommation de substances pendant la pandémie, la sécurité dans les établissements de soins de longue durée, les expériences des communautés autochtones avec la COVID-19 et les variants préoccupants. La mobilisation de la communauté est importante pour garantir des approches de recherche appropriées sur le plan culturel.

Situation et point de mire actuels

- Le gouvernement du Canada a établi des mécanismes pour mobiliser des interventions rapides en recherche pour ce type d'urgence, qui ont été activés afin d'accélérer l'élaboration de contre-mesures médicales, d'appuyer la recherche prioritaire sur la transmission et la gravité de la COVID-19 et de comprendre les avantages et les limites possibles des contre-mesures médicales, sociales et stratégiques (p. ex. le Groupe de travail sur l'immunité face à la COVID-19).
- Au sein des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), le nouveau Centre pour la recherche sur la préparation en cas de pandémie et d'urgence sanitaire s'appuiera sur les forces du Canada en terme de recherche et continuera à accroître sa capacité à être un chef de file en prévention de, préparation à, réponse à, et rétablissement après des pandémies existantes et futures et des urgences en santé publique.
- Le financement pour le Centre pour la recherche sur la préparation en cas de pandémie et d'urgence sanitaire inclus des fonds pour les études sur le syndrome post-COVID-19 (autrement nommé COVID longue) au Canada.
- Santé Canada a établi et continue d'appliquer plusieurs mesures temporaires novatrices et souples pour aider à prioriser et à accélérer l'examen réglementaire des produits de santé liés à la COVID-19 sans compromettre les normes élevées du Canada en matière d'innocuité, d'efficacité et de qualité (ces mesures ont été mises en place pour faciliter l'accès sécuritaire et rapide aux produits dont les Canadiens et les travailleurs de la santé ont besoin).
- Un large éventail d'activités d'essais cliniques pour des produits thérapeutiques et des vaccins est en cours dans le cadre de l'essai Traitements canadiens contre la COVID-19 (CATCO).
- L'ASPC a établi un réseau pancanadien de surveillance des eaux usées pour le SRAS-CoV-2, en collaboration avec d'autres ministères fédéraux, les gouvernements provinciaux, territoriaux et municipaux et le milieu universitaire de partout au Canada, qui jette les bases d'une détection et d'une surveillance rapides de la COVID-19 au pays.
- Plusieurs programmes fédéraux visant à mobiliser l'industrie et les secteurs de l'innovation et de la recherche se poursuivent afin de continuer à lutter contre la COVID-19.
- Des réseaux comme CanCOVID, COVID-END et les centres de collaboration nationale ont été lancés pour faciliter les efforts de recherche et tirer parti de la synthèse, de l'application et de l'expertise des connaissances transdisciplinaires au sein des communautés scientifiques, politiques et sanitaires du Canada.
- La capacité des installations de recherche fédérales est mise à profit, et les organismes subventionnaires fédéraux sont stratégiquement alignés pour appuyer la capacité de recherche du Canada.

- Les connaissances sur la qualité de l'air intérieur sont mobilisées avec des partenaires fédéraux, provinciaux, territoriaux et du secteur privé.
- Le secteur privé canadien (R-D, fabrication) est mis à contribution pour apporter des solutions en recherche et développement.
- Le gouvernement du Canada appuie également diverses stratégies visant à présenter aux décideurs, de façon utile et en temps opportun, les conclusions importantes découlant de ces efforts de recherche.

Préparatifs/planification à long terme

Dans une version antérieure de ce plan, plusieurs besoins avaient été définis afin de se préparer à une augmentation de cas ou à une résurgence en fonction du scénario de la pire éventualité raisonnable. En plus des activités décrites ci-dessus, le travail a commencé sérieusement dans plusieurs domaines cruciaux.

- Renforcer notre capacité à réaliser des **travaux de modélisation pertinents de la COVID-19**.*
 - La pandémie de COVID-19 a mis en lumière le rôle important et la nécessité d'une capacité accrue et continue de mettre en œuvre la gamme complète d'outils de modélisation nécessaires pour appuyer la prise de décisions pendant une crise complexe de santé publique. Les modèles aident à prédire où et quand les infections par la COVID-19 peuvent émerger ou ressurgir, aident à prédire l'apparition de nouveaux variants préoccupants et peuvent être utilisés pour examiner les meilleures combinaisons d'approches pour contrôler la progression de la maladie et protéger la santé de la population canadienne, y compris la vaccination. Les groupes d'experts poursuivent leurs travaux sur la modélisation du taux de reproduction (R_t) au cours de la pandémie et travaillent à la modélisation de plusieurs scénarios de stratégies de désescalade, notamment la réouverture des frontières et la levée des restrictions de voyage.
- Examiner et traiter le besoin de **poursuivre les recherches et les études de surveillance** visant à mieux comprendre les mécanismes des infections, la transmission et l'immunité contre le virus du SRAS-CoV-2.*
 - Les gouvernements FPT se concentrent actuellement sur l'étude et le suivi de la diversité génétique du SRAS-CoV-2 dans tout le Canada afin de mieux réagir à sa propagation, particulièrement en ce qui a trait aux nouveaux variants préoccupants. Cependant, des travaux de recherche sont nécessaires pour examiner tout le potentiel de ces variants en matière de transmissibilité, de virulence et d'efficacité vaccinale, et pour surveiller leur émergence et leur présence au fil du temps. Le gouvernement du Canada a lancé le Groupe de travail sur l'immunité face à la COVID-19, qui mobilise les universités, les hôpitaux et les responsables de la santé publique à utiliser des méthodes d'analyse sanguine (sérologiques) pour suivre et étudier l'état immunitaire de diverses populations canadiennes. Ces méthodes seront utilisées pour appuyer la surveillance, l'innocuité et l'efficacité des vaccins. La nécessité d'une recherche et d'une coordination de la recherche avec les partenaires pour comprendre la dynamique de la transmission et les répercussions des mesures non médicales (p. ex. la ventilation, les purificateurs d'air portables, etc.) commence à prendre forme grâce aux premières études sur la transmission par aérosol dans les milieux à risque élevé, comme les hôpitaux, les prisons et les établissements de soins de longue durée. Des discussions et des travaux se poursuivent avec des partenaires nationaux et internationaux pour élaborer des modèles animaux relatifs à la COVID-19 et des contre-mesures médicales.

- iii. *Renforcer notre capacité à coordonner, à effectuer, à mobiliser et à utiliser un **examen rigoureux et rapide des données probantes**.*
- Un nombre croissant d'experts au sein et à l'extérieur du gouvernement sont mobilisés pour réaliser et diffuser des examens des données probantes et répondre à des questions précises de manière à fournir les données scientifiques les plus à jour pour une prise de décisions optimale.
- iv. *Explorer la valeur épidémiologique de nouvelles méthodes novatrices pour suivre la propagation communautaire, comme le **dépistage du SRAS-CoV-2 à partir des eaux d'égout**.*
- L'analyse des eaux usées offre une capacité d'alerte rapide à l'échelle des collectivités (municipalité, établissements spéciaux comme les établissements de soins de longue durée, les prisons, les hôpitaux et les collectivités éloignées). Avec ses partenaires FPT, le programme fédéral de surveillance des eaux usées renforce davantage le réseau partout au Canada pour le suivi des résultats de santé publique comme la COVID-19.
 - Le LNM réalise un séquençage métagénomique du virus de la COVID-19 fondé sur les eaux usées afin de repérer rapidement les variants préoccupants et les variants d'intérêt.
- v. *Examiner et traiter le besoin de mener des recherches et des études de surveillance sur la COVID-19 à **l'interface entre humains et animaux**, et en particulier d'améliorer notre compréhension des répercussions possibles des nouveaux variants, de l'éventail des espèces qui peuvent être infectées et de la façon dont différentes espèces peuvent être touchées par le virus, en être porteuses et le transmettre.*
- Bien qu'il existe peu de renseignements sur la sensibilité des espèces sauvages au SRAS-CoV-2, le virus a infecté de nombreuses espèces animales dans le monde, y compris le vison d'élevage, les animaux de compagnie (p. ex. chats, chiens, furets, hamsters) et les animaux de zoo (p. ex. tigres, lions, gorilles, cougars, loutres).
 - La transmission de l'animal à l'humain a été signalée pour le vison et, récemment, pour le hamster. D'autres cas de transmission de l'animal à l'humain ont été soupçonnés (p. ex. d'un grand félin à l'humain dans un zoo aux États-Unis); cependant, il a été difficile de montrer clairement la direction étant donné que le virus se transmet si largement chez les humains.
 - Une équipe composée de scientifiques, d'experts de la faune et de spécialistes de la santé publique de partout au Canada a récemment signalé une lignée unique de SRAS-CoV-2 chez le cerf de Virginie, qui comprend également un génome viral d'un cas humain du sud-ouest de l'Ontario. Selon le journal, le cas humain aurait été en contact avec des cerfs avant de contracter la COVID-19. Il s'agit du premier cas signalé de cette nouvelle lignée de SRAS-CoV-2 et du premier cas possible de transmission du cerf à l'humain.
 - À ce jour, il n'existe aucune preuve scientifique que les animaux jouent un rôle important dans la propagation actuelle de la COVID-19. Cependant, à mesure que le virus continue d'évoluer et de changer, le rôle des animaux en tant que source de nouveaux variants pourrait également changer.
 - Le cerf et d'autres espèces de cervidés (comme le wapiti et l'orignal) sont abondants dans les provinces et les territoires du Canada. D'autres travaux de recherche sont nécessaires pour comprendre l'étendue de la nouvelle lignée dans les populations de cerfs, pour comprendre comment et si le virus est transmis entre les espèces, et pour comprendre

comment ce virus diffère des lignées existantes de SRAS-CoV-2 en matière de transmission et de pathogénicité.

- vi. *Renforcer les capacités des laboratoires dans le domaine de l'innovation génomique et de la bio-informatique.*
 - Le gouvernement du Canada a commencé à investir dans ce domaine.
 - Le LNM participe au consortium financé par Génome Canada – RCanGéCO – pour des études génomiques, tant sur l'hôte que sur le virus.
- vii. *Mobiliser les connaissances des **sciences sociales**.*
 - Il reste nécessaire d'investir dans les connaissances en sciences sociales, et de les utiliser, comme la sociologie, l'anthropologie et la psychologie. Plus précisément, la science du comportement et la recherche ethnique peuvent guider les futures mesures stratégiques et réglementaires.

De court à moyen terme

De court à moyen terme, l'approche à l'égard de ces préparatifs continuera de comprendre les éléments suivants :

- travailler en collaboration avec les partenaires nationaux, les gouvernements FPT, les groupes d'intervenants, les partenaires autochtones (y compris les organisations autochtones nationales, les chercheurs et les universitaires autochtones, les Centres de collaboration nationale en santé publique) et la communauté scientifique fédérale pour appuyer le travail des groupes de travail clés mandatés pour appuyer la réponse du Canada à la COVID-19 (Groupe de travail sur l'immunité, Groupe de travail sur les vaccins, Groupe de travail sur les thérapies) et la recherche autochtone fondée sur la culture (avec des approches appropriées en matière de mobilisation communautaire et de sécurité culturelle);
- travailler en collaboration avec les ministères et organismes à vocation scientifique du gouvernement fédéral, avec une mobilisation ciblée précise avec les IRSC et la conseillère scientifique en chef du Canada;
- poursuivre la collaboration avec la Structure de gouvernance de la COVID-19 (par l'entremise du Comité consultatif technique [CCT], le CCL et le CCS). Les activités comprennent la mise en commun de la recherche, des données et de l'expérience locale en vue de planifier plus avant en fonction de notre but et de nos objectifs officiels en matière de santé publique en cas de pandémie (p. ex. quantifier les conséquences négatives et positives des MSP qui ont été mises en œuvre lors de l'intervention initiale afin d'être en mesure de mieux gérer les inégalités qui ont été soulevées, produire des données probantes sur l'utilisation efficace et appropriée du dépistage rapide à domicile).

Variables ou signaux influant sur la planification

Comme pour les autres composantes de la réponse à la COVID-19 ci-dessus, plusieurs facteurs pourraient avoir des répercussions sur les préparatifs de la réponse à la COVID-19 en cours, notamment : un changement important dans le profil génomique du SRAS-CoV-2 (menant à l'examen d'un changement possible dans la virulence ou l'infectivité), des augmentations importantes du taux de mortalité, des données provenant d'essais cliniques de vaccins et de traitements, des données sur la protection immunologique des Canadiens, des connaissances nouvelles ou rigoureuses sur les effets de la COVID-19 sur certains groupes à risque élevé et des connaissances nouvelles ou rigoureuses sur l'importance d'un mode de transmission non respiratoire.

Références

- ¹ Organisation mondiale de la Santé (OMS). « Pandemic fatigue: reinvigorating the public to prevent COVID-19: policy considerations for Member States in the WHO European Region », 2020. [En ligne]. Accessible à l'adresse : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/335820>.
- ² Alberta Health Services. « COVID-19 Scientific Advisory Group Rapid Evidence Report: Attitudes and Adherence to COVID-19 Guidelines », septembre 2020. [En ligne]. Accessible à l'adresse : <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-covid-19-sag-rapid-evidence-report-attitudes-and-adherence-to-covid-19-guidelines.pdf>. [Consulté le 4 mars 2021].
- ³ Benham, J. L., Lang, R., Kovacs Burns, K., MacKean, G., Léveillé, T., McCormack, B., [...] et Marshall, D. A. (2021). « Attitudes, current behaviours and barriers to public health measures that reduce COVID-19 transmission: A qualitative study to inform public health messaging », *PloS ONE*, 16(2), e0246941. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246941>.
- ⁴ Seale H, Dyer CEF, Abdi I, Rahman KM, Sun Y, Qureshi MO, et coll. « Improving the impact of non-pharmaceutical interventions during COVID-19: examining the factors that influence engagement and the impact on individuals », *BMC Infect Dis*, 2020;20(1):607. <https://doi.org/10.1186/s12879-020-05340-9>.
- ⁵ Escandón K, Rasmussen AL, Bogoch II, Murray EJ, Escandón K, Popescu SV, Kindrachuk J. « COVID-19 false dichotomies and a comprehensive review of the evidence regarding public health, COVID-19 symptomatology, SARS-CoV-2 transmission, mask wearing, and reinfection », *BMC Infectious Diseases*, 2021 July (1):1-47. <https://doi.org/10.1186/s12879-021-06357-4>.
- ⁶ Santé publique Ontario. « Mesures communautaires de santé publique pendant la pandémie de COVID-19 : répercussions négatives sur les enfants, les adolescents et les familles — mise à jour », 11 janvier 2021. [En ligne]. Accessible à l'adresse : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/he/2021/01/rapid-review-neg-impacts-children-youth-families.pdf?la=fr>.
- ⁷ Chiesa, V., Antony, G., Wismar, M., et Rechel, B. (2021). « COVID-19 pandemic: health impact of staying at home, social distancing and 'lockdown' measures-a systematic review of systematic reviews », *Journal of public health (Oxford, England)*, 43(3), e462–e481. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdab102>.
- ⁸ Fiorillo, A., Sampogna, G., Giallonardo, V., Del Vecchio, V., Luciano, M., Albert, U., Carmassi, C., Carrà, G., Cirulli, F., Dell'Osso, B., Nanni, M. G., Pompili, M., Sani, G., Tortorella, A., et Volpe, U. (2020). « Effects of the lockdown on the mental health of the general population during the COVID-19 pandemic in Italy: Results from the COMET collaborative network », *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 63(1), e87. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.89>.
- ⁹ Organisation mondiale de la Santé. (2017). Gestion des risques de pandémie de grippe : guide de l'OMS pour prise de décisions éclairées et harmonisation, à l'échelle nationale et internationale, de la préparation et la réponse en cas de grippe pandémique. Organisation mondiale de la Santé. [En ligne]. Accessible à l'adresse : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272667>. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- ¹⁰ Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada sur l'état de la santé publique au Canada 2020. Du risque à la résilience : une approche axée sur l'équité concernant la COVID-19. Agence de la santé publique du Canada. [En ligne]. Accessible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/du-risque-resilience-approche-equite-covid-19.html>.

¹¹ E. M. Abrams et S. J. Szeffler. « COVID-19 and the impact of social determinants of health », *The Lancet Respiratory Medicine*, vol. 8, n° 8, p. 743, août 2020.

¹² Santé publique Ontario. « COVID-19 – Ce que nous savons jusqu'à présent sur... les déterminants sociaux de la santé », 24 mai 2021. [En ligne]. Accessible à l'adresse : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/covid-wwksf/2020/05/what-we-know-social-determinants-health.pdf?la=fr>.

¹³ Santé publique Ontario. « Répercussions économiques liées aux mesures de santé publique prises en réponse à la pandémie de COVID-19 et aux mesures de relance », 11 mars 2021. [En ligne]. Accessible à l'adresse : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/phm/2021/03/eb-covid-19-economic-impacts.pdf?la=fr>.

¹⁴ R. M. Siegel, P. J. Mallow. « The Impact of COVID-19 on Vulnerable Populations and Implications for Children and Health Care Policy », *Clin Pediatr (Phila)*. 2021 Feb;60(2):93-98. doi: 10.1177/0009922820973018. Epub 2020 Nov 26. PMID: 33243000.

¹⁵ E. M. Abrams et S. J. Szeffler. « COVID-19 and the impact of social determinants of health », *The Lancet Respiratory Medicine*, vol. 8, n° 8, p. 743, août 2020.

¹⁶ Santé publique Ontario. « COVID-19 – Ce que nous savons jusqu'à présent sur... les déterminants sociaux de la santé », 24 mai 2021. [En ligne]. Accessible à l'adresse : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/covid-wwksf/2020/05/what-we-know-social-determinants-health.pdf?la=fr>.

¹⁷ Public Health Ontario, "Negative Impacts of Community-based Public Health Measures on Children, Adolescents and Families During the COVID-19 Pandemic: Update," 11 January 2021. [Online]. Available: <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/he/2021/01/rapid-review-neg-impacts-children-youth-families.pdf?la=en>.

¹⁸ Chiesa, V., Antony, G., Wismar, M., & Rechel, B. (2021). COVID-19 pandemic: health impact of staying at home, social distancing and 'lockdown' measures-a systematic review of systematic reviews. *Journal of public health (Oxford, England)*, 43(3), e462–e481. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdab102>

¹⁹ Fiorillo, A., Sampogna, G., Giallonardo, V., Del Vecchio, V., Luciano, M., Albert, U., Carmassi, C., Carrà, G., Cirulli, F., Dell'Osso, B., Nanni, M. G., Pompili, M., Sani, G., Tortorella, A., & Volpe, U. (2020). Effects of the lockdown on the mental health of the general population during the COVID-19 pandemic in Italy: Results from the COMET collaborative network. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 63(1), e87. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.89>

²⁰ Chief Public Health Officer of Canada's Report on the State of Public Health in Canada 2020. From risk to resilience: An equity approach to COVID-19. Public Health Agency of Canada. [Online] Available: <https://www.canada.ca/en/public-health/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/from-risk-resilience-equity-approach-covid-19.html>

²¹ E. M. Abrams and S. J. Szeffler, "COVID-19 and the impact of social determinants of health," *The Lancet Respiratory Medicine*, vol 8, no. 8, p. 743, August 2020.

²² Public Health Ontario, "COVID-19 - What We Know So Far about... Social Determinants of Health," 24 May 2021. [Online]. Available: <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/covid-wwksf/2020/05/what-we-know-social-determinants-health.pdf?la=en>

- ²³ Public Health Ontario, "Economic Impacts Related to Public Health Measures in Response and Recovery during the COVID-19 Pandemic," 11 March 2021. [Online]. Available: <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/phm/2021/03/eb-covid-19-economic-impacts.pdf?la=en>.
- ²⁴ R. M. Siegel, P. J. Mallow. The Impact of COVID-19 on Vulnerable Populations and Implications for Children and Health Care Policy. *Clin Pediatr (Phila)*. 2021 Feb;60(2):93-98. doi: 10.1177/0009922820973018. Epub 2020 Nov 26. PMID: 33243000.
- ²⁵ Public Health Ontario. (Nov 2021) Negative Impacts of Community-based Public Health Measures on Children, Adolescents and Families During the COVID-19 Pandemic: Update. <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/he/2021/01/rapid-review-neg-impacts-children-youth-families.pdf?la=en>
- ²⁶ World Health Organization. (2017). Pandemic influenza risk management: a WHO guide to inform and harmonize national and international pandemic preparedness and response. World Health Organization. [Online] Available: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259893> License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- ²⁷ World Health Organization (WHO), "Pandemic fatigue: reinvigorating the public to prevent COVID-19: policy considerations for Member States in the WHO European Region," 2020. [Online]. Available: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/335820>. [Accessed March 4 2021].
- ²⁸ Escandón K, Rasmussen AL, Bogoch II, Murray EJ, Escandón K, Popescu SV, Kindrachuk J. COVID-19 false dichotomies and a comprehensive review of the evidence regarding public health, COVID-19 symptomatology, SARS-CoV-2 transmission, mask wearing, and reinfection. *BMC Infectious Diseases*. 2021 July (1):1-47. <https://doi.org/10.1186/s12879-021-06357-4>
- ²⁹ Scientific Advisory Group for Emergencies (SAGE) Academics: Viral evolution scenarios, 10 February 2022 [Online] Available: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1054323/S15_13_Viral_Evolution_Scenarios.pdf
- ³⁰ Bhattacharyya RP, Hanage WP. Challenges in inferring intrinsic severity of SARS-CoV-2 Omicron variant from early population-level impact. HCPDS Working Paper Volume 21, Number 10. December 15, 2021. [Online] Available: https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2623/2021/12/21_Hanage_Bhattacharyya_Challenges-in-assessing-Omicron-severity_HCPDS-Working-Paper-Volume-21_No-10-1.pdf
- ³¹ *Emerg Microbes Infect.* 2020; 9(1): 2222–2235.
Published online 2020 Oct 14. doi: 10.1080/22221751.2020.1827984
PMCID: PMC7594747
PMID: 32967592
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7594747/>
- ³² *Emerg Microbes Infect.* 2020; 9(1): 2222–2235.
Published online 2020 Oct 14. doi: 10.1080/22221751.2020.1827984
PMCID: PMC7594747
PMID: 32967592
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7594747/>
- ³³ "The presence of genetic polymorphisms and pathogenic auto-autoantibodies in severe COVID-19 also suggests a significant contribution of immune dysregulation to poor outcomes."
"Hyperinflammation is a key component of severe COVID-19,"
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34264880/>

³⁴ Escandón K, Rasmussen AL, Bogoch II, Murray EJ, Escandón K, Popescu SV, Kindrachuk J. COVID-19 false dichotomies and a comprehensive review of the evidence regarding public health, COVID-19 symptomatology, SARS-CoV-2 transmission, mask wearing, and reinfection. BMC Infectious Diseases. 2021 July (1):1-47. <https://doi.org/10.1186/s12879-021-06357-4>

³⁵ Public Health Ontario, "COVID-19 - What We Know So Far about... Social Determinants of Health," 24 May 2021. [Online]. Available: <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/covid-wwksf/2020/05/what-we-know-social-determinants-health.pdf?la=en>

³⁶ R. M. Siegel, P. J. Mallow. The Impact of COVID-19 on Vulnerable Populations and Implications for Children and Health Care Policy. Clin Pediatr (Phila). 2021 Feb;60(2):93-98. doi: 10.1177/0009922820973018. Epub 2020 Nov 26. PMID: 33243000.

³⁷ B.C. Centre for Disease Control. Societal Consequences of COVID-19. [Online] Available: <http://www.bccdc.ca/health-professionals/data-reports/societal-consequences-covid-19>

³⁸ Canada's COVID-19 Immunization Plan: Saving Lives and Livelihoods. Available at: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/canadas-reponse/canadas-covid-19-immunization-plan.html>

³⁹ Krishnan, L., Ogunwale, S. M., & Cooper, L. A. (2020). Historical Insights on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), the 1918 Influenza Pandemic, and Racial Disparities: Illuminating a Path Forward. Annals of Internal Medicine. <https://doi.org/10.7326/M20-2223>